La salud mental y sus cuidados

Javier Cabanyes y
Miguel Ángel Monge / Eds.

Psiquiatras, psicólogos y profesionales de la educación ofrecen una obra útil para personas con responsabilidades de formación, en el entorno sanitario, de la familia, de la escuela, instituciones, etc.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

EUNSA

4ª edición

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

LA SALUD MENTAL Y SUS CUIDADOS

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

Javier Cabanyes
Miguel Ángel Monge
(Editores)

LA SALUD MENTAL Y SUS CUIDADOS

Cuarta edición

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

EUNSA
EDICIONES UNIVERSIDAD DE NAVARRA, S.A.
PAMPLONA

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

Cuarta edición: 2017

© 2017. Javier Cabanyes y Miguel Ángel Monge (Editores)
Ediciones Universidad de Navarra, S.A. (EUNSA)
Campus Universitario • Universidad de Navarra • 31009 Pamplona • España
+34 948 25 68 50 • www.eunsa.es • eunsa@eunsa.es

ISBN: 978-84-313-3207-5
Depósito legal: NA 1172-2017

Cuadro cubierta:
Fernando Pagola

Tratamiento:
ITOM. 31014 Pamplona

Imprime:
Graphy Cems, Pol. Ind. San Miguel, 31132 Villatuerta
(Navarra)

Printed in Spain - Impreso en España

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Queda prohibida, salvo excepción prevista en la ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación, total o parcial, de esta obra sin contar con autorización escrita de los titulares del *Copyright*. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (Artículos 270 y ss. del Código Penal).

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

Autores

1. Álvarez Romero, Manuel

Especialista en Medicina Interna
Director del Centro de Psicosomática (Sevilla)
Médico de la Clínica de la Universidad de Navarra (Madrid)

2. Amat Aguirre, Enrique (†)

Doctor en Medicina
Especialista en Psiquiatría (Valencia)

3. Antón Fructuoso, Pedro

Doctor en Medicina
Médico especialista en Psiquiatría (Alicante)

4. Aubá Guedea, Enrique

Doctor en Medicina
Médico especialista en Psiquiatría
Profesor de Psiquiatría y Psicología Médica
Unidad de Diagnóstico y Terapia Familiar Clínica Universidad de Navarra (UDITEF)

5. Aviñó Navarro, Ernesto

Médico especialista en Psiquiatría
Unidad Cuidados Psiquiátricos Prolongados. Hospital Dr. Rodríguez Labora (Madrid)

6. Barceló Iranzo, Manuel

Doctor en Medicina
Especialista en Psiquiatría (Valencia)

7. Barrio Maestre, José María

Doctor en Filosofía
Profesor Titular de Antropología Pedagógica
Universidad Complutense (Madrid)

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

8. Besteiro González, José Luis

Doctor en Psicología
Especialista en Psicología Clínica. Universidad de Oviedo
Centro Médico de Asturias (Oviedo. Asturias)

9. Cabanyes Truffino, Javier

Doctor en Medicina
Especialista en Neurología
Departamento de Neurología y Neurocirugía. Clínica de la Universidad de Navarra. Madrid
Profesor de Psicopatología, Sección Departamental de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, Facultad de Educación, Universidad Complutense (Madrid)

10. Canedo Magariños, María Celia

Doctora en Medicina
Especialista en Psiquiatría
Complejo Hospitalario Xeral-Calde (Lugo)

11. Cano Prous, Adrián

Doctor en Medicina
Especialista en Psiquiatría.
Unidad de Diagnóstico y Terapia Familiar
Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica
Clínica de la Universidad de Navarra (Pamplona)

12. Cervera Enguix, Salvador (†)

Doctor en Medicina
Catedrático de Psiquiatría
Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica
Clínica Universidad de Navarra (Pamplona)

13. Chiclana Actis, Carlos

Médico Psiquiatra
Facultad de Medicina
Universidad CEU-San Pablo
Campus de Montepríncipe
Boadilla del Monte (Madrid)

14. de Lucas Collantes, Mercedes

Licenciada en Psicología
Master en Técnicas de psicoterapia (Madrid)

15. del Pozo Armentia, Araceli

Doctora en Pedagogía
Especialista en Pedagogía Hospitalaria
Profesora de Psicopatología. Sección Departamental de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, Facultad de Educación. Universidad Complutense (Madrid)

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

16. Díez Suárez, Azucena

Doctor en Medicina
Especialista en Pediatría
Servicio Navarro de Salud (Pamplona)

17. Escamilla Canales, Inmaculada

Doctora en Medicina
Médico especialista en Psiquiatría (Madrid)

18. Figueroa Quintana, Ana

Licenciada en Medicina y Cirugía
Especialista en Psiquiatría del niño y del adolescente y Psiquiatría General.
Instituto de Psiquiatría KIDS para niños y adolescentes (Las Palmas de Gran Canaria)

19. Gamazo Garrán, Pilar

Médico especialista en Psiquiatría
Unidad de Psiquiatría Infantil y Adolescente. Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica
Clínica Universidad de Navarra (Madrid)

20. García Cuadrado, José Ángel

Doctor en Filosofía, Licenciado en Filología Hispánica
Decano de la Facultad Eclesiástica de Filosofía. Universidad de Navarra (Pamplona)

21. García de Vicente, Juan Carlos

Médico. Doctor en Teología Moral. Profesor de Bioética. Madrid
Miembro del National Catholic Bioethics Center, USA.
Asesor y director de series de Bioética en radio y televisión
Ha sido profesor de Teología Moral y Bioética en la Pontificia Universidad de la Santa Cruz (Roma)

22. García Prieto, Ángel

Doctor en Medicina
Especialista en Psiquiatría
Centro Médico de Asturias (Oviedo, Asturias)

23. García-Villamisar, Domingo

Doctor en Psicología
Catedrático de Psicopatología
Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos,
Facultad de Educación, Universidad Complutense (Madrid)

24. García-Morato Soto, Juan Ramón

Licenciado en Medicina
Doctor en Teología
Instituto de Antropología y Ética
Universidad de Navarra (Pamplona)

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

25. González Martín, María del Rosario

Doctora en Pedagogía
Experta en Terapia de Familia
Departamento de Teoría e Historia de la Educación
Facultad de Educación. Universidad Complutense (Madrid)

26. Güal García, Pilar

Doctora en Medicina y Cirugía. Especialista en Psiquiatría
Profesora Adjunta Universitat Internacional de Catalunya (Barcelona)

27. Lahortiga Ramos, Francisca

Doctora en Psicología
Departamento de Psicología Clínica y Psiquiatría.
Clínica Universidad de Navarra (Pamplona)

28. Martín Carrasco, Manuel

Director científico
Instituto de Investigaciones Psiquiátricas
Fundación Mª Josefa Recio (Hermanas Hospitalarias) (Bilbao)

29. Mediano Cortés, María Luz

Doctora en Medicina
Especialista en Psiquiatría
Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica.
Clínica Universidad de Navarra (Madrid)

30. Melián García, Agustín

Licenciado en Medicina
Especialista en Psiquiatría y Neurología
Exdirector del Hospital Psiquiátrico de las Palmas (Las Palmas. Gran Canaria)

31. Molero Santos, Patricio

Doctor en Medicina
Profesor de Psiquiatría y Psicología Médica
Clínica Universidad de Navarra (Pamplona)

32. Monge Sánchez, Miguel Ángel

Licenciado en Medicina
Doctor en Teología
Director del Servicio de Capellanía (1982-2010)
Clínica Universidad de Navarra (Pamplona)

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

33. Osorio, Alfonso

Doctor en Filosofía
Licenciado en Psicología
Profesor de la Universidad de Navarra (Pamplona)

34 Pellitero Iglesias, Ramiro

Licenciado en Medicina
Doctor en Teología
Capellán de la Facultad de Ciencias
Profesor de Teología pastoral, Facultad de Teología
Universidad de Navarra (Pamplona)

35. Pla Vidal, Jorge

Doctor en Medicina
Especialista en Psiquiatría
Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica
Clínica Universidad de Navarra (Pamplona)

36. Polaino Lorente, Aquilino

Doctor en Medicina
Especialista en Psiquiatría
Licenciado Filosofía y Letras
Diplomado en Psicología
Catedrático de Psicopatología

37. Ramírez Nebreda, Nicolás

Médico especialista en Psiquiatría
Servicio de Psiquiatría. Hospital San Rafael (Barcelona)

38. Rumeu Casares, Carmen

Especialidad de Enfermería Psiquiátrica
Directora de Enfermería
Clínica Universidad de Navarra (Pamplona)

39. Sarrais Oteo, Fernando

Médico Psiquiatra y Psicólogo, Bilbao
Profesor asociado de la Facultad de Educación y Psicología de la Universitaria de Navarra (Pamplona)

40. Schlatter Navarro, Javier

Doctor en Medicina
Médico especialista en Psiquiatría
Director Médico
Clínica Universidad de Navarra (Madrid)

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

41. Sellés Dauder, Juan Fernando

Doctor en Filosofía
Especialidad Antropología Filosófica y Teoría del Conocimiento
Profesor del Departamento de Filosofía de la Universidad de Navarra (Pamplona)

42. Seva Fernández, Antonio

Doctor en Medicina
Especialista en Psiquiatría
Hospital psiquiátrico «Nuestra Señora del Pilar», Unidad de Salud mental Delicias (Zaragoza)

43. Soutullo Esperón, César

Doctor en Medicina
Especialista en Psiquiatría
Unidad de Psiquiatría Infantil y Adolescente. Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica
Clínica Universidad de Navarra (Pamplona)

44. Téllez Moreno, Rafael

Licenciado en Medicina
Licenciado en Psicología Clínica
Psicoterapeuta
Centro Médico Pozas (Bilbao)

45. Varo Prieto, José Ramón

Doctor en Medicina
Especialista en Psiquiatría
Ex-Jefe de Servicio de Psiquiatría (Servicio Navarro de Salud)
Ex-Director de Centro de Salud Mental (Servicio Navarro de Salud)
Profesor Clínico Asociado en Facultad de Medicina de la Universidad de Navarra (Pamplona)

46. Zapata García, Ricardo

Doctor en Medicina
Especialista en Psiquiatría
Unidad de Psiquiatría Infantil y Adolescente. Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica
Clínica Universidad de Navarra (Pamplona)

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

ÍNDICE

Presentación 21
Introducción 25
Prólogo a la 4.ª edición 29

1. DIGNIDAD DE LA PERSONA (José María Barrio Maestre) 31
1. La nobleza de ser persona 31
2. Ser persona es ya una dignidad 33
3. La fundamentación de la dignidad de la persona humana 34
4. Dignidad ontológica y dignidad moral 36
5. Algunas consideraciones prácticas 37
6. Comprensión y fortaleza 38

2. PERSONA Y FAMILIA (Aquilino Polaino-Llorente) 41
1. La identidad personal 42
2. La familia y la identidad afectiva y sexual 43
3. La familia, la identidad y las nuevas legislaciones 48

3. PERSONA Y SOCIEDAD (Juan Fernando Sellés) 49
1. La sociedad como manifestación de la coexistencia personal 50
2. Familia y sociedad 52
3. La sociedad como disposición a la libertad personal 53
4. La sociedad como manifestación del conocer personal 57
5. La sociedad como aportación del amar personal 59

4. LIBERTAD Y COMPROMISO (José Ángel García Cuadrado) 63
1. Un equívoco concepto de libertad 63
2. Libre elección y libertad interior 64
3. Libertad y compromiso: el amor personal 66
4. Dificultades para comprender la libertad como compromiso 67
5. Condicionamientos y patologías para el compromiso 71
6. Libertad personal y compromiso institucional 73

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

5. LA RAZÓN Y LOS AFECTOS (Juan Ramón García-Morato) 75

1. La esfera afectiva de la persona 76
2. Integración de los afectos y sentimientos en las relaciones humanas 78
3. Hacia una formación plena y completamente humana 80
4. La riqueza afectiva en las personas que se entregan plenamente a Dios 81

6. LA SEXUALIDAD HUMANA (Juan Ramón García-Morato) 85

1. Un enfoque antropológico de la sexualidad 85
2. La visión exclusivamente científica. Alcance y límites 86
3. Una visión unitaria de la sexualidad 87
4. Antropología y Biología 88
5. La sexualidad, ámbito de donación interpersonal plena: relaciones sexuales corporales y relaciones sexuales personales 90
6. La sexualidad humana, expresión precisa y perfecta de un amor que abarca todas las dimensiones humanas 92
7. Rasgos antropológicos fundamentales: compromiso pluridimensional y fecundidad .. 93
8. Lo que aportan las religiones y las culturas 95

7. PERSONALIDAD (Javier Cabanyes Truffino) 99

1. Concepto de personalidad 99
2. Temperamento y carácter 100
3. Configuración de la personalidad 101
4. Personalidad madura 103
5. Estilos de personalidad 105
6. Rasgos de personalidad problemáticos 107

8. SALUD Y ENFERMEDAD (Manuel Álvarez) 113

1. La salud: ¿completo estado de bienestar? 113
2. La enfermedad, deterioro de la salud 116
3. La perspectiva psicosomática de la salud 119
4. ¿Prevenir es curar? ¡Según y cómo! 121
5. Conclusión 123

9. SALUD MENTAL (Agustín Melián García y Javier Cabanyes Truffino) 125

1. Concepto de salud mental 125
2. Normalidad psíquica 126
3. Condicionantes de la salud mental 129
4. Promoción de la salud mental 131
5. Salud mental y religión 135
6. Salud mental y proyecto vital 137

10. PSICOLOGÍA EVOLUTIVA (Mercedes de Lucas Collantes) 141

1. Periodo prenatal 141
2. Primer año de vida 142
3. Primera infancia (1-5 años y medio) 143
4. Juventud (10-21 años). Crisis de la pubertad. Adolescencia 144
5. Madurez (20-60 años) 146

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

6. Vejez (65 años en adelante) 150
7. La idea de Dios a lo largo del ciclo vital de la persona 151

11. ANTROPOLOGÍA DEL SUFRIMIENTO (Miguel Ángel Monge Sánchez) 155

1. Dolor y sufrimiento: aclaración terminológica 155
2. El sufrimiento psíquico 156
3. «Vivir es sufrimiento» 157
4. ¿Tiene algún sentido el sufrimiento? 157
5. A la búsqueda de un sentido humano 158
6. Interpretaciones sobre el sentido del dolor 160
7. La familia ante el sufrimiento 160

12. LA ENFERMEDAD MENTAL (Antonio Seva Fernández) 163

1. Criterios de diagnóstico 165
2. Clasificación de las enfermedades mentales 166
3. Factores biopsicosociales 168
4. Libertad y conciencia de enfermedad 169
5. Consecuencias y actitudes de la familia ante la enfermedad mental 170

13. LA RELACIÓN TERAPÉUTICA (Javier Cabanyes Truffino y Enrique Amat Aguirre †) 173

1. Consideraciones generales 173
2. Límites de la relación terapéutica 177
3. La relación terapéutica y la enfermedad mental 178
4. Equipos de profesionales 180
5. Secreto profesional 180

14. RESPONSABILIDAD ÉTICA DE LOS CUIDADORES (Carmen Rumeu Casares) 183

1. Cuidar y ayudar a crecer 183
2. La aceptación propia y del otro en la enfermedad 185
3. Sobreprotección 187
4. Ser comprendido y ser escuchado 188
5. Responsabilidad ética en el cuidado de los enfermos mentales 188
6. El cuidado de los pacientes y sexualidad 189

15. LA PERSONA EN CONDICIÓN DE DEPENDENCIA (Araceli del Pozo Armentia) 191

1. Delimitación del concepto de dependencia 191
2. Hacia una consideración relacional de la dependencia 194
3. Tipos de dependencia según las causas que la provocan 197
4. La figura del cuidador 200
5. Prepararse para ser dependientes 201

16. FAMILIA Y PROBLEMAS PSÍQUICOS (Adrián Cano, Alfonso Osorio y Salvador Cervera Enguix †) 203

1. Principios básicos del funcionamiento familiar 203
2. Factores asociados al funcionamiento conyugal 204
3. Modos de incomunicación conyugal 207
4. La familia ante el diagnóstico de un trastorno psiquiátrico 208
5. Los trastornos psiquiátricos y su relación con el funcionamiento conyugal 209

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

17. VIDA ESPIRITUAL Y ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA (Miguel Ángel Monge Sánchez) 213

1. Santidad y limitaciones corporales 213
2. Vida espiritual y enfermedad psiquiátrica 215
3. Salud mental y entrega a Dios 216
4. Culpa moral y culpa patológica 218
5. La ayuda a los enfermos psiquiátricos 220

18. MANIFESTACIONES SOBRENATURALES Y SALUD MENTAL (Ramiro Pellitero Iglesias) 225

1. Introducción 225
2. Psiquiatría y fenómenos místicos 226
3. Enfermedad mental y posesión diabólica 229

19. EL SUICIDIO COMO ENIGMA (Javier Cabanyes Truffino y Miguel Ángel Monge Sánchez) 237

1. Consideraciones generales 237
2. Acercamiento al suicidio 238
3. Ideas suicidas y acto suicida 238
4. El proceso suicida 239
5. El para qué del acto suicida 242
6. Manejo de la conducta suicida 243
7. Valoración ética del suicidio 244

20. EL SUEÑO Y SUS ALTERACIONES (Javier Cabanyes Truffino) 247

1. Neurobiología del sueño 247
2. El sueño como necesidad 249
3. Sueño y salud 249
4. Los sueños 250
5. Trastornos del sueño 251
6. Tratamiento del insomnio 254

21. TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES (Carlos Chiclana Actis, César Soutullo Esperón, Pilar Gamazo Garrán, Azucena Diez Suárez, Inmaculada Escamilla Canales, Ana Figueroa Quintana) 259

1. Exploración psicopatológica 259
2. Trastornos por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) 262
3. Trastorno negativista desafiante 265
4. Trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia 266
5. Trastornos obsesivo-compulsivos (TOC) 267
6. Trastornos de humor en niños y adolescentes 268
7. Esquizofrenia y otras psicosis no afectivas en niños y adolescentes 271
8. Suicidio e intento de suicidio 272
9. Autismo y otros trastornos generalizados del desarrollo (TGD) 272
10. Retraso mental (RM) 274

22. EL ESTRÉS EN LA VIDA COTIDIANA (Domingo García-Villamisar) 277

1. Estrés, distrés, burnoit 277
2. Algunas modalidades de estrés en la vida cotidiana 280
3. Situaciones específicas de estrés en una economía globalizada 281

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

4. El afrontamiento del estrés 284
5. Entrenamiento en «vacunación» de estrés 287

23. CONFLICTOS FAMILIARES (María del Rosario González Martín) 291

1. Conflictos familiares 291
2. Comunicación 296
3. Enfermos en la familia 299

24. TRASTORNOS DE ANSIEDAD (María Luz Mediano Cortés) 303

1. ¿Qué es la ansiedad? 303
2. La ansiedad como síntoma de enfermedad 304
3. Clasificación de los trastornos de ansiedad 304
4. Descripción psicopatológica de los trastornos de ansiedad 306
5. Repercusión de la ansiedad en la vida cotidiana 309
6. Tratamiento de la ansiedad 311
7. Algunas orientaciones prácticas 313

25. TRASTORNOS DE ADAPTACIÓN (Adrián Cano Prous y Alfonso Osorio) 315

1. Adaptación a los acontecimientos 315
2. Desarrollo de los trastornos 316
3. Orientaciones y tratamiento 321

26. TRASTORNOS DE PERSONALIDAD (José Luis Besteiro González y Ángel García Prieto) 325

1. Concepto y clasificación 325
2. Personalidades raras o extrañas(grupo A) 326
3. Personalidades inestables o emocionales (grupo B) 329
4. Personalidades temerosas o ansiosas (grupo C) 333
5. Consideraciones antropológicas 335

27. TRASTORNOS CONVERSIVOS, DISOCIATIVOS Y FICTICIOS (Fernando Sarrais Oteo) 339

1. Personalidad histriónica 339
2. Personalidad histriónica 341
3. Trastornos de conversión y disociativos 345
4. Conclusiones 348

28. TRASTORNOS SOMATOMORFOS (Rafael Téllez Moreno) 351

1. Manifestaciones clínicas 351
2. Causas 354
3. Evolución 355
4. Tratamiento 356
5. Repercusiones de los trastornos 358
6. Orientaciones de manejo 359

29. TRASTORNOS DEPRESIVOS (Enrique Aubá Guedea y Salvador Cervera Enguix †) 361

1. Naturaleza y epidemiología de la depresión 361
2. Tristeza normal y tristeza patológica 361
3. La depresión en los sistemas de clasificación 362
4. Modelo interpretativo de la depresión 364
5. Tratamiento de la depresión 365

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

6. Pautas generales de atención 366
7. Sobre la atención espiritual de personas con enfermedad depresiva 368

30. TRASTORNO BIPOLAR (Manuel Barceló Iranzo) 371

1. Concepto de trastorno. bipolar 371
2. Epidemiología del trastorno bipolar 372
3. Causas del trastrorno Bipolar 372
4. Manifestaciones clínicas 373
5. Presentación del TB 375
6. Tratamiento 375
7. Recomendaciones en la vida laboral y social 376
8. Consejos para los pacientes 377
9. Recomendaciones para la familia 378

31. TRASTORNOS PSICOSEXUALES (Ricardo Zapata García y Jorge Plá Vidal) 379

1. Normalidad y anormalidad en la conducta sexual 379
2. Tipos de trastornos 380
3. Trastornos de la identidad sexual (transexualismo) 381
4. Trastornos de dependencia sexual o parafilias 384
5. Trastornos por hiperactividad sexual 386
6. Disfunciones sexuales 388

32. DIFICULTADES EN LA ORIENTACIÓN SEXUAl (Javier Schlatter Navarro y Juan Carlos García de Vicente) 391

1. Origen de la atracción sexual por personas del mismo sexo 391
2. Atención médica y humana 395
3. Orientaciones para los padre 397
4. Homosexualidad y vida cristiana 402

33. TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO (Ernesto Aviñó Navarro) 405

1. Obsesiones 405
2. Compulsiones 406
3. Aspectos médicos del TOC 407
4. Repercusión 409
5. Orientaciones 410

34. TRASTORNOS DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS (Javier Schlatter Navarro) 413

1. Patología de la impulsividad 413
2. Posibles repercusiones 415
3. Aspectos específicos de cada trastorno 416
4. Orientaciones para el manejo 419
5. Conclusiones 420

35. CONDUCTAS ADICTIVAS (Pedro Antón Fructuoso) 423

1. Tipos y características de los tipos de las adicciones 424
2. Consecuencias de las conductas aditivas 427
3. Orientaciones terapéuticas 428
4. Prevención de las conductas aditivas 429

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

36. ADICCIÓN AL ALCOHOL Y SUSTANCIAS NOCIVAS (José Varo Prieto) 431
1. Consumo de alcohol 432
2. Otras drogas 434
3. Aspectos de tratamiento y asistencia 437
4. Observaciones para orientación y ayuda 437
5. Elementos para juzgar sobre la responsabilidad moral del consumo de drogas 438

37. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA (Pilar Güal Garcíay Francisca Lahortiga Ramos) 443
1. Epidemiología 443
2. Etiopatogenia 444
3. Manifestaciones clínicas de la anorexia y bulimia nerviosas 445
4. Tratamiento y prevención 447

38. TRASTORNOS PSICÓTICOS (Nicolás Ramírez Bebrada) 451
1. Esquizofrenia 451
2. Trastorno delirante 458
3. Trastorno psicótico breve 459

39. PSICOPATOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD CRÓNICA (Manuel Barceló Iranzo) 461
1. Conductas adaptativas a la enfermedad crónica 463
2. Conclusión 465

40. ATENCIÓN A ENFERMOS CON DEMENCIA (Manuel Martín Carrasco) 467
1. Introducción 467
2. Los síntomas de la enfermedad 468
3. Actuación ante el enfermo con demencia 469
4. Actuación con el cuidador del paciente con demencia 473
5. Reflexión final 475

41. MUJER Y PSICOPATOLOGÍA (Celia Canedo Magariños) 477
1. ¿Por qué una diferenciación respecto al varón? 477
2. ¿Existe psicopatología diferencial según el sexo? 478
3. Vulnerabilidad de la mujer 479
4. Psicopatología y embarazo 481
5. Psicopatología y ciclo menstrual 483
6. Mujer y psicofármacos 484
7. Propuestas a la mujer para una buena salud mental 484

42. TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD MENTAL (Enrique Aubá Guedea, Patricio Molero Santos y Salvador Cervera Enguix †) 487
1. Introducción 487
2. Terapias biológicas 487
3. Terapia electroconvulsiva (TEC) 490
4. Terapias psicológicas. Psicoterapia 491
5. Terapias psicosociales: rehabilitación psiquiátrica 494

Anexo 1 497

Índice analítico 501

Índice de autores 509

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

Presentación

Las enfermedades mentales constituyen uno de los grupos de trastornos más frecuentes y con mayor impacto negativo sobre la calidad de vida del ser humano a escala global. Una de cada tres personas sufre o ha sufrido algún tipo de trastorno psiquiátrico en el último año. Las patologías psiquiátricas, con la depresión a la cabeza, escalan cada vez puestos más altos en los listados confeccionados por la Organización Mundial de la Salud de enfermedades que generan más discapacidad y mayores costes, incluyendo entre ellos costes intangibles, como el sufrimiento del paciente y de sus familiares.

La salud mental se interconecta íntimamente con la salud física –«No hay salud sin salud mental», afirmaba el lema del Congreso Nacional de Psiquiatría celebrado en Madrid en octubre de 2009– y con el ajuste social de la persona. De ahí que desde hace varias décadas, el concepto dominante en la atención en Salud Mental se base en la noción de «salud integral», que abarca aspectos somáticos, psicológicos y sociales. Recientemente, movimientos como el denominado «Psiquiatría para la Persona», promovido por la Asociación Mundial de Psiquiatría, pretenden impulsar una visión de la atención psiquiátrica desde una perspectiva contextualizada e integradora, intentando articular ciencia y humanismo al servicio de la persona en su integridad.

Por supuesto, no se trata de que el psiquiatra ejerza en su práctica profesional una labor de asistencia espiritual, sino que sea consciente de la relevancia de esta dimensión para muchos de sus pacientes, como lo es de la importancia de su ajuste social o laboral, aunque estas también sean áreas que queden habitualmente fuera de su actividad profesional.

En realidad, el tratar a la persona en su integridad ha sido el objetivo del médico desde los orígenes de la Medicina, aunque durante el pasado siglo, los avances en la ciencia biomédica ha dado lugar a que los clínicos se centren preferentemente en las pruebas y tratamientos biológicos, sin prestar la debida atención a los aspectos sociales, psicológicos, y mucho menos a los espirituales o trascendentes.

Quizás las razones del desencuentro entre Psiquiatría y Religión se encuentren en el mismo origen de aquella. La Psiquiatría es una recién llegada dentro de la larga historia de la medicina occidental, y su fundación a principios del siglo XIX coincide con un Catolicismo quizá a la defensiva, desafiado en los ámbitos político, social e ideológico, con una visión del mundo enraizada en un escolasticismo

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

apenas renovado, y que se mostraba suspicaz ante cualquier novedad, tanto en lo político, como en lo científico o en lo teológico[1]. Por lo tanto, la actitud hacia una nueva disciplina que venía a «sustraer» una nueva porción del sufrimiento humano del ámbito religioso fue como mínimo de displicencia. Por otra parte, la Psiquiatría se instaló desde el principio desde el principio en el enfoque positivista y naturalista que pasó a dominar la Medicina en el siglo XIX.

La relación de la Psiquiatría con la esfera trascendental del ser humano se vio más ensombrecida incluso con el predominio de las teorías psicodinámicas. En «El porvenir de una Ilusión»[2], Sigmund Freud relegaba las creencias religiosas a la condición de «reliquias neuróticas», y afirmaba, haciendo un paralelismo con el proceso terapéutico del psicoanálisis, que había llegado el momento de reemplazar la represión –en su opinión, el mecanismo fundamental de la religiosidad– por el «resultado de la actividad racional del intelecto».

Dos hechos ocurridos en el siglo XX contribuyeron a aclarar definitivamente la posición de la Psiquiatría frente a las concepciones de la enfermedad mental como un problema esencialmente moral: la Segunda Guerra Mundial y los avances científicos. Durante la Guerra miles de soldados desarrollaron síntomas psiquiátricos bajo el estrés de los combates, y estos cuadros no pudieron interpretarse como una consecuencia de transgresiones o debilidad moral: los síntomas desaparecían cuando los soldados eran retirados del frente. La introducción en los años 50 y 60 de los psicofármacos esclareció aún más el problema: la debilidad moral no debería responder a los tratamientos psicofarmacológicos.

Las últimas dos décadas se han caracterizado por avances importantísimos en el conocimiento del funcionamiento del cerebro. El Premio Nobel del año 2000 fue compartido entre tres científicos por sus contribuciones al conocimiento de la neurofisiología y biología molecular de las emociones y funciones intelectuales. La Psiquiatría ha reconocido también la importancia de la religión y la espiritualidad en la vida del paciente. La religiosidad es un factor social y cultural relevante en la psicopatología. Las creencias y prácticas religiosas se incorporan con frecuencia a síntomas psicopatológicos, como los delirios o las obsesiones. Asimismo, aspectos como los límites entre la inmoralidad y la psicopatología, la libertad del ser humano con enfermedad mental, o los límites éticos de la investigación y el tratamiento psiquiátricos reabren con frecuencia la dialéctica entre espiritualidad y ciencia, y no pueden ser ignorados, sino que deben abordarse desde distintos puntos de vista[3]. Como ejemplo de los frutos de esta nueva implicación de la neurociencia en el estudio de la espiritualidad, podemos citar los trabajos que relacionan diversas conformaciones del sistema serotonérgico con la tendencia a la espiritualidad o la trascendencia, entendida como un rasgo temperamental[4-6]. Aunque los hallazgos no son uniformes, como ocurre habitualmente en el ámbito experimental, no cabe duda de que la experiencia religiosa, en tanto que humana, tiene un correlato neurobiológico, y que éste puede ser estudiado con una metodología científica.

Por otra parte, como señala Harold Koenig[7], es hora de reconocer que la profunda influencia de la Religión en la sociedad occidental tiene también repercusiones sobre la salud, y específicamente sobre la salud mental, y que la Psiquiatría no puede ignorar el fenómeno, sino que debe contemplarlo tanto desde la perspectiva científica, como de las repercusiones sobre la clínica[8]. Una serie de trabajos han mostrado la existencia de una relación entre práctica religiosa y mejoría de la salud, por ejemplo en la presión arterial, recuperación de la depresión o mejoría en el sistema inmunológico. Esos hallazgos deben ser replicados, y en cualquier caso es probable que los beneficios de la religiosidad sobre la salud no se deban a razones sólo teológicas, sino que sean el resultado de factores no específicos, como la vivencia de sentido, o el soporte y estructuración de la vida que supone la pertenencia a un grupo religioso. Además, autores como Woodbridge y Fulford, estudiosos de la Filosofía de la Psiquiatría, nos recuerdan

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

que una práctica clínica ética, basada en valores, debe integrar el sistema de valores del médico con el del paciente[9]. El interés por los valores religiosos del paciente, y por su papel en el proceso terapéutico y en el conjunto de la relación médico-enfermo, se ve avalado también desde una perspectiva ética. La creación de una Sección sobre Espiritualidad, Religión y Psiquiatría por parte de la Asociación Mundial de Psiquiatría intenta proporcionar al psiquiatra de un esquema de comprensión de la importancia de la religión y la espiritualidad para el bienestar psíquico. Actualmente, no es admisible desde ningún punto de vista la pretensión de Freud de considerar la religiosidad como un rasgo neurótico.

El libro «La Salud Mental y sus Cuidados», cuidadosamente editado por Javier Cabanyes y Miguel Ángel Monge, trata detalladamente estos aspectos, y ofrece una sólida revisión de los distintos capítulos de la psicopatología. Está especialmente orientado como una reflexión sobre los cuidados de salud que deben recibir las personas con enfermedad mental, intentando mejorar la comprensión de la misma a través de su conocimiento. En definitiva, una contribución valiosa para uno de los grandes retos de nuestro tiempo.

Jerónimo Sáiz Ruiz
Presidente
Sociedad Española de Psiquiatría

Manuel Martín Carrasco
Secretario
Sociedad Española de Psiquiatría

Actualmente (año 2017), el Dr. Sáiz Ruiz es Catedrático de Psiquiatría, Universidad de Alcalá de Henares y el Dr. Martín Carrasco es Director científico, Instituto de Investigaciones Psiquiátricas Fundación Mª Josefa Recio (Hermanas Hospitalarias), Bilbao.

Bibliografía

(1) Healy J. Psychiatry and Transcendece. Journal of Religion and Faith 1995; 34(3):199-206.
(2) Freud S. El porvenir de una ilusión. Obras completas.Madrid: Biblioteca Nueva; 1986. pp. 73-99.
(3) Verhagen PJ, Van Praag HM, López-Ibor JJ, Cox JL, Moussaoui D. Religion and Psychiatry: Beyond Boundaries. Chichester: Wiley-Blackwell; 2010.
(4) Borg J, Andree B, Soderstrom H, Farde L. The serotonin system and spiritual experiences. Am J Psychiatry 2003 Nov; 160(11):1965-9.
(5) Karlsson H, Hirvonen J, Salminen JK, Hietala J. No association between serotonin 5-HT(1A) receptors and spirituality among patients with major depressive disorders or healthy volunteers. Mol Psychiatry 2009 Nov 24.
(6) Lorenzi C, Serretti A, Mandelli L, Tubazio V, Ploia C, Smeraldi E. 5-HT 1A polymorphism and self-transcendence in mood disorders. Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet 2005 Aug 5; 137B(1):33-5.
(7) Koenig HG. Research on religion, spirituality, and mental health: a review. Can J Psychiatry 2009 May; 54(5):283-91.
(8) Baetz M, Toews J. Clinical implications of research on religion, spirituality, and mental health. Can J Psychiatry 2009 May; 54(5):292-301.
(9) Woodbridge K, Fulford B. Whose Values? A workbook for values-based practice in mental health care. London: The Sainsbury Centre for Mental Health; 2004.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

Introducción

Los editores

La enfermedad psíquica es, con frecuencia, algo desconcertante debido a las características de algunas de sus manifestaciones, lo complejo y poco objetivo de sus causas, la ignorancia de lo que conlleva, y el desconocimiento de cómo actuar. Por esta razón, ante ella se han generado, con facilidad, una serie de estigmas, de connotaciones diversas (sociales, morales, educativas, etc.) que condicionan la comprensión tanto de la enfermedad como la de quien la sufre.

La Psiquiatría actual es capaz de responder a muchas preguntas sobre el enfermar psíquico. De hecho, progresivamente, hay mayores conocimientos sobre los factores neurobiológicos, psicológicos y sociales implicados en la enfermedad psíquica y se dispone de estrategias terapéuticas cada vez más eficaces. Con todo, aún quedan bastantes cuestiones sin contestar y, sobre todo, no hay aún una suficiente divulgación de lo que se conoce sobre esos trastornos.

Un primer objetivo de este libro es hacer una modesta contribución en este campo. Es decir, hacer más asequibles los conocimientos actuales sobre la enfermedad psíquica y reducir, así, sus estigmas sociales. Se trata, pues, de ayudar a comprender mejor a la persona que padece estos trastornos (qué le pasa y cómo lo vive), a entender la enfermedad misma (qué es y por qué se ha producido) y a descargarla de muchas connotaciones negativas que la acompañan.

La enfermedad psíquica es algo que sufre la persona; por tanto, está exenta de atribuciones morales y se debe evitar cualquier tipo de calificación peyorativa. La dignidad de la persona no puede quedar enturbiada por el hecho de padecer una enfermedad; muy al contrario, debe ser exquisitamente respetada, especialmente, cuando la patología impone algunas limitaciones.

Un mayor conocimiento de estos trastornos, facilitará una intervención más eficaz, un apoyo más adecuado y una convivencia más armónica, logrando un mayor grado de satisfacción para todos.

Un segundo objetivo de este libro es ayudar al desarrollo de una vida psíquica equilibrada que contribuya a promover la salud en este campo, logre prevenir algunos problemas y permita la detección temprana de otros. Partiendo del conocimiento de la naturaleza humana y de las aportaciones de la psicología de raíz antropológica, el libro quiere proporcionar algunas orientaciones generales y pautas específicas que faciliten la salud psíquica. Este empeño nace del clásico aforismo médico «más vale prevenir que curar» pero también de la exigencia de la caridad que busca lo mejor para los demás, intenta advertir de lo que puede impedirlo y ayuda a corregir lo que sería un obstáculo, siempre desde el más exquisito respeto a la persona y a su modo de ser. Por eso algunos capítulos dan

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

orientaciones para fomentar la salud mental, señalan rasgos de carácter con ciertos riesgos y resaltan algunas actitudes hacia síntomas específicos que es preciso modificar. Ya desde aquí advertimos que no se trata de buscar un «patrón ideal de conducta» sino de facilitar mejorar lo mejorable, ayudar a corregir lo corregible, aceptar lo inmodificable y descubrir en esta dinámica la fuente de la felicidad.

En otro orden de cuestiones, al considerar la unidad del ser humano y su innegable dimensión espiritual, la relación entre la actividad psíquica y la vivencia religiosa plantea preguntas que adquieren aún mayor relevancia cuando surge la enfermedad. Desde las primeras décadas del siglo pasado hasta nuestros días, se han publicado diversos libros intentando acometer estas cuestiones. Muchos de ellos han hecho aportaciones útiles e interesantes (entre los más recientes, cabría destacar *Psiquiatría humanística*, dirigido por Antonio Seva (†) y *Psicología y vida espiritual* de Juan Bautista Torrelló) pero o bien no estudian la totalidad de las enfermedades psíquicas, o no abordan directamente la relación entre el estado psíquico y la dimensión espiritual del hombre. En el mundo anglosajón cabe citar la obra reciente de J. de Whitney, *50 Signs of mental illness, A Guide to Understanding Mental Health* (New Haven and London, Yale University Press, 2005), práctica y bien ponderada pero insuficiente si el lector demanda una sólida antropología de base.

La necesidad de tener criterios de actuación ante la enfermedad mental que no olviden la dimensión espiritual de la persona, no queda restringida al ámbito más propiamente religioso (sacerdotes, directores espirituales, formadores, etc.), por el contrario, es una exigencia de otros muchos entornos de formación y de convivencia como son la familia, la escuela y una amplia variedad de asociaciones e instituciones.

Sin pretender arrogarnos ninguna posición privilegiada, y apoyándonos en autores que se irán citando oportunamente, hemos procurado dar orientaciones sobre cómo manejar y ayudar a vivir el malestar psíquico que, respetando el enfoque cristiano de la propia existencia, fueran útiles para el propio paciente y para las personas que conviven con él o tienen algún tipo de responsabilidad hacia él. En este sentido, a lo largo de los diferentes capítulos, se ha procurado señalar algunas de las consecuencias de la enfermedad psíquica sobre la vida espiritual y viceversa, al tiempo que, monográficamente, se tratan algunos temas específicos.

La apoyatura de todo lo escrito es una antropología realista y en su trasfondo late la cosmovisión cristiana. Es decir, en esta obra, los dilemas que plantean la salud y la enfermedad psíquica son estudiados a partir de la naturaleza humana con los conocimientos que aportan las ciencias especulativas y experimentales sobre el ser humano. Por su parte, el enfoque cristiano se limita a ser una luz que permite resaltar más la dignidad humana e iluminar las cuestiones antropológicas que han podido quedar desdibujadas por el aluvión de hechos e ideologías que inundan la existencia del hombre. El Cristianismo abre una nueva dimensión al misterio del sufrimiento humano, dando respuesta a su por qué y para qué, y es absolutamente clave para poder afrontarlo con sentido y esperanza. Sin embargo, fuera de esta cuestión, nada de lo expuesto es patrimonio exclusivo de la fe cristiana cuya aportación a los contenidos de este libro se limita a clarificar algunas cuestiones y dar un sentido más profundo a otras. Por tanto, la inmensa mayoría de lo escrito aquí tiene su fundamento en los datos de la ciencia experimental o forma parte del acervo común de cualquier enfoque auténticamente humano. De ninguna manera podría ser entendido como un posicionamiento rígido y cerrado, condicionado por unas »creencias», sino expresión sincera de un modo de entender al ser humano que resalta su dignidad y libertad, y su capacidad de amar y de ser amado.

Esta visión del hombre y del mundo tiene dos consecuencias inmediatas: 1) considerar la salud mental como un bien deseable, que hay que promover y conservar, para madurar como personas y poder servir mejor a Dios y a los demás; y 2) ver el sufrimiento que acompaña a la enfermedad como «un misterio» pero que

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

es inherente a los planes de la Redención y, por tanto, camino de santificación del paciente y de los que le rodean. La enfermedad psíquica, por sus características particulares, subraya aún más ese camino, tanto para el que la sufre como para las personas que le atienden, abriéndose, de este modo el misterio del sufrimiento.

En nuestro proyecto ha estado siempre presente la extraordinaria y maravillosa complejidad del ser humano, en quien confluyen de forma admirable el sustrato genético, las estructuras neurobiológicas y su esfera psíquica –con su innegable dimensión espiritual–, junto con una amplia gama de factores ambientales de tipo biográfico y socio-cultural. En esta compleja dinámica, que es el vivir del ser humano, se ponen de manifiesto sentimientos y pensamientos, actitudes y disposiciones, modos de afrontar situaciones y de relacionarse con los demás, creencias y aspiraciones… y, en última instancia, un por qué y un para qué del comportamiento que, en muchos casos está impregnado de contenido religioso. Todo ello es preciso tenerlo presente en la relación humana y, más aún, en la relación con la persona enferma. Por esta razón, al abordar todas estas cuestiones, quedaba patente que no eran suficientes los conocimientos de la Psiquiatría sino que era precisa la ayuda de una visión trascendente del ser humano, creado a imagen de Dios, y una sólida fundamentación antropológica.

Partiendo de esa realidad, en el momento de elaborar el índice se decidió dividir el libro en dos grandes apartados: una primera parte de consideraciones antropológicas y una segunda de tipo clínico.

La primera parte, sin ser exhaustiva, pretende dar una suficiente fundamentación al enfoque general del libro y a las orientaciones prácticas que se proponen en el apartado clínico. En esta línea, se aborda el concepto de persona, la dignidad y respeto que lleva consigo, su proyección social, con las relaciones y vinculaciones que se generan, tanto en el ámbito familiar como institucional, el binomio razón y afectividad, la libertad y su intrínseca relación con la capacidad de comprometerse, y algunas consideraciones sobre el misterio del sufrimiento a la luz de la Revelación.

También en la primera parte, se dedica espacio a tratar de los conceptos genéricos de salud y enfermedad, estudiar particularmente la salud mental y la enfermedad psíquica, analizar la noción de personalidad y la evolución psicológica a lo largo del ciclo vital, ahondar en las características de la relación terapéutica, profundizar en el hecho de cuidar y ser cuidado y en sus repercusiones familiares, y considerar las implicaciones de la enfermedad psíquica en la vida espiritual. Al final de esta primera parte, se dedican unos capítulos al drama del suicidio, intentando un acercamiento a ese hecho enigmático, y a dar orientaciones para discernir ciertos fenómenos sobrenaturales de los verdaderos trastornos psíquicos.

La parte clínica de este libro afronta los diferentes tipos de trastornos psíquicos con una somera descripción de los mismos y algunas claves para su diagnóstico y tratamiento. La intención ha sido aportar orientaciones para comprenderlos mejor, señalando algunas pautas para la convivencia y la optimización del tratamiento. No es, pues, un tratado de psiquiatría sino un acercamiento a estos problemas y patologías con consejos para ayudar a no expertos (padres, amigos, o el propio interesado) a manejar con acierto esas situaciones de malestar psíquico. La mayoría de las orientaciones que se proponen nacen, simple y llanamente, de considerar la naturaleza humana con los conocimientos científicos actuales. Cuando se ha juzgado oportuno, sobre la base de esos conocimientos, se dan también algunas orientaciones para la vida espiritual.

En conjunto, se ha procurado conjugar que los temas tuvieran un planteamiento práctico respondiendo a cuestiones concretas, y fueran tratados con la suficiente profundidad y rigor exigido por los especialistas. De hecho, nuestro deseo e interés ha sido ofrecer una obra que pueda ser útil en el gran abanico de situaciones en las que una persona puede atender a otro o ser atendido, formar o ser formado, y que van desde la familia, la escuela y el entorno sanitario

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

hasta las diversas agrupaciones e instituciones que la libertad, la creatividad y la fe promueven entre los hombres.

Con todo, nuestro principal propósito es subrayar la insondable grandeza del ser humano, precisamente por su dimensión espiritual, que queda aún más patente cuando se encuentra con la enfermedad (al sufrirla o tener que atenderla) y es capaz de dar una respuesta que le trasciende (respectivamente, en forma de aceptación o de donación) en clave cristiana.

Lógicamente, al estar este libro destinado a un público tan amplio y heterogéneo e intentar abordar una temática tan variada y compleja, ha resultado difícil aunar la divulgación con la hondura científica y la extensión con la concreción. Con todo, confiamos en haberlo logrado suficientemente y agradeceremos todas las sugerencias que permitan mejorarlo en el futuro.

Nuestro papel como editores ha sido tratar de alcanzar los objetivos propuestos y dar unidad a las plurales aportaciones. Para ello, hemos integrado nuestras respectivas disciplinas y experiencias profesionales y nos hemos apoyado en todas las personas que, de una forma o de otra, han hecho posible este libro.

En primer lugar, hemos de agradecer a cada uno de los autores el esfuerzo de síntesis y clarificación que han realizado, la indudable permeabilidad a las indicaciones y sugerencias que se les ha hecho y la generosidad para trasmitir su experiencia en beneficio de otros. Particularmente, agradecemos a los doctores Salvador Cervera (†), Jorge Plá y Felipe Ortuño, exdirector y codirectores del Departamento de Psiquiatría de la Clínica Universidad de Navarra, por sus atinados consejos y paciente tarea de revisión de los capítulos clínicos.

Agradecemos también al profesor José Antonio Vidal-Quadras (†), experto en Comunicación y Géneros literarios de la Universidad de Navarra, su generosa tarea de corrección literaria de los manuscritos y a Joaquín Serrano el laborioso trabajo de unificar la estructura de los textos.

También queremos agradecer el continuo aliento que hemos recibido en esta larga trayectoria por parte de quienes nos animaron a ello y las desinteresadas ayudas que nos han prestado un numeroso grupo personas, en forma de sugerencias, conocimientos específicos o experiencias sobre los diferentes contenidos del libro. Un reconocimiento particular, en este sentido, debemos a los Dres. Ignacio Aparisi Laporta y Juan C. García de Vicente, que han supervisado pacientemente el desarrollo de esta obra, brindándonos en todo momento sus conocimientos y su incondicional apoyo.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

Introducción a la 4.ª edición

Han transcurrido 7 años desde la primera edición de este libro. Tres ediciones en seis años significan que ha tenido buena acogida. Ciertamente no ha pasado mucho tiempo, pero sí el suficiente para que nos hayamos planteado y, amablemente, nos hayan sugerido, actualizar y hacer algunas correcciones y modificaciones de cara a la cuarta edición, que ahora el lector tiene entre sus manos.

Nuestro primer propósito fue revisar y actualizar pero sin aumentar la extensión. De modo que pedimos a todos los autores que, al hacer la revisión correspondiente de su texto, procuraran reducir espacio, no ampliarlo. Éramos conscientes de la dificultad de la tarea y realmente pocos lo han conseguido. Además, hemos visto la necesidad de añadir tres nuevos capítulos: Sexualidad (cap. 6), El sueño y sus alteraciones (cap. 20) y Trastorno bipolar (cap. 30), lo cual ha conllevado, obviamente, un ligero aumento de la extensión a pesar de suprimir el capítulo «La persona y los grupos sociales» que juzgamos menos necesario para los propósitos del libro.

Tenemos que lamentar el fallecimiento de tres de los autores del libro: Enrique Amat, Pablo Carreño y Salvador Cervera, a quienes hacemos un sincero reconocimiento de su colaboración. Sus respectivos capítulos han quedado en manos de coautores o discípulos.

Particularmente, hemos trabajado más el índice de temas para facilitar la búsqueda de términos o materias.

Queremos agradecer a cada uno de los autores el esfuerzo que han hecho por revisar su colaboración y mantener actualizados los objetivos de este libro. Igualmente agradecemos a los lectores de las ediciones anteriores que nos han hecho llegar sugerencias para mejorar el libro y animamos a que se siga haciendo en esta nueva edición.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

1

Dignidad de la persona

Antropología del respeto

José María Barrio Maestre

1. La nobleza de ser persona

Antes de examinar los conceptos de dignidad y respeto es preciso dejar constancia del sentido de la noción de persona, a la que aquéllos están inequívocamente referidos como a lo que les hace de objeto o tema. Damos por buena la definición de Boecio (siglo V d.C.): «sustancia individual de naturaleza racional» (*rationalis naturae individua substantia*). En ella destacan dos elementos fundamentales:

a) la persona es un centro ontológico subsistente e intrínsecamente indiviso, es decir, no desprovisto de una unidad e identidad interna que lo hace irreductible a una mera colección de personas;

b) inseparablemente unido a esto, la persona está dotada de una esencia –la «naturaleza racional»– que la constituye como apta para relacionarse significativamente con lo otro que ella, especialmente en la doble forma en que esta relación con lo otro le atañe a título de sujeto personal o «yo»: conocer y querer.

Dicho con otras palabras, la persona es un «en sí» que, «desde sí», se halla abierto a la relación con lo «otro-que-sí», pero en una manera tal que dicha excentricidad no aminora o soslaya su individualidad, sino que por el contrario la subraya en la forma que le conviene a su naturaleza racional, a saber, como intimidad subjetiva. Ambas dimensiones –excentricidad e intimidad– se articulan en el sujeto personal en una sinergia tal que hace imposible comprender al yo tan sólo desde sí mismo, digamos, de forma puramente endógena o endogámica. El yo como identidad subjetiva –como sujeto apto para esa peculiar relación consigo mismo en la que la intimidad propiamente estriba– sólo puede hacerse cargo de sí mismo en la medida en que sale, por decirlo así, de su propia mismidad y se relaciona con lo otro-que-él. Como ha mostrado Millán-Puelles en *La estructura de la subjetividad* (1967), la autoconciencia para la que en principio es apta la subjetividad puede actualizarse únicamente de manera indirecta, a través del trascender intencional: me conozco conociendo otras cosas, y en particular reconociéndome en el otro-yo (alter ego). Esto es lo que, a la inversa, se pone fundamentalmente de relieve en el cogito cartesiano. En el dinamismo oréctico –tendencial– propio del trascender volitivo encontramos una vivencia análoga, a saber, aquélla en la que comparece el yo volente como inseparablemente unido a lo que en cada caso constituye el objetivo del querer: en todo lo que quiero me quiero a mí mismo queriéndolo.

Esta reflexividad propia de la intimidad subjetiva, que aparece vinculada a todos los actos del trascender intencional, aprehensivo y volitivo, pone de manifiesto que tanto actual como apti-

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

tudinalmente el yo se halla cabe sí –digámoslo de esta forma–, como paradójica condición que hace posible que se autotrascienda al conocer o que se «expropie» de sí al querer. Sólo se da lo que se tiene, y el tener, el apropiamiento, es una de las formas de ser más «propias» de la persona, como pone de relieve la clásica caracterización que el aristotelismo hace del accidente habitus (del latín *habere*, tener).

Hacerse cargo de la realidad y de su peculiar relación con el yo –digamos, de su índole antropomorfa– es el modo humano de estar en el mundo, como a su manera lo vio Heidegger. Esto es lo que, en términos generales, podríamos expresar diciendo que el ser humano es un ser de realidades. Ahora bien, apropiarse de la realidad y de uno mismo, aunque son dos facetas del ser persona llamadas a enlazarse, no se hallan necesariamente vinculadas: puedo tener mucho sin que eso me enriquezca como persona; puedo tener cosas con una apropiación meramente externa, sin tenerme a mí mismo[1].

La autotrascendencia característica de la persona implica que está abierta de manera irrestricta a la totalidad de lo real a través de las capacidades de entender y de querer. Aunque de distinta manera, el trascender aprehensivo y el volitivo suponen en la persona una apertura al mundo –*Weltoffenheit*, en el lenguaje heideggeriano– que hace posible una relación con la realidad, que a su vez se abre al ser personal como verdadera (inteligible) y buena (apetecible) y que, paradójicamente, invitan al sujeto a enriquecerse con la realidad de lo que él no es saliendo de sí mismo en esa doble forma del trascender. Conociendo más y mejor, y queriendo más y mejor, el yo humano es más, crece personalmente. Ahora bien, dado que el horizonte de lo cognoscible o querible coincide con el del irrestricto ser –es decir, no se halla en principio limitado a un determinado sector de lo real– la posibilidad de enriquecerse y de crecer como persona es, para la persona humana, infinita. Eso no significa que el hombre conozca o quiera infinita o perfectamente. Lo ilimitado en función de la apertura de su horizonte objetual, son las capacidades de conocer y de querer, en ningún caso los actos respectivos. Cada efectiva cognición o volición humana es siempre limitada. Mas lo que ello igualmente significa es que, por mucho que conozcamos o queramos algo, siempre podemos conocerlo y quererlo más, e incluso que siempre será más lo que de él nos quede por conocer y querer. En estos terrenos, cualquier logro siempre supone para el hombre un desafío para continuar logrando más. De ahí que la persona humana pueda definirse mejor por sus aspiraciones que por sus efectivas realizaciones –siempre modestas, por amplias que sean–, lo cual puede describirse diciendo que el hombre es, también, un ser de irrealidades, toda vez que aspirar a ser algo implica aún no serlo.

Ser de realidades y ser de irrealidades, paradójicamente, no son incompatibles en la persona humana. Son caras de la misma moneda[2]. Más aún: no cabe entender lo que el hombre es sin verlo como lo que fue pero ya no es, o como lo que aspira a ser pero aún no es. En otros términos, el presente humano es siempre el pasado de su futuro y el futuro de su pasado. Ahora bien, tanto el pasado como el futuro pertenecen al sector de lo irreal, lo que no es. Y sin embargo no podemos comprender lo que el hombre realmente es sin objetivarlo en función de lo que «ha llegado a ser» –obviamente a partir de lo que fue– y de lo que pretende llegar a

1. Esa exterioridad sin interioridad es una situación que podríamos describir como «alienante» para el yo y que, de un modo cómico, expresa la famosa coplilla: «María de la O: ¡Qué desgrasiaíta, gitana, tú eres teniéndolo tó!».

2. A. Millán-Puelles advierte dicha complementariedad en términos metafísicos. A propósito de la necesidad de una teoría de lo irreal de cara a la complexión de la ontología entendida como teoría general del ente, este autor afirma que la universalidad del objeto material de la Metafísica se pone de manifiesto en que éste comprende tanto lo real como lo irreal. «Para el cabal despliegue del realismo, la teoría que consiste en la explícita y sistemática elucidación de lo irreal es cosa tan necesaria como la idea de lo cóncavo para la noción de lo convexo» (*Teoría del objeto puro*, Madrid, Rialp. 1990, p. 14).

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

ser a partir de lo que es, de manera que, como señala Millán-Puelles, lo irreal forma parte de la realidad de lo que somos. (No propiamente lo irreal sin más, sino la real acción subjetiva de objetivarlo es lo que en efecto constituye un ingrediente de nuestra realidad, pero ésta no sería lo que efectivamente es sin la capacidad de objetivar lo irreal; es decir, sin la irrealidad de lo que hace de objeto de esas representaciones retentivas –*Erinnerungen*– o prospectivas –*Erwartungen*–, no sería el hombre lo que realmente es).

A esta apertura del ser personal a la realidad –y también a la irrealidad meramente objetual– de lo otro en tanto que otro, Heidegger se refiere con el concepto de «libertad trascendental» (*transzendentale Freiheit*). «Libertad», porque supone un no encerramiento o encapsulamiento, un no estar presa la persona dentro de los límites de su naturaleza física; y «trascendental», porque se efectúa en el «salir de sí», en el trascender aprehensivo y volitivo[3].

2. Ser-persona es ya una dignidad

La posibilidad de un enriquecimiento infinito como persona –el hecho de que siempre puede crecer, *i.e* ser más y mejor persona–, constituye un claro indicio del peculiar rango ontológico de la persona, indiscutiblemente superior al de cualquier otra realidad no personal. A este rango superior nos referimos, en general, con el término dignidad.

En este sentido cabe decir que la expresión dignidad de la persona viene a ser en cierto modo redundante, algo así como un pleonasmo o innecesario hincapié en lo que ya está significando el ser persona. En efecto, la voz «persona» procede del verbo latino per-sonare, que a su vez traduce el griego pro-sopon, literalmente resonar, sonar más alto. Originalmente se empleaba para referirse a las máscaras que usaban los actores en el teatro greco-romano para hacerse oír mejor. Pese a las especiales propiedades acústicas que el ingenio arquitectónico hacía posible en los anfiteatros, quizá no bastaba el flujo natural de la voz humana en condiciones normales para hacerse oír desde el foso cuando había gran concentración de público y jaleo. Las máscaras servían en estas situaciones para que la voz de los actores, al chocar con ellas, sonara más. Aunque algo deformada, al re-sonar se hacía perceptible desde más lejos, como el eco. De manera que per-sonare viene a significar, en este sentido, destacar, sobresalir. El carácter de lo especialmente destacado o sobresaliente, que a su vez el concepto de dignidad hace explícito, ya se encuentra implícito en el origen de la palabra persona.

La significación que hoy posee este término obviamente es otra, pero tiene en común con su sentido originario la índole de lo importante, de lo excelente, de lo especialmente valioso. Desde luego, resulta intuitiva la idea de que ser persona está por encima de cualquier otro modo de ser: ser «alguien» parece más que ser «algo»; ser un quién parece sobresalir respecto de ser un mero qué[4].

3. Al hablar de trascendencia no me refiero –y menos el agnóstico Heidegger– a nada religioso, si bien, a diferencia del filósofo alemán, no excluyo la dimensión religiosa de la capacidad que la subjetividad posee de autotrascenderse. De la misma forma que el yo puede ir más allá de sí mismo hacia lo otro y los otros, en un plano, digamos, horizontal, no puede excluirse la posibilidad de un trascender verticalmente hacia el Otro. En todo caso, lo que la autotrascendencia del ser personal ante todo significa aquí es que el sujeto está abierto, más allá de sí mismo –horizontal, verticalmente, o de ambos modos– al plano de lo otro-que-sí en una forma tal que puede complementar su propio ser con aquello que él no es, con la realidad de lo otro en tanto que otro, en la doble forma del conocer y del querer. Esta autotrascendencia puede explicarse, negativamente, diciendo que el hombre no se entiende sólo desde sí mismo.

4. Aunque en sentido amplio se entiende lo que con semejante distinción se desea transmitir, ésta no puede admitirse desde un punto de vista rigurosamente ontológico, por cuanto lo primero que se necesita para ser alguien es, precisamente, ser, y ser es siempre ser algo. La índole de «algo» *(aliquid)* es una nota característica de todo ser, a saber, aquella que en cada ente hace explícita su distinción de la nada y de los demás entes *(aliud quid)*. La distinción adecuada, por tanto, no sería entre personas y cosas, sino entre realidades personales y realidades no personales.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

Según el cristianismo, la peculiar excelencia o dignidad de la persona humana obedece al hecho de haber sido creada por Dios a su imagen y semejanza, y, más aún, a haber sido elevada al orden sobrenatural; es decir, se deriva de estar habilitada e invitada a participar, mediante la «gracia», de la misma vida divina. En efecto, el cristianismo entiende que tanto la creación como la redención –que es una suerte de «nueva creación»– suponen que Dios ha querido y re-querido al ser humano de una manera especial, en primer lugar poniéndolo como dueño y señor del universo natural, y en segundo lugar cancelando la deuda contraída por el pecado mediante el sacrificio propiciatorio del Hijo de Dios, que ha merecido para toda la humanidad, en su nombre, que Dios Padre vuelva a reanudar su amistad con el hombre: su perdón y una especial consideración que para el hijo perdido ha merecido el sacrificio del Hijo en la Cruz. A la luz de la enseñanza cristiana, el concepto de dignidad de la persona cobra, por tanto, sus perfiles más intensos, y la obligación, no ya sólo de respetar, sino de amar a todo ser humano como prójimo, encuentra ahí un poderoso respaldo. Dignidad de la persona, por tanto, en su sentido cristiano, implica un valor absoluto, pero que a su vez se deriva de haber sido absolutamente valorada por el Ser Absoluto.

3. La fundamentación de la dignidad de la persona humana

Aun desde una perspectiva filosóficamente agnóstica, Kant coincide sustancialmente con el cristianismo al apreciar que el contenido semántico de la dignidad que a la persona cabe atribuir se deriva de su índole de fin en sí mismo. La pertenencia de la persona, ser racional, a lo que el filósofo alemán denomina, en el segundo capítulo de la *Fundamentación de la Metafísica de las Costumbres,* el «reino de los fines», la hace acreedora de un carácter excelente, de un valor intrínseco *(innere Wert),* que con toda justicia podemos llamar dignidad *(Würde)*[5]. Ahora bien, pese a las aclaraciones kantianas, sumamente lúcidas en lo referente a la definición del concepto de dignidad, éste queda en una situación de máxima fragilidad conceptual toda vez que, según los presupuestos teóricos del kantismo, al tratarse de un concepto metafísico –y sin duda el de dignidad lo es– carecería de la cualidad necesaria para condicionar o fundar un conocimiento objetivo. En efecto, cuando hablamos de dignidad de la persona no lo hacemos en términos biológicos. La excelencia del ser humano y su carácter sobresaliente, por ejemplo respecto de cualquier otro animal, no se debe a que sea más fuerte, ágil, o que tenga más aptitud para adaptarse al ambiente, mejores defensas anatómico-fisiológicas, etc. En modo alguno la dignidad humana puede entenderse en categorías físico-biológicas. «Ser más» no es ningún modo biológico de ser. De ahí que la fundamentación de ese concepto adolezca en el kantismo de una debilidad congénita, por completo incomparable a la claridad con la que el maestro alemán lo describe.

Esta desproporción ha tenido sin duda consecuencias negativas en la teoría del constitucionalismo moderno. Uno de sus principales referentes, el italiano Norberto Bobbio, señalaba que todos estamos de acuerdo en afirmar la universalidad de los derechos fundamentales mientras no se nos pregunte por qué. Ahora bien, «si ser considerado hijo de Dios no siempre ha sido suficiente para proteger al hombre, ser mero animal racional o animal social es dar demasiadas facilidades para pisotearlo»[6].

La fundamentación de la dignidad humana, o es metafísica –en nítida expresión de

5. *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten*, IV, 434, 35-435, 4. Especialmente quedan aclaradas estas ideas de Kant al exponer su teoría del imperativo categórico, concretamente en la segunda formulación que hace de él: «Obra de tal modo que uses la humanidad, tanto en tu persona como en la persona de cualquier otro, siempre a la vez como fin, nunca meramente como medio» *(op. cit.,* 429, 9-13).

6. Ayllón, J. R., *Desfile de modelos. Análisis de la conducta ética,* 2ª ed., Rialp, Madrid, 1998, p. 143.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

Millán-Puelles, radicalmente teocéntrica– o no es. «La dignidad de la persona humana es un trasunto de la dignidad de su origen»[7]. Si no se llega hasta aquí, la afirmación de la dignidad humana, cuando la hace el hombre, será un acto de puro narcisismo. No lo es porque precisamente el hombre, cuando reconoce su propia dignidad, rinde homenaje a Aquél de quien es imagen y semejanza. «Si la presunta dignidad del hombre es tan sólo el emblema de una arrogancia que se nutre de su propia afirmación, todo podría quedar en un puro y simple gesto megalómano. Por el contrario, si se trata de algo cuyo origen rebasa nuestro ser y que se funda, por tanto, en un principio ontológicamente sobrehumano, el concepto en cuestión sale del círculo de nuestra mismidad y, en vez de mirarse en ella como en su propio espejo, apunta hacia el 'original' del que deriva el valor específico del hombre»[8].

De la solidez que posea la fundamentación ontológica de esta dignidad se beneficiará también el vigor de la noción de «derechos humanos», la cual, respaldada por aquélla otra, no hace sino suministrarle ciertas concreciones prácticas[9]. El respeto por la persona no puede quedarse en un «gesto megalómano», pero en el fondo sólo tendrá fuerza para vincular las conductas humanas en la medida en que, tanto el concepto metafísico de dignidad como sus respectivas concreciones jurídico-positivas, traduzcan fielmente la exigencia básica del homenaje que ante todo se debe a Dios creador. De lo contrario, la justificación de los derechos humanos queda en una situación muy precaria[10]. La historia reciente proporciona abundantes evidencias de que, basado exclusivamente en el hombre, todo derecho humano está en poder del hombre, sufre impunemente violaciones y excepciones, y puede ser manipulado según la conveniencia política. No hay, en fin, ninguna razón sólida para considerar los derechos humanos dotados de una validez absoluta –por tanto, incondicionada– si éstos no se fundan en el derecho que Dios tiene a ser respetado en lo que ha hecho cuando creó al hombre[11]. Cuando

7. Millán-Puelles, A., *Sobre el hombre y la sociedad,* Madrid, Rialp. 1976, p. 101.

8. *Ibid.,* p. 97. J.R. Ayllón recuerda una afirmación desconcertante de Horkheimer y Adorno: contra la libertad de asesinar no existe a fin de cuentas más que un argumento de carácter religioso. «¿Por qué religioso? Porque la imposibilidad de matar a un hombre no es física: es una imposibilidad moral que nace al descubrir cierto carácter absoluto en el sujeto finito, la imagen de lo incondicionado, un resplandor que no es suyo» (Ayllón, *op. cit.,* pp. 74-75).

9. «Desde el punto de vista de la filosofía práctica, la dignidad ontológica de la persona humana posee (…) una significación esencial: la de constituir el fundamento –no el único o radical, ya que éste consiste en Dios– de los deberes y los derechos básicos del hombre. Estos deberes y derechos básicos suelen denominarse naturales por suponer en toda persona humana la naturaleza racional, de modo que también se ha de tomar a esta naturaleza por fundamento de ellos, pero no solamente por ser algo que tenemos en común todos los hombres, ya que asimismo la dignidad ontológica de la persona humana la tenemos todos los hombres en común, sino por hacer que nuestro nivel o rango de personas sea justamente el de personas humanas. Hay un deber general, en el cual se resumen los diversos deberes de toda persona humana: el de mantenerse a la altura de su dignidad ontológica al hacer uso de la libertad (…). Y hay un derecho general también, en el cual se resumen los diversos derechos de toda persona humana: el de ser tratados cabalmente como personas humanas, no en virtud de razones o motivos particulares, sino en función de la dignidad ontológica del ser sustancial del hombre» *(Léxico Filosófico,* Rialp, Madrid, 1984, pp. 465-466).

10. Vid. Barrio, J.M., *«El significado moral de los derechos humanos»*, Nueva Revista de Política, Cultura y Ar*te,* vol. XXXVIII, n.º 65 (2.ª Serie), octubre-noviembre 1999, pp. 24-39, y *«Validez o vigencia: Una aporía fundamental. Examen de la raíz ética de los Derechos Humanos»*, en Derechos Humanos y Educación, Servicio de Publicaciones de la UNED, Madrid, 2000, pp. 93-102.

11. He aquí una de las ideas centrales de la antropología que el Papa Juan Pablo II ha expuesto de diversas maneras en su catequesis. Dos ejemplos: «Hoy día se habla mucho sobre los derechos del hombre, pero no se habla de los derechos de Dios (…). Los dos derechos están estrechamente vinculados. Allá donde no se respete a Dios el hombre tampoco puede hacer que se respeten sus derechos. Hay que dar a Dios lo que es de Dios, y así sólo será dado al hombre lo que es del hombre» (München, 3 de mayo de 1987). La misma idea aparece en una carta a los Obispos del Brasil, fechada el 10 de diciembre de 1980: «Los derechos del hombre sólo tienen vigor allá donde sean respetados los derechos imprescriptibles

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

esto se olvida, la dignidad de la persona corre el riesgo de ser pisoteada, y las relaciones humanas tienden a parecerse al hobbesiano bellum omnium contra omnes[12].

4. Dignidad ontológica y dignidad moral

La atribución del valor absoluto a la persona humana –que no es un ser absoluto, pero sí ha sido objeto de una peculiar estima por parte del Ser absoluto– no supone prejuzgar que ese mismo valor absoluto haya de adscribirse a todo lo que la persona hace. En consecuencia, y de acuerdo con Millán-Puelles, propongo distinguir dos tipos de dignidad:

– una que es propia del ser-persona, y que podemos designar con el nombre de «dignidad ontológica», dado que se deriva del tipo de ente que la persona es, y, como ya se ha visto más arriba, ser-persona es en sí mismo una dignitas;

– otra dignidad que, por «apropiación», obtiene una persona por el uso moralmente recto que hace de su libertad, y que puede designarse, con todo rigor, con el nombre de «dignidad moral».

La distinción teórica entre ambos tipos de dignidad resulta análoga a la que en términos generales podemos establecer entre el hecho de ser libre y el uso que cada persona hace de su libertad[13]. Toda persona es libre, y esto es indicio de una especial estatura ontológica, la de quien dispone de sí mismo en la forma de tener, en buena medida, su ser en sus propias manos. Mas en el uso concreto que de nuestro ser-libre hacemos no siempre estamos a la altura de lo que somos. «Nobleza obliga» significa, aquí, que para el ser humano hay formas de comportarse que confirman y reafirman su humanidad, y otras que más bien la desmienten o reniegan. Éstas últimas, a las que masivamente nos referimos con la noción de mal moral, por mucho que tan sólo sean posibles como conductas de alguien que es persona, quedan desvirtuadas como acciones humanas; más aún: el sentido común moral las califica de inhumanas[14].

No puede negarse que hay una dignidad humana adquirida, que depende del uso de la libertad que cada quien haga o, más concretamente, del valor moral de sus acciones. Pero esa dignidad moral presupone otra dignidad innata, que ni se obtiene ni se pierde obrando. Dicho de otro modo, cabe ser buena o mala persona en sentido moral, pero siempre sobre la base de que se es persona, lo cual está revestido de un valor peculiar que, ciertamente, puede ser a su vez enriquecido –o empobrecido– por la adición –o sustracción– del valor propio de una conducta que reafirma –o desmiente– con el obrar lo que por naturaleza se es. Pero ser persona no es efecto de ser buena persona, ni defecto de serlo mala. La dignidad ontológica de la persona no depende de su catadura moral: sólo cabe que se halle mejor o peor reflejada en ésta.

de Dios. El compromiso para aquéllos es ilusorio, ineficaz y poco duradero si se realiza al margen o en el olvido de éstos». Por su parte, J. Ratzinger comenta la tesis de Hannes Stein según la cual con la alianza de Dios y su pueblo en el Sinaí surge el sujeto jurídico autónomo, y con él la idea fundamental que hará posible la democracia en el occidente cristiano, pues desde entonces cada ser humano ha de responder directamente ante Dios de sí mismo y de sus obras, bien sea señor o esclavo, varón o mujer. En efecto, señala Ratzinger, «la dignidad de cada individuo, que, de por sí, está solo ante Dios, al que Dios habla y que en cuanto persona está afectado por las palabras de la alianza, constituye el punto central de los derechos humanos –concretamente la dignidad igual de las personas– y, en consecuencia, el auténtico fundamento de la democracia» (cfr. J. Ratzinger, *Dios y el mundo,* Galaxia Gutenberg/Círculo de Lectores, Barcelona, 2002, pp. 169-170).

12. El, según algunos, postmetafísico y postreligioso siglo XX, aunque no ha inventado la violencia, ha alcanzado cotas históricamente inéditas de inhumanidad. «La tierra –escribió Papini– es un infierno iluminado por la condescendencia del sol».

13. Refiriéndose a la primera, señala Millán-Puelles que «es innata e indivisible y, aunque supone la posesión del libre arbitrio, no se encuentra determinada por su buen o mal uso» *(Léxico Filosófico,* cit., p. 465).

14. En la lengua alemana la palabra *Untat* designa la acción moral o jurídicamente abyecta o criminal. Y sin embargo, su traducción más literal al castellano sería la de «des-acción» o «in-acción». El sentido obvio de que a esa voz se le adscriba ese significado es que la acción moralmente perversa «des-hace» a quien la hace o lleva a cabo.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

5. Algunas consideraciones prácticas

El respeto por la persona y su libertad ha de caracterizar el trato humano inspirado por la caridad cristiana. En especial, tiene interés aquí detenernos a examinar la actitud que ha de caracteriza el comportamiento de quienes en la Iglesia ejercen alguna responsabilidad pastoral o formativa. Para ello puede servirnos de referencia la tarea educativa de los padres, dado que en ella estriba justamente la quintaesencia de la paternidad humana y, a su vez, toda la tarea pastoral y catequética de la Iglesia es una cierta forma de paternidad, por participación de la única verdadera paternidad, la de Dios Padre.

Querer a los hijos es querer su libertad, el elemento con que cuentan para construir su propia biografía. Pero eso implica exponerse a ella. Los padres verdaderamente conscientes de su papel estarán dispuestos a correr el riesgo de la libertad de sus hijos, una vez alcancen la necesaria discreción, porque sólo así el crecimiento de sus hijos es algo de ellos, una operación propiamente vital, inmanente, y no el reflejo condicionado de la coacción, la manipulación o el engaño.

Ahora bien, el valor de la libertad electiva es instrumental, es decir, estriba en el valor de la realidad que se trae a la existencia, eligiéndola, o que se pierde al rechazarla. De ahí que pueda emplearse la libertad correcta o incorrectamente. A su vez, la posibilidad de hacer buen uso de ella coincide con la de hacer igualmente de ella un mal uso. Si los padres son cristianos, les será menos costoso querer a sus hijos libres, arriesgándose en consecuencia a un mal uso de su libertad. Y esto, en primer término, porque sólo aceptando la libertad se hace posible un buen uso de ella y, en segundo, porque advertirán que así es como se comporta Dios con los hombres. Afirma san Josemaría: «Los padres que aman de verdad, que buscan sinceramente el bien de sus hijos, después de los consejos y las consideraciones oportunas, han de retirarse con delicadeza para que nada perjudique el gran bien de la libertad, que hace al hombre capaz de amar y de servir a Dios. Deben recordar que Dios mismo ha querido que se le ame y se le sirva en libertad, y respeta siempre nuestras decisiones personales: dejó Dios al hombre –nos dice la Escritura– en manos de su albedrío (Eccli. 15, 14)»[15].

Consta que cuando Dios ha querido crear seres personales –a la imagen y semejanza de Él, que a su vez es un ser personal– también ha querido correr ese riesgo: lo primero que ha querido al crear seres libres es que efectivamente lo sean. Nos ha dado unas pocas pautas –la ley moral– para que hagamos un buen uso de esa libertad, es decir, un uso que ante todo revierta en nuestro propio bien porque se ajusta a la altura de nuestro ser, que es imagen Suya. Dios, como cualquier agente inteligente, no hace las cosas «porque sí», sin un determinado plan: ha creado a los hombres por algo y para algo. Pero ha condicionado el cumplimiento de ese plan a que sea asumido libremente por ellos. Santa Teresa Benedicta de la Cruz se asombraba ante la misteriosa grandeza de la libertad personal: es tal que Dios mismo se detiene ante ella y la respeta. No quiere esclavos sino hijos, y no quiere ejercer su dominio sobre los espíritus creados sino como una concesión que éstos le hacen por amor.

Como todo ser personal, Dios desea amar y ser correspondido en ese amor. Pero la condición para eso es la libertad: es imposible amar –con amor electivo– sin ser libre. Y por el gran bien que supone esa correspondencia amorosa, Dios parece dispuesto a sacrificar su seguridad, es decir, a que con la misma libertad electiva de la que unos se sirven para amarle pueda haber otros que le ofendan. Es lo que C.S. Lewis llamó la «humildad divina».

Si Dios respeta la libertad humana hasta el extremo de exponerse al pecado –pensará un cristiano–, ¿quién soy yo para no respetarla? Ahora bien, sería una simpleza creer que ese respeto a la personal libertad es permisivismo, o

15. Conversaciones con Monseñor Escrivá de Balaguer, n. 104.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

consiste en un displicente desapego del uso que se haga de ella. Si los padres entienden adecuadamente su labor –que prolonga en la educación lo que se incoa con la generación– en modo alguno quedarán indiferentes ante el destino que los hijos dan a la libertad que se les reconoce. Querer la libertad de los hijos es también saber «requerirla». Adviértase que la palabra requerir hace referencia a una especie de doble querer: querer y re-querer. Es imposible requerir la libertad humana sin previamente quererla; por tanto, sin asumirla y respetarla. Pero para un educador no existe ningún auténtico respeto de la libertad que a su vez no consista en exigirle esfuerzos que le pongan en la tesitura de vencerse, de superarse a sí mismo. Es esta la forma de todo humano crecimiento.

6. Comprensión y fortaleza

Respetar a la persona y su libertad no implica necesariamente respetar las opiniones o las prácticas que libremente esa persona hace suyas. El titular del derecho a ser respetado es siempre la persona, no sus ideas o conductas. De lo contrario, cualquier forma de discrepar de la opinión de otra persona sería una forma de faltarle al respeto. Afirmar esto es evidentemente abusivo, pues cabe discrepar respetuosamente –es decir, respetando a la persona– pero combatiendo claramente sus opiniones, a saber, tratando de poner de relieve que son falsas, o incluso dañinas (no falsas porque sean dañinas, sino dañinas porque son falsas).

En todo caso hemos de tener claro que, sean cualesquiera sus puntos de vista o su estilo de vida, una persona siempre merece respeto, porque cualquier persona es mejor que sus teorías, aun en el supuesto de que estén sobradas de cordura. Pero ello no significa convalidar todo lo que una persona piense o haga, entre otras cosas porque eso haría imposible el verdadero diálogo entre los hombres, que es lo que en último término hace posible la amistad.

Los padres han de saber dialogar con los hijos sobre lo bueno y lo mejor. A determinadas edades han de saber exigir con fortaleza –nunca con violencia– que se respeten ciertos límites, pero aun en estos casos siempre será posible dar razones de dicha exigencia, y persuadir más que disuadir. En alguna circunstancia, inevitablemente los padres habrán de tener el valor de corregir con la necesaria energía. Ellos, que no sólo respetan a sus hijos, sino que los quieren, no les toleran fácilmente cualquier cosa. Si se comportan como deben, la actitud natural que vemos en los padres es más exigente que condescendiente. Eso no quiere decir que no perdonen los defectos. Por supuesto que sí: los perdonan, pero tratan de corregirlos.

El auténtico amor se contenta con poco, pero lo exige todo. El amor es lo menos tolerante, permisivo o condescendiente que encontramos en las relaciones humanas. Una persona que odia a otra constantemente le anda acechando los defectos, su talón de aquiles, sus puntos débiles, para criticarlos afeando su conducta ante los demás. Es curioso que quien ama no es menos sensible a las imperfecciones de la persona amada. Aunque no irá a ponerle en evidencia ante nadie, tampoco le pasarán desapercibidos los defectos del amigo. La diferencia es que tratará lealmente de corregirle, de ayudarle a que los supere. Esto lo vemos en toda auténtica amistad. Cuando amamos a una persona conocemos sus defectos, igual o incluso mejor que los nuestros, y la amamos con ellos. Esto es paradójico. Si yo quiero a alguien pero no le quiero con sus defectos entonces realmente no le quiero: lo que quiero no es a esa persona, sino, en ella, la imagen irreal –idealizada– de lo que me satisface. Pero eso no es otra cosa que quererme a mí. Querer realmente a alguien significa querer su realidad, su realidad defectiva. Cierto que se la quiere no en tanto que defectuosa sino en tanto que realidad, pero, al cabo, realidad defectiva, aunque también posea otros aspectos muy positivos. Siempre son más los elementos positivos de una persona que sus defectos, y esas buenas cualidades son las que la hacen efectivamente amable, pero yo no amo cualidades positivas sino personas que las poseen.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

En resumen: no puedo querer a nadie «por» sus defectos pero sí «con» ellos. Ahora bien, querer realmente a alguien, con sus defectos, implica quererle luchando contra ellos, quererle esforzándose por superarlos y ayudarle en ese esfuerzo, es decir, corrigiéndole. La conducta recta suele ser conducta *correcta,* a saber, la que es resultado de muchas *correcciones.* Ciertamente la corrección es más eficaz si se administra con sentido positivo, poniendo de relieve no tanto que algo se ha hecho mal –aunque esto deba quedar a veces muy claro– como que se puede hacer mejor en el futuro.

En definitiva, el respeto a la persona y a su libertad, más aún si está respaldado por la motivación de la caridad cristiana, en modo alguno puede confundirse con un irenismo que convalida todo lo que una persona hace o piensa. Desde una actitud que comprende la debilidad humana –ante todo desde la experiencia de la propia debilidad– quienes están investidos en autoridad han de saber en cada caso proponer –obviamente, no imponer– aquellos usos de la libertad que contribuyen a la mejor plenitud del ser humano, a que crezca como persona, a que sea más.

Bibliografía

Alvira, R., *La razón de ser hombre. Ensayo acerca de la justificación del ser humano*, Rialp, Madrid 1998.

Barrio, J. M., *Dignidad y trascendencia de la persona.* En JF Sellés (ed), Propuestas antropológicas del siglo XX. EUNSA, Pamplona 2004, pp. 47-75.

Hildebrand, D., *La importancia del respeto en la educación.* Rev. Educación y Educadores, 2004; 7: 221-228.

Juan Pablo II, *Mi visión del hombre. Hacia una nueva ética,* Palabra, Madrid 1997.

Millán-Puelles, A., *La estructura de la subjetividad.* Rialp, Madrid 1967.

Millán-Puelles, A., *Sobre el hombre y la sociedad*, Rialp, Madrid 1976, pp. 97-104 (La dignidad de la persona humana).

Polo, L., *Quién es el hombre*, Rialp, Madrid 1991.

Torralba Roselló, F., *¿Qué es la dignidad humana? Ensayo sobre Peter Singer, Hugo Tristam Engelhardt y John Harris.* Herder, Barcelona 2005.

Yepes Stork, R. y Aranguren, J., *Fundamentos de antropología.* Un ideal de la excelencia humana, 4.ª ed., EUNSA, Pamplona 1999.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

2

Persona y familia

La configuración de la identidad personal en la familia

Aquilino Polaino-Lorente

Introducción

Un objetivo de este libro es ayudar al desarrollo de una vida psíquica equilibrada, que contribuya a promover la salud mental, logre prevenir algunos problemas y permita la detección temprana de otros. Se aborda en este capítulo una cuestión previa de indudable incidencia. La familia es el más importante factor en la configuración de la identidad personal**.** «*La familia* –dice el Papa Francisco– *es el ámbito de la socialización primaria, porque es el primer lugar donde se aprende a colocarse frente al otro, a escuchar, a compartir, a soportar, a respetar, a ayudar, a convivir*» (Exh. Ap. *Amoris laetitia*, 19-III-2016, n. 276). El modo en que una persona habla, los gestos con que se expresa, el mismo estilo cognoscitivo que caracteriza a su singular forma de conocer y pensar de cada uno, son en buena parte deudores de la familia en que ha crecido. La familia deja una especial impronta, un resello inconfundible en el modo en que se configura la propia identidad personal.

Son muchos los factores familiares que intervienen en el modo en que cada hijo configura su identidad personal. Intervienen aquí las tempranas relaciones de afecto entre padres e hijos[1], las inquietudes de los padres, las costumbres y tradiciones que trasmiten y en las que educan, las relaciones entre los hermanos y con los otros miembros de la familia, etc. Con frecuencia, lo que sucede es que las personas no suelen tener memoria de estas relaciones porque no se paran a pensar en *la familia* de la que proceden. Sin embargo, gran parte de la justificación de lo que somos, pensamos, queremos, percibimos y hacemos está muy vinculado a la familia.

Sin memoria no es posible el conocimiento de uno mismo; sin memoria no puede haber identidad. Gracias a la memoria cada uno se reconoce a sí mismo como quien es, a pesar de los numerosos cambios que haya experimentado a lo largo de su vida. La identidad es la que preserva el conocimiento propio y ajeno; la que resiste y da unidad a la propia vida, más allá de todos los cambios que la hayan afectado a lo largo de su travesía. Por eso se ha dicho que *no somos los mismos* –tanto es el cambio que se opera en nosotros–, al mismo tiempo que siempre *somos el mismo* a lo largo de nuestra vida. Esto último es clave para la adecuada identidad personal: los cambios que acontecen en toda

1. Vargas Aldecoa, T. y Polaino-Lorente, A., *La familia del deficiente mental. Un estudio sobre el apego afectivo*. Pirámide, Madrid, 1996.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

biografía a lo largo de su existir, no dejan de ser algo accidental.

De hecho, uno de los indicadores más relevantes de la psicopatología es precisamente la pérdida de la identidad personal: que una persona deje de saber quién es. Si no sabe quién es, si no sabe siquiera si es hombre o mujer, ni qué edad tiene, ni cómo se llama –como sucede, por ejemplo, en las últimas etapas de la demencia–, es forzoso concluir que esa persona tiene una afectación psicopatológica muy grave. Hay otras muchas formas, menos graves, de alteración de la identidad personal –de las que aquí no podemos ocuparnos–, que están muy extendidas en la sociedad actual.

Esto significa que *una persona sana tiene que saber quién es.* Y, ¿cómo lo sabe? En cierto modo, invirtiendo el proceso de su trayectoria biográfica hasta su origen y reflexionando sobre ella misma. El recuerdo de la primera vez que confiaron en alguien; el recuerdo de la primera caricia que alguien les hizo, la primera palabra que le dirigieron, la primera vez que alguien les dijo que eran valiosos o guapos o listos o fuertes, o que eran el orgullo de sus propios padres; etc. Sin todas esas experiencias ninguno es la persona que ahora es. Ha habido cambios, *no somos los mismos* pero *somos el mismo.* La identidad personal se encuentra en esbozo en el origen del propio ser. Más tarde, esa identidad se irá configurando a través de las relaciones que se vayan estableciendo con los padres, las hermanas y hermanos, las otras personas que vivían en la casa de origen, los iguales o compañeros, y también con las relaciones que se hayan ido estableciendo con otras muchas personas.

Naturalmente, intervienen aquí otros muchos factores a los que no se ha aludido; entre otras cosas, porque *nada está completamente determinado en la persona.* Ninguna persona es apenas el «resultado» o la «prolongación» automática de las interacciones con y entre sus padres.

Sin duda alguna, cada hijo es diferente. Cada hija o hijo es más o menos sensible, más o menos vulnerable –vulnerabilidad que va modificándose a lo largo de su desarrollo–, con una fuerte o pobre sensibilidad, con mucha inteligencia o capacidad de entender y captar lo que ocurre en el contexto familiar, o sin capacidad alguna para enterarse de lo que ocurre en ese contexto, demasiado o muy poco emotivo, introvertido o extravertido, etc. Aunque los padres sean los mismos y procuren tratar igual a todos –cosa muy poco frecuente–, cada uno acabará por configurar una identidad diferente, la que le es propia, la que le pertenece y singulariza en su irrepetibilidad como la persona que es. Los hijos desarrollarán diferentes identidades no sólo por las diferencias genéticas, sexuales y temperamentales de cada uno de ellos –con las que ya nacen–, sino también por la diversidad de las interacciones que establecen con sus padres.

El comportamiento de los padres respecto de sus hijos también cambia con la edad. El modo en que un padre de 25 años trata a su hijo no es igual que el modo en que ese mismo padre, con 40 años, se comportará con él. Así, por ejemplo, si un hijo nace cuando su padre tiene 35 años, y su hermana nace cuando ese mismo padre tiene 42 años, forzosamente ha de ser diverso el modo en que se relacionará con ellos.

Esa diversidad en las relaciones padres-hijos no sólo esta afectada por la edad de los padres, sino también –y esto es de modo muy relevante– por el sexo de esos hijos. El sexo del hijo modifica el modo en que el padre y la madre se relacionan con él. De otra parte, la madurez de cada hijo –un proceso que dura entre quince y veinte años– varía mucho de de unos a otros, lo que también modifica la interacción entre padres e hijos.

1. La identidad personal

La persona *es,* pero no está *hecha.* El devenir de la persona tiene que ver con el cambio que ésta experimenta a lo largo y ancho de su propio desarrollo. Lo que resiste a los diversos cambios biográficos es lo que constituye su identidad personal, lo que la configura como la singular persona que es. La mujer y el hombre *son,* tienen, una naturaleza, pero al inicio de sus vidas

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

no están hechos ni acabados, por lo que a lo largo de sus vidas tienen que hacerse, pero siempre desde sus respectivos seres. Esto es lo que se contempla desde la perspectiva del desarrollo y la temporalidad humana.

Además de otras consideraciones a las que apelar, hay que decir que la persona y su identidad no son sólo la consecuencia de lo que ésta hace sino también de «lo que no hace», de las omisiones que resultan de «lo-no-hecho», además de gran parte de lo que «le acontece» sin que la persona sea su causa o tome en ello la iniciativa. La identidad de la persona no puede reducirse sólo a lo hecho o no hecho por ella. También configuran la identidad de la persona su pensamiento, su vocación, sus sentimientos, las relaciones personales que establece, sus amores, es decir, las relaciones con las personas a las que ama, etc.[2].

Además la persona debe reflexionar. El hombre hace muchas cosas, pero si no se *aprehende a sí mismo* en las cosas hechas por él, no desvelará ni conocerá la persona que *es.* La experiencia y *comprensión de sí mismo* –además de las acciones realizadas por la persona– es sobre lo que se fundamenta la identidad personal.

Es en el diálogo –primero, con la familia y, más tarde, con la sociedad– donde se concitan dos aspectos relevantes de la identidad personal, considerada ésta como inter-subjetividad e intra-subjetividad. En la experiencia del hombre parece más relevante la necesidad de conocer la relación entre esos dos aspectos que no la de atribuir una determinada significación a uno de ellos o a sólo algún aspecto de la experiencia humana.

Por todo lo dicho, *la familia* debiera ser entendida aquí como la *realidad dinámica* que configura y desvela la identidad de la persona, es decir, como la *oukía* o el *humus* en la que ésta hunde sus raíces. Como queda dicho, es precisamente en el contexto de la familia donde emerge la identidad de la persona. Podría afirmarse que son, justamente, esas estructuras familiares –por otra parte, muy diversas– las que configuran el contexto donde se «pone esa persona a la vista».

Ahora bien, ninguna de esas dimensiones familiares –trenzadas con ciertas costumbres, tradiciones, valores y relevantes convicciones– actúa modelando la identidad personal como un elemento suelto, sino que lo hacen de forma orgánica y articulada a la biografía personal. Esto quiere decir que esos valores familiares acaban por integrarse en una unidad de orden superior: la identidad de esa persona. Es esa integración la que perfecciona la dimensión trascendente de la persona y la que protege la unidad dinámica del ser humano, que debe tener como base una unidad óntica. Así pues, la familia constituye el ámbito en el que la persona se revela a sí misma, el ámbito donde cada persona es querida *por sí misma,* el ámbito donde el hombre puede encontrarse consigo mismo y aprehenderse como *la persona* que *es.* De aquí que los factores familiares no debieran ser considerados como meros accidentes, ya que constituyen una nota sustantiva de la singularidad personal[3].

2. La familia y la identidad afectiva y sexual

Los primeros educadores sentimentales son siempre los padres. Es abundante la literatura científica disponible sobre este particular, especialmente en lo que atañe a las primeras experiencias afectivas de los hijos en relación con sus padres. Esta relación es la que se conoce con el término de apego afectivo (*attachement*)[4].

El vínculo afectivo singular que se establece entre los padres y cada uno de sus hijos es el lugar donde se acunan los primeros sentimientos del niño, de los que tanto dependerá en el futu-

2. Vid. Polaino-Lorente, A., «Lo que la maternidad y la paternidad aportan a los hijos», *Revista BERIT Internacional,* Universidad Santo Tomás, Santiago de Chile III/4 (2005), 35-70.

3. Vid. Íd., *En busca de la autoestima perdida*, Desclée de Brouwer, Bilbao, 2003; «Identidad personal, ¿Disponemos de referencias culturales europeas?», *Debate Actual* 2 (2007), 29-59.

4. Vid. Vargas Aldecoa, T. y Polaino-Lorente, A., *La familia del deficiente mental,* cit.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

ro su personal estilo afectivo. Ese vinculo es natural, espontáneo e innato en el niño y, además, necesario, no renunciable, y algo conforme a la naturaleza de su condición, sin cuya presencia el niño no puede crecer. Los padres educan a sus hijos en la afectividad –de forma natural y espontánea–, cuando consuelan, corrigen, riñen, animan, sonríen, acarician, etc., aunque no sean muy conscientes de ello.

De otra parte, los padres educan en la afectividad a sus hijos –especialmente en la afectividad relativa a las personas de distinto sexo–, a través del modo en que se comportan entre ellos. Esta vía indirecta, y como *in obliquo,* es de vital importancia para los hijos. Es posible que algunas actitudes *machistas* o *feministas*, de respeto o de su ausencia en lo relativo al trato con el otro cónyuge, de ternura o violencia, etc., tengan sus raíces en el aprendizaje temprano de los hijos, los cuales observan el modo en que se relacionan sus padres[5].

Paradójicamente, cuando los hijos llegan a la adolescencia y comienzan a *enamorarse,* los padres no saben cómo comportarse con ellos. Se han olvidado de que comenzaron ya a educar a sus hijos para el amor precisamente a través de las relaciones entre marido y mujer a lo largo de sus vidas. Por eso habría que incorporar a los derechos del niño no sólo el afecto –a él manifestado, se entiende– de su padre y de su madre, sino también el afecto y las buenas relaciones que debieran haber entre el padre y la madre.

El estilo educativo de los padres puede seguir dos vías, relativamente contrapuestas. La primera es la que opta por imprimir en el niño los criterios, más o menos acertados, acerca de lo que se le debería permitir o no en la expresión de sus manifestaciones afectivas. La segunda kfícil y compleja, pero también más eficaz– es la que se atiene a enseñar al niño a identificar, apresar y desvelar los sentimientos y emociones que barbotan en su intimidad, de manera que conociéndolos pueda dirigirlos a donde desea. En la primera, los padres optan por los límites; en la segunda, por el conocimiento personal del hijo y la capacidad que tiene de autocontrolar sus sentimientos.

Con frecuencia se lleva a cabo un «etiquetado» de las personas y de sí mismo en el ámbito de la afectividad. Pero afirmar que una persona es introvertida o extrovertida, colérica o flemática, reflexiva o impulsiva, optimista o pesimista, cariñosa o seca, es decir bien poco. Pues aunque eso fuese cierto, tal *etiquetado* sólo está fundamentado en el temperamento. Pero, afortunadamente, la afectividad humana no sólo depende del temperamento, sino también de la educación familiar y escolar, del grupo de amigos y de las relaciones interpersonales que se establezcan, así como de otras muchas variables socioculturales.

Es esencial la educación de los hijos en los sentimientos, puesto que constituye el primer núcleo configurador –no sólo teórico o normativo, sino práctico, vivencial y experiencial– a cuyo través se modelará y moldeará el estilo emocional de cada hijo. Un estilo emocional no es un vulgar modo de expresar las emociones y/o de reaccionar así al medio. Es desde luego eso, pero también mucho más que eso. Cada estilo emocional constituye un modo particular de situarse la persona en el mundo, lo que favorece o dificulta unos u otros comportamientos. Y esos comportamientos afirman o niegan, realizan o frustran la adquisición de ciertos valores. De aquí que el estilo emocional tenga mucho que ver con la educación en los valores y virtudes.

Desde la perspectiva de la educación moral, cada estilo emocional o temperamento tiene sus ventajas e inconvenientes. La persona flemática, por ejemplo, tendrá una mayor dificultad para vencer la pereza, al mismo tiempo que suele ser más reflexiva que impulsiva. Por el contrario, la

5. Polaino-Lorente, A., «La educación de los sentimientos y la sexualidad», *Revista Española de Pedagogía,* 235 (2006), 429-452. Vid. también, Íd., «Identidad personal: ¿Disponemos de referencias culturales europeas?», *Debate Actual*, 2 (2007), 29-56.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

persona impulsiva se implicará emotivamente más en lo que hace, dice, piensa y siente, pero la rapidez con que actúa puede carecer de la necesaria reflexión. En cualquier caso, unas y otras personas, si se conocen en modo suficiente, pueden crecer, bien luchando contra sus «puntos débiles» o bien desarrollando con muy poco esfuerzo sus «puntos fuertes». Esta es materia que los padres debieran conocer para, sirviéndose de ella, educar a sus hijos en la afectividad y en las virtudes.

La educación en los sentimientos es inseparable de la educación en las virtudes. Por eso, los padres no debieran descuidar esta importante cuestión, dejándola al albur del determinismo temperamental de cada hijo o, lo que sería peor, dejándose sustituir por el azar, las costumbres y las modas que caracterizan el emotivismo cultural contemporáneo. A los padres compete, además, la observancia de uno de los mejores procedimientos para la educación de los sentimientos: la del ejemplo personal (es el mejor educador), puesto que es el más natural y el que mejor se adecua a las interacciones con sus hijos en el contexto familiar. No se olvide que una buena porción de los sentimientos experimentados por los hijos –modos en que responden a determinados eventos familiares– son casi siempre reactivos al comportamiento que observaron en sus padres.

La educación en la afectividad resultaría incompleta si, al mismo tiempo, no se abordase la educación en la sexualidad. Sexualidad y afectividad están entre sí muy unidas, constituyendo como el haz y el envés de una misma realidad. Los dos errores más frecuentes en la actual cultura, en lo que se refiere al modo en que se han relacionado afectividad y sexualidad, son los siguientes: la ruptura y completa independencia entre sexualidad y afectividad en algunas personas; y la supuesta legitimación de la sexualidad a partir de la afectividad. De ellos debiera ocuparse la educación sexual, además de otros muchos y variados aspectos.

Estudiemos el primero de esos errores: la artificial separación entre sexualidad y afectividad. Esta disociación desnaturaliza la misma relación humana en que se funda el comportamiento sexual. Un encuentro como éste, diseñado sólo respecto de la satisfacción placentera corporal y fugitiva, sería un encuentro con un fantasma impersonal, que vacía de significado el acto unitivo de las personas. Pues, entre «fantasmas» sólo cabe la unión fantasmagórica, la unión ficticia. ¿De qué le sirve al hombre o a la mujer compartir el cuerpo del otro, si el otro le es completamente ajeno, por no comprometerse, dado que sus más íntimos pensamientos, deseos, sentimientos e ilusiones son silenciados e ignorados? ¿Por qué conformarse con sólo la satisfacción del cuerpo, durante apenas unos instantes, renunciando a que el otro, libremente, se le dé del todo y le haga señor de su voluntad y rey de su corazón? ¿Cómo y por qué tratar de satisfacerse con tan poco?[6]

Se vacía de sentido la sexualidad humana cuando se la despoja de la fecundidad (sexualidad sin procreación) y/o se la disocia de la afectividad (sexualidad sin compromiso personal, sexualidad despersonalizada y sin entrega). «Una entrega corporal que no fuera a la vez entrega personal sería en sí misma una mentira, porque consideraría el cuerpo como algo simplemente externo, como una cosa disponible y no como la propia realidad personal»[7]. En ese caso, la entrega no sería tal, porque ninguno se daría al otro, porque ambos se utilizarían parcial y recíprocamente (sólo en lo que se refiere al placer que les otorga sus cuerpos), mientras se esfuman y huyen las subjetividades que no comparecen en el encuentro en ese acto, de suyo generador y trascendente.

Conviene recordar aquí que para la educación de la conducta sexual de la persona, pue-

6. Vid. Polaino-Lorente, A., *Sexo y cultura. Análisis del comportamiento sexual*, Rialp, Madrid, 1992.

7. Ruiz Retegui, A., *La sexualidad humana*, en López Moratalla, N. y otros, *Deontología biológica,* Universidad de Navarra, Pamplona, 1987.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

den distinguirse los cuatro puntos cardinales o dimensiones siguientes: generativa, afectiva, cognitiva y religiosa. En la dimensión generativa se pone de manifiesto el modo en que la sexualidad está comprometida en la reproducción y generación de nuevos seres humanos. En esta dimensión se atiende a la procreación y a la genitalidad. En la actualidad no es infrecuente –lamentablemente– que se reprima y frustre la dimensión procreadora del comportamiento sexual. En la dimensión afectiva se pone de manifiesto que el hombre y la mujer son ante todo *personas* y por eso no debiera utilizarse el comportamiento sexual sólo para la obtención del placer. Sexualidad y afectividad se exigen mutuamente. En la dimensión cognitiva se pone de manifiesto que la relación carnal entre el hombre y la mujer exige la luminosidad del mutuo conocimiento, el compromiso de la entrega, el vínculo de la donación, la ilusión de un idéntico proyecto. Cuanto más se ama a una persona, tanto más se desea conocerla. En la dimensión religiosa, por último, se pone de manifiesto que la conducta sexual humana abre a las personas a la trascendencia, al posible origen de un «otro» distinto a quienes lo han generado, lo que comporta una participación en la creación de un ser, que no puede acontecer sin la intervención del Ser que la hace posible, y al que ésta debe ordenarse.

La capacidad psico-biológica, que se manifiesta mediante la conducta sexual, significa que dos personas, hombre y mujer, se dan la una a la otra, se aceptan y se destinan recíprocamente. Esa donación es la que no acontece cuando de la sexualidad se hace un mero contexto en el que tomar del otro lo necesario para lucrar un placer menesteroso e insuficiente, además de deshumanizado.

Estudiemos ahora el segundo error: la supuesta legitimación de las relaciones sexuales a partir del emotivismo. Algunos adolescentes entienden el amor como emotivismo, y la sexualidad como mera consecuencia de éste. El amor es sustituido por demostraciones de cariño y manifestaciones de ternura tan ostentosas como epidérmicas –poco importa cuál sea la edad o las circunstancias–, que no fijan sus raíces en el corazón de las personas. Estas inundaciones afectivas no son efectivas, aunque sí efectistas, porque carecen del necesario fundamento y, en consecuencia, pasan por las vidas de las personas de forma fugaz, instantánea y trivial.

Ese exceso –no de afecto sino de afección superficial– bloquea y asfixia la capacidad de autocontrol hasta desvitalizarla. Acaso por ello, quien así se comporta pierde la prontitud y agudeza necesarias para dejarse sorprender. La vida deja de ser sorpresa y la persona deja de sorprenderse como consecuencia de la hartura que produce el embotamiento de la afectividad. Surge así la apatía (*apatheia*), el pasotismo, la ausencia de vibración, la pérdida del espíritu de aventura, mientras se desvanecen y extinguen los nobles ideales concebidos durante la etapa adolescente[8].

El emotivismo es la actitud contraria a la apertura de la afectividad. El emotivismo es sólo un modo aparente de sentir, pero en realidad no satisface ni sacia por la misma trivialización en que consiste. El compromiso de la relación sexual no queda fundamentado ni justificado, en modo suficiente, por el emotivismo, aunque sea cierto que la afectividad entre hombre y mujer tienda a transformarse –y aún a demandar– la relación sexual. Pero la relación sexual está también penetrada por la racionalidad, que aquí no comparece porque no se dan las condiciones que son necesarias para el compromiso interpersonal.

Además, el emotivismo ofusca y sofoca a la misma racionalidad, hasta el punto de no acertar a saber si es el placer o la tendencia unitiva de la afectividad lo que está en el mismo fundamento de esa relación. La defensa de la afectividad hay que hacerla hoy desde otro lugar: desde *mar adentro,* donde la aventura, la alegría y el sufrimiento, la sorpresa, e incluso la soledad

8. Vid. Llano, A., *La vida lograda*, Ariel, Madrid, 2002.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

bien entendida (no el individualismo), son mucho más auténticos.

Es mejor –y sobre todo más humano– sufrir que estar impasible como consecuencia de haber asentado el corazón, voluntariamente, en la mera atracción afectiva. Es necesario explicar que es mejor querer que sentir, que es mejor amar –aunque comporte ciertos desgarros y sufrimientos, e incluso –como decimos– soledad o desvalimiento– que optar por alimentarse sólo de las emociones o procurarse ciertas satisfacciones placenteras.

El emotivismo es la negación de la afectividad: se repliega en la afectividad de sí para sí, sin compartirla con el otro. El otro deviene en el medio a cuyo través la afectividad es momentáneamente satisfecha en su superficialidad, pero sin que el otro ocupe el lugar que le corresponde en el corazón de la persona emotivista. Quien busca el emotivismo se busca a sí mismo, pero a costa de utilizar al otro. El emotivista es un ser «tomante» que nada da de sí, que no comparte nada, que se aísla en su menesteroso corazón necesitado, que no se abre a la relación, al compromiso y al encuentro con el otro porque, sencillamente, lo margina, lo excluye y, en el fondo, lo destierra de su vida. Pero la afectividad humana es sobre todo relación, presencia del otro, apertura, encuentro, diálogo, compromiso, es decir, salida arriesgada de sí para regalarse y perderse en el otro.

El emotivismo es probablemente una de las peores formas de dependencia afectiva. Todos dependemos de otros en muchas cosas. La libertad es sobre todo inter-dependencia, nadie es una isla que pueda por sí solo satisfacerse y llegar a ser quien es. Entre esas interdependencias naturales las hay de muchas clases (ontológica, religiosa, familiar, funcional, sexual, autoconstitutiva, estructural, existencial, social, etc.), todas ellas legítimas y convenientes siempre que no se sobrepase ese punto medio, de difícil equilibrio, en que consiste la virtud.

Pero la dependencia generada en el caso del emotivismo es sólo sentimental, en la que la afectividad propia campea sobre todo lo demás y se erige en el único fundamento de la toma de decisiones respecto de la relación sexual con la otra persona. Esto supone exponerse a un grave riesgo: el de la *dependencia neurótica* y a las *crisis de identidad.* Es dependencia, porque la afectividad y las relaciones sexuales crean una sutil adicción un tanto compleja y de no fácil solución –con su correspondiente «síndrome de abstinencia»: la resaca que dejan tras de sí la afectividad y la sexualidad cuando la relación se rompe–. Y esa dependencia es neurótica, porque en realidad la persona no se ha encontrado con la otra ni la ha tratado como se merece –a pesar de la aparente hartura de su sensibilidad embotada–, sino que se ha servido de ella para alimentar, simplemente, su inmadura sexualidad o tal vez su enfermiza afectividad.

En el mejor de los casos, con la supuesta justificación emotiva de las relaciones sexuales, estaríamos ante el egoísmo sentimental, perseguidor de la satisfacción psíquica del propio yo, por lo que la persona busca a la vez que el placer sexual la satisfacción afectiva, radicada en el propio yo pero, eso sí, sin entregarse al otro.

En ninguna de las dos anteriores circunstancias se satisface la condición de la entrega amorosa, que tiene como presupuesto una *identidad madura.* En el primero, porque la persona se instala en el mero instintivismo animal de la satisfacción placentera; en el segundo, porque la persona se adormece en el subjetivismo emotivista del propio yo, de un yo inmaduro y neurotizado.

La conducta sexual encuentra su fin en la donación amorosa cuando, orientada por la racionalidad, el querer de la voluntad se dirige a la otra persona, tratando de buscar su bien integral. Lo que alcanza el fin del comportamiento sexual humano es sobre todo la búsqueda de la felicidad del otro –donde radica también la de uno mismo–, cosa que acontece en el encuentro y la donación/aceptación del otro en su totalidad.

Es decir, en una relación que funda un compromiso que por su propia índole exige el «para siempre», sin tomar del otro sólo una de sus partes –como, por ejemplo, su cuerpo, su afectividad, su posición social, etc.–, sino que busca comprometerse con su entera persona, tomar sobre sí la responsabilidad de su vida, en

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

definitiva, sentirse ambos como co-responsables de sus respectivas biografías y personas.

3. La familia, la identidad y las nuevas legislaciones

Sin duda alguna, se han multiplicado los «modelos de familia» en la sociedad actual. Los factores que se han concitado en la emergencia de estos nuevos modelos son de índole muy variada. Basta con recordar aquí, por ejemplo, el intenso y frecuente impacto de la separación y el divorcio, y las nuevas uniones que a ellos siguen; la innovadora revolución tecnológica en el ámbito de la reproducción humana; los hijos nacidos fuera del matrimonio; la ideología de género; las uniones de hecho, etc.

Por supuesto que es competencia del derecho regular las nuevas uniones «familiares» que eclosionan en la actual sociedad, como, de hecho, así está sucediendo. Pero, en esas mismas legislaciones no debieran conculcarse los principios antropológicos en que se sostiene la familia humana como institución social en que se funda la identidad de las personas.

Me refiero, claro está, a esas estructuras familiares que, por ser constitutivas del ser del hombre, si se alteran o tergiversan generarían un serio obstáculo para el desarrollo de la identidad personal. *«Esto significa –escribe D'Agostino– que en la familia y a través de la familia (en las dimensiones conyugal, genitorial, filial y fraterna) el hombre adquiere, establece y realiza la propia identidad personal y, en general, humana, que es la identidad relacional»*[9].

La misma identidad de las personas está hoy en juego, en función de la recepción legal –y la impronta fáctica que de ella se deriva para las personas– de esas relaciones. Esto pone de manifiesto, una vez más, la profundidad y sutileza, la extensión y radicalidad de las estructuras familiares en la configuración de la identidad personal.

Bibliografía

Bofarull, I., *Ocio y tiempo libre: un reto para la familia*, EUNSA, Pamplona, 2005.

Buttiglione R., *La persona y la familia,* Palabra, Madrid, 1997.

Carreras, J., *Emergencia de la familia.* Documentos del Instituto de ciencias para la familia, nº 36, Rialp, Madrid, 2006.

Conferencia Episcopal Española, *Directorio de la pastoral familiar de la Iglesia en España,* EDICE, Madrid, 2003.

D´Agostino, F., *Filosofía de la familia,* Rialp, Madrid, 2006.

Juan Pablo II, *Carta a las familias,* 1994.

Perez-Adán, J., *Repensar la familia,* Ediciones Internacionales Universitarias, Madrid, 2005.

Polaino-Lorente, A., *Diez principios para mejorar la autoestima en la familia,* Ponencia al II Congreso Internacional Educación y Familia. Murcia: Universidad Católica San Antonio, 2005, pp. 175-194.

—, «La importancia de la figura del padre», *Revista de Ciencias y Orientación Familiar* 31 (2005), pp. 19-34.

—, «Educación sexual», en Consejo Pontificio para la Familia, *Lexicon*, Palabra, Madrid, 2004, pp. 321-334.

—, *En busca de la autoestima perdida,* Desclée de Brouwer, Bilbao, 2003.

—, «¿Hacia una cultura del individualismo?», en VV. AA., *Humanismo para el siglo XXI. Propuestas para el congreso Internacional,* Universidad de Deusto, Bilbao, 2003, pp. 163-172.

—, «La cuestión acerca del origen. El olvido del ser y la necesidad de la anamnesis en la actual paternidad humana», *Familia et vita* 2-3 (1999), 68-94.

—, «El hombre como padre», en VV. AA., *Metafísica de la familia,* EUNSA, Pamplona, 1995, pp. 295-316.

—, «Contradicciones culturales del 'Welfare State'. La juventud universitaria entre el poder y la fragilidad», en Fernández–Crehuet, J. y cols., *Juventud actual y sociedad del futuro,* PPU, Barcelona, 1985, pp. 179-198.

—, *Miedo a la libertad: Magnificación del Estado e infraestimación de la persona,* Colección ARVO, Salamanca, 1987, pp. 1-4.

9. D'Agostino, F., «La familia, principio antropológico-jurídico», *Familia et vita*, vol. XI, 1-2 (2006), 131-134.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

3

Persona y sociedad

Ser y estar en el mundo

Juan Fernando Sellés Dauder

Para comprender las dimensiones sociales humanas, parece oportuna una advertencia previa: en el hombre existe una distinción real entre la intimidad personal y las manifestaciones humanas. La dimensión social pertenece al segundo plano. En este nivel están las potencias humanas y lo social, que manifestamos a través de ellas. En cambio, del primer orden es la vida íntima de cada quién, el corazón humano. Como lo manifestativo humano es *derivado de,* y *activado por,* dicha intimidad, si alcanzamos a conocer un poco mejor este núcleo personal, arrojaremos más luz sobre las manifestaciones humanas y, en consecuencia, sobre la dimensión social del hombre.

Que el hombre tiene cuerpo es innegable. Que el hombre es espíritu, también. Pues bien, de acuerdo con esa distinción, hay que sentar que la sociedad no corresponde al nivel del espíritu (acto de ser humano), ni tampoco al plano meramente corpóreo (naturaleza humana), sino a lo que media entre ambos, a saber, el orden de las manifestaciones humanas (esencia humana)[1]. Esas manifestaciones dependen primero de las facultades inmateriales (inteligencia y voluntad), y después de las corpóreas. Por 'el cuerpo' el hombre es menos que social, puesto que su dotación biológica se subordina a la especie humana. Por 'la intimidad' (acto de ser) es más que social, puesto que cada quién es superior a 'la especie' humana, a lo común del género humano. El hombre es social sólo por las manifestaciones humanas (la esencia), y como éstas dependen de la intimidad, la sociedad es manifestación de la índole íntima de cada quién; además, lo social repercute en la corporeidad humana.

Conviene, por tanto, aceptar los descubrimientos acerca de la intimidad humana, para esclarecer desde ella las dimensiones sociales de la esencia humana. La intimidad personal humana está conformada por diversas raíces personales, distintas jerárquicamente entre sí, pero aunadas, ya que entre ellas conforman una única persona. Esos rasgos, de menor a mayor, son los siguientes[2]:

a) *La coexistencia personal* (no es el mero convivir, habitar o 'coincidir con' –esto perte-

1. Vid. Múgica, L. F., Introducción: «El pensamiento social de Leonardo Polo», en Polo, L., *Sobre la existencia cristiana*, Pamplona, EUNSA, 1996, pp. 13-55.

2. Se sigue el planteamiento de Polo, L., *Antropología trascendental*, vol. I. *La persona humana*, 2.ª ed., EUNSA, Pamplona, 2003.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

nece al ámbito de las *manifestaciones*–, sino que consiste en que el ser personal es *abierto personalmente en su intimidad);*

b) *La libertad personal* (no es la libertad que se manifiesta, por ejemplo, en la voluntad, cuando ésta elige entre una cosa u otra; es, más bien, la apertura de una persona a otra persona, pues «la soledad frustra la misma noción de persona»[3]. La libertad es la *actividad* del espíritu humano que impulsa a buscar el propio sentido o verdad personal; un dinamismo que empuja a encontrar a esa persona distinta capaz de aceptar enteramente la irrestricta carga de libertad personal que cada quien es).

c) *El conocer personal* (es la luz cognoscitiva personal que cada quien es. Es decir, es la *verdad* o *sentido personal* de cada uno. Como este sentido no es todavía completo en esta vida, el conocer personal es *búsqueda* de ese sentido en una persona distinta que pueda esclarecer enteramente el sentido personal que se es. La revelación sobrenatural nos manifiesta que ese sentido se alcanzará enteramente en el Cielo: «Al vencedor le daré el maná escondido; le daré también una piedrecita blanca, y escrito en la piedrecita un nombre nuevo, que nadie conoce sino el que lo recibe», *Apoc.*, cap. 2, vs. 17).

d) *El amar personal* (no es el querer de la voluntad, pues esta potencia *reclama* aquello de lo que carece; en cambio, el amor personal no es carente, sino *sobreabundante*; por eso da; es más, se entrega).

Tras esta somera enunciación de los rasgos capitales que describen la intimidad humana, habrá que vincular lo social humano con cada uno de estos rasgos, pues éste será el mejor camino para descubrir cómo son y cómo deben ser las manifestaciones humanas de índole social, las que revelan, sin falsearla, la intimidad personal hacia fuera.

1. La sociedad como manifestación de la coexistencia personal

a) *La manifestación social*

Si la persona es intimidad, lo social debe ser manifestación de esa intimidad –«la palabra *manifestación* indica que la esencia humana depende de la co-existencia»– [4]. Como se ha indicado, «hay sociedad porque el hombre es social y no al revés: lo *a priori* es el hombre»[5], no la sociedad. Ésta es segunda respecto de la persona humana, no a la inversa. Por su parte, «manifestación» indica expresión, o sea, algo que no permanece en la intimidad, sino que se exterioriza: «la sociedad no es persona, sino expresión. La persona humana es el núcleo capaz de expresión extraindividual; y lo es por su intimidad»[6].

Cada persona se expresa (o deja de hacerlo) en la sociedad. Pero esa expresión nunca puede ser completa, porque la persona es irreductible a sus manifestaciones. Esa expresión conforma el carácter dialógico del hombre, pero el sentido de apertura personal de la intimidad humana no equivale al sentido del diálogo con los demás, puesto que ni los demás, ni en buena medida uno mismo, conocen el inagotable sentido personal íntimo. Es social el sentido del diálogo con los demás, y éste será más o menos personal en la medida en que manifieste más o menos el ser de las personas que dialogan.

La manifestación social de cada quien da lugar a varios tipos de comportamientos. Se pueden tipificar porque esas manifestaciones poseen afinidades entre sí: «la manifestación conecta los tipos; los tipos son el cauce de la manifestación»[7]. El tipo de hombre/mujer que cada cual manifiesta con su comportamiento externo depende del conocimiento (o ausencia de éste) que cada uno alcanza de su intimidad, y de la libertad personal con que quiera manifestarlo,

3. Polo, L. *Introducción a la filosofía*, Pamplona, EUNSA, Pamplona, 1995, p. 228.
4. Íd., *Antropología trascendental*, vol. II. *La esencia de la persona humana*, EUNSA, Pamplona, 2003, p. 11.
5. Íd., *Antropología de la acción directiva*, Aedos, Madrid, 1997, p. 52.
6. Íd., *Antropología trascendental*, II, cit., p. 268.
7. Íd., *Sobre la existencia cristiana,* cit., p. 183.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

para bien o para mal. Por eso, ningún modelo social es necesario y (frente a los regímenes totalitarios) hay que sostener que ninguno debe ser implantado de manera obligatoria.

Por otra parte la sociedad no es necesaria para la intimidad de la persona humana, porque ésta es superior a lo social. El sentido personal íntimo de cada persona está abierto al Creador, el único que puede dotarle de sentido personal completo. En cambio, la sociedad es necesaria a nivel de manifestaciones humanas, y no sólo necesaria sino conveniente, pues puede añadir perfección en ese plano. En ese nivel la sociedad no puede faltar –en este sentido se dice que «la sociedad es indefectible… La sociedad es indefectible o imprescindible en tanto que manifestación»[8]. Por eso, se puede decir que «no es bueno que el hombre esté sólo» (*Génesis*), porque en ese nivel el hombre mejora en humanidad en el trato con los demás. Esto se comprueba también atendiendo a la familia, la base de la sociedad.

En suma, cabe sociedad porque la persona humana es co-existencia en su intimidad[9], no al revés. En efecto, la persona no es un ser, sino un ser-*con*, es decir, añade al ser el acompañamiento. También por eso, a nivel social, convivir no es estar junto a, sino crecer por medio del trato mutuo. Derivadamente, la sociedad no es fruto de pacto alguno o un invento cultural, sino neta manifestación humana y humanizante. Es expresión, no invención. Esa manifestación es del orden de lo que hemos llamado esencia humana. La esencia humana está repartida entre los hombres. Ningún hombre la agota, pues nadie tiene todos los hábitos y las virtudes, es decir, todas las perfecciones que caracterizan al género humano, sino que éstas se encuentran repartidas. Por eso nos debemos admiración y respeto los unos a los otros. De ahí deriva la solidaridad. Del diverso modo de canalizar la ayuda mutua surgen los diversos tipos humanos. Éstos conforman lo que ha venido a llamarse la intersubjetividad.

b) *La intersubjetividad social*

Es la relación manifestativa entre los diversos tipos humanos[10]. Como las manifestaciones humanas pueden ser positivas o negativas (o sea, virtuosas o viciosas), la intersubjetividad puede ser perfectiva o degradante. Pero si la esencia humana está diseñada para crecer, cada persona tiene la responsabilidad de rectificar aquellas relaciones intersubjetivas que inhiban dicho crecimiento, y favorecer las que lo posibiliten. Si la mejora en humanidad de los hombres crece en la medida en que los hombres interactúan virtuosamente entre sí, la vida propiamente humanizada y humanizante sólo se puede dar en convivencia. «Por eso, sociedad equivale a convivencia; o bien, si hay convivencia, hay sociedad»[11]. En consecuencia, el individualismo es desfavorable. Asimismo, si el socialismo declara que el hombre es social, pero prescinde de que el vínculo de cohesión social es la virtud, es igualmente asocietario por ser ciego para la adquisición de la perfección humana. Estos movimientos, que no conocen ni respetan la índole de la *esencia* y *persona* humana, no son correctas filosofías, sino *ideologías*. En suma, el *individualismo* y el *socialismo* son asocietarios.

El origen y el fin de la sociedad es cada persona humana, no al revés; y el origen y fin de cada persona es Dios. Lo que precede indica que la sociedad no es ni su propio origen ni su propio fin, o sea, que no es autosuficiente. La sociedad se explica desde la intimidad personal humana, no a la inversa. Por eso, la sociología es inferior a la antropología[12]. La persona, al manifestarse,

8. Íd., *Sobre la existencia cristiana,* cit., p. 184.
9. Vid. Altarejos, F., «La coexistencia, fundamento antropológico de la solidaridad» (K. Wojtyla, R. Spaemann, L. Polo), *Studia Poliana* 8 (2006), 119-150.
10. Vid. Rodríguez Sedano, A., «Coexistencia e intersubjetividad», *Studia Poliana* 3 (2001) 9-34.
11. Polo, L., *Antropología trascendental*, II, cit., p. 266.
12. Vid. mi trabajo: *Antropología para inconformes*, 2.ª ed., Rialp, Madrid, 2007, cap. IV.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

dota a su esencia de una determinada «personalidad». Persona no equivale a personalidad. La primera es íntima; la segunda, manifestativa. Pero la personalidad puede responder o no a la persona que se es. Si responde, no miente ante los demás acerca del propio sentido personal. La persona, al personalizar su esencia humana, posibilita que su intimidad no encuentre barreras a la hora de manifestarse. Por su parte, el fin de la sociedad es la personalización manifestativa de las personas. Por eso, una sociedad que favorezca la despersonalización carece de sentido.

La sociedad es intermedia entre la intimidad personal y la corporeidad humana. Cumple su fin cuando favorece al cuerpo humano de cara a que éste sirva a la personalización de la esencia humana de cada uno. Pierde sentido, cuando olvida esa humanización virtuosa y mide a los hombres, sobre todo, según sus virtualidades corporales, y considera que el primer fin es la mejora de lo corpóreo. La sociedad también tiene un carácter intermedio entre la persona y otras manifestaciones humanas tales como la historia, el trabajo, la cultura, la técnica, la economía, etc. En efecto, el origen y fin de todas ellas es el yo, que también se puede llamar personalidad. La sociedad es intermedia entre el yo y esas otras manifestaciones, porque el trato con los demás es superior al trato con las cosas. En efecto, se desarrolla trabajo, cultura, economía, etc., para los demás; no se usa a los demás, para trabajar, hacer cultura, economía, etc.

2. Familia y sociedad

Si lo social depende de la intimidad humana, será más social esa forma de vinculación humana en la que permita manifestar mejor la intimidad. Esa institución es la familia, en la que se quiere a cada quién por ser quien es, no por sus manifestaciones (cualidades físicas o psíquicas). De manera que la familia es primera en importancia respecto de la sociedad. El fin de la sociedad es favorecer a la familia, no al revés. Visto temporalmente: el futuro de la sociedad es la familia, no a la inversa. O, como norma negativa: «una sociedad que padece la crisis de la familia compromete su futuro»[13]. Eso es así porque el vínculo de cohesión familiar, el amor, es superior al vínculo de cohesión social, la ética. «Los hombres, nacen en una primera institución social que es la *familia*; sus relaciones, por personales, son dialógicas, marido/mujer, padres/hijos»[14].

Esa es la primera sociedad humana, en el tiempo y en importancia. Por tanto, la que más puede perfeccionar a los hombres o, en caso de faltar o de que deje mucho que desear, envilecerlos. Originariamente es así, porque las virtudes sociales se incoan y desarrollan en la familia (y no sólo en la infancia), de tal modo que no puede ser ético en las diversas facetas sociales quien no lo es en familia. Terminativamente también es así, porque el fin de la sociedad es favorecer la estabilidad y mejora en humanidad de las familias, no a la inversa. Por eso, la educación, por ejemplo, es para las familias, no al revés (también por eso, el control estatal de la educación es un ataque a las familias, porque en vez de servirlas, las doblega a su propio servicio).

El hombre es el único ser sensible que puede constituir una familia. En el matrimonio, el varón y mujer se saben, como persona (no sólo corpóreamente), respectivos. Además, con su paternidad/maternidad, ambos se saben *respectivos*, como personas (no sólo según el cuerpo), al hijo. A la par, el hijo se sabe, como persona, en respectividad filial a sus padres. Si la intimidad no se incluye en esa respectividad, en rigor, no cabe hablar de matrimonio; tampoco de paternidad y filiación, ni, en suma, de familia. Pero dicha inclusión es libre. Por tanto, la familia, más que un asunto necesario para la especie humana, es un asunto personal libre. Serán sin

13. Polo, L., *Antropología de la acción directiva,* cit., p. 30.
14. Íd., *Ética: hacia una versión moderna de temas clásicos,* Aedos, Madrid, 1996, p. 65.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

familia los que quieran serlo, pero nadie puede negar que el que no lo quiera ser no lo será, porque el hombre es libremente capaz de más: de familia. Si en la familia la relación es respecto de personas, y la realidad personal no está sometida al tiempo físico, «tanto la paternidad como la filiación son relaciones permanentes… Ningún hombre está autorizado a entenderse como ex-padre, como tampoco nadie puede comprenderse a sí mismo como ex-hijo. Por ser esta relación constitutivamente originaria, posee una vigencia extratemporal»[15].

En efecto, si la persona no es reductible al tiempo físico, y lo que se acepta en el matrimonio es el ser personal (también con su esencia y corporeidad) mientras éste permanezca unido al cuerpo, se puede justificar que el matrimonio es permanente, indisoluble. Por eso, no es justificable la situación de ex-marido y ex-mujer. Tampoco es justificable la situación de ex-padre o de ex-hijo. «Cualquiera que sea la duración de su biografía, el hombre siempre es interpelado por la cuestión de su origen»[16]. Ser padre/madre es segundo respecto de ser hijo, pues lo radical en cada ser humano es su filiación, no su paternidad (no todos son padres, pero todos somos hijos). En efecto, los padres sólo son padres en función del hijo y, además, éste no es enteramente hijo de ellos, pues su ser personal lo debe exclusivamente a Dios. En suma, la sociedad familiar, la básica, no es sólo natural (la sociedad familiar no sólo es natural al hombre, sino que sin ella el hombre no puede llegar a existir)[17], sino por encima de eso, esencial y personal. La familia es, pues, no sólo la célula básica de la sociedad –como se suele repetir–, sino también su prototipo y su fin. Por eso, si la familia se desnaturaliza (y, en mayor medida, si se desesencializa y despersonaliza), se altera la sociedad, es decir, ésta no pasa de ser un invento cultural sometido a cambios arbitrarios.

3. La sociedad como disposición de la libertad personal

a) *La sociedad como sistema libre*

La sociedad no es fija, sino cambiante. En las últimas décadas los cambios sociales son vertiginosos y de dimensiones globales. La sociedad cambia porque depende de las personas, que son libres, y éstas cambian a mejor o a peor en su intimidad. A mejor, si responden afirmativamente al sentido personal que están llamadas a ser; a peor, despersonalizándose, si prescinden de ese sentido. De modo que si lo social es manifestación de la intimidad humana, en la sociedad se deben plasmar, para bien o para mal, esos cambios íntimos que permite la libertad personal humana. Por tanto, el orden social no puede ser fijo, sino cambiante, abierto, libre, porque el hombre es un sistema libre[18]. Con todo, que lo social sea libre no implica que no deba ser ordenado.

La libertad manifestativa humana depende de la libertad íntima de la persona. En esa intimidad la apertura es personal y se abre a personas. A nivel manifestativo, la libertad personal encuentra una serie de perfecciones (o en su caso vicios) en la propia esencia humana (en su yo, y en su inteligencia y en su voluntad) y en la de los demás hombres. Encuentra asimismo, perfecciones de índole social (también corrupciones) institucionalizadas en el lenguaje, el derecho, la cultura, la economía, etc. Tales posibilidades positivas (o negativas) están a disposición de las personas. A éstas corresponde respetar las

15. Íd. Vid. asimismo: Polanino-Lorente, A., «El hombre como padre», en Cruz, J., (ed.), *Metafísica de la familia,* EUNSA, Pamplona, 1995, pp. 295-316.

16. Polo, L., *Ética: hacia una versión…,* cit., p. 66.

17. Íd., «Ricos y pobres. Igualdad y desigualdad», en VV.AA.: *La vertiente humana del trabajo en la empresa.* Colección Empresa y Humanismo, n.º 2, Rialp, Madrid, 1990, p. 79.

18. Vid. Gavito, D. y Velásquez, H., «El hombre como sistema libre en el pensamiento de Polo», *Anuario Filosófico,* XXIX/2 (1996), 651-63.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

que son correctas e incrementar su perfección, y rectificar o abolir las incorrectas sustituyéndolas por otras. «Lo susceptible de disposición libre se llama alternativa»[19]. Las alternativas sociales son correctas si favorecen la personalización de los hombres; falsas si la impiden. Es decir, son más verdaderas en la medida en que permiten humanizar más a los hombres, o sea, incrementar más la virtud de los ciudadanos.

El incremento según virtud es propio de la voluntad. La voluntad está nativamente abierta al fin último. Si se atiende a la naturaleza de esta facultad, se advierte que el bien último al que ella tiende y que la puede saciar, debe ser como ella, a saber, de índole inmaterial, pero a distinción de ella, debe ser capaz de colmar sus anhelos, que son irrestrictos. En rigor, se descubre que Dios es ese fin último hacia el cual crece la voluntad incrementando su virtud. Por eso la armonía social está abierta a Dios, y por eso una sociedad está más unida cuanto más está religada a Dios[20] (también por eso, el laicismo es el peor enemigo de la sociedad). A la par –y como se ha indicado–, por estar todas las virtudes conexas entre sí, las alternativas sociales son mejores si permiten que los ciudadanos adquieran más virtud[21]; peores, si acaece lo contrario.

b) *Las alternativas sociales*

«Las alternativas intensifican o debilitan la comunidad de personas, mediada por la manifestación distribuida según los tipos»[22]. Si la base de la sociedad es la familia, las sociedades que más protejan a las familias ofrecerán mejores alternativas. A su vez, como la educación es una prolongación del cuidado familiar, serán mejores las alternativas sociales en las que las familias puedan dirigir la educación de sus hijos, y peores, aquéllas cuyo control dependa exclusivamente de terceros o del Estado. Una sociedad que favorezca la libertad familiar y educativa será mejor que otra que las coaccione. Por otra parte, las alternativas no están dadas, sino que hay que descubrirlas. Requieren más capacidad de invención las que más favorecen la libertad personal. A su vez, suelen ser mejores las que requieren de mayor colaboración en la invención de las mismas.

Si la libertad es un rasgo de la intimidad personal, la manifestación social de esa libertad es la capacidad de disponer, es decir, disponemos más y mejor no sólo de nuestra inteligencia y voluntad, sino, a través de ellas, de las diversas alternativas sociales. A su vez, una característica de las buenas alternativas es que desde ellas se abren más posibilidades factivas que desde las mediocres, pues éstas cierran el abanico de posibilidades a realizar[23]. Lo mejor es disponer de diversas alternativas positivas[24]. Frente a alternativas más triviales (ej.: elegir una u otra moda de ropa), existen otras en las que hay mucho en juego (ej.: escoger educación laicista o religiosa). «Según las alternativas, el hombre encuentra posibilidades de mayor alcance que las oportu-

19. El texto continúa así: «Las alternativas son verdaderas o falsas. La alternativa falsa primaria es la denegación de la manifestación; como ésta es indefectible, su denegación da lugar al conflicto social: alternativas de prevalencia de un tipo sobre los otros… La alternativa verdadera aumenta la manifestación de la persona» (Polo, L., *Sobre la existencia cristiana*, cit., p. 186).

20. Máxime si esa apertura es *elevada sobrenaturalmente* por Dios, como ocurre en el cristianismo.

21. En rigor, se trata del ideal clásico griego de sociedad, cuyo fin era precisamente que los ciudadanos fuesen más virtuosos. Como se recordará, este modelo fue aceptado por el cristianismo.

22. Múgica, F., «Introducción: El pensamiento social de Leonardo Polo», cit., pp. 46-47.

23. Por ej.: se puede abortar o no, pero si se aborta, por una parte, quien aborta ya no puede dejar de haber abortado y, por otra, el aborto carece de toda posibilidad vital; por tanto, el asesinato es una alternativa negativa. En contraposición, quien tiene un hijo, se abre a la paternidad o maternidad, y el hijo dispone con su vida de un cúmulo ingente de posibilidades.

24. «Las alternativas tienen que ver con la sociedad: en la misma medida en que no existe un único autor de ellas, se coordinan y forman un cierto sistema» (Polo, L., *Quién es el hombre*, 5.ª ed., Rialp, Madrid, 2003, p. 89).

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

nidades. La oportunidad actualiza potencialidades»[25]. Una sociedad es mejor en la medida que ofrece más alternativas positivas. A la par, como las diversas alternativas positivas son distintas jerárquicamente entre sí, el decantarse por las mejores exige el ejercicio del liderazgo[26]. En efecto, la clave de quienes tienen tareas de gobierno no es decisoria (votar es primar a la voluntad sobre la inteligencia), sino que quien sepa que una alternativa es mejor que las otras sea capaz de convencer racionalmente de ella a los demás. En caso de no ver clara la solución, el mejor remedio es el estudio, es decir, inventar nuevas alternativas.

¿Y si tras escoger una opción se cae en la cuenta de que se ha equivocado? El error es siempre el riesgo que corre la libertad humana, pero vale la pena correr ese riesgo, pues decidir libre y responsablemente es personalizar nuestras acciones y nuestra sociedad, y cuando se caiga en la cuenta de que se ha cometido un error, siempre se tiene la posibilidad de rectificar, porque la libertad personal es superior a las alternativas sociales tomadas. Las alternativas se abren al futuro contingente, y sobre ese futuro, como decía Aristóteles, no cabe una verdad necesaria[27]. Ahora bien, «en el fondo, es mejor que el hombre no conozca exactamente el futuro, porque eso permite que el futuro depare algo nuevo, y suponga una ventaja, una posibilidad que nos saca de lo rutinario. La alternativa contiene una sugerencia de infinitud»[28]. La vertiente de la razón que versa sobre el futuro temporal que abren las alternativas es *la práctica*, y su objeto propio es la verosimilitud, la probabilidad.

c) *La dimensión social del tener y hacer*

En el hombre hay que distinguir el ámbito del ser (el de la intimidad personal) y el de las manifestaciones (el del tener[29]). En este segundo ámbito es pertinente distinguir, a su vez, varios niveles, jerárquicamente distintos:

a) El inferior es el poseer realidades prácticas, bienes útiles, cosas a la mano. Es un tener sensible (de entre esas realidades sensibles, la más elevada de que disponemos es el lenguaje; la segunda, las acciones laborales productivas; en tercer lugar están las cosas materiales).

b) Por encima de este grado poseemos ideas, un tipo de posesión inmaterial que es propio del pensamiento humano (las ideas son de diverso tipo: teóricas, proyectos prácticos, etc.).

c) Disponemos aún de un tener más alto, más unido a nosotros mismos, el tener hábitos en la inteligencia y virtudes en la voluntad (por ellos disponemos de nuestros actos de conocer y de querer, y también de nuestras acciones externas).

La vinculación entre los distintos grados de tener radica en que el inferior hay que ponerlo al servicio del superior, y el superior debe favorecer y dar sentido al inferior. Estos tres niveles del tener son jerárquicos y, al mismo tiempo, guardan una estrecha relación. Si estos rasgos no se respetan, el vivir humano se desorienta y la sociedad pierde consistencia»[30].

De acuerdo con lo que precede, hay que notar que una sociedad es más vinculante, armónica, en la medida en que respeta y favorece la jerarquía de estos tres niveles de posesión. Desde luego, sin posesión sensible (alimento, medicinas, vestido, vivienda, etc.), no podría

25. *Ibíd.*, 85. En efecto, en el primer ejemplo del texto, nadie es mejor o peor ciudadano por llevar corbata a rayas o lisa. Tampoco es necesariamente más virtuosa una señora que calce zapatos en punta o redondeados. En cambio, en el segundo ejemplo, la educación laicista conduce inexorablemente a formar ciudadanos menos virtuosos que la educación religiosa, porque les priva de entrada del mayor bien, a saber, de Dios.

26. Vid. Bañares, L., «El carácter sistémico del liderazgo», *Anuario Filosófico* XXIX/2 (1996), 381-385.

27. Vid. *Peri Hermeneias,* I, 1.

28. Polo, L., *Quién es el hombre*, cit., p. 88.

29. Marcel, por ejemplo, distingue entre el ser y el tener. Vid. De este autor *Être et avoir*, Philosophie européenne, Aubier-Montaigne, Paris, 1991, p. 48.

30. Polo, L., *Antropología trascendental*, I, cit., p. 86.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

darse la sociedad. «La teoría de la sociedad, la teoría de la técnica, se basan en la noción de posesión corpóreo-práctica, que es el nivel primero de la posesión»[31]. Pero también es claro que el fin de la sociedad no es tener ese tipo de posesiones.

Por eso, la llamada «sociedad de consumo» carece de sentido, siendo ésta, además, una expresión contradictoria, pues el consumo no es vinculante, sino que disgrega la sociedad. De manera que la productividad es condición social necesaria, pero no suficiente[32]. La producción humana se diversifica según los diversos «roles» humanos que dependen de lo que hemos llamado tipos[33]. Las relaciones sociales son posibles por las adscripciones y por las interrelaciones; así aparecen tipos humanos caracterizados por los llamados «roles». Un rol social es el desempeño de ciertas funciones relativas al mantenimiento de la complexión medial»[34]. La producción no es fin en sí, sino que su fin son las ideas, o sea, se debe producir para adquirir cada vez más conocimiento, pues una sociedad culta está en disposición de ser más humana que otra ignorante. El hacer es para el saber, no a la inversa[35]. A la vez, antes de hacer se requiere saber. De modo que el saber es origen y fin del hacer[36]. Por su parte, no todas las ideas valen lo mismo ni están en el mismo plano, sino que unas son correctas, incorrectas otras, y entre las correctas unas más humanas y humanizantes que otras, es decir, más favorecedoras de la virtud[37].

Una sociedad constituida según el modelo de «juego de suma cero», es decir, aquel en el que para que unos ganen, los otros tienen que perder no es una sociedad vinculante, sino fuente de disensiones cuando no de marginaciones. La sociedad no puede ser como una partida de ajedrez, sino un sistema múltiple de cooperación. En efecto, todos tienen derecho a jugar, porque en el juego social cada uno tiene mucho que aportar, ya que la mayor riqueza está en cada persona humana, pues ésta es superior al mundo y a lo común o social de todos los hombres. No se coopera cuando se recurre a la mentira en cualquiera de sus formas: lingüística, laboral, corrupción política, etc. Cuando se miente demasiado, al fin nadie se fía de nadie y, entonces, el bien común no comparece. El bien común no consiste fundamentalmente en la acumulación y distribución equitativa de la riqueza entre los ciudadanos, sino en la mejora en virtud de éstos. La distinción entre la riqueza y la virtud estriba en que la primera se da en el presente, mientras que la segunda está orientada al futuro. Pero, si el hombre es un ser de proyectos, la virtud es superior a la riqueza. Además, lo que se corresponde con el presente son las pasiones sensibles (ej.: el placer). Por eso una sociedad que se centra exclusivamente en el placer compromete su propio futuro.

31. Íd., *Sobre la existencia cristiana*, cit., p. 112.

32. «El sociólogo profesional parte de esta tesis: hay que entender la sociedad desde el punto de vista de la productividad» (Íd., *Nominalismo, idealismo y realismo*, 2.ª ed., EUNSA, Pamplona, 2001, p. 159).

33. Vid. Rodríguez Sedano, A., «El trabajo como división de funciones», *Anuario Filosófico* XXIX/2 (1996), 993-1001.

34. Polo, L., *Ética: hacia una versión…*, cit., p. 100.

35. «Cuanto más tenga que ver el trabajo humano con el saber, cuantos más elementos cognoscitivos se inserten y configuren las actividades productivas más se humaniza y se libera de su carga materialista» (Id., «Ricos y pobres. Igualdad y desigualdad», *en Ética: una versión…*, cit., p. 117).

36. Una época de crisis social se da cuando el saber no puede regir el hacer; con otras palabras, cuando la mente humana no puede dirigir la técnica, sino que pasa a considerar correcto lo que la técnica permite (ej. clonación).

37. «El hombre es un ser perfectible; la ética nos hace ver que el perfeccionamiento humano es irrestricto. De acuerdo con esto, el juego social es un juego en el que todos juegan y todos ganan» (Polo, L., *Quién es el hombre*, cit., pp. 143-144).

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

4. La sociedad como manifestación de la luz del conocer personal

a) *La dimensión lingüística de la sociedad*

El lenguaje humano es un conectivo de la sociedad. Por su parte, la mentira lingüística es la carcoma de la veracidad del lenguaje. «La virtud de la veracidad es más que una parte potencial de la justicia, pues sin comunicación la sociedad humana es imposible, y la veracidad es la clave de la comunicación»[38]. Lo veritativo social es la iluminación externa de la verdad personal que cada persona es en su intimidad. En efecto, esa verdad íntima es activa. Por eso, se puede entender como una luz personal. Ese conocer personal arroja luz sobre lo exterior, sobre lo social, y al hacerlo, personaliza las relaciones sociales: el lenguaje, el trabajo, la cultura, etc. Por el contrario, la carencia de verdad personal o el desconocimiento de ella plasma en el exterior la falta de sentido en lo social.

Sin diálogo no cabe sociedad, y sin lenguaje no cabe diálogo[39]. El lenguaje puede ser de diversos niveles (corporal, cultural y convencional –hablado y escrito–). El origen y fin del lenguaje es el pensamiento. En efecto, hablamos porque pensamos, no al revés (de lo contrario los loros, cacatúas, etc., pensarían). A la par, hablamos para transmitir pensamientos y, consecuentemente, para conocer más; no a la inversa. No se habla por hablar, sino para conocer. Si el lenguaje no se subordina a ese fin, es cháchara insustancial[40], sofística[41], etc. Se debe subordinar, porque el pensamiento es superior al lenguaje. Lo es, porque el pensamiento tiene una intencionalidad pura respecto de lo real, es decir, se agota remitiendo a la realidad, mientras que la palabra tiene una intencionalidad mixta, a saber, hay algo en ella que remite a lo real –el significado sobreañadido a ella por convención–, y algo que no remite –la materialidad sonora o gráfica de la palabra–. A su vez, el pensar se subordina a la persona, no al revés (pensamos porque somos personas, no a la inversa, ya que existen personas que todavía no, o ya no, piensan).

El pensar humano es capaz de verdad (negarlo no es sino una interna contradicción) y, derivadamente, el lenguaje también es capaz de verdad. Pues bien, «si se atenta contra la verdad, se produce la incomunicación, y la sociedad se pulveriza»[42]. La verdad vincula lo social, la mentira desune. Actualmente disponemos de medios de comunicación que permiten una vinculación global entre los hombres, y es de prever que en el futuro mejoren y se incrementen. Con todo, de nada sirve entrelazar comunicativamente al mundo entero si se lleva a cabo sin veracidad, pues el fruto de esta actitud es la desunión.

Las corrientes de pensamiento que describen al hombre como ser lingüístico suelen ser utilitaristas, pragmatistas, culturalistas, etc. Pero el lenguaje no es lo superior en el hombre y, por eso, habla de modo deficiente de lo que en nosotros es superior a él, a saber, de lo que no es sensible (el pensar, querer, la persona, Dios, etc.). Ahora bien, si el lenguaje habla mal de lo inmaterial, el pensamiento, por el contrario, conoce bien (al menos, puede conocer) esos asuntos, porque él mismo es inmaterial. También por eso, el fin del lenguaje es el pensamiento. A su vez, el pensamiento no es el fin último,

38. Polo, L., *Antropología trascendental*, II, cit., p. 186.

39. «Lo natural en el hombre es hablar… sin diálogo no hay sociedad» (Íd., *Antropología de la acción directiva*, cit., p. 72).

40. «Aquello cuya comunicación no es una donación, es efecto de *curiositas* y es superfluo» (Polo, L., «Ser y comunicación», en Yarce, J. (ed.), *Filosofía de la comunicación*, EUNSA, Pamplona, 1986, p. 75).

41. La *sofística* (que intenta convertir el argumento más débil en el más fuerte con afán de engañar) no subordina el lenguaje a la verdad del pensamiento, sino a la ganancia económica externa. Repárese, por ejemplo, en un anuncio televisivo que intente transformar el argumento más débil (sexo) en el más fuerte (poder, fuerza, ingenio, etc.) con el fin de vender (coches, electrodomésticos, etc.).

42. Polo, L., *Antropología de la acción directiva,* cit., p. 67.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

porque el pensamiento piensa en universal. Pero cada persona humana no es universal, es decir, no tiene un sentido o verdad común, sino, por así decir, «copyright». Por eso, la razón no puede conocer el sentido personal de cada uno. El fin de la razón es cada persona (a la que la razón pertenece). Tampoco la persona humana es un fin en sí, en el sentido de último, sencillamente porque no alcanza a saber enteramente por sus propias fuerzas la verdad que es, su sentido personal. De otro modo: pensar es mejor que hablar, pero ser persona es más que pensar. El hablar es social; no el pensar; tampoco la intimidad personal. Desde aquí también se nota que el fin del hombre no es la sociedad, sino a la inversa.

b) *Sociedad y derecho*

El derecho es esa faceta de la cultura humana que se forma con el lenguaje, pero que es superior a las demás, precisamente porque las gobierna. En efecto, lo peculiar del derecho es la normatividad, y normar es dirigir, gobernar. Se pueden normar las cosas materiales (titularidades), y también las acciones humanas, para dirimir entre ellas cuales son correctas y cuales no (arbitraje). Las acciones humanas versan sobre las cosas e inciden sobre las demás personas. Por eso, sin normas que regulen las acciones no cabe sociedad. En efecto, la ley rige en sociedad. En consecuencia, una sociedad poco juridificada (o en la que de ordinario no se cumplan las leyes, siendo éstas rectas) está poco cohesionada. Por el contrario, una sociedad excesivamente juridificada (hasta en asuntos insignificantes) mata la iniciativa de cooperación humana y, por tanto, es poco vinculante. Y, desde luego, una sociedad que albergue en su seno leyes injustas, necesariamente desune.

Pero no todo se puede reglar. Hay derechos que no pueden estar supeditados a su reconocimiento normativo. En efecto, no se puede normar el derecho a la vida de las personas (las leyes del aborto y eutanasia no tienen legitimidad de ley), ni, por supuesto, la intimidad personal, ni tampoco las realidades superiores a ella, sencillamente porque estas realidades son superiores a la propia norma. La norma jurídica tiene una formulación lingüística, deriva de un mandato racional, y se ejerce en orden a la mejora ética de los hombres. ¿Cuándo una norma es recta? «La norma cumple su cometido si amplía la gama de posibilidades por encima de lo que el carácter relativamente negativo de una alternativa reconoce»[43]. Ya se ha aludido a la distinción entre alternativas verdaderas y falsas. Ahora conviene añadir que las leyes rectas son las que garantizan y abren nuevas posibilidades factivas; e incorrectas, lo contrario.

Si la persona es apertura a las demás personas, «la disminución del carácter 'normante' del derecho, va acompañada por la tendencia a considerar el individuo separado de la sociedad»[44]. A la par, si todo se considera 'normable', nada lo es, pues ello indica que cualquier ley se puede poner y quitar a gusto del legislador. De manera que el derecho positivo se debe subordinar al modo de ser natural de la naturaleza humana, es decir, al derecho natural; y éste a la persona humana, que dota de sentido a dicha naturaleza. Si el derecho no refleja este sentido personal, está de más. En definitiva, las normas legales son mejores en la medida en que permiten humanizar más a los hombres de una sociedad. La persona es la mayor fuente de riqueza porque es 'aportante'. Si disponemos de unas leyes sociales en las que se percibe que las personas no desean aportar, sino más bien retrotraerse de esa cooperación, tal derecho está mal planteado, no es educativo, formativo, humanizante, pues una sociedad con un derecho inadecuado es una sociedad que inhibe la cooperación humana. La falta de cooperación social es manifestación externa de que las personas están perdiendo el sentido personal de su intimidad, que, como se

43. Íd., *Sobre la existencia cristiana*, cit., p. 188.
44. Íd., *Antropología trascendental*, vol. II, cit., p. 268.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

ha dicho, es de apertura personal (aceptación y entrega) a los demás.

c) *Sociedad e historia*

La historia humana tiene mayor o menor sentido en la medida en que exprese u oculte el sentido personal de cada persona, no de los hombres tomados en general. Derivadamente, hay que advertir que la historia no conlleva necesariamente una mejora humana progresiva a lo largo del tiempo, sino que –como depende de cada libertad personal– estará expuesta a alternancias entre periodos álgidos y otros de crisis, según se atienda más o menos en una época al sentido personal de las personas.

Son las personas, cada una, las que hacen la historia, no a la inversa, porque cada persona es una novedad radical. Pues bien, dependiendo de si cada persona se comporta más o menos virtuosamente, esas acciones suyas de relevancia social darán lugar a una mayor o menor altura histórica, es decir, a más o menos sentido personal en la historia. La historia no culmina desde sí. La historia debe culminar desde fuera de sí. La providencia divina zanjará la historia cuando lo estime oportuno, no cuando se cumpla su supuesta maduración. La historia es la situación temporal en la que se encuentra cada libertad personal humana. La historia guarda las diversas alternativas de que es susceptible la libertad humana. Pero el que se de curso a unas posibilidades y se releguen otras depende de la libertad humana. Por eso, todas las visiones necesitaristas o deterministas del curso histórico son erróneas (de ese estilo son, por ejemplo el viejo *estoicismo*, y corrientes modernas de filosofía tales como el *hegelianismo*, el *positivismo*, el *marxismo*, etc.)[45].

La distinción entre la historia y la sociedad estriba en que respecto de la primera el hombre debe dar razón del pasado, pero respecto de la segunda, el hombre tiene el deber de abrirla al futuro, y ya se ha dicho que en nosotros el futuro es más relevante que el pasado. En efecto, en el origen, la persona humana encuentra su sentido inicial, pero no su sentido definitivo, que sólo se le dará al final, si ella lo acepta.

5. La sociedad como aportación del amar personal

a) *La dimensión educativa de la sociedad*

Lo más alto o radical en la intimidad personal humana es el amor personal. El amar no es algo que tengamos, sino que somos. Este amor radical se manifiesta en nuestras acciones sociales externas a modo de aportación, es decir, con donaciones: 'obras son amores y no buenas razones'. El amar personal humano tiene tres dimensiones, la más alta de las cuales es aceptar; la segunda, dar; y la tercera, el don, o sea, las obras. 'Damos' en la medida en que aceptamos, y nuestras obras valen en la medida en que son ofrecidas y aceptadas. Si no aportamos es porque no aceptamos; y si no lo hacemos, es porque somos egoístas. Ahora bien el egoísmo es la negación de lo social.

Una manifestación social muy destacada del amor personal es la educación. Educar es segundo respecto de aprender, porque aprender deriva de aceptar, mientras que enseñar es 'dar'. No se trata de aprender y educar cualquier cosa, sino de aprender y educar de y a cada persona según su sentido personal irrepetible. Es decir, colaborar con cada persona en orden a que ella descubra su sentido personal propio. Ahora bien, «la tarea de aprender es imposible sin inserción en la sociedad (…) Por eso mismo, la función primordial de la sociedad es la acogida, la educación de las nuevas generaciones»[46].

Existen muchas cosas que uno puede aprender por su cuenta, de niño, de joven o de adulto. Pero la más importantes, *el sentido personal* de las personas, obviamente no se puede aprender

45. Vid. Múgica, F., «El habitar y la técnica: Polo en diálogo con Marx», *Anuario Filosófico* XXIX/2 (1996), 815-49.
46. Polo, L., *Antropología de la acción directiva,* cit., p. 189.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

aisladamente; y esto ocurre tanto en la niñez[47], como en la juventud o en la madurez. Con todo, no todos los aprendizajes son íntimos, sino que la mayor parte de ellos son 'manifestativos', y la clave de esos aprendizajes está, una vez más, en *la virtud.* Ésta es precisamente la que juzga entre una educación correcta y otra incorrecta. En efecto, se puede enseñar bien o mal, pero quien dirime de modo objetivo entre el bien y el mal es la ética.

b) *La dimensión ética de la sociedad*

El único vínculo posible de cohesión social es la ética («La consistencia de la sociedad civil reside en la ética»)[48]. No es el dinero, el lenguaje, la educación, etc., porque esas realidades sociales se pueden usar bien o mal, y quien distingue entre el buen y mal uso es, únicamente, la ética. La clave de la sociedad es el desarrollo ético, no el industrial, sanitario, cultural, etc., sencillamente porque entre los diversos niveles del tener, el más alto –como se ha dicho– es el tener virtud, ya que es el que más nos perfecciona por dentro (no en nuestra intimidad personal, sino en la voluntad, que es la potencia que más puede ser activada por parte de cada persona). Sin ética no hay sociedad. Por eso, el mayor enemigo de la sociedad es el relativismo ético, en exceso difundido –el sostener que hay tantas éticas como grupos, o incluso, como personas es expresión de ese relativismo–. Pero no, la ética es universal para todos los hombres, sencillamente porque 'norma' sobre la naturaleza humana, que es común a todos ellos (no sobre cada intimidad personal humana, que es distinta en cada quien).

A la familia no le hace falta un sistema ético, es decir, normativo, valorativo, porque en ella se quiere, se valora, a cada uno de sus componentes por ser quien es, o sea, por su ser personal. Esa valoración es el amor personal. Pero en la sociedad no se puede amar a todos sus componentes, sencillamente porque a muchos de ellos se les desconoce. Por eso, la sociedad no puede valorar la intimidad personal, sino únicamente las manifestaciones humanas. Y esa valoración puede ser correcta, es decir, ética, o incorrecta, o sea, falta de ética.

Nadie es nativamente ético, sencillamente porque todo hombre nace con una voluntad que carece de virtud. Como ser más o menos ético dependerá de la libertad de cada persona humana, la sociedad debe organizarse de modo que se favorezca la adquisición de virtudes y se impida la consecución de vicios. Por eso, «lo ético… tiene cierto carácter de acicate, de propuesta; es un encauzamiento de la acción»[49]. La ética mira fundamentalmente al futuro. En efecto, nadie se puede conformar con un nivel de virtud adquirida, sencillamente porque la voluntad humana tiene una capacidad de crecimiento irrestricto. Por lo demás, el mayor interesado en ser ético es cada cual, porque la adquisición de la virtud es el premio que cada persona otorga a su voluntad y que queda intrínsecamente en ella, pues la virtud no se pierde como se pierden los bienes externos.

Nativamente el hombre no es ético (la ética es una tarea para el hombre); además, no está inclinado a no serlo, sencillamente porque en su organismo hay inclinaciones contrarias al crecimiento ético. Estas malas inclinaciones son debidas a nuestra deficiente naturaleza heredada; en rigor, se deben a lo que la revelación judeo-cristiana denomina *pecado original*, debido a nuestros primeros padres. Por tanto, la tesis de Rousseau según la cual el hombre es bueno por naturaleza, no es correcta. En efecto, por inclinación nativa, sin la virtud de la justicia, todo

47. «Es fundamental que el niño sea consciente de que hay cosas que puede pensar por su cuenta, de que puede descubrir y argumentar por su cuenta. Sin embargo, el niño solo, prácticamente no aprende nada, tiene que ser ayudado siempre. La tesis de Rousseau de que la sociedad estropeaba a la gente, y que por tal razón la gente debía desarrollarse por sí misma, es falsa» (Polo, L., *Ayudar a crecer. Cuestiones filosóficas de la educación*, EUNSA, Pamplona, 2006, p. 162).

48. Polo, L., *Quién es el hombre*, cit., p. 79.

49. Ibíd., p. 81.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

hombre prefiere lo suyo a lo ajeno… Nadie vive espontáneamente la virtud de la justicia, ni tampoco cualquier otra virtud. Por eso, la consistencia de la sociedad no sólo no está asegurada, sino que cuenta con impedimentos en la propia naturaleza humana para estarlo. Nativamente el hombre tampoco es ético porque, sobre todo, el crecimiento ético depende de la libertad personal de cada quién. Por tanto, si es la ética la que garantiza la cohesión social, dicha vinculación no está nativamente garantizada, porque cada hombre es libre. «La consistencia de la sociedad, en cuanto que reside en la ética, depende de la libertad, y por tanto no está garantizada»[50]. Tampoco es seguro que cuando el hombre se atiene a un comportamiento ético, triunfe. La ética no garantiza el éxito.

Por eso es mejor un régimen social que respete la libertad a otro que la coarte, pues con libertad se puede fomentar la educación ética. Mientras tengamos libertad, a la gente se le puede enseñar a ser ética, y la gente se puede decidir a serlo; también se puede decidir a no serlo. Pero ¿qué es mejor? La respuesta supone un criterio ético. Si la consistencia de una sociedad es precisamente la ética, no se puede atentar contra la libertad, y hay que correr, por así decir, el riesgo de la libertad. La ética no tiene sólo su origen en la libertad personal, sino también su fin: «la ética es para la libertad»[51].

Si todas las virtudes son sistémicas entre sí, de manera que no se puede tener unas y carecer de las demás, habrá que preguntar en cada caso si un comportamiento concreto favorece la adquisición de las demás virtudes (ser más fuerte, justo, paciente, fiel, etc.) o lo contrario. La consistencia de la sociedad humana es la de un sistema abierto. No es estática ni está grabada en la naturaleza biológica. La ética pone de manifiesto que si el hombre no va a más, la sociedad se derrumba. La ética marca la consistencia social. Cuando no funciona como tal, se estropea. Si esto es así, la convivencia humana es un sistema de correcciones recíprocas. Si las relaciones son unilaterales, no se puede mejorar; el sistema no está abierto. «La consistencia de la sociedad enfocada éticamente no es algo para conformistas; exige gente activa que se interrelaciona y corrige en reciprocidad. Sólo así la sociedad no se paraliza. Si ser ético no es ser perfectible, no significa nada»[52]. El amar (aportar) personal es origen y fin de dicha consistencia, porque si en vez de aportar, se niega la aportación, el egoísmo quiebra la manifestación personal y, en consecuencia, la inmoralidad penetra en la sociedad. «En la sociedad, la inmoralidad se detecta como alternativa negativa, es decir, como quiebra de la manifestación personal (engaño, codicia, etc.)»[53].

c) *Sociedad y gobierno*

Tratemos de ver la conexión entre el amar personal y la tarea social de gobierno. Si amar es aceptar y dar, mandar debe ser servir, porque sólo sirve quien acepta y se entrega. Ahora bien, ¿servir en orden a qué? A que las personas crezcan según virtud. Desde luego que «sin gobierno no hay sociedad»[54], pero ¿qué es gobernar? Si lo más cohesionante de lo social es la virtud, y si la sociedad requiere ser gobernada, el que manda (el político, quien educa, etc.) debe ir por delante en la adquisición de la virtud y debe favorecer su educación a nivel social. La falta de virtud en el gobierno se manifiestaría, a nivel social, en la división entre los que se manda.

Una empresa está más vinculada que la política, porque la primera tiene una unidad de fines, mientras que la segunda se concibe no infrecuentemente como un reparto del poder. A su vez, lo propio de la empresa es el reparto de responsabilidades en la dirección. En cambio,

50. Ibíd., p. 108.
51. Ibíd., p. 105.
52. Ibíd., p. 119.
53. Id., *Sobre la existencia cristiana*, cit., p. 206.
54. Íd., *Ética: hacia una versión…*, cit., p. 190.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

la tendencia actual de la política es a concentrar cada vez más en pocas manos todos los poderes. Si comparamos esta tesitura con la radicalidad del ser personal, nos damos cuenta enseguida de que la política, si así se entendiera, no es donación, manifestación del amar personal humano, sino de signo contrario y, en consecuencia, carecería de sentido personal y su tarea sería despersonalizante.

Además, mientras la intimidad personal está abierta a las demás personas y, en especial a Dios, porque es de quien cada persona depende, es manifiesto que ciertos gobiernos de Europa occidental favorecen el laicismo, es decir, el olvido y rechazo sistemático de Dios a cualquier nivel social. Ahora bien, el resultado de esta alternativa falsa es manifiesto: sin comunidad de convicciones –y las que religan a las personas con su Creador son las más vinculantes–, la sociedad se fragmenta. Ahora bien, ¿de qué sirve coordinar las diversas vertientes laborales humanas –en las que dichos países son eficaces–, si el vínculo fundamental desaparece del escenario social? Así se fomenta una sociedad superficial. Estamos, pues, ante un «edificio inteligente» cuyos superficiales cimientos son de barro.

En suma, «cabe ahora darse cuenta de que la interpretación de la actividad transformadora y de la sociedad humana cambian por completo según se admita o no la persona… El trabajo y la sociedad existen como efusión personal»[55].

Bibliografía

Arellano, J., *Persona y sociedad,* Cuadernos de Anuario Filosófico, nº 6. Universidad de Navarra, Pamplona, 1993.

Ayllón, J. R., *La buena vida,* Ed. Martínez Roca, Barcelona, 2000.

Gómez-Pérez, R., *Introducción a la ética social.* Rialp, Madrid, 1987.

Millán-Puelles, A., *Sobre el hombre y la sociedad.* Rialp, Madrid, 1976.

Múgica, F., Introducción: «El pensamiento social de Leonardo Polo», en Polo, L., *Sobre la existencia cristiana.* EUNSA, Pamplona, 1996.

Polo, L., *¿Quién es el hombre?,* Rialp, Madrid, 1993.

Sellés JF. *Antropología para desconformes.* Rialp, Madrid, 2006.

Yepes Stork, R., *Fundamentos de antropología. Un ideal de excelencia humana.* EUNSA, Pamplona, 1988.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

55. Íd., *Sobre la existencia cristiana,* cit., p. 261.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

4

LIBERTAD Y COMPROMISO

Bases antropológicas de la fidelidad

José Ángel García Cuadrado

El hombre es «el ser que puede prometer». Esta breve descripción apunta a un rasgo específico del ser humano: ser capaz de prometer quiere decir ser dueño de mis acciones y de proyectarlas más allá del momento presente. «La persona humana es el único ser de la creación visible que puede « dominar » su propio tiempo: *posee* su pasado como *biografía*, como historia vivida de recuerdo consciente; y, gracias a su libertad, puede disponer del presente y del futuro, decidiendo actuar de un modo u otro, a pesar de sus *inclinaciones, automatismos* o *condicionamientos* como criatura material»[1]. En otras palabras, disponer del futuro es manifestación de libertad. Pero la libertad humana es frágil y por eso la autodisposición de las propias acciones tiene un carácter problemático. En efecto, el incumplimiento de las promesas y de los contratos, la traición o el engaño, la existencia de conductas desleales no es un fenómeno reciente. Ahora no nos proponemos analizar las causas de la debilidad humana, sino abordar un problema de orden teórico: ¿cómo es posible asumir compromisos estables y definitivos sin saber las circunstancias en las que se desarrollará mi existencia? ¿cómo puedo prometer, con un «para siempre» siendo la persona un «ser en el tiempo»? ¿no será una falsa ilusión el prometer un amor así?

1. Un equívoco concepto de libertad

En 1792, la ley francesa del 20 de septiembre instituyó el divorcio como una consecuencia de «la libertad individual, para la que un compromiso indisoluble sería la muerte»[2]. Esta afirmación corta de raíz todo intento de conciliación entre libertad y compromiso. Se trata de una consecuencia del ideal de emancipación y autonomía propio del pensamiento ilustrado: emancipación de toda autoridad; emancipación de la naturaleza; emancipación de la tradición. Y, finalmente, emancipación de la propia promesa de futuro. Sólo así el hombre puede permanecer abierto al futuro, sin cerrar puertas que limiten su libertad.

Lo que resulta más paradójico de esta afirmación es que se apoya en un valor –la libertad– que se encuentra también en el origen del compromiso indisoluble. En efecto, por su propia naturaleza, el compromiso matrimonial

1. Miras, J. y Bañares, J. I., *El matrimonio cristiano*, Rialp, Madrid, 2007[2], p. 35.
2. Citado por Nédoncelle, M., *La fidelidad,* Palabra, Madrid, 2002, p. 200.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

es válido (e indisoluble) sólo si es expresión auténtica de libertad: cualquier hecho que evidencie la carencia de libertad a la hora de asumir compromisos duraderos es causa suficiente para declararlo nulo, es decir, sin ningún poder vinculador entre las partes. Mientras que en el caso de la ley divorcista, el reconocimiento de la libertad individual justifica la disolución del pacto, en el caso del matrimonio válido es esa misma libertad la que respalda su indisolubilidad. La libertad se convierte así en un término ambiguo y de escaso valor normativo. Parece evidente que se están manejando nociones muy dispares de libertad: por una parte, una libertad entendida como autoposesión; por otro, una libertad reducida a la mera capacidad de elegir. Desde esta última, el compromiso aparece como una amenaza a la libertad y no su mejor expresión existencial. El concepto de libertad que inspiró la ley divorcista francesa, es fruto de un largo proceso que culmina en la identificación entre libertad individual y autonomía. Se puede explicar esta postura, al menos parcialmente, como una reacción extrema frente al determinismo.

El determinismo es la tesis filosófica según la cual dado el pasado real y unas leyes fijas, el futuro está unívocamente determinado. Esas leyes pueden ser intrínsecas (de naturaleza biológica o psicológica), o extrínsecas (de naturaleza económica o social), pero en todo caso se niega la libertas. Podríamos rebatir el determinismo apelando a la conciencia: a la hora de tomar decisiones todos experimentamos la propia libertad. Pero entonces el determinista afirmará: el sujeto sólo tiene sensación de libertad, porque desconoce los mecanismos ocultos que determinan su actuar y precisamente por ello es arrastrado hacia fines que en realidad no desea[3].

Ese rígido determinismo desemboca en el fatalismo, ya que en última instancia el propio destino no estaría en nuestras manos. Para desembarazarse de todo fatalismo se apela –con razón– al rasgo más específicamente humano: la libertad. El destino personal se encuentra en mis manos. Mi obrar no está predeterminado ni por un agente externo, ni por ninguna necesidad interna. Ser humano significa ser libre, tener en mi mano un futuro abierto e indeterminado. Y libertad significa autonomía, liberación de toda cadena que me constriña. Así formulado, el principio de libertad desemboca en una concepción individualista del hombre. La libertad se acaba reduciendo a mera elección o *choice*. Para que el hombre se realice como persona basta con elegir libremente, manifiestando así su *autenticidad*. La opción privada no sólo ha de ser respetada, sino además, protegida por el Estado que se debe limitar a garantizar la autonomía individual. Por esta razón, el valor ético de una acción será relativa a los valores subjetivos adoptados por el individuo.

Lo que late en el fondo de esta concepción es la consideración de la libertad como un fin en sí mismo, como el verdadero bien que hay que preservar. La libertad se acaba equiparando a la capacidad de hacer o de elegir: si puedo elegir más, soy más libre. No es de extrañar que esta concepción haya ido de la mano de una antropología economicista. La libertad es un tesoro: cuanto más poseo, más puedo comprar, más puedo elegir. Con ese tesoro puedo comprar cuanto desee; perder capacidad «adquisitiva» es perder capacidad de elegir, perder libertad. El problema de reducir la libertad a esa capacidad adquisitiva, es que recorta la verdadera vocación del hombre.

2. Libre elección y libertad interior

La filosofía clásica entiende el libre albedrío (libertad de elección o libertad psicológica) como la capacidad de la voluntad para autode-

3. Spinoza lo expresó así: «Piensan los hombres que son libres; y esto sólo consiste en que ignoran las causas por las cuales están determinados». *Ethica ordine geometrico demonstrata II,* prop. 35, Scholion (*Ética,* Aguilar, Buenos Aires, 1973).

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

terminarse a lo que la razón le presenta como bueno y alcanzable. Lo que le presenta la razón es una *verdad* y –por lo que tiene de realizable– es *práctica*. En todas sus acciones el hombre busca necesariamente el bien: el mal en sí mismo no tiene poder de atracción sobre la voluntad. Pero la voluntad, determinada al bien en general, permanece indeterminada para los bienes concretos, y para salvar esa indeterminación la voluntad se ha de determinar «desde sí misma». Por esta razón, la libertad no se entiende como pura indiferencia o mera autonomía de la voluntad, puesto que ésta siempre hace referencia al bien presentado por el entendimiento. La libertad «tiene como fundamento la relación del ser humano al bien en cuanto bien, al bien advertido y querido como tal; […] el cimiento de nuestra libertad no es una especie de indiferencia hacia lo bueno o malo, hacia una cosa u otra, una suerte de apatía abúlica; sino, en el extremo opuesto, una excedencia, la vigorosa tensión de nuestra voluntad, de toda nuestra persona, a lo bueno en sí y en universal: a todo cuanto tiene razón de bien»[4].

Para una antropología cristiana la libertad humana se hace real por una íntima autodeterminación que brota de la intimidad de la persona. Por eso, no basta sólo la ausencia de coacción exterior, sino también la ausencia de una necesidad interna, –la que proviene de las inclinaciones naturales: tener dominio de esas tendencias naturales es lo que posibilita la libertad interior ¿Por qué se llama libertad? Porque para querer bienes arduos es preciso ser capaz de superar las inclinaciones orientadas a la satisfacción sensible. Es libertad porque supone autodominio y no ser esclavo de esas tendencias. Desde esta perspectiva, la libertad no sería únicamente la capacidad de elegir un proyecto vital (libertad de elección) sino también poseer la capacidad de realizarlo efectivamente (libertad interior).

Las inclinaciones naturales no son de suyo perversas, pero buena parte del pensamiento moderno ignora el hecho de la caída original del hombre que causa la debilidad del entendimiento y de la voluntad. Es más, hay una tendencia a exaltar lo placentero y natural como una fuerza vital que no ha de ser reprimida (Freud, Nietzsche). La experiencia nos muestra que, por desgracia, no todo lo que «brota» espontáneamente del sujeto es bueno, ni que «todo lo que me pide el cuerpo» es realmente adecuado para mi realización. Lo cierto es que toda persona experimenta la disarmonía interior entre lo apetecible y lo realmente valioso: «Me doy cuenta de lo mejor y lo apruebo, pero sigo lo peor» (Ovidio). La virtud y la libertad interior hace posible secundar lo mejor, es decir, el verdadero bien presentado por la inteligencia. La libertad interior supone una armonía costosa de pasiones y sentimientos, pero es también facilidad para hacer buen uso de la elección; de este modo la libertad interior me capacita para hacer más cosas y de modo más fácil. Por el contrario, los vicios debilitan esa capacidad. Ganar o perder libertad interior depende del uso que se haga de la libertad de elección.

Es cierto que la libertad, precisamente en cuanto humana y, por tanto, insertada en un espacio y en un tiempo, está siempre condicionada por factores muy diversos (económicos, biológicos, ambientales, sociales, etc.). Éste es el escenario de mi libertad que se pone en juego muchas veces rodeada de obstáculos pero no esclavizada por ellos. Esta es la diferencia entre determinación y condicionamiento. Nunca puedo escapar a los condicionamientos de mi libertad (vivir en este ambiente, tener esta constitución física o tal capacidad intelectual), y sin embargo mi obrar no es el propio de todos esos factores, sino que la determinación última brota de mi propia intimidad. Si el hombre estuviera ya determinado en su obrar no habría espacio para la libertad; entonces el hombre no actuaría bien o mal, pues sería un agente amoral: no habría responsabilidad, ni seríamos merecedores de premios ni castigos. La decisión es libre

4. Melendo, T., *Las dimensiones de la persona,* Palabra, Madrid, 1999, p. 59.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

en cuanto que la voluntad no está determinada «desde fuera». De esta manera, la decisión aparece exteriormente como suspendida en el vacío o como si surgiera de la nada y fuera por tanto gratuita («hago esto porque me da la gana»). Parece que no tiene causa suficiente, pero en realidad la causa la pongo yo. Por esta razón, la libertad psicológica aparece como imprevista, creativa, novedosa que es lo propio y distintivo de la persona humana («el ser que irrumpe aportando novedades»[5]).

3. Libertad y compromiso: el amor personal

Así pues, en su sentido más hondo la libertad humana significa dominio sobre los propios actos; y, por tanto ausencia de coacción exterior y de necesidad interna. Este dominio no es teórico sino eminentemente práctico: la libertad implica «poner en juego» la propia existencia, proyectarla hacia bienes elegidos. La preferencia por un bien más que por otro lleva consigo tener que renunciar a otros bienes que manifiestan su atracción; pero la libertad no es sólo renuncia a otros bienes, sino, principalmente, la asunción de un proyecto preferido (y, por tanto, amado). Por eso, la mejor expresión de la libertad personal es el compromiso.

En primera instancia, la vivencia subjetiva de la libertad aparece a nuestra mirada como la ausencia de cadenas que me atan. De esta manera, sentirse libre parece identificarse con la ausencia de vínculos. Pero la sensación de libertad no es lo mismo que la libertad real. La aparente ausencia de vínculos es engañosa. La libertad no es la ausencia de vínculos o compromisos, sino la capacidad de contraer los vínculos que yo quiero: si no hay compromisos el hombre no pone en juego su libertad. La única condición necesaria para vivir la libertad es «gastarla». En realidad, la libertad y la propia vida, sólo se poseen cuando se gastan. Es posible ahorrar dinero indefinidamente, mantenerlo a salvo de los ladrones, no invertirlo para no perderlo: pero, como el dinero, la libertad sólo sirve para gastarla. La avaricia de libertad acaba por agostarla.

Querer mantener una libertad sin vínculos es querer vivir una falsa libertad, porque de hecho el hombre consume su libertad en el tiempo. No querer comprometerse ya es un modo de vivir la libertad, aunque quizás no sea el modo más humano de hacerlo. Si yo no me determinara con vínculos y compromisos seré determinado por otros factores externos que en el fondo me esclavizan. Hay quienes, por miedo a perder su libertad o a equivocarse en sus decisiones, no se deciden nunca por nada. Sin embargo, lo realmente importante no es preservar la libertad, sino ejercerla, aunque esto implique riesgos, como ocurre en toda empresa humana. Quien no emprende nada arriesgado por el miedo a la frustración, acabará comprobando la frustración de comprobar que no se ha vivido la vida. La libertad está para arriesgar con ella, para entregarse a algo o a alguien con todas las fuerzas y definitivamente.

Desde este punto de vista, la cuestión fundamental no es tanto ¿cómo puedo mantener mi libertad intacta?, sino ¿cómo gastarla en lo que verdaderamente merece la pena? Los filósofos existencialistas al tomar conciencia de la apertura de la libertad afirman que la angustia existencial es lo más manifestativo de ella. Saber que puedo fracasar en mi elección suscita un profundo desasosiego: más valdría no ser libre, no tener que construir yo mi propia vida. Aceptar el riesgo es asumir la propia vida como una aventura, algo incierto y poco seguro. Esa aventura es vivida en primera persona, y de ese modo adquiere el carácter de valiosa; sin duda mucho más atractiva que la vida de una piedra o un vegetal. Nuestra vida posee así un cierto carácter narrativo: nos concebimos como autores

5. R. Yepes Stork, *La persona y su intimidad,* Servicio de Publicaciones, Universidad de Navarra, Pamplona, 1998, p. 13.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

de nuestra propia biografía que cada día escribimos con nuestras acciones.

Ejercer la libertad es un asunto serio porque conlleva unas consecuencias que quizás nos acompañen toda la vida. De mis elecciones dependerá «qué tipo de hombre o mujer quiero ser». La elección libre debe ser ponderada por la inteligencia para acertar con la meta que quiero para mi vida. La formación de la propia conciencia, el cultivo de la razón abierta a la verdad, es imprescindible para la adecuada elección. Por eso, asumir un compromiso constituye la culminación de todo un proceso deliberativo. Sin embargo, en el proceso de autodeterminación de la voluntad, la certeza total acerca del bien concreto no es posible. La evidencia a nivel práctico no existe: por eso la deliberación de la razón no se detiene nunca por sí misma. Es preciso un acto de la voluntad para cerrar el proceso deliberativo[6]. Decidir cuál es el peso de las razones a favor o en contra depende de la voluntad propia. En la experiencia ordinaria, la acción libre dice realizarse «porque me da la gana»: y es cierto. Cuando un sujeto decide hacer algo por la razón A, a pesar de la razón B, siempre podría haber elegido lo contrario por la razón B, y a pesar de A. De esta manera, se muestra que las tesis deterministas carecen de fundamento, porque las razones y motivos exteriores no determinan desde fuera a la voluntad: determinar cuál es el motivo más poderoso depende de la propia voluntad.

El compromiso pone en juego la libertad y expresa la fuente última del obrar. La libertad consiste en decidir cual es el motivo más poderoso para mí. *Amor meus, pondus meum* (san Agustín): «Mi amor es mi peso», el centro de todo mi ser que orienta hacia sí todas las acciones. Quizás el caso más extremo, pero por ello también más gráfico, sea el del martirio: a un cristiano se le amenaza de muerte si no renuncia a su fe. Se le presenta esta alternativa: o bien prefiere confesar la fe aunque le pueda costar la muerte; o bien prefiere salvar la vida, aunque sea al coste de renunciar a su fe. ¿Qué tiene más peso? ¿Qué quiero con más intensidad? En otras palabras, ¿qué amo con más fuerza? Respondida esa pregunta, así se actuará. Se revela aquí la estrecha vinculación entre amor y libertad: el amor «determina» mi voluntad hacia el bien que he elegido previamente. En este sentido todo amor es libre: no cabe pensar en un amor «obligado».

4. Dificultades para la comprensión de la libertad como compromiso

Así pues la libertad no se opone sino que reclama el compromiso y, en última instancia, el amor. Quisiera detenerme ahora en algunas posibles dificultades que pueden presentarse a la hora de articular adecuadamente libertad y compromiso. Para ello vamos a analizar separadamente algunas de las claves antropológicas presentes en la cultura contemporánea.

a) *El nihilismo de los valores.*

La Sagrada Escritura nos relata el martirio de Juan Bautista. El rey Herodes, hace esta promesa a la hija de su concubina: «te daré lo que me pidas, aunque sea la mitad de mi reino». En realidad, la petición de la hija de Herodías es más modesta: «Dame, al instante, la cabeza de Juan Bautista». Herodes se encuentra en el dilema de respetar la vida del Bautista (de hecho, le agradaba escucharle) o de cumplir la promesa. ¿Debe cumplir moralmente su promesa? No. Esta promesa carece de fuerza vinculante porque la obligación de cumplir las promesas se encuentra conectada con otra obligación mo-

6. «Mientras se delibera, circulan por la mente los proyectos, ya sean pocos o muchos, y tratamos de sopesar en cada uno sus respectivos inconvenientes y ventajas. La decisión es el corte de esta rotación mental de posibilidades. Me decido en el momento en que opto por una de las posibilidades debatidas». Llano, A., *El futuro de la libertad,* EUNSA, Pamplona, 1985, p. 78.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

ral más básica, que es «hacer el bien y evitar el mal» que en este caso se concretaría en «haz lo justo». De este modo una promesa injusta, no sólo puede no ser cumplida, sino que de ningún modo debe ser cumplida: un juramento realizado con plena libertad, sin coacción externa y en perfecto uso de facultades mentales, carece por completo de valor si tiene por objeto una obra injusta. El sujeto que ha hecho tal promesa, queda desvinculado de la obligación moral de cumplir la palabra dada al advertir que lo prometido es algo injusto.

La pregunta entonces se puede plantear en los siguientes términos ¿cómo puedo saber que el objeto de mi promesa es lo verdaderamente justo? ¿cómo puedo asegurar que el compromiso adoptado se ajusta a un valor real y no a una mera ilusión? Estas preguntas nos muestran que en la promesa se encuentran entrelazadas cuestiones básicas no sólo de tipo ético, sino también cognoscitivo. ¿Cómo puedo conocer lo justo, lo bueno y lo verdadero en sí? Se manifiesta así cómo la crisis acerca de la verdad afecta profundamente a la libertad humana. Una vez perdida la confianza en la razón para discernir lo verdaderamente justo, la promesa se presenta como la expresión de una voluntad ciega y despótica.

Todavía cabe preguntarse ¿existen de verdad esos valores por los que merece la pena comprometerse toda una vida? El escepticismo radical sobre la verdad, lleva irremediablemente al nihilismo de los valores, como ya apuntara san Juan Pablo II: «Como consecuencia de la crisis del racionalismo, ha cobrado entidad el nihilismo. [….] En la interpretación nihilista la existencia es sólo una oportunidad para sensaciones y experiencias en las que tiene la primacía lo efímero. El nihilismo está en el origen de la difundida mentalidad según la cual no se debe asumir ningún compromiso definitivo, ya que todo es fugaz y provisional»[7].

El nihilismo sobre la verdad se trasforma en última instancia en un problema de coherencia y de veracidad, en donde la persona ya ha perdido su propia identidad. «¿Es una cosa tan terrible la insinceridad?», se pregunta el joven Dorian Gray. «Yo creo que no, –se responde–. Es simplemente un método con el cual podemos multiplicar nuestras personalidades»[8]. En definitiva, el nihilismo conduce a la supresión de la identidad personal.

b) *La imagen materialista del hombre*

En la cultura actual nos encontramos con una situación paradójica: al tiempo que se reivindican los derechos y libertades para todos los hombres, diversas concepciones materialistas tienden a eliminar las diferencias entre el ser humano y el mundo animal. Las explicaciones evolucionistas cerradas a la dimensión espiritual del hombre son moneda de curso corriente. Por una parte, los desarrollos de la genética invitan a replantear la idea del hombre como cúspide del universo; por otra, las neurociencias cuestionan la espiritualidad de las operaciones más específicas del hombre (conocer y amar) reduciéndolas a operaciones meramente neuronales. Paralelamente, desde instancias éticas se propone elevar el mundo animal (al menos en sus ejemplares más evolucionados) a la categoría de seres personales y sujetos de derechos.

En esas explicaciones materialistas el ser humano aparece como un «mero producto» de determinaciones extrínsecas. El espíritu y la libertad dependen en última instancia de factores materiales. ¿Cómo puedo comprometer mi actuación futura de modo definitivo, cuando en realidad mi obrar está sometido a determinaciones de las que no soy dueño? Si mi obrar es producto de factores externos, la libertad es sólo una apariencia engañosa. ¿Cómo puedo

7. Fides et ratio, n. 46.

8. El texto prosigue así: «Solía asombrarse de la psicología superficial de aquellos que conciben el Yo en el hombre como una cosa simple, permanente, digna de confianza y con una sola esencia. Para él, el hombre era un ser con miríadas de vidas y miríadas de sensaciones, una criatura compleja y multiforme que llevaba en sí extrañas herencias de pensamientos y de pasiones». Wilde, O., *El retrato de Dorian Gray,* Salvat, Madrid, 1970, p. 134.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

dominar mis actos futuros, cuando en realidad éstos no serán más que un producto de la evolución? En definitiva, toda promesa supone la superación de todo materialismo[9]. Pero si admitimos la libertad es preciso admitir entonces que el obrar humano escapa a las determinaciones materiales, y que el hombre se hace realmente dueño de sus acciones futuras.

c) *La «pasionalización» del amor*

Una consecuencia de la concepción biologicista del hombre es la reinterpretación del amor en claves meramente materiales. El amor, que en la tradición clásica se definía como una elección de índole espiritual, se comprende únicamente a la luz de sus dimensiones sensibles. De esta manera, el sentimiento amoroso –acompañado de una atracción física o de una pasión vehemente– se convierte ahora en lo esencial del amor.

Dado el carácter corporal del ser humano, la dimensión sensible es connatural al hombre; pero no debemos olvidar que la verdadera esencia del amor se mueve en una esfera que trasciende lo material. La pasión, el sentimiento y la atracción física son más o menos puntuales, muy ligados al momento presente y en sí mismo pasajeros. Cuando se debilita el carácter espiritual, el amor se acaba reduciendo a su dimensión pasional, de tal modo que incluso lo que aparece a nuestra conciencia como una fuerza vehemente, se manifiesta en realidad cambiante e inestable. Se presentan así metamorfosis irracionales de los sentimientos: desde el amor apasionado, hasta el odio profundo, pasando por los celos, para acabar en la indiferencia cuando una nueva pasión despierta una sensibilidad siempre deseosa de nuevas experiencias. La reducción del amor a su aspecto emocional, acaba reconociendo en la pasión una fuerza irracional, ciega e incontrolada, que en última instancia «me esclaviza». El romanticismo que exalta la pasión amorosa, acaba aherrojando la libertad a un destino fatal.

Por el contrario, merced a su carácter espiritual, la persona humana posee la capacidad de trascender las coordenadas espaciales o temporales. La única manera de amar de verdad como ser espiritual es «para siempre»: en todo tiempo y en todo lugar. El amor, si no es «para siempre» no es en realidad amor: por eso «quien no se decide a querer para siempre, es difícil que pueda amar de veras un solo día»[10]. Cuando el amor es verdadero no admite cláusulas de temporalidad ni restricciones. No vale decir en serio: «Te amo con locura ahora, pero no durante el fin de semana»; o «te amo ahora, pero no sé si te amaré cuando te salgan arrugas». El amor no es un estado pasajero y efímero: eso es lo propio del sentimiento, del placer o de la utilidad. El amor verdadero es un acto personal que trasciende las circunstancias anímicas o las emociones del momento presente. Una promesa que manifiesta

9. «En 1845 en Berlín tres científicos (Brücke, du Bois-Reymond, Helmholtz) «se conjuraron» expresamente «para hacer valer la verdad de que en el organismo no actúan otras fuerzas que las fisicoquímicas comunes». Lo que les pasó inadvertido es el hecho de que, al hacer esa promesa (pues en eso consistió su «conspiración»), estaban violando el contenido mismo de esa promesa. No se comprometían a que en cualquier circunstancia futura las moléculas de sus cerebros abandonasen el curso causal preestablecido y permitirles así determinar su pensamiento y su voz (siendo que en cualquier caso ya lo hacen), sino que se comprometieron a ser fieles en el futuro a un punto de vista actual, de manera que, al menos *para ellos*, proclamaron la supeditación de su comportamiento al señorío de su subjetividad. En el acto del compromiso se fiaron de algo absolutamente no-físico, su relación con la verdad, es decir, el control sobre la conducta de sus cerebros, que negaban en general en el contenido mismo de su promesa […]. Hacer una promesa con la convicción de poder mantenerla, y la alternativa igualmente posible, poder romperla, confiere una fuerza a la realidad en su conjunto que es diferente de las fuerzas «inherentes a la materia» que actúan en la interacción de los cuerpos orgánicos. La «fidelidad» sería una fuerza de estas características, como cualquier dominio sobre la conducta, esto es, sobre el cuerpo, ¡y estaría activa «en el organismo»!». Jonas, H., *Poder o impotencia de la subjetividad*, Paidós, Barcelona, 2005, p. 77.

10. Juan Pablo II, Homilía en la Eucaristía celebrada para las familias en Córdoba, Argentina (8 abril 1987), 4. Citado por el papa Francisco en la Exhortación apostólica *Amoris laetitiae*, n. 319.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

un compromiso definitivo, abraza toda la existencia, la vida en su totalidad. Es una entrega confiada en la otra persona, que acepta igualmente la donación de nuestro ser, al tiempo que promete su donación «para siempre». El pacto *ad tempus* no es expresión de un amor verdadero, sino la manifestación de un interés común, utilitario o placentero[11].

d) *El carácter intramundano de la felicidad*

Otra consecuencia de la concepción materialista del hombre es la negación de su carácter trascendente, o al menos, la incapacidad de afirmar nada acerca de una vida después de la muerte. Este agnosticismo sobre la vida futura tiene implicaciones para comprender la idea de felicidad. En el pensamiento cristiano (incluido el del ilustrado Kant), la felicidad supone un premio a una vida terrena justa. La felicidad significa la plena posesión del bien último y supremo que sacia todas las ansias del corazón humano, e implica también la exclusión del temor a perderlo. Evidentemente en la vida temporal podemos tener felicidad, pero más bien como un anuncio de la plenitud para siempre, es decir, de la felicidad eterna. Puesto que la vida humana se desenvuelve en el tiempo, la felicidad humana se ve amenazada por el temor de perderla y por este motivo tampoco es plena.

Al desaparecer del horizonte humano la certeza en una vida *post-mortem*, el concepto de felicidad se hace intramundano. No se sabe nada de una felicidad trascendente, y por eso es más seguro centrar los esfuerzos en una felicidad mundana: la fama, el placer, el éxito, las riquezas, o, simplemente, la conciencia emocional de ser amados, son los nuevos nombres de «felicidad». Todo lo que impida la obtención de esos bienes en los que cada uno cifra su felicidad, son obstáculos que han de ser removidos. Se invoca entonces el derecho a la felicidad como la justificación para liberarse de unas ataduras que condenan al hombre a la desgracia. ¿Por qué no liberarse de las pesadas cadenas de un compromiso que ahora advierto como desgraciado? ¿No tengo acaso derecho a reconstruir mi vida con otros proyectos existenciales que, con las experiencias negativas del pasado, me abran por fin el camino a la felicidad? ¿No es Dios un Padre que desea nuestra felicidad?; si es así, ¿no es cruel que las instancias institucionales de tipo eclesiástico sean precisamente las que condenen al hombre a la infelicidad?

La felicidad, en sentido estricto, no es un derecho, sino un anhelo de todo ser humano. Los derechos pueden ser suspendidos por el mismo interesado; pero el deseo de felicidad no puede suspenderse. En otras palabras, como decía Aristóteles, no puedo dejar de desear ser feliz, porque la felicidad no se elige sino que se anhela. Pero si se pierde de vista el carácter trascendente de la felicidad, ésta se acaba convirtiendo en un bien finito y temporal. La felicidad se sustituye por la sensación de felicidad, que sólo es posible renovarla a través de fuertes sensaciones placenteras o emotivas. Pero un bien finito no puede saciar las ansias de felicidad del hombre; puede satisfacer por unos instantes, por un tiempo, pero esa felicidad efímera acaba generando hastío y cansancio.

El problema de fondo es haber convertido la felicidad en el objetivo directo de nuestras acciones, olvidando que es, de hecho, un premio y un don no buscado en sí mismo: «quien quiera ganar su vida, la perderá». Estas palabras de Jesús nos están recordando un principio antropológico fundamental. La felicidad llega a la persona a condición de no convertirla en el fin directamente buscado de mis acciones. Lo que la Revelación nos dice, es también una verdad

11. De nuevo Oscar Wilde lo expresa de modo magistral, en boca del cínico Lord Henry: «¡Siempre! Es una palabra terrible. Me hace estremecer cuando la oigo. Las mujeres son muy aficionadas a usarla. Estropean toda novela, queriendo hacerla eterna. Es un problema sin ningún significado. La única diferencia que hay entre un capricho y una pasión eterna es que el capricho dura un poco más de tiempo». Wilde, O., *El retrato de Dorian Gray,* p. 32.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

que el análisis de la experiencia humana nos confirma[12].

e) *Concepción individualista del hombre*

El individualismo es otra de las constantes culturales que puede dificultar la adecuada articulación entre libertad y compromiso. Si la felicidad subjetiva e intramundana se convierte en el objetivo último de la vida, se justifica el «derecho a la felicidad» subjetiva como el derecho fundamental de la persona. Pero esa felicidad, una vez emancipada la libertad de todo vínculo trascendente o social, se convierte en una meta que cada individuo debe perseguir y alcanzar por sí mismo y para sí mismo. En la modernidad, con el giro hacia la conciencia individual, se tiende a incidir en la propia subjetividad como fuente de autonomía y dignidad. El individualismo induce a considerar la vida del hombre en sociedad como una necesidad inevitable que sacrificaría el ideal de autonomía del individuo o bien como el resultado de un acuerdo estipulado entre los singulares para evitar conflictos de intereses: en el fondo, la sociedad nacería por una exigencia para satisfacer fines utilitaristas. Es fácil advertir las raíces filosóficas del individualismo liberal, según el cual el hombre es básicamente autosuficiente pero vive en sociedad movido únicamente por el interés.

En el planteamiento cristiano (y también clásico, incluso en autores paganos) la convivencia es un medio imprescindible para la perfección y la felicidad del ser humano. Para Aristóteles el hombre precisa de la sociedad en primer lugar para «vivir», es decir, para cubrir sus necesidades básicas encaminadas a su propio mantenimiento. De aquí surge la diversificación de funciones laborales y sociales que permite al hombre mantenerse con vida. El hombre solo no es autosuficiente; esto se percibe con claridad desde el mismo nacimiento, puesto que es fruto de una relación personal de dos personas: esto ya es una forma de sociedad (la familia). Además, en el hombre el proceso de maduración y dependencia paterna de los hijos es mucho mayor que la del resto de los animales, mostrándose así la índole deficitaria de la persona fuera del ámbito social.

Esta necesidad de la vida social no mira únicamente a los bienes materiales sino principalmente a los bienes morales. Esto es lo que Aristóteles denominada «vivir bien»: se trata de desarrollar una «vida lograda», una vida verdaderamente humana. En otras palabras, el hombre es un ser naturalmente social porque todo individuo humano necesita la ayuda de otros individuos de su propia especie para vivir, no de cualquier manera, sino como hombre. La formación de la personalidad exige del entramado social donde la persona asimila una lengua, unas costumbres y unos valores morales; donde aprende a vivir la experiencia de su propia libertad y a ejercitar las virtudes que le perfeccionan como persona. La plena realización humana no se puede lograr sin la ayuda y la amistad de los demás. El compromiso amoroso es ciertamente una atadura, pero una cadena que salva al hombre de su propia inhumanidad.

5. Condicionamientos y patologías para el compromiso

El compromiso supone una entrega personal total y definitiva como la requerida en el matrimonio y en la vocación espiritual. La capacidad para comprometerse requiere libertad interior y ausencia de coacción externa. A su vez, la libertad interior exige posibilidades de elección y capacidad personal para llevar a cabo lo elegido.

12. Sucede algo similar a lo que describe Viktor E. Frankl acerca de los pacientes psiquiátricos con una atención excesiva o «hiperreflexión», en los que el deseo de sentir sensaciones placenteras «bloquea» el proceso. Por eso concluye que «el placer es, y debe continuar siéndolo, un efecto o producto secundario, y se destruye y malogra en la medida en que se le hace un fin en sí mismo». Frankl, Víktor E., *El hombre en busca de sentido,* Herder, Barcelona, 1991, p. 118.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

En ausencia de coacción externa, lo único que podría limitar la capacidad de comprometerse son los posibles condicionantes de la libertad interior.

El primero de ellos es la ignorancia que limita, principalmente y en grados variables, las posibilidades de elección. Se podría decir que la ignorancia resta grados de libertad, si bien, en esos márgenes, el ejercicio de la libertad es pleno. Sin embargo, para que la capacidad de comprometerse no quede reducida, los grados de libertad mermados no deben afectar a las cuestiones centrales del compromiso ni a los aspectos sustanciales que se derivan de ellas.

El segundo de los condicionantes de la libertad interior son los hábitos negativos o vicios, y lo hacen por la vía de oscurecer la razón y/o debilitar la voluntad. En este caso, se puede decir que la libertad está encadenada de tal modo que la persona puede llegar a ser auténtica esclava de esos vicios, aunque esa esclavitud haya sido libremente buscada. En estas condiciones, la capacidad para comprometerse, suele estar sustancialmente impedida (o disminuida en grados variables según la naturaleza del vicio) por la restricción que conlleva para la elección y la ejecución del compromiso.

El tercer condicionante es la enfermedad psíquica que incide sobre los dos aspectos de la libertad interior haciendo que operen de forma anómala: distorsión de la realidad, excesiva focalización de la atención o el interés, déficit o inestabilidad en la ejecución, desmotivación o falta de vitalidad, o limitaciones en los sistemas de evaluación y autocorreción. En estas circunstancias, se podría decir que la libertad está enferma. Obviamente, los diferentes tipos de enfermedad psíquica inducen disfunciones distintas de la libertad interior, tanto en el grado como en la forma. Sin entrar a describir estas diferencias, y sin considerar las enfermedades que conllevan lesión estructural del sistema nervioso (demencias, traumatismos craneales, retraso mental, etc.), se pueden apuntar tres situaciones en relación a la capacidad para comprometerse:

– *Trastornos psicóticos.* Por la grave distorsión de la realidad que presentan, se produce una notable disfunción de la libertad que, en su fase aguda, imposibilita el compromiso. El tratamiento farmacológico, con todas sus limitaciones, puede lograr normalizar, en gran medida, la disfunción que afecta a la libertad interior, si bien, el nivel logrado depende de variables específicas de cada caso. Si el compromiso es previo no lo anula, porque en ese momento la libertad interior no estaba mermada, pero puede dispensar de algunas de sus consecuencias por las limitaciones que impone en la realización y en el mantenimiento del compromiso.

– *Trastornos de personalidad.* Puesto que el compromiso es una respuesta personal y al ser la personalidad lo esencialmente afectado en estos trastornos, la capacidad para comprometerse puede estar notablemente limitada. Además, dado que es un problema inherente a la configuración de la personalidad, podría cuestionarse la validez de los compromisos previos al establecimiento del diagnóstico.

– *Trastornos no psicóticos.* Se incluyen aquí el resto de los problemas psíquicos (depresión, ansiedad, obsesiones, etc.) que, aún siendo muy heterogéneos, tienen el denominador común de no imposibilitar *per se* la capacidad para comprometerse sino en función de la intensidad de los síntomas y del tipo obligaciones que se asumen.

Por otra parte, con la salvedad ya señalada de los trastornos de personalidad, el diagnóstico de un trastorno psíquico con posterioridad a la adquisición de los compromisos no cuestiona en sí mismo la libertad al adquirirlos y, por tanto, la validez del vínculo contraído; pero puede replantear algunas de las obligaciones derivadas, o el modo de vivirlas. En todo caso, negar que el hombre sea capaz de asumir compromisos definitivos sería elevar a categoría de «normal» lo que son disfunciones o patologías de la libertad. Afirmar que el hombre es incapaz de ver o de oír porque hay ciegos y sordos es una extrapolación que supone una anomalía profunda en la naturaleza de todo ser humano.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

6. Libertad personal y compromiso institucional

Si el hombre es un ser social por naturaleza, no puede realizarse plenamente como hombre al margen de la convivencia social. Sin embargo, el ideal romántico tiende a exaltar la propia individualidad al margen y por encima de las instituciones. Así por ejemplo, para algunos, contraer matrimonio –como institución social, garantía de estabilidad– sería matar el amor, que no se deja encerrar en fórmulas rígidas de obligado cumplimiento. Un amor sometido a las cadenas de la obligación, pierde su frescura y acaba por agostarse. Un amor obligado, es decir, un amor del que se ha excluido la libertad de elegir sería un contrasentido que aboca al fracaso existencial de muchas personas.

Por otro lado, es preciso asumir la propia limitación de la libertad y del amor humano. El amor humano trasciende el tiempo porque no depende de las coordenadas espacio-temporales para su efectiva realización. Con todo, la libertad humana se da en un espacio y un tiempo determinado, y el amor así situado está abierto a fluctuaciones e inconstancias. La libertad se pone en juego en circunstancias que pueden hacer flaquear la decisión primera. Una vez asumida la debilidad de la libertad humana, las instituciones sociales son auxiliares de la libertad más que obstáculos que la impiden. Son ellas las que nos ayudan a mantener nuestra libertad y no decaer en el compromiso. Y es una garantía de que nuestro compromiso no es una veleidad. Por ejemplo, el matrimonio posee un componente institucional y social que es garantía no sólo frente a los derechos del otro cónyuge, sino también frente a la propia debilidad. Así pues, la institucionalización del compromiso no limita la libertad, sino que más bien la protege; y al mismo tiempo, es manifestación y garantía de autenticidad. «Las palabras vuelan, pero los hechos permanecen»: una declaración de amor puede ser la expresión de un arrebato pasional, sometido a los vaivenes de la vida; pero la declaración externa y pública de un compromiso refuerza y garantiza la intención de los que asumen ese compromiso.

Es cierto, no obstante, que el compromiso institucional, puede convertirse en cadena que aherroja la libertad cuando los vínculos externos no responden a los verdaderos vínculos internos del corazón. La estabilidad del compromiso institucional no es un fin en sí mismo: «duración y estabilidad no son los valores más altos. Ninguna cosa es valiosa sencillamente porque es duradera»[13]. Un compromiso jurídico externo resultará verdaderamente efectivo cuando va precedido y acompañado por la libre decisión de fidelidad. Por eso, la dimensión institucional del compromiso es de hecho un auxilio de la libertad que quiere perseverar en su intención, pero a condición de no ser sustitutivo de ella. La fidelidad «no es […] un perpetuarse del primer entusiasmo amoroso, sino la aventura de dos personas vivas, móviles e imprevisibles, que inventan y dan forma continuamente a su coexistencia»[14]. El compromiso se hace nuevo cada día por el amor: no es un encorsetamiento o falta de espontaneidad de la libertad, sino el anhelo de su eternización a través del tiempo, mediante actos sucesivos y renovados en donde volvemos a reafirmar internamente esa elección primera. «En consecuencia, la fidelidad no es tanto una llamada a la fijación cuanto a la renovación creadora. El compromiso se vive en el tiempo, lo cual quiere decir que consiste no sólo en superar la prueba del cansancio y de la contradicción, sino también en encarnarse incesantemente en las condiciones cambiantes de la existencia. […] En consecuencia, la fidelidad no es tanto un compromiso *de una vez por todas* cuanto un designio *constantemente mantenido* de una espontaneidad viva»[15].

13. Torrelló, J. B., *Psicología abierta,* Rialp, Madrid, 19983, p. 62.
14. *Ibid.,* p. 65.
15. Langevin, G., «Réflexions sur la fidelité», *Science et Esprit*, 43/3 (1991), p. 248.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

Al comienzo de estas páginas me propuse afrontar las dificultades teóricas sobre la posibilidad de abrazar compromisos definitivos. Llegados al final de nuestras reflexiones, asoma todavía la duda acerca de si este ideal es «realmente posible»; en definitiva, ¿no se trata de una utopú, bella pero irrealizable? ¿Es posible, de hecho, ser fiel «para siempre»? La respuesta la encontramos en el testimonio y en la vida de muchos hombres y mujeres fieles. La fidelidad no es una utopía sino una meta ardua donde se ponen en juego las virtudes más radicales de la persona humana para que nuestra libertad no se deje arrastrar por el fatalismo, la debilidad o la superficialidad. Una fidelidad amorosa habita en nuestro mundo, pero no en abstractas elucubraciones teóricas, sino que tiene su hogar en el corazón de cada hombre y de cada mujer que en su interior se propone vivir un amor eterno que encuentra en Dios su fuente y garantía: «Solo aquel que se apoya en Dios pone en Él la suficiente eternidad para impregnar las cosas del tiempo»[16].

Bibliografía

Barrio Maestre, J. M., *Los límites de la libertad: su compromiso con la realidad,* Rialp, Madrid, 1999.

Bruguès, J. L., «La palabra dada (Virtudes de la fidelidad)», en *Ideas felices,* BAC, Madrid, 1998, pp. 83-111.

Miras, J.-Bañares, J. I., «Presupuestos básicos de la visión cristiana de la persona humana», en *El matrimonio cristiano*, Rialp, Madrid, 2007[2], pp. 33-41.

Morales, J., *Fidelidad,* Rialp, Madrid, 2004.

Nédoncelle, M., *La fidelidad,* Palabra, Madrid, 2002.

Thibon, G., «El problema de la fidelidad», en *La crisis moderna del amor*, Fontanella, Barcelona, 1976, pp. 9-50.

Torrelló, J. B., «¿Perseverancia o fidelidad?», en *Psicología abierta,* Rialp, Madrid, 19983, pp. 60-65.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

16. G. Thibon, *La crisis moderna del amor,* Fontanella, Barcelona, 1976, p. 41.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

5

La razón y los afectos

Juan Ramón García-Morato

Introducción

Existen diferentes visiones de la persona: la que considera al ser humano como pura y simple materialidad; la que lo comprende con una dimensión espiritual y trascendente, pero unida a una realidad material que es un estorbo; y la que entiende la persona como cuerpo y espíritu indisolublemente unidos y mutuamente implicados en cada faceta de la existencia.

Desde la primera visión, cualquier cosa se afirmará en términos absolutos y excluyentes; por ejemplo: el alma está en el cerebro, la conciencia es fruto de diversos modos de conexiones neuronales, el amor y la afectividad son un conjunto de sustancias químicas. En los otros dos enfoques, se admite que esa no es toda la realidad del ser humano, pero uno valora la corporalidad de manera negativa (el segundo) y otro de modo positivo (el tercero): materia y espíritu forman un todo indisolublemente unido.

Tanto la postura materialista como la «espiritualista» acaban, por caminos diferentes, maltratando la corporalidad. La tercera, asume que los sentimientos y afectos –toda la corporalidad– son un don y una fuerza intrínseca de la persona, con un papel insustituible en la propia plenitud si se logra orientar y sacar partido de acuerdo con su propio significado. La Tradición cristiana fiel a sus orígenes, asume este planteamiento tan profundamente humano y realista: al afirmar que la criatura humana es fruto de la Sabiduría y el Amor creador de Dios, ama las realidades materiales, que no sólo no son un estorbo, sino que son cauce y lugar de encuentro con Dios y el modo en que se materializan las realidades espirituales de la persona.

A la vez, no se queda sólo en el corazón como sede y centro de la afectividad, sino que se refiere a la totalidad del corazón[1] como sede y morada del yo, el lugar donde se aúnan todas las dimensiones humanas, puestas en juego en cada decisión personal[2].

1. Como ha explicado innumerables veces Susanna Tamaro, al referirse a su novela *Donde el corazón te lleve*, no se trata del corazón «que palpita por una cita o por una mirada, sino la totalidad más profunda del hombre, la imagen del sitio físico donde razón y emoción se enlazan armoniosamente y se funden en Algo más grande. Ese Corazón, en fin, que todas las religiones señalan como la esencia más verdadera y profunda del hombre». Cfr. por ejemplo, el comienzo de otro de sus libros: *Querida Mathilda.*

2. «El corazón es la morada donde yo estoy, o donde yo habito (según la expresión semítica o bíblica: donde yo «me adentro»). Es nuestro centro escondido, inaprensible, ni por nuestra razón ni por la de nadie; sólo el Espíritu de Dios

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

1. La esfera afectiva de la persona

La dimensión afectiva comprende desde las sensaciones corporales más simples a las más altas experiencias de amor, alegría o pesar. Sensaciones, emociones, sentimientos, afectos y pasiones, no son sinónimos, pero están estrechamente relacionados. Como el contenido de estas páginas se dirige a un público amplio, para aclararnos puede bastar con lo que sigue[3]:

Sensación: es la percepción básica que se experimenta de manera más o menos simple, sin conexión con lo racional. Cuando esa sensación se asocia a un hecho positivo o negativo, se entra en el mundo del sentimiento, que tiene una duración más mantenida y conecta con lo racional.

Emoción: más primaria que el sentimiento y más elaborada que la sensación, va acompañada de una respuesta corporal (taquicardia, enrojecimiento, etc.); desorganiza la actuación vital, ya sea dificultándola, impidiéndola o no relacionándose directamente con ella.

Pasión: surge cuando la atención del yo queda centrada en un determinado aspecto de la vida del sujeto; su aparición no es voluntaria. En este sentido, persona apasionada es la que tiene sentimientos fuertes que mueven a la acción en la dirección –positiva o negativa– en la que está centrada la atención.

Sentimiento: cuando los sentimientos coinciden con la realidad, unifican la experiencia mental, porque conectan con lo espiritual del hombre; una persona que carezca de ellos es inhumana. Producen un cierto efecto estabilizador y regulador de la vida psíquica o racional, y la conciencia de armonía entre la realidad y nuestras tendencias; aunque hay sentimientos que alteran toda la vida racional, y entonces su acción es la contraria. En todo caso, los sentimientos conectan con la vida más íntima de la persona y expresan realmente lo que cada persona quiere, entiende o intuye.

Diferencia entre estados psíquicos y sentimientos[4]: Los estados psíquicos están causados por procesos corpóreos o psíquicos (el alcohol, un tumor cerebral, etc.); en ellos, al no haber una relación consciente y significativa con un objeto, falta ese carácter de respuesta. Sin embargo, los sentimientos tienen una motivación (alegría ante el encuentro con una persona, por ejemplo); el rasgo esencial que los caracteriza es su intencionalidad.

Una tarea importante en el desarrollo de la personalidad consiste en librarnos del ritmo de alguno de estos estados psíquicos, no sólo en nuestras acciones y decisiones, sino también en el fondo de nuestro corazón (cosa nada fácil). Y es importante porque los estados psíquicos pueden dificultar el actuar libre.

a) *La visión positiva de la afectividad.*

El ser humano es como un barco provisto de un buen timón (la inteligencia), un motor excelente (la voluntad) y una capacidad añadida que le permite el máximo rendimiento: un poderoso velamen (la dimensión sensible: sentimientos, emociones y afectos).

Corazón, inteligencia y voluntad tienen un papel insustituible en el proyecto de plenitud personal. Entender la inteligencia como puro racionalismo; la voluntad como tenacidad a costa de lo que sea (sin ningún motivo que atraiga) y tener a gala la imperturbabilidad sensible como manifestación de virtud, no es bueno para nadie[5].

puede sondearlo y conocerlo. Es el lugar de la decisión, en lo más profundo de nuestras tendencias psíquicas. Es el lugar de la verdad, allí donde elegimos entre la vida y la muerte. Es el lugar del encuentro, ya que a imagen de Dios, vivimos en relación: es el lugar de la Alianza» (Catecismo de la Iglesia Católica, n. 2563).

3. Cfr. Gudín, M., *Cerebro y afectividad.* EUNSA, Pamplona 2001.

4. Hildebrand, Dietrich von, *El corazón.* 5ª ed., Ed. Palabra, Madrid 2006, pp. 56-89.

5. Con detalle en: García-Morato, J. R., *Crecer, sentir, amar. Afectividad y corporalidad.* 2.ª ed., EUNSA, Pamplona 2009, pp. 20-32.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

Es preciso conseguir el desarrollo armónico de la persona[6], porque la mayor posibilidad de libertad y, por tanto, de plenitud personal, está en la mayor puesta en juego de todas nuestras dimensiones humanas. Es peligroso que una tome el mando a costa de destruir alguna de las otras. La inteligencia o la voluntad, en solitario, no arreglan nada; cuando se descuida la afectividad, se producen atrofias o hipertrofias que hay que recomponer.

b) *El papel de los afectos en el conocimiento de la realidad*

La inteligencia y la voluntad se apoyan en la normalidad de la vida sensitiva. Si los afectos y la razón no se integran armoniosamente, repercute en la persona y en sus acciones.

No podemos olvidar que la realidad es algo objetivo, pero los sentimientos se caracterizan por la subjetividad. Por eso no pueden ser criterio último y definitivo de verificación. Sin embargo, como reacciones naturales que son, suponen un indicio de la disposición psicológica y moral de la persona.

Los aspectos sensibles de la persona, bajo el dominio de la inteligencia y la voluntad son de una gran ayuda. No parece sensato un planteamiento de la vida que excluya por principio el placer sensible de las cosas buenas. La revelación cristiana nunca lo ha hecho, independientemente de que algunos modos de enseñar la fe no hayan sabido traducirlo en la práctica de manera acertada.

Además, la dimensión sensible es la primera puerta de entrada del mundo en el yo interior y es cauce para la relación con los demás. La capacidad de emocionarse ante los valores es el primer paso de las relaciones humanas. Es preciso lograr la armonía entre la voluntad dirigida por la inteligencia que elige y las emociones, sentimientos y afectos, haciendo de la vida afectiva un todo unitario que vibre al unísono. La presencia de la vida afectiva es fundamental para un despliegue auténticamente humano del amor entre las personas.

Un sentimiento es verdadero en la medida en que se produce por una conexión íntima con la realidad; es esa conexión. Y es auténtico en tanto que es fiel a la realidad que lo despierta. Por eso, ante realidades, personas y situaciones distintas, hay sentimientos distintos. No saber distinguirlos es como un «daltonismo» del corazón. En la información que proporcionan los afectos, se da una determinada valoración del objeto con respecto a su conveniencia para la persona; por tanto, nos está dando una valoración de la realidad. Los sentimientos son intencionales: tienden a o se alejan de algo o alguien. Pero, a la vez, los sentimientos son pre-racionales; guiarse como norma por los sentimientos es renunciar a utilizar la inteligencia.

Todo esto entra en juego en contacto con el mundo y las personas que nos rodean. La afectividad capta lo «real-para-mí», es decir, la conveniencia para mí de la realidad. Por eso, afirmar que los sentimientos no tienen nada que ver con la realidad contemplada, que sólo expresan nuestra situación afectiva, sería decir que no nos sirven para hacernos cargo de nosotros y de nuestro entorno[7]. Y así nos quedaríamos indefensos ante muchas situaciones en las que, para reaccionar adecuadamente, sólo contamos con los datos que proporciona la afectividad como punto de arranque.

El proceso de realización personal es autorrealización, pero también es un proceso intersubjetivo. Y la dinámica afectiva es intersubjetiva. El proyecto de la unión de dos vidas solamente puede ser asumido por la voluntad, porque es la instancia en el hombre capaz de superar el tiempo, en cuanto que es capaz de *prometer* y mantener lo prometido.

Finalmente, afectos y sentimientos son también camino de acceso al propio ser, porque el yo personal está implicado en todos los sentimientos y afectos. La opinión que tenemos de

6. Cfr. Lersch, P., *La estructura de la personalidad.* Ed. Gredos. Madrid 1966.
7. Cfr. Lewis, C. S., *La abolición del hombre,* 3.ª ed., Ed. Encuentro. Madrid 1998.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

nosotros mismos es el aspecto del conocimiento propio que más influye en la vida diaria. No es un sentimiento más, sino el ingrediente de cómo nos afectan las personas y las cosas, y configura el estilo de interpretación afectiva que acompaña a nuestros actos. No hemos de olvidar que la imagen que cada uno tiene de si mismo es, en parte, fruto de lo que los demás piensan sobre nosotros; por eso es importante alcanzar las dependencias e independencias acertadas respecto a las valoraciones ajenas.

2. Integración de los afectos y sentimientos en las relaciones humanas[8]

a) *Los sentimientos se sienten y, de entrada, no son libres*

Los sentimientos se diferencian de la voluntad en que no son libres. Brotan desde dentro de nosotros sin estar bajo nuestro control, y sólo se pueden experimentar sintiendo. Tenemos libertad para tomar postura respecto de las vivencias que tienen lugar en nosotros sin nuestra libre intervención, pero no podemos evitar tenerlas.

Por otra parte, hay sentimientos espirituales que son imprescindibles pero que, por sí solos, no pueden aportar a la plenitud personal lo que es propio del compromiso libre de la persona. La autodonación no puede tener pleno valor si no es obra de la voluntad.

Además, hemos de ser capaces de armonizar la afectividad de acuerdo con el «ser personal» masculino y femenino. Eso supone ser capaces de captar, a la vez, la igualdad radical y las diferencias específicas en el modo de vivir, en el modo de reaccionar y de vivenciar los mismos valores y las mismas situaciones. A veces puede costar, porque las estructuras sociales e intelectuales[9] están configuradas por varones

Los sentimientos son un modo de conocer real: lo sentido es innegable; que sea acertado supone una sensibilidad armoniosa y bien formada. Pero este modo de acceso a la realidad es más intenso, por naturaleza, en la mujer que en el varón, porque la mujer está más fuertemente unida a lo vital: ser madre es distinto de ser padre. Y la manera de expresar la relación con lo vital es la afectividad; por eso se da de modo natural, en cualquier mujer, una mayor identificación con los sentimientos.

Sin embargo, somos herederos de una cultura donde tener corazón, manifestar que se tienen sentimientos y mostrar los afectos ha tenido una consideración negativa, de modo distinto para los varones y las mujeres. Descartes separó la realidad material *(res extensa)* de la realidad espiritual *(res cogitans)*, y situó –en línea con la tradición del pensamiento occidental– al corazón y los afectos en el ámbito de la primera. Desde entonces existe una primacía aún mayor de la inteligencia entendida como racionalidad pura, desechando la creatividad[10].

El conocimiento intuitivo es el conocimiento propio de las personas que saben amar. Hay decisiones importantes que no se toman tras un discurso racional: son decisiones intuitivas. Lo único que hace falta para que esa intuición sea acertada y fiable es una buena formación personal hecha vida. La intuición femenina es diferente en sus muestras externas al modo de conocer del varón, incluidas sus intuiciones, que también las tiene. Pero proporciona un conocimiento real, por connaturalidad: *per modum amoris*, decían los medievales (al modo como se conocen las personas que se aman de verdad). Es la manera de conocer las madres. Es también el conocimiento propio de la virtud, que da connaturalidad para obrar el bien con facilidad y sin esfuerzo. Y es sin duda –en el ámbito de la tradición cristiana– el modo de

8. Por extenso en: García-Morato, J. R., *o. c.*, pp. 54-70.
9. Juan Pablo II, Carta a las mujeres, 29-VI-95.
10. Pieper, J., *Ocio y Culto*; en: Leclercq, J. y Pieper, J., *De la vida serena,* Ed. Rialp. Madrid 1965, 3.ª edición, pp. 41 y ss.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

conocer y actuar que otorgan los dones del Espíritu Santo[11].

b) *Compromisos personales y afectividad madura*

Para saber relacionarnos bien con todo el mundo, no hay que olvidar algo elemental: que los afectos siempre unen a las personas. Y cuando se dan entre un varón y una mujer, hace falta madurez para que los afectos no los unan en cuanto tales si la fidelidad a los compromisos personales que han asumido no lo hace posible, sino en los demás ámbitos de la afectividad; porque toda ocasión de trato entre un varón y una mujer, produce siempre una impresión, que se puede acompañar de una emoción. Y según los valores a los que cada uno sea sensible, la reacción oscilará entre la afectividad sexuada y la admiración y el respeto. Los compromisos adquiridos –por el matrimonio o bien por la fidelidad que también exige el noviazgo; o por la entrega a Dios– han de marcar el límite de esa afectividad. Pero no un límite externo, sino el límite de un corazón lleno de amor.

Ser sensibles ante el conjunto de los valores sexuales integrados en la grandeza de la persona, es algo bien distinto de la sensibilidad excitable que provoca –de distintos modos– la corporalidad sexual: porque la capacidad que tenemos de percibir los valores sexuales de la persona –masculinidad y feminidad– y no sólo los del cuerpo –genitalidad y caracteres sexuales secundarios-, no se orienta al goce, sino que permite momentos contemplativos ligados a lo bello, a la percepción de los valores estéticos. Es admiración, sin deseo alguno de placer. Así se puede contemplar el arte.

Es posible también con las personas; algo de eso se da en el ejercicio de la profesión médica o de enfermería, o en los estudios de Bellas Artes. No es automático, depende de la actitud interior de las personas que se traduce en ser capaces de un respeto exquisito. Pero esa actitud interior es algo connatural al ejercicio honrado de la profesión: la desnudez objetiva es, de por sí, limpia y pura[12].

Como no podemos dejar de tener afectos y de sentir ternura al relacionarnos con los demás, una tarea en la educación de la afectividad es la adquisición de dependencias e independencias adecuadas. Contamos con la inteligencia y la voluntad, que nos permiten comprender el sentido y el alcance de la relación interpersonal establecida, y si esa relación es compatible con nuestros compromisos personales. Y eso nos permite discernir los valores que nos emocionan y ver si la reacción afectiva se adecua a nuestros compromisos personales.

c) *Afecto y ternura en las relaciones humanas*

Experimentamos ternura cuando de algún modo tomamos conciencia de los lazos que nos unen a alguien; nos hace capaces de ponernos en el lugar de otra persona y percibir en nuestro propio yo su estado interior. La ternura nace de la comprensión del estado del alma de la otra persona y tiende a comunicarle lo unido que se le está; y acaba por manifestarse exteriormente. Pero la ternura por sí misma no es sinónimo de afecto sexuado y puede ser totalmente desinteresada.

Hace falta ternura en la amistad, en la fraternidad, en la filiación, en el amor humano, etc. Una firme educación de la afectividad evitará el riesgo de la ternura de buscar satisfacer la propia afectividad, sin tener en cuenta la necesidad objetiva y el bien del otro. A las manifestaciones de ternura –sobre todo las externas– hay que aplicarles una medida única: el amor de la persona, adecuado a la situación personal.

De todas formas, no se puede dejar de hablar de un derecho a la ternura –a aceptarla o a manifestarla– e incluso de un deber: los débiles,

11. Cfr. Riaud, A., *La acción del Espíritu Santo en las almas.* Ed. Palabra. Madrid 1998, introducción.
12. Wojtyla, K., *Metafísica del pudor,* en: *Amor y responsabilidad,* Ed. Palabra, Madrid 2015, pp. 213-227.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

los enfermos, los que padecen psíquica o moralmente y –sobre todo– los niños, tienen una necesidad particular de ternura.

Tampoco hay que olvidar que, de ordinario, la mujer tiene una vida afectiva más rica que el varón y que es mayor su necesidad de ternura y cariño; también es más receptiva a esos detalles y experimenta mayor cercanía con quien se los da.

3. Hacia una formación plena y permanente de la persona

a) *La integración de todas las dimensiones humanas*

En nuestro interior hay un enjambre de fuerzas que chocan y se entrecruzan. Los sentimientos son las reacciones del ser espiritual ante la propia vitalidad, la manera que tenemos de percibirlas y de saber qué pasa. El ánimo reacciona ante los estados de satisfacción o insatisfacción del apetito sensitivo, o ante los estados de conformidad o disconformidad del apetito racional con los valores objetivos, humanos o sobrenaturales; reacciona también ante las realizaciones llevadas a cabo por sus actos libres: remordimientos o paz interior. Estas reacciones influyen en el pensamiento y en la voluntad; la capacidad y disposición de cada persona para recibir esas influencias del sentimiento, vienen determinadas ante todo por su temperamento; y la actitud que adopte frente a los sentimientos, depende principalmente de su carácter.

Se trata de conseguir que las personas y los acontecimientos nos afecten en la medida justa. Aristóteles afirmaba que educar bien a una persona es capacitarla para que sepa amar lo que es amable y odiar lo que es aborrecible. Conseguirlo supone siempre el avance en tres campos: el incremento de los conocimientos; el desarrollo de aptitudes intelectuales y morales, y la consolidación de actitudes ante la vida y la muerte. Esto último es lo más importante, porque está relacionado con el mundo de valores que dan sentido a la vida. Pero el único modo de lograr la formación de las actitudes es por contagio, en la convivencia; y en todas las relaciones humanas siempre entran en juego la afectividad y los sentimientos. De ahí la importancia de integrar los sentimientos, emociones y afectos con la inteligencia y la voluntad.

Pero la afectividad es subjetiva, y ese componente de subjetividad es importante para entender los sentimientos: lo que siento es lo que me afecta en mi identidad personal. Pensar o decidir algo que supone un cambio en mi vida me afecta. Pero lo que siento no es garantía de que la ideas sean verdaderas ni de que la decisión sea correcta. Porque los sentimientos, desde la subjetividad lo son todo; pero desde la objetividad pueden llegar a tener muy poca relevancia (aunque no son pura subjetividad). Una persona que se centra exclusivamente en los sentimientos, excluyendo toda conexión con lo racional y con la realidad, puede acabar enfermando, porque no es capaz de conectar con lo real; y esa falta de adecuación con la realidad, cuando es habitual, es la base de la enfermedad mental.

b) *Una educación objetiva*

Para alcanzar la plenitud personal, no podemos prescindir de los demás, pero si no nos afectan adecuadamente, no podremos ser justos con ellos ni respetarlos. Lograrlo supone y exige una educación objetiva de la sensibilidad y de la afectividad que incluye una objetividad externa, una objetividad interna y, a la vez, un esfuerzo por transformar la dimensión sensible en hábitos objetivos fiables.

La objetividad externa. Hace falta una objetividad basada en modelos atrayentes y buenos. El «yo quiero ser así» mueve; y moldea y modula los afectos de una persona. Como es lógico, no da igual el modelo.

La objetividad interna se logra teniendo como referencia los compromisos personales que somos capaces de asumir: la decisión sobre lo que queremos ser. Una decisión con sentido de finalidad, en las que se vuelcan e involucran los sentimientos y los afectos, que se encauzan de acuerdo con ese fin que se quiere conseguir.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

No es un planteamiento meramente subjetivo, porque no basta la simple coherencia con el compromiso asumido, sino que es preciso procurar que conduzca al desarrollo de todas las capacidades personales.

La transformación de la dimensión sensible en hábitos operativos fiables[13], es el aspecto de la educación más interesante, porque esos hábitos proporcionan una objetividad muy fuerte.

Las emociones introducen su propia referencia espontánea en la actitud de la persona hacia la verdad. Los cambios en la vida de una persona, son percibidos también sentimentalmente, e influyen a la hora de mantener o cambiar una decisión. Por lo tanto, conocer su fiabilidad es fundamental porque, de todas maneras, la influencia se va a ejercer. Esa orientación espontánea está profundamente arraigada en la misma naturaleza y en su conexión con la realidad. En este terreno es donde se desarrolla la tensión principal entre la emotividad espontánea de la naturaleza y la autodeterminación de la persona. Y el autogobierno y la autoposesión se realizan a través de los distintos hábitos adquiridos por las virtudes.

Por lo tanto, se trata de adquirir las habilidades adecuadas para conseguir hacer el mejor uso posible de la energía emotiva, de manera que suponga una ayuda. La voluntad entra en juego limitando la explosión espontánea de la energía emotiva, y llegando incluso a asimilarla; y cuando sucede de modo adecuado, esa energía aumenta de modo considerable la energía de la misma voluntad.

Existe otro objetivo que se consigue de modo gradual: que la voluntad asegure –e incluso que adopte como propia, sin riesgo– la espontaneidad de las emociones y de la emotividad en general. En cierto sentido, la emotividad es también una de las características de la habilidad conseguida por la virtud, después de su transformación en un proceso perseverante de formación del carácter.

c) *La educación subjetiva*

Los sentimientos pueden ser muy variados, porque tienen un componente de relación con la realidad bastante polifacético. Por eso, educar bien la sensibilidad exige un amplio interés cultural, que haga salir a las personas de su mundo vital. Ese interés no se refiere al ámbito intelectual de los estudios, sino al cultivo de una curiosidad por las cosas que merecen la pena en la vida, y que pueden tener personas que no saben leer ni escribir, pero que poseen esa grandeza de ánimo.

Juega un papel fundamental el contacto con el mundo visible, la naturaleza, el arte, las obras maestras del cine o de la literatura. Nos ayudará a saber identificar lo que nos pasa, pues muestran sentimientos en los que reconocemos los que se despiertan en nosotros. Y, por encima de todo, la escuela de la amistad verdadera, pues las mejores obras de arte son las vidas de las personas que nos rodean. Y lo que más modula los afectos es saber convivir, no sólo en el sentido de vivir con, sino sobre todo de vivir para los demás y en los demás.

4. La riqueza afectiva en las personas que se entregan plenamente a dios[14]

a) *Los afectos y la dedicación plena a Dios en el celibato. Aprender a querer*

Es falso pensar que una afectividad rica es incompatible con la entrega exclusiva a Dios en el celibato. Lo único que precisa es que sea armoniosa, bien madura, capaz de respuestas adecuadas ante los estímulos recibidos, ya sean sensibles materiales o los del espíritu. En los altares

13. Wojtyla, K., *Persona y acción,* Ed. BAC. Madrid 1982; sobre todo en la III parte, pp. 221-304; y de manera más específica en las pp. 291-297.

14. Con más detalle en: García-Morato, J. R., *Creados por amor, elegidos para amar.* 3.ª ed., EUNSA, Pamplona 2015, pp. 113-133.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

están muchos santos célibes con una sensibilidad exquisita y una riqueza afectiva indudable.

Es equivocado pensar que «el hombre virtuoso, sobrio, no pueda ser espontáneo, ni gozar o llorar o expresar los propios sentimientos; no significa que deba hacerse insensible, indiferente, como si fuera de hielo o de piedra. Basta mirar a Jesús para convencerse. Nunca se ha identificado la moral cristiana con la estoica. Al contrario, considerando toda la riqueza de los afectos y de la emotividad de que todo hombre está dotado –por otra parte, cada uno de una forma distinta: de una forma el varón, de otra la mujer, a causa de la propia sensibilidad-, es necesario reconocer que no pueden alcanzar esta espontaneidad madura si no es por medio de una labor lenta y continuada sobre sí mismo y una particular «vigilancia» sobre toda su conducta» [15].

La persona no puede vivir sin amor, pues sería incapaz de entenderse a sí misma. «A la vista del compromiso del celibato, la madurez afectiva ha de saber incluir, dentro de las relaciones humanas de serena amistad y profunda fraternidad, un gran amor, vivo y personal, a Jesucristo. Porque sólo de esta manera, quien es llamado al celibato, encontrará en la madurez afectiva una base firme para vivir la castidad con fidelidad y alegría»[16]. Por eso son necesarias la educación para el amor responsable y la madurez afectiva.

Es de sentido común, pues éste don de Dios no anula las inclinaciones de la afectividad y los impulsos del instinto, sino que los deja intactos. Por eso, quienes lo reciben «necesitan una madurez afectiva que capacite a la prudencia, a la renuncia a todo lo que pueda ponerla en peligro, a la vigilancia sobre el cuerpo y el espíritu, a la estima y respeto en las relaciones interpersonales con hombres y mujeres»[17]. Una ayuda encaminada a que cada uno sea verdaderamente dueño de sí mismo y capaz, por tanto, de esa entrega exclusiva a Dios.

Pero hay que comenzar yendo de lo general a lo particular. Toda persona que desea dar lo mejor de sí misma necesita hacer crecer y ahondar en esa sensibilidad humana que le permite «comprender las necesidades y acoger los ruegos, intuir las preguntas no expresadas, compartir las esperanzas y expectativas, las alegrías y los trabajos de la vida ordinaria; ser capaz de encontrar a todos y dialogar con todos. Sobre todo conociendo y compartiendo, es decir, haciendo propia, la experiencia humana del dolor en sus múltiples manifestaciones, desde la indigencia a la enfermedad, desde la marginación a la ignorancia, a la soledad, a las pobrezas materiales y morales»[18].

De esta manera cualquiera –y de manera especial, quien ha recibido de Dios el don del celibato–, enriquece su existencia y la hace más auténtica y transparente, aprendiendo a querer de verdad, con el mayor desinterés posible. Y siempre, contando con la luz del Espíritu Santo que nos capacita para ver las personas y las situaciones como Dios las ve y para actuar como actuaría Cristo si estuviera en nuestro lugar y en nuestras circunstancias: «Viviendo como hombre entre los hombres y con los hombres, Jesucristo ofrece la más absoluta, genuina y perfecta expresión de humanidad»[19].

b) *La armonía afectiva de las personas célibes*

A pesar de lo que hemos considerado, se ha llegado a plantear que una persona célibe no puede tener una armonía afectiva en su vida y que, en el esfuerzo por lograrlo, puede incluso llegar a enfermar psíquicamente.

De entrada, plantearse si no es emocional y mentalmente más sano tener una pareja y una familia que vivir el celibato, quizá tenga que ver –al menos en parte– con una postura antropo-

15. Juan Pablo II, *Alocución*, 22 de noviembre de 1978.
16. *Idem*, Exhortacion Apostólica *Pastores dabo vobis*, n. 44.
17. *Ibidem.*
18. *Ibidem* n. 72.
19. *Ibidem.*

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

lógica que califica inadvertidamente a las personas como incompletas si no se complementan con otra del sexo opuesto; más aún, que llega a percibir el ejercicio de la sexualidad física como elemento indispensable de esa plenitud. Sin embargo, no podemos olvidar que cada persona es completa en sí misma y por sí misma, y se realiza plenamente en relación con las demás personas; y cuenta con la ayuda de Dios, si es que tiene fe.

Lograr o no una plenitud humana rica, con armonía y salud mental, no depende de ser célibe o estar casado. La raíz del desequilibrio estaría en haber tomado una decisión que afecta a toda la existencia y, sin embargo, seguir deseando lo no elegido, llenándose de una nostalgia cada vez más intensa. Y la añoranza permanente como estilo de vida sólo puede ser fuente de inmadurez.

Es preciso tomar decisiones y asumir que descartamos un montón de opciones. Ahí es donde más se implica la persona en su totalidad. Ante las cuestiones fundamentales de la vida, sólo se deben tomar decisiones si somos conscientes y estamos dispuestos a que arrastren detrás de ellas toda la personalidad. Porque si se toma una decisión y el resto de la personalidad va por otro lado, inevitablemente se produce una situación de alto riesgo para la salud mental y la armonía personal; tanto en el celibato como en el matrimonio.

Sin embargo, esa armonía no es automática. En el caso del celibato, la persona ama sólo a Dios con ese amor exclusivo. Y depende de Dios y de la persona elegida por Él, no dejar que su corazón se ocupe en nada que le aparte y le impida ese amor. Eso no significa que a la persona célibe se le exija no querer a nadie para poder querer a Dios; al igual que no se le exige eso a una persona casada, para poder querer a su mujer o a su marido. Pero exige un esfuerzo constante para configurar sus amores, de tal manera, que nunca se conviertan en obstáculo a su gran amor.

Todo lo anterior lleva tiempo, esfuerzo e implica constancia. Sin embargo, la ascética cristiana, la fe en Cristo, es un atajo para la educación de la afectividad. Una inteligencia grande y una voluntad fuerte, junto con un corazón duro, resultan inhumanas y, desde luego, no reflejan la imagen de Cristo que muestran los Evangelios. La plenitud de las acciones humanas requiere la participación de las emociones y de los sentimientos, porque hay una dimensión humana insuprimible en nuestro amor a Dios y a los demás.

d) *El lenguaje del corazón*

Para enmarcar bien estas consideraciones, no podemos olvidar que el corazón, como centro de los afectos y sentimientos, tiene una función diversa de la voluntad; tiene un lenguaje propio. Silenciar el corazón en favor de la inteligencia y la voluntad es un error. No se puede reemplazar lo uno por lo otro, ni pensar que el ideal de nuestras respuestas afectivas han de dirigirse a identificar los dos lenguajes.

Por tanto, una respuesta adecuada al querer de Dios es compatible con que el corazón sufra. Es normal que el corazón proteste si lo que Dios manda, pide o permite es costoso. Es la reacción natural ante lo adverso, ante el dolor, en definitiva ante la Cruz. Amor y dolor coexisten «pacíficamente» en nuestras vidas. Abraham obedece a Dios yendo a sacrificar a su hijo Isaac, pero su corazón está triste; y su obediencia a la voluntad de Dios no hubiera sido mejor si hubiera sentido alegría ante lo que iba a hacer; es más, hubiera sido monstruoso.

La Cruz no sería real si nuestro corazón no se quejase nunca y se conformase siempre con la voluntad de Dios. Eso haría desaparecer la Redención y la misma propia posibilidad de madurez humana.

Las efusiones del corazón no se pueden considerar siempre de rango inferior, un nivel a superar. Ningún amor humano verdadero es incompatible con la plena entrega a Cristo con tal de que se integre y se incorpore a esa entrega, y no destruya nuestros compromisos con Él. Y la identificación con Cristo no priva a ninguno de nuestros amores de su carácter afectivo. Hemos de aprender a amar las cosas de Dios también con la respuesta de nuestro corazón. Las

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

respuestas afectivas ante los valores, también los divinos, son fundamentales.

Tomarse en serio la Encarnación significa comprender que los cristianos hemos de ser muy humanos y muy divinos, también con un rico mundo de sentimientos y afectos. Las exigencias del Evangelio no sofocan las cualidades humanas. Hemos de pensar en Dios y quererle, sin duda. Pero forma parte de la grandeza de nuestra vida que el conocimiento del bien se acompañe del deseo de realizarlo y por la complacencia en él del corazón.

Bibliografía

García-Morato, J. R., *Creados por amor, elegidos para amar.* 3.ª ed., EUNSA, Pamplona 2015.
García-Morato, J. R., Crecer*, sentir, amar. Afectividad y corporalidad.* 2.ª ed., EUNSA, Pamplona 2009.
Goleman, D., *Focus. Ed. Kairós,* Barcelona 2013.
Gudín, M., *Cerebro y afectividad.* EUNSA, Pamplona 2001.
Lersch, P., *La estructura de la personalidad.* Ed. Scientia, Barcelona 1971.
Lewis, C. S., *La abolición del hombre.* Ed. Encuentro, Madrid 1998, 3ª edición.
Lewis, C. S., *Una pena en observación.* Ed. Anagrama, Madrid 2007, 10ª edición.
López Moratalla, N., *Cerebro de mujer y cerebro de varón.* Ed. Rialp (col. ICF), Madrid 2007.
Hildebrand, Dietrich von, *El corazón.* 5,ª ed., Ed. Palabra, Madrid 2005.
Wojtyla, K., *Persona y acción.* BAC, Madrid 1982.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

6

La sexualidad humana

Juan Ramón García-Morato

1. Un enfoque antropológico de la sexualidad

La sexualidad es una realidad profundamente humana y, por tanto, este enfoque es más adecuado para tratar de comprenderla en su realidad plena. Cabe concebir el ser humano como pura materia (células, física y química), tener una visión dualista (cuerpo y espíritu, «condenados» a llevarse bien para no estorbarse) o una visión unitaria (un todo «cuerpoespíritu» indisolublemente unidos). Una sencilla mirada a la realidad muestra que dualismos, materialismos puros y espiritualismos desencarnados no abarcan la totalidad de la persona.

Al abordar ahora la sexualidad, no se pretende abarcarlo todo, ni con excesivo detalle. No se tratará al margen o en contra de las ciencias experimentales, ni de la medicina: sus aportaciones son valiosas e importantes. Pero ahora nos interesa una visión más global, que tenga presente la sexualidad integrada en la persona. El punto de partida no serán unas convicciones religiosas, sino una convicción intelectual: la sexualidad es una realidad natural y tiene que ser accesible a la razón que trabaja con rectitud; y siendo una realidad humana, tiene que tener capacidad de humanizar y enriquecer a las personas singulares. Se trata, por tanto, de ofrecer algunas pautas para la reflexión personal y el diálogo.

Como punto de arranque hay algunas «claves» que pueden facilitar la comprensión de la sexualidad: se esbozan a continuación. *La sexualidad es un bien*, más allá de los posibles errores pedagógicos que desafortunadamente han proporcionado una visión negativa y hasta vergonzosa. *La sexualidad es una actividad humana*, en tanto que se implican en ella no solo los impulsos naturales y los sentimientos, sino también la voluntad y la inteligencia: la persona es protagonista de su vida en la medida en que pone en juego todas las dimensiones en cada uno de sus actos. *La sexualidad no es una actividad humana cualquiera*: no existe otra en la que esté tan hondamente implicada la persona; es mucho más que comer, dormir, estudiar; y afectivamente contiene promesas de plenitud mayores que la amistad más intensa, etc. *La sexualidad es un punto de referencia universal*, atemporal en cuanto a su comprensión a lo largo de los siglos. *La sexualidad está indisolublemente ligada al origen natural de la vida*: la irrupción de la técnica instrumental en la procreación parece distorsionar esta afirmación, pero no hasta el punto de poder negarla; continúa siendo un hecho desde el punto de vista biológico, material y personal. Finalmente, *la sexualidad es una realidad que se expande en el espacio y en el tiempo*: desde la unión corporal hasta la fecundación, pasa un tiempo; entre la fecundación y el nacimiento de

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

una criatura, pasa un tiempo; y como se desenvuelve en el espacio y en el tiempo, permite posibles intervenciones del ser humano.

2. La visión exclusivamente científica. Alcance y límites

Existen dos modos complementarios de conocer la realidad: uno pretende saber lo que son las cosas, su finalidad; el otro se plantea conocer cómo funcionan. El ámbito del conocimiento de las ciencias empíricas es este último: estudia lo cuantificable y experimentable y da explicaciones exactas, válidas y rigurosas, imprescindible para la comprensión de la persona y de cada persona.

Cualquier descripción propiamente científica de la vida humana es real y verdadera, pero no abarca la totalidad. La ciencia no dice todo sobre lo que es una persona. Permite un mayor dominio de la realidad, pero sólo desde el punto de vista cuantitativo. Su metodología propia prescinde del sentido humano. Proporciona una descripción perfecta, pero limitada. Y hay que ser conscientes de esa limitación al pensar en la sexualidad para comprenderla: es todo lo que dice la ciencia, pero que no es sólo lo que dice la ciencia; es mucho más, tiene una «medida» y un sentido humanos que abarca a toda la persona.

Un hijo no es, sin más, fruto de la unión de dos gametos que se desarrollan biológicamente de una manera específica, según unos mecanismos y unas leyes precisas. La unión entre varón y mujer no es simplemente una donación de esperma o de óvulos, sino algo más: si se considera en su mayor plenitud posible, es una donación de sí mismos y, por lo tanto, una donación de amor que implica a la persona en todas sus dimensiones. Un hijo es –sería deseable que fuera– fruto del amor de los padres.

A la pregunta de qué hacen un varón y una mujer cuando se unen a través de la dimensión sexuada de su corporalidad, caben dos respuestas posibles. Una, la exclusivamente científica, que estaría absolutizando un aspecto parcial: acceder a toda la persona excede a las posibilidades de las ciencias experimentales. Pero también cabe una respuesta plenamente humana, que dé razón del conjunto y muestre que cada persona es fruto de la unión de los padres, en la que está implicado un amor incondicionado que, de ordinario, es fecundo.

Esta visión de conjunto permite fundamentar la dignidad de la persona en la realidad. Cuando se es fruto del amor desinteresado, la persona se entiende como un don, no como un derecho ni como un producto: es querida por sí misma, no por otro motivo, que siempre sería interesado.

Por otra parte, la visión exclusivamente científica de la sexualidad muestra, unidos en la naturaleza, la reproducción y el placer. Sin embargo, al ser una realidad extensa, cabe la posibilidad de disociar lo que en la naturaleza está unido. Así, se podría defender la fecundidad ignorando el placer o considerándolo de entrada como algo sospechoso o poco claro. Y, por supuesto, cabría defender el placer por encima de todo, ignorando lo demás. En ambos casos, se estaría ideologizando la realidad natural, mostrando como totalidad lo que solo es una parte.

Desde esta visión, surge la posibilidad de poner acentos exclusivos, considerando a la persona bien como objeto de placer o bien como «objeto-máquina» de reproducir. De este modo, la visión exclusivamente científica puede acabar cristalizando en una mentalidad «machista» también en el modo de comprenderse a sí mismas las mujeres. Como escribió en 1969 un conocido profesor de una universidad europea, «sería exagerado afirmar que las relaciones conyugales no son admisibles ni justas si no es con miras a la procreación. Semejante actitud sería contraria al orden de la naturaleza, que se manifiesta precisamente en lo que hay de fortuito en la relación entre el acto sexual y la procreación»; y un poco más adelante, refiriéndose a quienes sostienen ese planteamiento, continúa diciendo que «es necesario advertir que semejante actitud puede ocultar cierto utilitarismo (la persona, medio que sirve para obtener un fin) (…). Las relaciones conyugales tienen su origen (…) en

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

el don recíproco de los esposos. No sólo son necesarias para la procreación, sino también para el amor»[1].

Y refiriéndose al placer que acompaña a esas relaciones, añade más adelante[2] que «desde el punto de vista del amor de la persona y el altruismo, ha de exigirse que en el acto sexual el hombre no sea el único que llega al punto culminante de la excitación sexual, que este se produzca con la participación de la mujer, no a sus expensas». El conocimiento de la fisiología masculina y femenina ayuda a comprender la realidad de ese riesgo.

3. Una visión unitaria de la sexualidad

Existe una continuidad ininterrumpida entre la donación amorosa de los padres y la generación del hijo: cada paso, en su extensión y temporalidad, está ligado al anterior y no puede existir sin él. Por decirlo de una manera gráfica, un proceso largo que se inicia con un gesto de amor sexuado que sigue el curso natural de los acontecimientos hasta concluir, «de natural», en el nacimiento de un hijo en buena parte de los casos[3]. Pero en cada paso del proceso está ese amor de donación inicial de los padres, que manifiestan así su amor incondicional. Y en el hijo que nace, y en cada una de las fases del acontecimiento, está incluido todo lo que ya ha sucedido, a la vez que se hace posible todo lo que va a suceder. Existe de hecho una unidad natural entre la donación de los padres, la fecundación, el desarrollo embrionario, el nacimiento, la vida y la muerte. Son distintos capítulos de una misma biografía. Sólo cuando alguien es capaz de saber cómo está implicada su persona en esa relación, es capaz de valorar lo que está haciendo en concreto en cada momento, de enmarcarlo en el conjunto. Comprender esto ayuda a valorar la sexualidad y su ejercicio.

Percibir la unidad del proceso, nos permite comprender mejor el impulso sexual y sus posibles interpretaciones[4], que no son neutras en ningún caso. En primer lugar hemos de considerar a *la persona como sujeto y objeto de la acción* en sus relaciones con los demás: es sujeto de la acción siempre y, en ocasiones, también objeto. Una de esas ocasiones es el ámbito de la sexualidad. Es alguien, no algo: no somos el mero individuo de una especie. Por otra parte, al actuar, la persona elige lo que quiere hacer. Ser libre significa ser dueño de uno mismo, intransferible, incomunicable: nadie puede querer en lugar de otro y nadie puede reemplazar el acto voluntario de otro. Es decir, si alguien quiere que yo quiera lo que él quiere, se puede encontrar siempre con una frontera infranqueable: yo no lo quiero. Sobre esta independencia real descansa la co-existencia humana y sobre esta realidad profundamente natural se asienta la educación y la cultura. Por lo tanto, se trata de responder a una pregunta: ¿qué principios tendrían que conformar la acción de una persona cuando toma a otra por objeto?

De ordinario, una persona se sirve de un objeto para alcanzar un fin. Si se hace de modo respetuoso y no se le causa un daño, no será un uso destructivo. Cuando nos referimos a las relaciones entre personas (trabajo, familia, sexualidad, educación, etc.) nos adentramos en un ámbito nuevo, porque una persona no puede ser nunca para otra exclusivamente un objeto; a la vez no dan igual los fines para los que se utiliza; finalmente, no se puede olvidar que esa otra persona que se «usa» como medio tiene, a la vez, fines propios que es necesario respetar.

En segundo término, una visión de conjunto de la sexualidad permite caer en la cuenta de que

1. Wojtyla, K., *Amor y responsabilidad*. 5.ª ed., Palabra, Madrid; abril 2015; pp. 283-284.
2. Wojtyla, K., *o. c.,* p. 330.
3. La naturaleza tiene un punto de indeterminación: no siempre que hay unión corporal plena se produce una fecundación del óvulo por el espermatozoide; y no siempre que hay fecundación se produce la anidación del óvulo fecundado en el útero: hay abortos espontáneos.
4. Estas cuestiones están expuestas por extenso en: Wojtyla, K., *o. c.,* pp. 27-43.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

amar es opuesto a usar. En el ámbito de la sexualidad, el varón es el medio del que se sirve la mujer para conseguir los fines que se buscan en la vida sexual; y la mujer es el medio del que se sirve el varón para lo mismo. Teniendo en cuenta que esos fines son de una particular intensidad sensible y espiritual, ¿cómo evitar el riesgo de que la persona sea utilizada sólo como medio, como un mero objeto? De entrada, cabe dar una respuesta general: el amor es el único antídoto contra el riesgo de la utilización de la persona.

Se puede tender a que otra persona aspire al mismo bien que nosotros hemos descubierto, pero para eso es necesario que conozca el fin que pretendemos y que lo conozca como un bien para ella; sólo entonces puede adoptarlo como propio desde dentro, no impuesto exteriormente. Y al hacerlo propio, se crea entre ambas personas un vínculo interior, en razón del bien descubierto por ambos. Es decir, que no se trata, sin más, de tender los dos a un bien común, sino que se trata de algo que une desde el interior de las personas. Y precisamente ese unir desde el interior es lo que constituye el núcleo del amor en sus múltiples manifestaciones, y es lo que sitúa a las personas en condiciones de igualdad. Por lo tanto, excluye que una de ellas trate de someter a la otra o de someterse a ella, porque ambas están subordinadas a ese bien descubierto en la misma medida.

Si nos referimos explícitamente al ámbito de la sexualidad, habría que decir que sólo el amor verdadero excluye el mero uso. La cuestión, entonces, es ¿cómo evitar que una persona se convierta para la otra en un simple objeto para conseguir sus fines? El terreno de la sexualidad ofrece, más que otros, abundantes ocasiones de servirse de otra persona como de un objeto. Por lo tanto, para alcanzar una actitud adecuada es importante considerar también el valor que cada persona tiene por sí misma y para sí misma, la conciencia que tiene de su valor y su dignidad. Por eso nunca puede ser un mero objeto de uso.

Finalmente, la visión unitaria de la sexualidad nos permite *valorar con sentido positivo el gozo y el placer*, en general o el placer sexual en concreto. El placer, en sí mismo, no es malo. Todos los actos humanos van siempre acompañados de elementos emocionales y afectivos, que preceden o acompañan a la acción, o bien se manifiestan cuando ésta ha terminado; así hacen perceptible la acción a la conciencia. Tienen siempre una carga interior positiva (placer, gozo) o negativa (pena, tristeza, sufrimiento). Según esto, gozar es experimentar un placer ligado a la acción y al objeto que pretende. Y precisamente la acción y el objeto especifican el tipo de placer.

Si el objeto de la acción es una persona, se convierte en fuente de placer (del tipo que sea). Y cuando hay igualdad entre sujeto y objeto de la acción (son personas, y sus acciones son acordes a su relación real), es porque ambos tienen conciencia de su personalidad y de su finalidad. Esa conciencia es la que percibe que el uso, sin más, es la antítesis del amor; y el percibirlo impide usar a otra persona –o dejarse usar por ella– exclusivamente sólo para el placer. Además, el gozo pleno indica posesión plena: no sería coherente ni respetuoso con la realidad el gozar plenamente de lo que no es plenamente de uno y, por tanto, no está protegido por un cuidado incondicional: sería usar en plenitud lo que no es plenamente nuestro. Y esta actitud de respeto adquiere particular fuerza en el caso de las personas y en cualquiera de los ámbitos de su existencia.

4. Antropología y Biología

La identidad de cada ser humano es, en primer lugar, biológica: la «carga» genética personal va más allá de la suma de cromosomas procedentes del genoma del padre y la madre[5]. En este código inicial, que se configura en el momento de la fecundación, se encuentran to-

5. En el caso de los gemelos idénticos, se podría afirmar que la singularidad personal tiene más que ver con la epigenética que con el genotipo; pero sus genomas también se van diferenciando con el paso del tiempo a medida que acumulan mutaciones -cada uno por separado- en distintos nucleótidos y en distintos tejidos.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

das las potencialidades de desarrollo individual. Pero la identidad es también biográfica: sobre esa condición material de posibilidad del código genético, se va desarrollando y configurando el yo personal.

En este sentido, la identidad personal y la dimensión sexual están naturalmente entrelazadas. El problema es que, a lo largo de la historia, quizá se ha afirmado con demasiada facilidad qué cosas son naturales o, por el contrario, culturales y educacionales, con la pretensión de tener razón en las propuestas y planteamientos ideológicos sobre las relaciones humanas; y en ocasiones las diferencias han supuesto mermar la igualdad radical de las personas[6]. Pero, como se ha dicho, una cosa es real: originariamente, la identidad personal es primariamente morfológica; y sobre ella, se construye y configura la identidad biográfica.

Se percibe entonces que la corporalidad humana es muy singular: es el cauce que expresa de modo irrepetible, visible y palpable la dimensión espiritual de la persona. El cuerpo se entiende a fondo cuando se comprende como don que nos permite plasmar la riqueza de nuestra vida. Con él conseguimos materializar –hasta donde nos resulta posible– lo inefable de nuestra existencia.

Se podría decir que cada persona «es» un cuerpo. La masculinidad y la feminidad son realidades profundamente humanas. La radical igualdad entre varón y mujer es indudable: todos somos personas. A la vez, la Biología nos hace conscientes de las diferencias, pero las diferencias no suponen desigualdad. No están reñidas ambas realidades. Ser varón y ser mujer hace referencia a dos modos de ser persona que suponen una riqueza singular, sin que suponga calificar a uno mejor que a otro.

Hay realidades culturales y realidades naturales (estas últimas son condición imprescindible para ser lo que se es). Pero no todo el aprendizaje es convencional e intercambiable, ni todas las diferencias entre las personas son achacables a la educación y a la cultura, como si fuera en su totalidad una segunda naturaleza inventada por los seres humanos. Desde el ámbito de la Medicina es más fácil caer en la cuenta de esta realidad: los datos de que se disponen hacen cuanto menos trabajoso sostener que la diferenciación sexual es meramente cultural y educacional: la biología molecular, la genética y el desarrollo embrionario apuntan con fuerza a las raíces naturales de esta realidad que caracteriza a los seres humanos.

Se puede apreciar también –al menos intuitivamente– que hay una diferencia entre la reproducción en los animales y la sexualidad humana: ser varón o ser mujer es distinto de ser macho o ser hembra. La sexualidad humana no está determinada por los fines reproductivos, sino que está en manos de la libertad. Admite muchas posibilidades de uso y de encuentro; analizarlas con rigor puede ayudar a comprender que no son equivalentes.

Todas las personas somos distintas y nos vamos «configurando» según como afrontamos libremente los retos que se nos presentan en la vida. Pero además, la neurociencia muestra que hay un cerebro de varón y un cerebro de mujer. No diferencias morfológicas, apreciables externamente, pero sí diferencias funcionales y estrategias específicas. Sin duda que la estrategia vital de cada persona mantiene la identidad biológica y cambia las características de forma continua, pero no cabe ignorar ni prescindir de la base biológica[7]. Se conoce cómo cada órgano del cuerpo humano madura en un momento adecuado del desarrollo, pero el cerebro mantiene su plasticidad después de nacer. Además, los cromosomas (XX o XY) están «presentes» en todas las células, también en las del cerebro, y las hormonas sexuales envían señales diferentes a esos cromosomas y así dejan en el cerebro

6. Lo han hecho pensadores, políticos, educadores, personas religiosas…

7. El término «genotipo» tiene a veces, en la literatura científica, una acepción más amplia que incluye las modificaciones epigenéticas; aunque para referirse a esta acepción se suele hablar de «epigenotipo».

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

la impregnación sexual masculina o femenina. Somos iguales. Somos diferentes. Así «habla» el lenguaje de la Biología. La propia Biología muestra la diferencia como riqueza de la igualdad. Y los presupuestos que aporta la ciencia no son opcionales: la genética, el desarrollo embrionario y las neurociencias aportan esos cimientos materiales.

Para alcanzar la madurez cerebral se han de establecerse miles de millones de conexiones; y para eso es decisiva la actividad neuronal personal. Así, sobre una realidad natural igual y diferente, la vida personal configura un cerebro armónico, que da lugar a una configuración de las relaciones personales, de las reacciones y del modo de mirar al mundo. Dicho de otra manera: cada persona –varón o mujer– es titular de un cuerpo que tiene un cerebro nunca acabado, que está siempre activo, pero cuya configuración básica originaria viene dada. Y son precisamente nuestras decisiones libres, que inciden en la plasticidad, las que rigen y configuran esa actividad. Por tanto, los códigos cerebrales no son la causa de nuestra conducta, estamos liberados del encierro de los automatismos biológicos.

Y si el cuerpo humano es *así*, y los cuerpos del varón y de la mujer son diferentes, y son diferentes las estrategias de sus cerebros, esto nos proporciona pistas sobre el carácter personal distinto y enriquecedor, dentro de la igualdad radical entre varones y mujeres. Una diferencia que va más allá de la obvia diferencia morfológica, externa e interna; o de su diferente papel en la transmisión de la vida. El problema se presenta cuando la diferencia no se considera riqueza, sino que se toma como algo determinante de la totalidad del papel del varón y la mujer en el mundo, en la historia y en la sociedad, porque eso acabaría por anular la libertad personal en no pocos casos. No todo es biología y naturaleza.

Hay cosas que, sin duda alguna, pueden ser aprendizajes culturales, cosas que van cambiando; y hay otras que son permanentes. Asumir personalmente la propia condición corporal –con lo que supone de aceptar la propia condición psíquica, espiritual–, es un buen punto de partida. Ayuda a comprender a fondo y desde dentro realidades tan profundamente humanas como la maternidad y la paternidad, que son una realidad física, psicológica y espiritual. Y también el sufrimiento de las personas que no están en armonía con su realidad corporal, por las razones que sean.

Estos y otros detalles, permitan afirmar que la sexualidad impregna el «modo de ser» (es decir, aporta riqueza sin mermar la igualdad) con más o menos intensidad y que, más allá de que todas las personas somos diferentes, se muestra con matices enriquecedores en el modo de relacionarse, o en el modo de comunicarse con los demás. Hay una complementariedad física y también –en algunos aspectos– una complementariedad psicológica, donde el varón o la mujer pueden enriquecerse mutuamente. Y no se trata, con esta afirmación, de proponer o defender la idea de la media naranja, tan profundamente desacertada, porque nadie es un ser incompleto que sólo puede alcanzar la plenitud si encuentra la otra mitad: para poder darse, hay que poseerse plenamente, ser persona completa, no mitad.

5. La sexualidad, ámbito de donación interpersonal plena: relaciones sexuales corporales y relaciones sexuales personales

La existencia humana es donación y comunicación. El amor verdadero entre personas siempre es don de sí-mismo, en cualquier ámbito. Pero para darse, hay que poseerse. No podemos olvidar que el amor es el bien más propio del mundo de las personas, porque expresa –como ningún otro– la responsabilidad hacia otro ser humano. Por eso, cuando nos referimos al amor sexuado parece razonable dar respuesta a las siguientes preguntas: ¿cómo pueden hombres y mujeres convertirse en amantes responsables, de modo que su amor sexual encarne y simbolice una libertad genuina?; y otra: ¿cómo puede ese amor ser plenamente humano?

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

Un esbozo de respuesta, al hilo de lo que que venimos diciendo, sería afirmar que se consigue mediante el compromiso de amar verdaderamente –con todo lo que eso supone– a la otra persona, y no simplemente mediante su utilización. Al fin y al cabo, evitar siempre la utilización de los demás constituye la base antropológica y ética elemental de la libertad, porque nos permite relacionarnos con ellos sin reducirlos a meros objetos. Y solamente se consigue cuando se encuentran dos libertades genuinas y verdaderas «formando equipo» para conseguir algo que ambos reconocen como verdaderamente bueno y, en consecuencia, se comprometen para alcanzarlo.

Si alguien entendiera su sexualidad simplemente como mera función o como una expresión más de su autonomía personal, se perdería lo más importante: que la sexualidad revela nuestra profunda dependencia de los demás. Porque no se puede llegar al destino que cada cual pretende por uno mismo, dejando a los demás (ni tampoco a uno mismo) reducidos a meros objetos de placer; sino que el ejercicio humano de la sexualidad supone el encuentro con la libertad de otra persona y, por tanto, depender de ella. Esto nos conduce a otra afirmación: que el objeto del acto sexual verdaderamente humano es la otra persona, no sólo su cuerpo. Se trata de hacerse don pleno para el otro. Un camino y una tarea que tiene indudables connotaciones personales pero que, a la vez, aporta rasgos generales que pueden servir de orientación para realizar el propio «mapa de carreteras».

A través de los sentidos, vemos muchas cosas cada día, pero sólo unas pocas nos causan una profunda impresión, nos atraen con tal fuerza, que deja al resto sin protagonismo. Nos emocionamos ante los valores que creemos descubrir en las personas o en los acontecimientos. Pero esos valores no siempre son reales. Las circunstancias y, sobre todo, las personas, pueden engañarnos, o bien podemos engañarnos a nosotros mismos. Nos impresionan más porque están más o menos de acuerdo con nuestro modo de ser, con el entorno donde hemos crecido, etc.

Por otra parte, enamorarse no es algo sólo espiritual, sino que también afecta al cuerpo; por lo tanto, forma parte del amor humano el deseo de la persona, que es distinto del deseo de la corporalidad sexuada aunque, sin duda, cabe que se quede reducido sólo a eso; pero entonces significaría cosificar a la persona y reducirla exclusivamente a una sola de sus dimensiones, sin integrarse en la totalidad.

Hay que integrar estos aspectos: «me gustas», «te deseo». Después viene el «te quiero»: querer bien significa querer lo que hace realmente que esa persona sea mejor. En el fondo, una de las tareas principales de las personas que se aman es «darse alas para volar» mutuamente, y desarrollar la capacidad de volar mientras eso no afecte al amor grande que están construyendo entre los dos.

Pero este no es el final el trayecto. Se necesita un paso más: del yo –del tú y yo– al nosotros, porque ese «amor pleno» consiste en el don de la persona, en el don de sí mismo (del propio yo) que, a la vez, es respetado y amado por el otro en su radical singularidad. Y darse es mucho más que querer el bien del otro. El amor orientado sólo al cuerpo quedaría reducido al deseo de placer. Y si es tan solo una actitud afectiva y nada más, dependerá de las emociones. Hay que poner en juego la inteligencia y la voluntad. El amor pleno no sólo es amor afectivo, que es real y verdadero, pero que no es todo: es compromiso también de la voluntad y compromiso de la inteligencia, que permiten esa donación, el dar ese salto que es el don de sí.

Por tanto es importante que el lenguaje del cuerpo sea adecuado: los gestos corporales tienen un significado real y humano que todo el mundo puede comprender. Y cuando el lenguaje corporal no coincide con la real relación personal, es un lenguaje «falso» (aunque sea involuntariamente falso). En septiembre de 2016 leí un tuit que decía: «quédate con quien te bese el alma, la piel te la besa cualquiera». Un buen resumen de este apartado del capítulo, con voz de mujer.

Entregarse de esa manera –don de sí– solicita con fuerza que la persona y su dignidad sean respetadas y, por lo tanto, la convicción de que, al estar en manos de otra persona, se está mejor

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

protegido que en las propias manos. Y para eso hay que conocerse y comprobar si la otra persona tiene la convicción de que no merece la pena vivir en un mundo donde el otro no esté presente. Esto es el amor interpersonal: un paso del tú y yo al nosotros, a través del don de toda la persona. Y este es el contenido del compromiso que se percibe irreversible y que, por lo tanto, se realiza gustosamente y desde lo más íntimo de uno mismo, expresándolo externamente para que esté bien protegido.

Decir «te amo» significa haber descubierto que «un mundo donde no existes no merece la pena para ser vivido, porque tenemos que hacer un mundo nuevo entre los dos, abandonando para siempre nuestros mundos». De ahí surge la nueva realidad que ambos unidos pretenden construir y donde el amor y las personas que se aman se funden en uno sólo, con una real y potencial capacidad de dar vida, aunque no siempre se actualice esa capacidad. A la vez, significa amar la singularidad personal de la otra persona.

6. La sexualidad humana, expresión precisa y perfecta de un amor que abarca todas las dimensiones humanas.

Así pues, nuestro yo personal tiene una expresión corporal. Los gestos del lenguaje del cuerpo, tanto a nivel visible como a nivel microscópico, tienen una significación biológica, pero también una significación humana. En este sentido, la sexualidad tiene una función generativa, pero el acto sexual también es la expresión corporal del amor pleno entre un varón y una mujer. Cualquier amor verdadero es diálogo entre personas, no dominio y posesión; y un diálogo pleno significa un amor total, que implica a toda la persona.

El cuerpo interviene para expresar plenamente, hasta lo más íntimo, ese amor pleno y total. No se trata de donación física, que sería mero intercambio de cuerpos y de sensaciones intensas. El amor sexual es la expresión real y perfecta de la entrega total interpersonal. Por eso la dinámica física y sensible es tan intensa. Y precisamente por eso es necesario «personalizar» el cuerpo, que sea realmente expresión de mi yo en todo momento, integrarlo en nuestra personalidad. De tal manera que sea capaz de *hacer* realidad *el amor*. El acto sexual tiene la capacidad de expresar un amor pleno a irrevocable de toda la persona, no solo de su cuerpo y sus afectos. En este contexto, *hacer el amor* es la expresión perfecta de lo que sucede en la entrega plena entre un hombre y una mujer a través de la sexualidad. No es una mera realidad fáctica y técnica, sino *hacer* realidad *el amor* mutuo y pleno que hay entre ambos y que encuentra en esa donación corporal su máxima expresión. Porque entregarse plenamente así es comprometer todo el yo; sin duda que es una «locura», pero esa «locura» personal se expresa en la «locura» de la carne y de los afectos. Sin entrega personal, el acto sexual es intenso, sin duda, pero quizá no se puede decir que sea pleno: no compromete toda la existencia[8].

Así pues, es el único amor entre personas que tiene una expresión corporal diseñada a la perfección en el ámbito macro y microscópico, anatómico y fisiológico, intelectual y sensible. El acto de entrega sexual pleno entre varón y mujer tiene esos rasgos evidentes. Por eso el acto sexual realmente humano y enriquecedor en plenitud ha de ser amor por la persona entera, no solo por su cuerpo; y no solo hoy, sino en la totalidad de las coordenadas espacio-temporales, comprometiendo cualquier lugar y circunstancia y cualquier momento.

Ahora bien, darse plenamente significa poseerse plenamente: nadie puede entregarse si no tiene las riendas de su vida (madurez) y simplemente se deja llevar. Posesión plena de uno mismo en el espacio (cualquier lugar) y en el tiempo (cualquier momento: pasado, presente y futuro); y posesión plena de todas las dimensiones humanas: Inteligencia (conocimiento

8. Cfr. a este respecto algunos pasajes de: Mikel Gotzon Santamaría, *Saber amar con el cuerpo.* 9.ª ed., Palabra, Madrid 2010.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

propio), voluntad (saber lo que quiero y saber que se puede) y los sentimientos, emociones y afectos. Posesión finalmente de la propia corporalidad: lo que ya es público no lo puedo entregar, porque es de todos. En todas estas coordenadas se configura y se comprende el ámbito de la intimidad personal en todos sus aspectos. Y en esa configuración se acaba por mostrar qué valoramos de nosotros mismos.

Se trata de «encarnar» un amor que exprese donación interpersonal plena. La persona, en sí misma, es un don, no un objeto. El don de sí es posible cuando es recíproco: ser uno del otro; cabría decir que cuando dos personas se entregan así se otorgan mutuamente «posesión plena», en un ámbito de igualdad radical (ninguna es más ni menos que la otra) y de libertad real (porque solo se puede amar cuando se hace libremente). Sin embargo, la posibilidad de darse de esa manera (don de sí-mismo) no surge espontáneamente, porque la persona humana, por su propia naturaleza, no puede ser propiedad de otro; es un don, un regalo único, no una cosa. Por lo tanto no es tratable como un objeto. El don de sí es dar libremente el yo «en posesión», por decirlo así. Se comprende que para disponer de esa manera de sí mismo, uno se tiene que poseer con mucha intensidad.

No es una cuestión de emociones o de deseos, ni tampoco de afecto: es algo más. El don de sí sólo puede tener un significado total. Por eso, el amor entre un hombre y una mujer no puede ser sólo un don de sí físico, o un don de sí afectivo, o un don de sí psicológico, aunque tiene que ser todas esas cosas, no solo alguna de ellas escogida selectivamente. Y no sólo esas cosas: también ha de ser personal. Una persona tiene que ser capaz de decir «me entrego yo». Me entrego con todo lo anterior y con todo mi ser y en todas las dimensiones: con mi pasado, que se ha logrado armonizar en el presente; con el presente, en el que se desarrolla la existencia concreta y donde se cimenta lo que venga después; y con mi futuro, que se va construyendo en el presente al dar lo mejor de uno mismo en cada situación. Es decir, ese entregarme yo-mismo, si se tiene conciencia de la propia identidad, se percibe que no es reversible, porque la persona solo tiene una identidad, y esa es la que pone en juego en esta este empeño de donación plena.

Por eso se puede afirmar que el don de si es personal cuando es físico, afectivo, voluntario e inteligente. Y esa donación incondicionada entre dos personas, poniendo en juego todo su ser en un ámbito de igualdad y libertad, encuentra su expresión exacta y adecuada en la donación corporal plena: el lenguaje corporal es máximamente verdadero en esta situación, al adecuarse a la real relación interpersonal; y la expresar con perfección.

Se comprende entonces que la donación plena «pide» de suyo una protección igualmente plena: un compromiso interpersonal total que proteja esa donación libremente ofrecida y aceptada con la conciencia de haberlo puesto todo en juego. Un «compromiso de amor» que nos defienda de tratar a la persona como objeto de uso y consumo en el ámbito de la sexualidad. Un compromiso que exprese la libre voluntad de hacerse responsables mutuamente la una de la vida de la otra, para que sea una historia genuina y verdadera. Un compromiso que defienda ese amor ante la posible injerencia de los demás.

7. Rasgos antropológicos fundamentales: compromiso «pluridimensional» y fecundidad

Los rasgos fundamentales del amor entre un varón y una mujer, aparecen en la vida y en la relación entre las personas cualquiera que sea su religión o su cultura: no es una cuestión de creencias religiosas, sino de «caer en la cuenta» de lo que se percibe en lo más profundo de nuestro ser.

El amor fiel en el presente se expresa en la exclusividad, que es una característica antropológica esencial: es incompatible la entrega total y sin condiciones a más de una persona a la vez. Porque sólo poseemos una identidad, única e irrepetible, sólo es posible la entrega plena y total a una persona.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

Por otra parte, tampoco es posible amar de verdad a una persona y unirse corporalmente con otras, porque mi cuerpo soy yo y el acto sexual involucra totalmente a la persona, si es genuino. Lo contrario sería no entenderlo como donación personal irrepetible.

Además, si es plena, la donación expresada en la entrega sexual tendría que abarcar y asumir pasado, presente y futuro, ser un amor fiel en el tiempo. Tenemos la capacidad de tomar posesión del tiempo y plantearnos comprometer el futuro, haciendo presente el compromiso cada día. Todo acto humano entraña una decisión; y toda decisión humana entraña un compromiso. Y como se decía antes, un compromiso de donación total «solicita» una protección adecuada, de tal manera que una persona no corra el riesgo de ser «usada y tirada» después en un rincón. Una persona tendría que ser capaz de comprometerse en las condiciones necesarias para que esa donación se haga posible en lo espiritual –por lo tanto que sea una donación personal-, y que tenga esa plena manifestación física, mediante la dimensión sexuada de la persona. Una entrega total significa una entrega sin condiciones, y el gesto corporal es expresión precisa de su realidad personal de donación mutua y plena.

De todas formas, quizá la manifestación más radical de un amor en 3D se manifiesta en la posibilidad de que ese amor se hace presente en la Historia (estirpe/genealogía): la fecundidad. El único amor entre personas, la única donación interpersonal que, de suyo, se hace persona singular y distinta, es el que se da entre un hombre y una mujer. Lo que une a ambos no es algo, sino alguien que tiene vida propia, que no es fruto de la unión de gametos ni de la donación de esperma, sin más. Los hijos son el lazo de unión más profundo entre los padres, aunque un hijo no es lo único (ni lo primero cronológicamente) que hace fecundo ese amor. Si el amor es verdadero, es fecundo siempre; es decir, la infertilidad (hay parejas que no pueden tener hijos) no lo hace infecundo. Tan solo impide que esa fecundidad se muestre en la existencia de un nuevo ser.

Los padres, cuando se unen a través de la dimensión corporal de la sexualidad como expresión de su unión interpersonal real, lo que hacen primordialmente es darse en plenitud, no buscar el hijo a toda costa. Es decir, expresan siempre de esa manera la donación real y irreversible que se da entre ellos, donación que tiende a ser fecunda; porque esa totalidad de la que venimos hablando incluye, como una de sus dimensiones, darse y recibir al otro también en su faceta de posible madre o padre conmigo. La no paternidad y la no maternidad, de entrada, son un sufrimiento para quienes se aman de verdad. Pueden encauzar la ausencia de hijos ejerciendo la maternidad y la paternidad espirituales pero, de entrada, el tirón se siente. Porque el hijo, no une en cuanto hijo, sino en cuanto que es su amor mutuo hecho persona, encarnado, que se hace presente en el mundo y en la historia.

Desde su postura atea, pero con la sensibilidad del artista que tantas veces descubre la belleza infinita plasmada en las criaturas, lo expresa muy bien un poeta español del siglo XX en uno de sus poemas[9], que escribe desde la cárcel a su mujer embarazada:

Para siempre fundidos en el hijo quedamos:
fundidos como anhelan nuestras ansias voraces;
en un ramo de tiempo, de sangre, los dos ramos,
en un haz de caricias, de pelo, los dos haces.
(…).
Él hará que esta vida no caiga derribada,
pedazo desprendido de nuestros dos pedazos,
que de nuestras dos bocas hará una sola espada
y dos brazos eternos de nuestros cuatro brazos.
No te quiero a ti sola: te quiero en tu ascendencia
y en cuanto de tu vientre descenderá mañana.
Porque la especie humana me han dado por herencia
la familia del hijo será la especie humana.
Con el amor a cuestas, dormidos o despiertos,
seguiremos besándonos en el hijo profundo.
Besándonos tú y yo se besan nuestros muertos,
se besan los primeros pobladores del mundo.

9. Hernández, M., *Hijo de la luz y de la sombra*, en: *Obras completas,* vol. I: Poesía. 2.ª ed., Ed. Espasa-Calpe. Madrid 1993, pp. 715-716)

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

Estos versos muestran con fuerza que esa donación es, de natural, fecunda. Y esa fecundidad se muestra muchas veces en la aparición de nuevas criaturas. Es realmente sencillo, en el fondo: el gesto corporal por el que se manifiesta y consuma la entrega del yo, coincide, en la naturaleza, con el gesto de engendrar: hay una coincidencia anatomo-fisiológica entre el gesto que manifiesta plenamente el amor mutuo y el gesto que engendra una nueva criatura. Eso apunta a una coincidencia psicológica, porque si cada persona puede decir: «soy mi cuerpo y toda mi intimidad se manifiesta y se realiza en él», la coincidencia del gesto corporal apunta a una coincidencia interior, en donde primero se crea hogar y luego, familia.

8. Lo que aportan las religiones y las culturas

No cabe adentrarse ahora en cada cultura y en cada religión y mostrar razonadamente como pueden estar implicados en la comprensión del tema que nos ocupa. Pero todas aportan algo en este sentido. Pueden bastar algunas referencias básicas que permitan comprender la propia existencia un poco mejor.

En primer lugar, cuál es el **proyecto personal de vida** pues, una vez definido de la mejor manera posible, nos permite decidir y actuar de acuerdo con esa «mejor comprensión» que se tiene de uno mismo; también a la hora de plantearse la propia sexualidad.

Dentro de ese proyecto, ayuda a comprender la propia sexualidad el tratar de encontrar «la mejor versión» personal del **proyecto de matrimonio y familia** que se quiere «construir». Sin una meta clara, es difícil dar con el camino. Y ese proyecto de vida, de matrimonio y de familia sirve de base para vivir con rectitud y sin engaños el caminar hacia su consecución y en su posterior desarrollo en el tiempo.

En este marco entran en juego las **convicciones religiosas personales**, asumidas y reafirmadas libremente porque se percibe, poniendo en juego la razón, que engarzan con la realidad de lo que ofrece la naturaleza.

Todo esto irá configurando las relaciones interpersonales en el ámbito de la sexualidad durante toda la vida. Nadie podrá jamás obligarnos a asumir una u otra postura, ni un determinado estilo de vida; pero no todas son equivalentes. Interesa acertar. El proyecto de vida y de comprensión de la sexualidad, y el proyecto de matrimonio y familia están al alcance de la razón y es posible comprobar en la propia existencia si enriquece o no. Las convicciones religiosas personales, garantizando que están bien comprendidas y encarnadas en la propia vida, tendrían que aportar mayor riqueza y plenitud a ese proyecto.

Con estas premisas tratamos ahora de hacer una aproximación al sentido cristiano de la sexualidad, sin la pretensión de ser exhaustivos. Hemos tratado de mostrar cómo se puede captar esta realidad humana, poniendo en juego la razón y intentado razonar con rectitud. Cuando hablamos de sentido cristiano, no estamos hablando de algo que viene desde el exterior, como si fuera distinto. El mensaje cristiano se atreve a afirmar que su aportación asume todo lo anterior y le otorga una mayor plenitud, llegado a donde la sola razón no alcanza. En este sentido se puede decir que la afirmación de que la sexualidad es un bien, adquiere en el cristianismo mayor fuerza.

Esta visión asume las realidades naturales a las que se ha intentado acceder a través de la racionalidad. La Revelación cristiana añade un conocimiento nuevo: que esa realidad natural tiene su origen en el designio creador de Dios, que la sitúa en el núcleo de la Creación, haciendo de ella el cauce para su cuidado y el lugar primordial donde esa creación comienza a alcanzar su plenitud[10]. Muestra así la convicción

10. Génesis 1, 26-31.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

de que la unión interpersonal plena entre marido y mujer, expresada con fuerza y precisión en la unión corporal, hace de cada matrimonio un «lugar» nuevo que se abre en el mundo donde se hace presente el amor creador de Dios, dando vida a una nueva criatura; se puede afirmar, por tanto, que los padres son co-creadores de cada hijo. Por eso, para la visión cristiana, la sexualidad tiene siempre un sentido positivo. Cualquier visión negativa de la sexualidad humana se puede decir, sin dudarlo, que no es cristiana. Será un error pedagógico, si se da; un error a la hora de enseñar lo que está revelado. Porque no puede ser cristiano afirmar que todo ha sido creado por Dios (sabiduría y amor), y después darle a una parte de esa creación una connotación negativa.

Por otra parte, ser fruto también del Amor de Dios refuerza la condición del hijo en cuanto don y en cuanto regalo; y aleja la posibilidad de reducirlo a un capricho, o a un derecho. Es ese mismo Amor que está en su origen lo que acentúa su dignidad y le proporciona una grandeza fuera de lo corriente. Porque el sentido cristiano revela que no sólo es el amor de los padres el que está en el origen, sino también el amor creador de Dios: el hijo, cada hijo, es fruto de ese Amor Creador. Y este no falla nunca: siempre está presente en el nacimiento de cualquier criatura, también cuando los seres humanos no hayan sido capaces de darle un lugar digno al amor de Dios para crear. Por eso la visión cristiana de la sexualidad hace del matrimonio una tarea encomendada por Dios –y aceptada libre y conscientemente– para continuar la Creación. En definitiva, enseña que cada matrimonio se hace símbolo real de la presencia de Dios en el mundo, de Dios que crea. Se hace símbolo real del amor creador de Dios.

En este contexto, se puede comprender que el matrimonio es una llamada de Dios, un camino vocacional que lleva consigo una misión singular. Y el sacramento del matrimonio capacita sobrenaturalmente para llevar a cabo esa tarea: se confiere el día de la celebración y lo hacen mutuamente los contrayentes en tanto que ministros. Esa celebración sacramental configura sus vidas, pero no sólo ese día: el sacramento –y su ministerio sacramental– se hace presente en el tiempo, «hasta que la muerte nos separe». Y aunque el sacramento no se puede reiterar mientras tanto, su eficacia se hace presente en todas las acciones de cada jornada que afectan a la vida conyugal. Por eso se puede afirmar que son, de alguna manera, acciones sacramentales. Por tanto, que santifican a los cónyuges.

Desde el momento de la celebración, cuando se aman, cuando muestran con gestos corporales su amor, cuando se entregan sin reservas el uno al otro, cuando hacen uno sus dos cuerpos («serán una sola carne»), cuando engendran y traen al mundo su amor hecho persona singular e independiente de ellos… Todo eso son acciones *sacramentales* que santifican a ambos, al uno a través del otro. Esta es la gran aportación del sacramento a la realidad natural del matrimonio que constituye una familia: que su lecho y su hogar sean realmente un altar[11] donde se continúa «celebrando» el sacramento cada día, santificándolos a ambos, a sus hijos y al mundo.

11. *«En otros sacramentos, la materia es el pan, es el vino, es el agua… Aquí son vuestros cuerpos. (…). Yo veo el lecho conyugal como un altar: está allí la materia del sacramento»* (San Josemaría Escrivá, Encuentro en Pamplona, Universidad de Navarra, 1967: AGP, P03, XII-1967, pp. 73-74. Citado en *Diccionario de San Josemaría*, Burgos 2013, p. 490).

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

Bibliografía

Cano Prous, A. – Contreras Chicote, M., *Neuropsicología de la sexualidad*. EUNSA, Pamplona 2014.
Castilla de Cortazar, B., *¿Fue creado el varón antes que la mujer? Reflexiones en torno a la antropología de la Creación*. Rialp, Madrid 2005.
Chiclana, C., *Atrapados en el sexo*. Almuzara, Córdoba 2013.
De Irala, J., *Un momento inolvidable. Vivir plenamente la afectividad, el amor y la sexualidad*. Voz de Papel, 2005.
Hadjadj, F., *La profundidad de los sexos (Por una mística de la carne)*. Nuevo Inicio, Granada 2010.
López Moratalla, N., *Cerebro de mujer y cerebro de varón*. Rialp, Madrid 2007.
Munilla, J. I. – Ruiz Pereda, B., *Sexo con alma y cuerpo*. Freshbook, Madrid 2015.
Santamaría, M. G., *Saber amar con el cuerpo. Ecología sexual*. 9.ª ed., Palabra, Madrid 2010.
VV. AA. (Papa Francisco y otros), *La vida bella. La complementariedad entre hombre y mujer*. Rialp, Madrid 2016.
Wojtyla, K., *Amor y responsabilidad*. 5.ª ed., Palabra, Madrid 2015.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

7

PERSONALIDAD

El modo de ser de cada cual

Javier Cabanyes Truffino

1. Concepto de personalidad

El término personalidad es algo implícitamente asumido por todo el mundo y ampliamente utilizado en contextos muy distintos. Con todo, la idea que se tiene sobre este término es poco precisa, bastante desigual y suele hacer referencia a algunos aspectos de la persona que se identifican al relacionarse con los demás. Por tanto, la personalidad viene a ser el conjunto de características más aparentes de la persona o los modos más peculiares de su actuar. Esta manera de entender la personalidad se centra en algunos aspectos externos o directamente observables de la persona.

Sin embargo, en el ámbito científico, la personalidad tiene connotaciones de mayor profundidad y hace referencia a la persona en cuanto tal, sin limitarse a sus apariencias ni a las actitudes que adopta. Así, la personalidad representa el modo de ser de cada cual, la manera de ser de cada persona. No es tampoco algo que se posee, en el sentido material de la palabra, sino la inferencia que es posible extraer de la profunda observación de la persona en su totalidad. Es, pues, una abstracción o elaboración teórica para intentar explicar los modos propios de comportarse las personas. Se trata, por tanto, de intentar dar respuesta a qué es lo que nos caracteriza y diferencia de los demás, por qué somos como somos y cómo hemos llegado a ser así. En definitiva, la personalidad es el conjunto de características del individuo que define y explica los patrones permanentes de su manera de sentir, pensar y actuar.

En este punto, interesa señalar la distinción entre persona y personalidad. El concepto de persona, ampliamente tratado en el capítulo 1, tiene entidad real y hace referencia a la dimensión ontológica del ser humano. La personalidad, como se ha indicado, es una inferencia extraída de lo observable en la persona que hace referencia a su modo de estar en el mundo. Resulta obvio que son conceptos que se reclaman mutuamente y que son inseparables en el plano vivencial. Sin embargo, es importante no confundirlos para no magnificar, sólo por lo observable, el concepto de persona (sería el caso de las idealizaciones de algunas personas singulares o del ser humano en general, olvidando su carácter limitado e imperfecto), ni minusvalorar a la persona por lo que se observa o mide de ella (como puede ocurrir al enjuiciar, en el plano práctico o en el especulativo, las conductas reprobables o las limitaciones de la enfermedad o la discapacidad).

Además, conviene considerar algunas características de la persona para dimensionar correctamente el estudio de la personalidad. Entre las diferentes notas que definen a la persona, se

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

señala su carácter único e irrepetible, su apertura y comunicabilidad junto con su inaccesibilidad e irreductibilidad, el dinamismo y devenir dentro de una permanencia y continuidad, y su contingencia y limitación contrastadas con su innato deseo de eternidad y de absoluto. Estas características de la persona hacen entrever la complejidad del estudio de la personalidad ya que la ontología advierte en el ser humano marcados contrastes, límites imprecisos y aspectos incognoscibles que dificultarán el estudio de su manera singular de estar en el mundo.

Por otra parte, la investigación en personalidad tiene una larga historia en la que se han dado planteamientos conceptuales y metodológicos muy variados, y sobre la que han ejercido notables influencias los diferentes enfoques antropológicos existentes, desde posturas radicalmente materialistas hasta planteamientos marcadamente espiritualistas.

2. Temperamento y carácter

Temperamento y carácter son los dos aspectos de la personalidad que clásicamente se han diferenciado y que vuelven a ser considerados en la actualidad.

El temperamento representa el conjunto de características innatas que definen la personalidad. Por tanto, es congénito, presente en el nacimiento, mayoritariamente genético –en gran medida, heredado de los padres– y en parte adquirido durante el periodo de gestación en el seno materno.

El carácter, por su parte, es el conjunto de aquellas otras características, no presentes al nacer, que el individuo adquiere y que preferentemente tienen que ver con su interacción con el medio a través de factores educativos, socioculturales y ambientales. El carácter es, pues, algo aprendido y se compone de valores, objetivos, estrategias de afrontamiento de situaciones y creencias sobre uno mismo y sobre el entorno.

Algunos autores[1], desde la llamada perspectiva bio-psico-social, han señalado algunas dimensiones tendenciales (inclinaciones hacia algo) que definen tanto el temperamento como el carácter. La combinación de estas dimensiones señalaría los distintos tipos de personalidad.

El temperamento quedaría constituido por diferentes grados de «búsqueda de novedad» (inclinación mayor o menor hacia lo nuevo o distinto), «evitación del daño» (grado de temor al dolor y de inclinación a la huída de esas situaciones), «dependencia de la recompensa» (grado de condicionamiento de la conducta por la gratificación e intensidad de la dependencia social y el sentimentalismo) y «persistencia» (motivación, perseverancia y continuidad en las acciones y metas).

A su vez, el carácter quedaría definido por la «autodirección» (capacidad para regular la propia conducta ajustándola según los objetivos y valores: modo de enfrentarse a las cosas y situaciones), la «cooperación» (capacidad para aceptar, colaborar e identificarse con los demás: modo de relacionarse con las personas) y la «autotranscedencia» (capacidad de salir de uno mismo, percibirse como parte de un todo, integrado y armónico, y traducirse en autocrítica, idealismo y espiritualidad: modo de afrontar el mundo de las ideas).

Desde una perspectiva más profunda de la persona, podríamos decir que la personalidad queda definida por la compleja y sorprendente integración de tres aspectos inseparables del modo de ser de cada individuo: el sustrato neurobiológico, los procesos psicológicos adquiridos y la atmósfera existencial. Estos tres aspectos de la persona son innegables –salvo desde los planteamientos reduccionistas del ser humano de cualquier orientación– e interactúan de for-

1. Cloninger CR. *Personality and psychopathology*. Americam Psychopathological Association, 1999.
Cloninger CR, Svrakic DM, Przyveck TR (1993). *A psychobiological model of temperament and character*. Archives of General Psychiatry, 50:975-990.
Millon T, Davis RD. *Trastornos de la personalidad*. Ed Masson, 1999.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

ma sublime, unificada y unificadora, definiendo el modo de ser de cada cual.

El sustrato neurobiológico configura, preferentemente, el temperamento. Los procesos psicológicos adquiridos lo hacen con el carácter. La atmósfera existencial constituye, en cierto modo, la espiritualidad del ser humano y representa el sentido que se da a la vida a partir de la idea que cada cual ha ido elaborando sobre el hombre, el mundo y uno mismo. Este ámbito existencial parte del conjunto de referencias y valores, costumbres y virtudes que cada individuo ha ido adquiriendo, e incluyen las nociones fundamentales sobre las cuestiones básicas de la vida del ser humano (amor, bien, verdad, justicia, autoridad, propiedad, etc.) y las actitudes y conductas que mantiene con respecto a ellas. La espiritualidad es un aspecto irrenunciable de cada persona y un elemento indispensable para su comprensión.

El temperamento interviene como un factor difícilmente modificable y relativamente determinante. El carácter actúa como un condicionante, progresivamente más estable en la vida de cada persona, pero susceptible de cambio. Por su parte, la espiritualidad descansa sobre la racionalidad, aunque no se limita a ella, y es el ámbito de mayor libertad de la persona. En conjunto, estos tres aspectos del modo de ser de cada cual delimitan los márgenes de la conducta posible de cada individuo. Es decir, cada persona singular no es capaz de llevar a cabo cualquier conducta. El repertorio de conductas de cada individuo (por tanto su manera de comportarse, que representa su modo de ser) queda delimitado por la acción integrada de esos tres aspectos –temperamento, carácter y espiritualidad–, que facilitan o impiden conductas de forma siempre singular: con el determinismo de la neurobiología, el condicionamiento de la psicología y la libertad del espíritu.

3. Configuración de la personalidad

El desarrollo de la personalidad es un intrincado proceso en el que se entrelazan, a lo largo de todo el ciclo vital del ser humano, variables de la persona y variables ambientales en una compleja interacción. Aunque es un proceso que abarca toda la vida (el ser humano está en un continuo hacerse), los años que conducen a la vida adulta son los más relevantes.

La psicología evolutiva es estudiada en el capítulo 11, sin embargo, por su relevancia en la configuración de la personalidad señalaremos, brevemente, los factores que intervienen en la adquisición de la identidad personal y los procesos psicosociales asociados.

a) *Identidad personal*

Se entiende por identidad personal la configuración básica de la personalidad como alguien distinto de los demás, visto desde el reconocimiento personal (la idea sobre sí mismo) y desde la imagen que se da a los demás (la idea de sí mismo que se traslada a los demás).

Progresivamente, el niño va cobrando conciencia de sí mismo como alguien con características propias y distinto de los demás. En los primeros momentos, se diferencia de los más lejanos y lo hace por lo que tiene y puede. En la adolescencia, necesitará diferenciarse de los más cercanos y lo hará tratando de encontrar distinciones con respecto a ellos.

El proceso de adquisición de la identidad personal es crucial en la configuración de la personalidad. Por tanto, si no se lleva a cabo de forma adecuada o no se logra alcanzar, es fuente de numerosos desajustes y trastornos. En este proceso confluyen numerosos factores ambientales (pautas educativas, procesos de socialización –familia, escuela, grupo de iguales, medios de comunicación–, sucesos y eventos) y el progresivo desarrollo de los procesos asociados de autoconcepto, autoimagen y tipificación sexual. Cada uno de ellos es eminentemente dinámico y está supeditado a muchos factores ambientales (hechos e influencias de diverso tipo) y personales (entre los que se incluyen los temperamentales).

El autoconcepto representa la idea que uno se va formando de sí mismo, particularmente, desde la perspectiva de ser capaz de influir en

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

el ambiente y de solucionar problemas. El aspecto afectivo del autoconcepto es la autoestima que surge del juicio valorativo sobre sí mismo al considerar la distancia existente entre las metas propuestas y las metas alcanzadas. En la adolescencia, es frecuente que el autoconcepto tienda a irse a los extremos, como consecuencia del idealismo y la falta de contraste con la experiencia, absolutizando hechos aislados de éxito o de fracaso.

La autoimagen hace referencia al modo como los demás pensamos que nos ven, entremezclándose aspectos de la propia imagen corporal y de habilidades de interacción que definen la imagen de uno mismo en su apariencia ante los demás. En la pubertad, la elaboración de la autoimagen es un aspecto crucial por la presencia de numerosos e importantes cambios en la corporalidad. Durante ese periodo, la vivencia personal está muy centrada en la corporalidad, cuya imagen se vincula muy estrechamente con la aceptación y el éxito social. Numerosos factores (mensajes sociales y culturales, influencias cercanas, sucesos particulares) pueden interferir el proceso de progresiva profundización de la autoimagen, desde el nivel superficial de la belleza corporal hasta la hondura y radicalidad de la belleza del ser personal, e inducir diferentes problemas en la configuración de la personalidad (inseguridad, egocentrismo, falta de aceptación personal, etc.) que, en algunos casos, pueden derivar en una psicopatología definida (trastornos de personalidad, somatomorfos, de la conducta alimentaria, distimias, fobias sociales, etc.).

La tipificación sexual lleva consigo la definición de la identidad y orientación sexual en un complejo proceso, iniciado en la primera infancia, desarrollado durante la niñez y elaborado de forma más consciente y explícita durante la adolescencia. Aquí hay, también, numerosos factores que intervienen en el desarrollo de este complejo proceso: modelos de género, tipo de interacción con los padres, actitudes socio-familiares sobre la sexualidad, experiencias tempranas, grupo de iguales, autoconcepto y autoimagen, mensajes socio-culturales explícitos, etc. Lógicamente, cuando confluyen varios factores con características de riesgo, se pueden dar diferentes problemas en el desarrollo psicosexual y llegar a constituirse en trastornos específicos (cfr. capítulo 39).

La adecuada adquisición de la identidad personal exige una correcta elaboración de estos tres procesos asociados. Sin un autoconcepto, una autoimagen y una tipificación sexual suficientemente bien elaborados no es posible una adecuada adquisición de la identidad personal; y esto siempre lleva consigo perfiles de personalidad, en cierta medida, problemáticos y, en algunos casos, claros trastornos de personalidad o el desarrollo de otro tipo de psicopatología (ansiedad, trastornos afectivos, trastorno obsesivo, etc.).

b) *Procesos psicosociales*

Además de los procesos señalados hay otros, con connotaciones más sociales, que también contribuyen a la configuración de la personalidad. Por diferentes vías, estos procesos modulan el modo de ser de cada cual. Se podrían distinguir los siguientes:

Socialización. Representa la adquisición de las actitudes, valores, creencias y conductas del entorno social al que se pertenece. La adquisición se lleva a cabo, preferentemente, por la vía del llamado aprendizaje vicario o de modelos, subrayando que se aprende más por lo que se ve hacer que por lo que se oye. También pone de relieve la necesidad de tener modelos, la inevitable búsqueda que se hace de ellos y la importancia del modelo que se elige. La socialización es un amplio proceso, que se inicia en las etapas más tempranas del nacimiento y se prolonga a lo largo de toda la vida con un progresivo cambio en el peso de los diferentes factores de socialización: familia, escuela, grupo de iguales y medios de comunicación. La familia es crucial en las primeras etapas, mientras que los medios de comunicación adquieren gran relevancia en la vida adulta.

Separación del núcleo familiar. Es un proceso necesario para la adquisición de la identi-

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

dad personal ya que para distinguirse es preciso diferenciarse. Habitualmente, se lleva a cabo de forma gradual y pacífica pero, en ocasiones, puede ser fuente de conflictos y de situaciones de enfrentamiento padres-hijos.

Aproximación al grupo de iguales. Generalmente, la contrapartida del distanciamiento del núcleo familiar es el acercamiento a aquellos con los que se comparten intereses o actividades y donde es fácil que se generen nuevos modelos.

Orientación profesional. La elección que se hace de la actividad profesional condiciona la manera de ser y, en cierta medida, está condicionada por ella. El grado en el que la elección ha sido deliberada e indeterminada modula también aspectos de la personalidad.

Vinculaciones. El ser humano, por naturaleza, busca asociarse con otros, estrechar lazos con algunos y compartir emociones, intereses, ideas y proyectos. Todo ello lleva consigo un cierto grado de compromiso por el que la persona, en un ejercicio máximo de libertad, condiciona o supedita aspectos de su vida – algunos o todos – a personas singulares o a las ideas y objetivos que comparte un grupo.

La naturaleza y hondura de las vinculaciones vienen parcialmente condicionadas por el tipo de personalidad y su grado de madurez. Al mismo tiempo, esas vinculaciones contribuyen a configurar la personalidad. En definitiva, el tipo y número de vinculaciones que se establece, el grado de compromiso que llevan consigo, la estabilidad que alcanzan y la coherencia de vida que se logra tienen un efecto recíproco con la personalidad. En algunos casos, esta interacción es tan estrecha y de tal profundidad que configura esencialmente la personalidad.

La vocación es una marcada y persistente orientación hacia algo, que lleva consigo unas cualidades particulares que capacitan especialmente para esa misión. Aquí quedaría incluida tanto la vocación profesional como la vocación cristiana en el sentido más amplio del término.

La vocación cristiana no es algo extrínseco o añadido sino que corresponde a la identidad más propia y profunda de la persona, hasta el punto de ser constitutiva de la persona y no función de determinados comportamientos, actitudes o estados de ánimo ni fruto de sucesos o hechos particulares. La vocación cristiana configura nuclearmente – esencialmente – el modo de ser de la persona. Al ser Dios quien da la existencia, también da forma al ser – lo conforma – para que se adecúe a lo que ha sido llamado. La dificultad para identificar si hay «conformación» con la llamada puede estar al inicio, en los primeros momentos de su discernimiento, pero será excepcional que surjan dudas sobre la adecuación después de años de haberla vivido. Sin embargo, es cierto que al no ser la vocación determinista exige el esfuerzo personal por «mantener la forma», por no «desconformar» esos aspectos de la manera de ser, y esto no es otra cosa que el ejercicio de virtudes, hábitos que mantienen un patrón de conductas, actitudes, pensamientos y afectos «conformes» con la vocación. Con todo, es importante tener presente que la vocación cristiana no tiene como fin conseguir unos resultados o alcanzar unos logros sino demostrar amor.

4. Personalidad madura

El concepto de madurez personal o personalidad madura es complejo, multifactorial y dinámico. Hace referencia al equilibrio, armonía y adecuación de las características que definen la forma de ser de cada cual, capacitando a la persona para integrarse bien en su entorno y disponer de suficiente autonomía y adecuados recursos para afrontar diferentes situaciones. Queda claro, pues, que no es un aspecto de la personalidad ni algo estático sino que define a la totalidad de la persona y se sigue desarrollando a lo largo de la vida, si bien, hay una etapa a partir de la cual ya se puede empezar a considerar. Por otra parte, la madurez personal presupone la adquisición de los diferentes aspectos que configuran la personalidad y excluye la presencia de trastornos en su desarrollo.

Por contraste, la inmadurez supone no disponer aún de esas capacidades y suele llevar

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

consigo un amplio conjunto de manifestaciones entre las que destacan la inestabilidad emocional, dependencia afectiva de los padres u otras personas, egocentrismo, inseguridad, falta de realismo sobre la propia vida y en la valoración de las dificultades, escaso sentido de responsabilidad, etc. Con todo, conviene insistir en que la inmadurez no interfiere la capacidad de entender y querer algo aunque es indudable que limita la capacidad de asumir las consecuencias de esa elección (donarse, situarse en la realidad, afrontar las dificultades, etc.).

La madurez personal es fruto, fundamentalmente, de la consolidación de tres aspectos de la personalidad: autoaceptación, asertividad y apertura.

La autoaceptación parte de un adecuado conocimiento de sí mismo, que surge de una suficiente introspección y ecuanimidad. A partir de ahí, se puede lograr tener una idea cabal, equilibrada, de cómo uno es, ponderando tanto las cualidades positivas como los defectos o limitaciones personales, dimensionándolos de forma adecuada y relativizando sus consecuencias. Esto lleva a admitir que uno es como es y aceptarse en su justa medida; es decir, admitiendo que se cuenta con defectos o limitaciones e intentando corregir lo corregible.

La asertividad representa la capacidad de mostrar y hacer valer los propios intereses, pensamientos y emociones respetando los de los demás. Cuando no se es capaz de manifestar esos deseos, ideas y sentimientos existe un problema de falta de asertividad que oscila entre la timidez y el apocamiento; por el contrario, cuando se manifiesta todo aquello sin tener en cuenta a los demás surgen respuestas impositivas y de agresividad.

La apertura tiene un doble sentido. Por un lado, es el respeto y la aceptación de otros planteamientos, ideas o actitudes, con un rango que va desde la rectificación ante el propio error, hasta la tolerancia ante el error ajeno. Por otro lado, apertura es no dar por finalizado o alcanzado el enfoque o sentido de la propia vida, sino, continuar incansablemente en la búsqueda y profundización de la verdad.

La madurez personal lleva consigo dos consecuencias: constancia y confianza.

Constancia significa perseverancia en el empeño, cierta independencia de las contingencias y estabilidad personal que permiten ir dejando una cierta huella en el caminar por la vida. En este sentido, es importante considerar que la persona no sólo está en el mundo sino que vive referido a él. Por tanto, la madurez no la alcanza tanto por la vía de la introspección como por la del conocimiento de lo que le rodea y por su capacidad de establecer compromisos firmes con el medio en el que vive y las personas con quienes se convive.

La confianza en uno mismo, o seguridad personal, es un sentimiento de tranquilidad asentado sobre la idea de disponer de recursos eficaces (personales y/o del entorno) para afrontar satisfactoriamente distintas cuestiones y situaciones. No es algo innato sino que se va adquiriendo en el proceso de desarrollo de la personalidad, contribuyendo a ello factores personales (temperamentales) y ambientales (estructura y dinámica familiar, pautas de crianza, estilos educativos, entorno escolar y social) junto con las experiencias que se tienen a lo largo de la vida. En este proceso es necesario ir pasando de la seguridad referida al entorno en el que se vive a la seguridad en sí mismo. Es decir, la adecuada adquisición de la seguridad requiere pasar de sentirse seguro por estar en un entorno seguro (protegido por los padres, tutores, orientadores, amigos, contexto socio-cultural, etc.) a sentirse seguro por conocer los recursos de los que dispone, anticipar con objetividad los resultados y ser capaz de extraer experiencias positivas con cierta independencia de los logros. Es la gran diferencia entre «estar seguro» y «ser seguro» que representa un grado mucho más profundo de interiorización del proceso. En consecuencia, la seguridad hace referencia al conocimiento propio, a la aceptación de los límites personales y a la capacidad de aprender de las experiencias. No es, por tanto, sinónimo de resultados exitosos ni de control total de la situación. La seguridad tiene una estrecha relación con la autoestima y, en gran medida, es su punto de partida.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

La seguridad en uno mismo se alcanza, sobre la base de la autoaceptación, desarrollando una actitud de aprendizaje permanente (aceptando los errores y aprendiendo de ellos) y buscando los apoyos necesarios en la omnipotencia divina. Para un cristiano, este aspecto es de capital importancia y señala, en gran medida, el grado de madurez de su vida interior. En este sentido, saber unir la puesta en juego de los recursos personales y la absoluta confianza en Dios, que es padre, lleva consigo un alto grado de tranquilidad y paz interior que se traduce en seguridad personal.

Una insuficiente adquisición de la seguridad en uno mismo, siempre por la confluencia de varios factores (temperamentales, ambientales y un abanico de grandes o pequeños fracasos y frustraciones, y situaciones, subjetivas u objetivas, de abandono, desprotección o humillación y desprecio), genera un sentimiento de amenaza (temor al fracaso o a que sobrevenga un mal: no ser aceptado, no alcanzar los objetivos, estar fuera de los cánones señalados, hacer algo mal, etc.) que no es tolerable de forma sostenida y obliga a pretender crear entornos seguros. Las vías para ello son fundamentalmente dos: ejercer un control exhaustivo de la situación (anticiparse a los acontecimientos, revisar con frecuencia lo hecho o sucedido, ponderar excesivamente los pros y los contras de las decisiones que hay que tomar) o depender de apoyos seguros (personas o entornos). En unos casos, la inseguridad se manifiesta como dudas y vacilaciones, y en otros como rigidez e inflexibilidad, expresadas con formas tajantes y contundentes, en un intento de no exteriorizar los puntos débiles que se cree tener. Por tanto, la inseguridad puede llevar a una forma de perfeccionismo o a diferentes grados de dependencia. En cualquier caso, la tranquilidad personal – la paz interior – queda en un equilibrio precario, supeditada a la viabilidad y eficacia de los sistemas de seguridad que se han puesto en marcha.

La inseguridad tiene manifestaciones muy variables y aparentemente contradictorias, en función de la edad y las circunstancias. Así, en la adolescencia puede expresarse por una excesiva preocupación por la imagen corporal y el vestido o una sobreidentificación con algunos modelos (del grupo de iguales o de los medios de comunicación). Al comienzo de la vida adulta, la inseguridad se puede traducir en una desmedida dedicación a la actividad profesional. Durante la vida adulta, la persistencia de un cierto grado de inseguridad se puede manifestar también como preocupaciones excesivas sobre temas económicos, consideración profesional o cuestiones sobre los hijos, junto con una cierta enmienda a la totalidad de lo realizado hasta el momento.

5. Estilos de personalidad

Las diferentes teorías de personalidad han pretendido describir y explicar los distintos modos de ser de las personas. Algunas, lo han hecho desde enfoques tipológicos, es decir, definiendo distintos patrones genéricos de modos de ser donde se podría encuadrar a cada persona. Sin embargo, este planteamiento entiende la personalidad de forma bastante rígida e inamovible y, al menos para los objetivos de este libro, conviene no perder de vista que nadie es esclavo de su pasado, no está condenado a repetir sus errores ni tiene asegurado el futuro por sus éxitos pretéritos. Por tanto, se ajusta más a la realidad, entender la personalidad desde una perspectiva dinámica partiendo del análisis de algunos procesos básicos que definen aspectos el modo de ser de las personas. Estos procesos surgen de la interacción con el entorno y se pueden destacar los siguientes:

Estilo cognitivo: es el modo habitual de procesar la información cada individuo. Tiene un marcado componente constitucional y, por tanto, temperamental, pero es parcialmente modificable por aprendizajes.

Esquemáticamente, la información se puede manejar de forma global o sintética, lo que supone un estilo cognitivo intuitivo; o de forma parcelar o analítica, que representa el estilo reflexivo. Ambos estilos tienen extremos que pueden ser problemáticos e, incluso, patológicos: el

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

impulsivo para el estilo intuitivo, y el obsesivo para el reflexivo. El impulsivo dice y hace lo primero que experimenta, mientras que el obsesivo reconsidera y duda sobre todo.

Patrón cognitivo: representa el modo particular de definir o categorizar los eventos y las situaciones en las que uno se encuentra (ej.: seguro/inseguro, positivo/negativo, esperanza/desesperanza, abierto/cerrado). Este patrón se va elaborando, sobre la base de las experiencias y las influencias socio-educativas, generando esquemas básicos de pensamiento que sirven de premisa de partida para la mayor parte de los juicios valorativos que el individuo hace sobre sí, los demás y el mundo.

Expectativas: son las probabilidades que el individuo piensa que tiene que obtener de un determinado tipo de refuerzo (resultado o gratificación) como consecuencia de una conducta determinada. Surgen de las experiencias previas y de la generalización de situaciones equivalentes. Los distintos tipos de expectativas señalan, entre otras cosas, la confianza que el individuo tiene en poder dar solución a problemas, (expectativa de resolución) y el grado de vinculación que piensa que hay entre su conducta y los resultados obtenidos (expectativa de control). En esta última expectativa, es evidente que las actitudes y conductas serán distintas si el individuo considera que lo que ha hecho es la causa de lo que ha obtenido (locus de control interno) o si, por el contrario, que lo obtenido no tiene relación directa con su conducta (locus de control externo).

Valor del refuerzo: es la importancia o relevancia que tiene para el sujeto lo que espera obtener con una conducta determinada. Es una de las explicaciones de que no todos se comporten de la misma manera ante las mismas metas y expectativas.

Atribuciones: constituyen el tipo de explicación que el individuo da a los hechos. Estas explicaciones pueden ser, a grandes rasgos, generales o particulares (para todo o parte de los sucesos), externas o internas (referidas a condiciones personales o del entorno), permanentes o transitorias (siempre o coyunturalmente) y sobre las causas o sobre las consecuencias. Las diferentes combinaciones entre ellas definen los estilos atribucionales, propios de cada individuo, que condicionan su manera de comportarse. Es evidente que, sobre un hecho negativo (ej.: un fracaso en algo), no es lo mismo hacer una atribución causal general, interna y permanente («no soy capaz de nada») que particular, externa y transitoria («he tenido mala suerte en esto»).

Creencias: representan el convencimiento sobre la verdad de algo. Así, las personas se diferencian por el contenido de las creencias, el convencimiento con que se adhieren, la jerarquía que hay entre ellas y las emociones que las acompañan.

Autocontrol: es la capacidad de regular el propio comportamiento y dirigirlo a donde realmente se desea, de forma deliberada y libre, sin dejarse supeditar por lo que pase o por lo que se sienta. Es la base de la libertad. Supone la capacidad de subordinar diferentes cuestiones a un objetivo, saber planificar y secuenciar la acción, lograr demorar la gratificación y disponer de un suficiente control sobre las emociones. El autocontrol tiene un componente constitucional, que actúa a modo de predisposición, pero requiere de un aprendizaje y ejercicio constante. El aprendizaje está condicionado por el estilo educativo que se ha recibido y el ejercicio depende del grado de exigencia personal.

Dependencia de campo: es el grado de influencia de los factores externos en la conducta. Cuando el comportamiento está muy condicionado por los factores ambientales (demandas y requerimientos del contexto y de las personas) hablamos de dependencia de campo; el caso contrario señalaría una independencia de campo. La primera supone una alta sensibilidad a las demandas del contexto y suele desembocar en actitudes solidarias y de supeditación de lo propio a los intereses de los demás; pero puede traducirse en un determinismo ambiental de los intereses personales que constituye un problema de asertividad. Por su parte, la independencia de campo, representa una alta autonomía personal, con todas sus ventajas, pero con los posibles in-

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

convenientes de una menor sintonía social que puede desembocar en actitudes egocéntricas.

6. Rasgos de personalidad problemáticos

Como consecuencia del complejo proceso de desarrollo de la personalidad, es esperable que, en ocasiones, se puedan dar algunas alteraciones graves en la personalidad (los llamados Trastornos de Personalidad: cfr capítulo 27) o, con más frecuencia, déficit y anomalías en algunos aspectos de la personalidad que no llegan a constituir un trastorno pero, por su persistencia e inadecuación, pueden generar algunos problemas en la adaptación de la persona y causar sufrimiento al propio individuo y/o a los demás. Se trata, por tanto, de algunas características problemáticas de la persona que son estables en el tiempo y en las diferentes situaciones, y que no son justificables por la etapa evolutiva o circunstancial en la que se encuentra. La mayor parte de las veces, constituyen puntos débiles en la configuración de la personalidad, relativamente permeables a algunas oportunas indicaciones, planteadas desde los ámbitos relevantes para la persona, sin requerir la intervención de especialistas. Con todo, la rigidez y conflictividad de estas características debe hacer pensar en la conveniencia de una evaluación específica y un tratamiento especializado. Entre estos rasgos, cabe destacar los siguientes:

a) *Dependencia*

La dependencia psicológica representa una actitud estable de búsqueda excesiva de apoyo y seguridad en los demás, que lleva a necesitar una constante supervisión y confirmación sobre lo que se dice o hace y a supeditar mucho la conducta a la valoración de los demás mostrándose altamente influenciables. Como consecuencia, no saben o no se sienten capaces de tomar decisiones por sí mismos, dudan y vacilan mucho si no tienen el apoyo de otros, o terminan inhibiéndose y dejando pasar la situación. A veces, pueden adoptar actitudes infantiles de excesiva sumisión o de marcado temor, preguntando o refiriéndose a cuestiones con excesivas prevenciones y respetos. Todo ello suele llevar a retraerse o inhibirse para evitar las equivocaciones o la pérdida del afecto y la consideración.

En ocasiones, la dependencia está centrada en una persona especialmente relevante para el sujeto. La opinión de esa persona condiciona mucho su conducta y se suelen acompañar de frecuentes manifestaciones de reclamo de su atención (continuas consultas y preguntas, requerimientos diversos). Esto lleva consigo una cierta limitación en la autonomía personal (dubitación, inseguridad, bloqueo psicológico) y algunos condicionamientos para otras personas (supervisión, acaparamiento). Al mismo tiempo, existe un claro déficit en el autoconocimiento, con tendencia a la minusvaloración personal y a la magnificación de los defectos o limitaciones propias.

En ocasiones, el temor a perder el afecto de las personas significativas puede llevar a ocultar aspectos negativos o conductas inadecuadas y a mantener conductas de disimulo o de mera apariencia.

La dependencia suele tener como núcleo causal un sentimiento de inseguridad y un excesivo temor al fracaso-equivocación. El entorno personal debe saber no entrar en la dinámica de asegurar para resolver la inseguridad sino contribuir a ganar seguridad a través de fomentar las experiencias personales y apoyar sólo en la evaluación de los resultados, no en los procesos previos. La ayuda más importante se centra en orientarles hacia el conocimiento propio (saliendo de la valoración negativa), la aceptación de sí mismos (apreciando lo bueno que hay en ellos) y el aprender a relativizar la opinión de los demás.

En la línea de ganar en autonomía, les sirve promover el trato con otras personas, implicándose en actividades y tareas nuevas, y fomentando que actúen con libertad, tomando decisiones, asumiendo la responsabilidad, huyendo del mimetismo y las comparaciones, y aprendiendo de los propios errores. En este mismo sentido, conviene no darles las cosas hechas sino facilitar que vayan aprendiendo a ponderar los te-

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

mas, individuar prioridades, tomar decisiones y asumir las consecuencias siempre de forma positiva. En esta línea, interesa que perciban las ventajas de estos cambios para que no se bloquee el proceso por temor a perder seguridad. Paralelamente, es preciso facilitar el cambio del sesgo subjetivo que tiene su idea de la autoridad, que les lleva a seguir las indicaciones más por sentirse bien y aceptados que por la conveniencia objetiva de lo señalado.

Un aspecto más es ayudar a distinguir entre pedir consejo y obedecer. Con el consejo se trata de tener más elementos de juicio en una cuestión sobre la que, posteriormente, se tomará una decisión personal. Por el contrario, la obediencia, no surge de la duda sino del deseo de identificarse con algo o con alguien. Ambos tienen como punto de partida imprescindible la libertad; y ambos tienen como consecuencia un grado mayor de libertad: el consejo al aportar más datos para decidir, y la obediencia por el ejercicio de libertad que supone haber hecho la elección de obedecer. Todo ello se completa con fomentar el saber decir con sencillez la opinión que uno tiene sobre esas cuestiones.

Precisamente, para facilitarles todo lo anterior, durante un tiempo, requerirán unas atenciones un tanto particulares, pero es necesario evitar la excepcionalidad y tener claro que el objetivo es incrementar la autonomía personal.

b) *Perfeccionismo*

Suele tener su base en un temor a no alcanzar los cánones señalados o autoimpuestos, vistos desde una perspectiva de excesiva exigencia y a la que se suele sumar una actitud de hiperresponsabilidad.

El perfeccionismo puede aparentar una forma loable de hacer las cosas y, quien tiende a esto, ser un claro apoyo o tranquilidad para otras personas. No pocas veces, es considerado como modelo para otros o referencia de «cumplimiento ejemplar» y es fácil que se tienda a depositar en él cada vez más responsabilidades sin percatarse de que así se le está aumentando el grado de autoexigencia.

En ocasiones, este perfeccionismo abarca diferentes aspectos de la persona y está muy consolidado en su modo de ser, llegando a constituir el llamado anancasticismo (o personalidad anancástica) en el que destacan una cierta intransigencia, escasa tolerancia, rigidez en los juicios, cierto radicalismo en los planteamientos (todo o nada), activismo, dificultad para delegar, y elevada exigencia personal y hacia los demás. Detrás de este planteamiento, hay un mal entendido sentido del deber que, en vez de estar fundamentado sobre el bien (el «deber» surge como consecuencia de contemplar la bondad), es el fundamento del bien (cumplir es lo bueno).

En el ámbito de la vida cristiana, puede plantearse la santidad como un esfuerzo personal por la perfección, donde lo que se valora son los logros, no se admiten los errores y se cuenta poco con la gracia de Dios; en vez de ser manifestación de amor, compatible con los errores y no siempre traducida en hechos vistosos, pero que requiere siempre la gracia de Dios. A partir de esta inversión de términos, todo se ve como una obligación y no cumplirla es el mal o el pecado. Como consecuencia, se genera un alto grado de tensión interna que, en ocasiones, puede ser origen de un amplio abanico de síntomas (cefaleas, molestias digestivas, problemas de sueño, dolores musculares, etc.) junto con actitudes claras de agobio o de excesiva preocupación. Con frecuencia se confunden las formas con el contenido. En algunos casos, se puede llegar a desdibujar o perder la razón última de las acciones o el fondo de las cuestiones. Además, por la excesiva rigidez en los planteamientos, es frecuente que se produzcan choques con las indicaciones o sugerencias de otros, por considerarlas «menos perfectas» o «menos razonables», o que le cueste mostrarse tal como es en los diferentes ámbitos de la vida, tolerando mal las correcciones (entristecimiento, enfados o justificaciones). Debido a esta dificultad para aceptar las imperfecciones, existe el riesgo de meterse en una dinámica de mero voluntarismo donde el esfuerzo personal es la única y exigida vía de actuación. En estas situaciones, como

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

consecuencia de la tensión acumulada y la consolidación de unas formas altamente exigentes con escaso contenido, es fácil que la persona termine por abandonar lo que hace o, incluso, que cambie radicalmente sus planteamientos de vida.

Es importante detectar tempranamente esta forma de ser para fomentar un cambio paulatino en las actitudes y planteamientos de fondo, ayudando a ir más allá del cumplimiento (crecer en libertad y paz interior), aprender a tolerar los errores, verlos en su justa medida y encontrar en ellos la mayor fuente de aprendizajes, aceptarse como uno es (con cualidades y defectos), descubrir la grandeza de rectificar y recomenzar, distinguir lo importante de lo accidental, saber descomplicarse. En definitiva, se trata de aprender a conjugar el esfuerzo personal con la confianza, el abandono y la aceptación de las limitaciones y debilidades. En última instancia es comprender la verdadera dinámica del amor que es lo que lleva a hacer las cosas bien en vez de ser el resultado de haberlas hecho bien. Asimismo, el dolor debe nacer más de la falta de amor que de la imperfección.

c) *Escrúpulos*

Los escrúpulos son preocupaciones excesivas sobre cuestiones éticas o morales que terminan generando gran inquietud y desasosiego. Con cierta frecuencia, se asocian a una actitud de hiperresponsabilidad que actúa como sistema de compensación de esos temores. Entre sus posibles causas están la inseguridad, una educación rigorista o un fondo de tipo obsesivo.

La mayor parte de las veces, se resuelven ayudando a ganar criterio sobre esas cuestiones y comprendiendo que el error y la debilidad forman parte de la naturaleza humana y no tienen las mismas connotaciones que las acciones deliberadas.

La perspectiva cristiana de Dios como padre, en su sentido más hondo de la palabra, expresión profunda de amor y libre de implicaciones punitivas, es la vía más sólida para solucionar los escrúpulos. En gran medida, se trata de facilitar profundizar en la filiación divina y la redención ganada por Cristo junto con ayudar a ir desechando la imagen de Dios como juez implacable.

d) *Egocentrismo*

Se trata de una actitud vital en la que todo se plantea haciendo referencia al propio sujeto: lo que me puede afectar, soy capaz de hacer, me beneficia o me diferencia. En gran medida, es una etapa del desarrollo de la personalidad cuya superación es un índice de madurez personal.

Por otra parte, también está muy relacionado con los estilos educativos y los planteamientos socio-culturales vigentes. La sociedad actual, fomenta el egocentrismo a través de posturas cada vez más individualistas surgidas de influencias materialistas y del clima de consumismo y hedonismo.

El egocentrismo puede tener dos consecuencias aparentemente opuestas: la supeditación de la vida de los demás a los requerimientos personales, con connotaciones egoístas y de demanda de atenciones; y la excesiva autonomía personal, con actitudes insolidarias y de desvinculación. Ambas consecuencias, empobrecen las relaciones humanas y son fuente de conflictos en las relaciones interpersonales y de grupo.

En gran medida, el cauce para modificar esta actitud es abrirse a los intereses y necesidades de los demás, descubrir el sentido de la solidaridad, dejar de utilizar la primera persona del singular en la conversación y aprender a pensar primero en los demás. El enfoque cristiano del olvido de sí mismo y la entrega a los demás, partiendo de la radical enseñanza presente en la vida de Cristo, son el sustrato básico para modificar la actitud egocéntrica.

e) *Suspicacia*

Supone una actitud de desconfianza y recelo en la relación con los demás que limita la empatía y enrarece la convivencia. Son, pues, personas que se fían poco de los demás, piensan

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

que existe una doble intención en lo que dicen o hacen otros y se mantienen en guardia permanente por lo que otros pudieran hacer.

La suspicacia puede tener diversas causas que, con frecuencia, se suman. Puede haber una cierta predisposición constitucional o aprendida a la desconfianza. Con frecuencia, hay antecedentes, más o menos próximos en el tiempo, de agravios o vivencias de daño o perjuicio por parte de otros. Cuanto más generalizados sean y más lejanos en el tiempo, mayor indicio de psicopatología. En el caso contrario, suele tratarse, simplemente, de una reacción adaptativa que puede resolverse bien con el tiempo y los oportunos consejos acerca de la capacidad de perdonar, comprender y disculpar.

En algunos casos, obedece a pautas de crianza y estilos de aprendizaje en los que se ha remarcado mucho el carácter hostil del mundo y la convivencia humana. En estos casos habría que ayudarles a cambiar esta perspectiva, enseñarles a vivir la fraternidad y descubrirles el profundo mensaje del amor a los demás que pasa también por «poner la otra mejilla».

f) *Inestabilidad afectiva*

Lleva consigo frecuentes cambios en los afectos y las emociones vinculados siempre a sucesos o hechos concretos, mostrando así una alta sensibilidad a los estímulos de tipo afectivo. Esto lleva consigo un alto grado de sufrimiento personal ante los sucesos negativos pero también un elevado disfrute con los eventos positivos. Son, pues, personas que casi todo les afecta y lo hace en grado extremo. Tienen una elevada necesidad de sentirse queridos y aceptados, y las actitudes de los demás les influyen notablemente.

En general, toleran mal las frustraciones y las correcciones o indicaciones que ponen de manifiesto algún aspecto negativo de su persona. En ocasiones, la inestabilidad afectiva les lleva a distanciarse de personas o situaciones para evitar sufrir o a buscar compensaciones en otros ámbitos (amistades, trabajo, aficiones, etc.) y defenderlas por todos los medios. Al mismo tiempo, suelen tener una marcada focalización en sus aspectos afectivos, con una continua evaluación de sus sentimientos y emociones, sobrevalorando o denigrando los factores a favor o en contra. Con frecuencia, el nivel de satisfacción personal se establece por el grado de «bien-estar» y por comparación con los demás, todo ello analizado con una gran carga de sentimientos extremos (odios y amores). De aquí, fácilmente, surgen actitudes egocéntricas (en ocasiones, claramente, egoístas) o celotipias (susceptibilidades, envidias, desprecios, etc.). Lógicamente, estas actitudes interfieren la dinámica interpersonal generando desequilibrios y conflictos. Sin embargo, en otros casos, las frecuentes vivencias negativas que tienen, les lleva a una valoración muy negativa de sí mismos y a un cierto retraimiento e inhibición.

Desde la vertiente positiva, son personas más observadoras y cercanas, capaces de compartir mucho los sentimientos y emociones de los demás, y con facilidad para captar las necesidades y tener muchos detalles.

Gran parte de la ayuda que se les puede prestar es facilitarles que superen el plano del sentimiento, aceptándolo como un aspecto más de la vida psíquica pero no como el determinante y la medida de la satisfacción personal. Es, pues, la tarea de educación de la afectividad. Al mismo tiempo, es necesario orientarles hacia una cierto distanciamiento del propio yo, procurando no analizar los hechos desde la repercusión personal sino desde el bien y la verdad, y a aprender a controlar los sentimientos, sabiendo que es posible rechazarlos aunque persistan. En esta línea, conviene ayudarles a enfrentarse a los propios sentimientos (fomentando la fortaleza y la templanza para ganar en dominio de sí) y hacerles ver la preeminencia del ser-bueno frente al estar-bien.

Por otra parte, como su valoración del dolor es muy negativa y está alimentada por el temor al sufrimiento, es necesario ayudarles a descubrir el profundo sentido del sufrimiento que se puede encontrar desde la fe, pasando de la desesperanza de sufrir sin sentido a la alegría de ha-

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

llar el para-qué de ese dolor. Al mismo tiempo, conviene remarcar las implicaciones que tiene el dolor en el crecimiento personal.

g) *Impulsividad*

Esta característica supone una escasa capacidad de reflexión, tanto en el modo de analizar los hechos y las situaciones como en las respuestas que se dan.

Un cierto grado de impulsividad se asocia a una mayor intuición, respuestas más rápidas y mayor tolerancia a los cambios. Sin embargo, una impulsividad elevada lleva a la dispersión, descentramiento, desorden, inconstancia y a algunas conductas inapropiadas llevadas a cabo por falta de previsión, ponderación y anticipación de las consecuencias. Al mismo tiempo, la escasa capacidad reflexiva lleva a no profundizar suficientemente en las cuestiones y analizarlas desde los aspectos más superficiales. Por eso, es fácil que algunos temas y planteamientos de fondo no se hayan considerado con la profundidad que requieren y lleve a conductas poco consistentes o claramente frívolas.

La impulsividad puede condicionar algunas actitudes de cerrazón y excesiva confianza en sí mismo pero también puede desembocar en sentimientos de inseguridad y cierta dependencia.

La clave, en estos casos, es crecer en autocontrol, lo que supone, sujetarse a un horario, aprender a planificar y jerarquizar, dedicar un tiempo a pensar las cosas y revisar lo hecho y ganar en constancia. En última instancia es aprender a hacer lo que se debe y estar en lo que se hace, dándole más profundidad a ese planteamiento con la perspectiva cristiana de la mortificación. Por otra parte, conviene ayudar a ahondar en las cuestiones de fondo –existenciales, vocacionales y doctrinales– sin considerar que están plenamente asumidas por el hecho de no ser cuestionadas.

h) *Pesimismo*

Esta inclinación a ver la vida –los sucesos, las cuestiones, las personas, el pasado, el presente y el futuro –desde su vertiente más negativa suele asociarse a cierto grado de complicación, un exceso de preocupación por las cuestiones cotidianas y un perfil de conducta introvertido. Con frecuencia hay una baja autoestima y un componente de inseguridad. Predominan los sentimientos de corte negativo y un tono vital bajo con tendencia a la inhibición. Suelen tender al aislamiento y la evitación de compromisos y situaciones sociales. No suelen compartir sus preocupaciones ni el pesimismo que le embarga, pero traducen todo ello en su manera de acometer las cosas y de evaluar el futuro. Puede resultar realmente difícil conocer su sufrimiento y lograr que expresen con claridad sus preocupaciones. Por este motivo, a veces, manifiestan que tienen dificultades de entendimiento con quienes comparten muchos aspectos de su vida o actúan como orientadores y formadores.

Por otra parte, a veces tienen enquistadas cuestiones del pasado valoradas por ellos muy negativamente. Son temas que les hicieron sufrir mucho, no resueltos en su fuero interno, y que repetidamente reviven de forma privada, sin casi exteriorizarlos, pero de donde parten muchos de sus planteamientos negativos. En esa dinámica, es fácil que adopten actitudes de autocompasión y de excesiva referencia a sí mismos.

Algunas de las orientaciones para la inestabilidad afectiva, el egocentrismo y la suspicacia pueden ser válidas para esta situación. En general, se trata de ofrecerles una visión positiva de la vida, lograr desdramatizar la situación, objetivando bien los hechos, y ayudarles a descubrir el sentido del sufrimiento.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

Bibliografía

Baron, R.A. Byme, D. *Psicología social*. Pearson Prentice Hall, Madrid. 2005.
Bermudez, J., Pérez-García, AM, Ruíz, JA y col., *Psicología de la personalidad*. UNED, Madrid. 2011.
Cloninger, SC., *Teorías de la personalidad*. Pearson Prentice Hall, Madrid. 2002.
De las Heras, J., *Conócete mejor*. Espasa Calpe, Madrid. 1994.
De las Heras, J., *Difíciles de amar*. Espasa Calpe, Madrid. 2001.
Eysenck, HJ., *Personalidad y diferencias* individuales. Pirámide, Madrid. 1986.
Fuentes, A., *Aprender a madurar*. Rialp, Madrid. 2002.
Guardini, R., *Cartas sobre la formación de sí mismo*. Palabra, Madrid. 2000.
Pelechano, V., *Psicología sistemática de la personalidad*. Ariel, Madrid. 2000.
Pervin, LA., *La ciencia de la personalidad*. McGraw Hill, Madrid. 1997.
Polaino-Lorente, A. Cabanyes J y del Pozo A., *Fundamentos de psicología de la personalidad*. Rialp, Madrid. 2003.
Polaino-Lorente, A., *En busca de la autoestima perdida*, Desclée de Brouwer, Bilbao 2003.
Prohaska, L., *El proceso de maduración en el hombre*, Herder, Barcelona. 1973.
Rice, F.P., *Adolescencia: desarrollo, relaciones y cultura*. Pearson Prentice Hall, Madrid. 2000.
Rhodewalt, F., *Personality and social behavior*. Psychology Press, Baltimore. 2008.
Sarrais, F., *Análisis psicológico del hombre*. EUNSA, Pamplona. 2011.
Sarrais, F., *Personalidad*. EUNSA, Pamplona. 2012.
Sarrais, F., *Temperamento, carácter y personalidad*, EUNSA.TECONTE, Pamplona 2016.
Schlatter, J., *Ser felices sin ser perfectos*, 3.ª ed., EUNSA, Pamplona 2016.
Vallejo-Nágera, J.A., *Conócete a ti mismo*, Temas de hoy, Madrid. 1990.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

8

Salud y enfermedad

El reto de vivir

Manuel Álvarez Romero

Salud y enfermedad son las dos caras de una misma moneda: Presencia y ausencia. Se trata pues de un continuo con mil vías o aspectos entre los que siempre obligadamente habrá algunas que no están en donde idealmente las esperábamos. Esa es la salud ideal. ¿Tiene buena salud quien es portador de una afección que desconoce? ¿Y quién sufre indeciblemente con sus preocupaciones y obsesiones sin hallazgos médicos percibidos ni remedios claros para su dolor? Éste claramente es un enfermo, quizá de por vida y que va a requerir mucha y cualificada ayuda. ¿Goza de buena salud quien por optimismo natural, por euforia patológica o por evasividad «mira a otro lado» y vive ignorando su concreta enfermedad sea una diabetes, hipercolesterolemia, descalcificación, anancasticismo, narcisismo, paranoia, etc.? Pienso que no, y podríamos señalar que carga con dos padecimientos: el propiamente dicho y ese otro que oculta al primero pese a que se lo señalen oportunamente.

En este capítulo abordaremos conceptos, factores de influencia, circunstancias, interacciones relacionales y actitudes de la persona frente a la salud. Nuestro tema conlleva importantes connotaciones morales referidas al cuidado de nuestra salud así como al manejo de sus carencias y limitaciones.

La repercusión de nuestros hábitos o acciones relativas a la salud, propia o ajena, tienen siempre un referente moral, como lo es el no valorar las consecuencias que el descuido de nuestro estado de salud (obesidad, enfermedades del metabolismo de las grasas, tabaco, alcohol, sedentarismo, adicciones, incumplimiento terapéutico o diagnóstico, imprudencias en la conducción, etc.) tendrá al precisar las atenciones que nos habrán de prestar tras la discapacidad producida por el accidente vascular cerebral, la parálisis o la invalidez por accidente de circulación que de esas conductas insanas se derivarían. Y hemos de pensar en nosotros y en los demás, en activo o en pasivo.

1. La salud: ¿completo estado de bienestar?

a) *Definiciones y conceptos*

Una definición clásica de la salud decía que estar sano equivale a poder desarrollar las actividades cotidianas: trabajo, relaciones familiares y sociales, alimentarse, etc. Contiene la noción, muy realista, de que estar sano puede conllevar molestias, siempre que éstas no impidan la actividad diaria.

Una visión fisiologista (siglo XIX) de salud estaba dominada por criterios negativos al con-

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

siderar que la salud es la ausencia de enfermedad (de lesión orgánica). Este concepto es muy reductivo, y deja de lado aspectos psicológicos, aspiraciones vitales, etc.

La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) es la más conocida. Se promulgó con la Carta Fundacional de la OMS el 7 de abril de 1946. Fue concebida originalmente por Stampar (1945): la salud es el completo estado de bienestar físico, psíquico y social y no sólo la ausencia de enfermedad o achaque. Supone un avance con respecto a la reducción organicista, ya que presenta varias ventajas, pero también se han apreciado en ella inconvenientes. Así, su subjetividad hace a la definición de la OMS carente de criterios de medición para cuantificar la salud (capacidad funcional y para las funciones orgánicas). Tales criterios objetivos de medición se incluyen hoy en muchas escalas de calidad de vida. También podrían usarse signos obtenidos por métodos diagnósticos más o menos invasivos.

La reducción de la salud del hombre a su mero bienestar hedonista puede llegar a ser la causa del fracaso de la Segunda Revolución Epidemiológica[1], ya que imposibilita un enfoque adecuado de la atención sanitaria, sea ésta preventiva o curativa. Estos y otros inconvenientes motivaron nuevas definiciones con la intención de corregirlos. Nosotros apostaremos por un concepto integral y holístico de salud en que se integren diferentes ámbitos, bien definidos, en el paradigma psicosomático que en páginas siguientes desarrollaremos.

Tabla 1

Ventajas e inconvenientes de la definición de Salud de la OMS

Ventajas	***Inconvenientes***
Expresa la salud en términos positivos. Intenta incluir todos los aspectos relevantes. Para la salud en la vida humana (visión «holística»). Hace un planteamiento optimista y ambicioso.	Utópica y poco realista: en esta vida nunca se da el perfecto bienestar. Subjetiva: equipara bienestar a salud. Poco operativa: resulta difícil medir así la salud.

b) *Tierra de nadie*

Más adelante nos ocuparemos de la enfermedad, estado que de afectarnos nos convierte en enfermos. Pero ¿cómo dividir la población entre sanos y enfermos? ¿Quién podría proclamar su incólume estado de salud? ¿Quién no presenta «un algo» de enfermedad? Parece más bien que existe una franja intermedia o «tierra de nadie» en la que estaremos incluidos la mayor parte de la población que no puede ufanarse de magnífica salud ni tampoco aceptar con verdad el calificativo de enfermo. A esa franja del continuo «salud-enfermedad» se accede por:

– pequeñas enfermedades, en la intensidad o en el tiempo,

– predisposición a enfermar, por las llamadas vulnerabilidades: prediabetes, alergia latente, pre-hipertensión, tendencia a la obesidad, etc.,

– anomalías anatómicas o funcionales, como una espalda escoliótica, … etc.

Y no digamos a qué niveles de amplitud se puede llegar al adentrarnos en el ámbito de lo psicológico. En este sentido se habla hoy del

1. Según Milton Terris, la *segunda revolución epidemiológica* tuvo lugar a mitad del siglo XX, tras la segunda guerra mundial, al establecerse medidas preventivas frente a las *enfermedades crónicas*. Cfr. Juan del Rey Calero, *Fundamentos de epidemiología para profesionales de la salud*, Editorial Universitaria Ramón Areces, Madrid, 2007.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

concepto Inmunidad Psicológica, constructor psicosomático a nivel preconsciente, lo que es sinónimo de automático, con inclusión de rememorización o retrospección, introspección y puesta en marcha de recursos. Un grave obstáculo para su logro es el desdén hacia el trabajo psicoterapéutico que, por contra, es un recurso de enorme valor en procesos tendentes a la recidiva y la cronicidad como los Trastornos de la conducta alimentaria, la jaqueca, la fibromialgia, etc.

c) *Salud y cultura*

¿Por qué hay cada vez más enfermos? La razón en parte estriba en la epidemia de diagnósticos más que en la de enfermedades. La enorme inversión económica en salud origina alivios y curaciones en enfermedades, pero también hace que aumenten los diagnósticos hasta llegar a ser epidémicos.

La cultura actual nos ha conducido a una huida del dolor o la incomodidad hasta medicalizar gran parte de nuestra existencia. Sensaciones tomadas como parte del vivir son consideradas hoy como síntomas. Y así un mal sueño, un duelo, las piernas nerviosas o la inapetencia sexual, son diagnosticadas ahora como alteraciones del sueño, depresión, síndrome de piernas inquietas o disfunción sexual. Pensemos en un niño que, porque tose tras el ejercicio físico, es considerado asmático; o porque tiene dificultades en la lectura, pasa a ser disléxico; o si goza de gran vitalidad, es integrado entre los trastornos de hiperactividad con déficit atencional; en cambio, si no se le ve feliz, entra en el ámbito de la depresión, etc. Sin dejar de insistir en la importancia de detectar precozmente manifestaciones que revelan problemas específicos, es importante identificar como tales a los síntomas leves, intermitentes o transitorios.

Además, el temor y la prisa nos han conducido a la ansiedad por descubrir las enfermedades a tiempo. Buena cosa el diagnóstico precoz pero nocivo lo de estigmatizar con «preenfermedades» a quienes presentan síntomas aislados de algún mal. Más aún cuando se trata de hallazgos asintomáticos y banales desvelados por técnicas diagnósticas analíticas o de imagen (ecografía, radiografía, TAC, RNM, SPECT, PET, etc.)

El materialismo de nuestros intereses nos ha llevado a polarizar la atención hacia lo corporal en detrimento de lo espiritual. Y sucede que los rasgos y tendencias obsesivas de las personas –normales o enfermas– se han focalizado hacia manifestaciones físicas («corporales») en lugar de los escrúpulos y preocupaciones de antaño.

Por otra parte, algunas inversiones en investigación, junto a claros beneficios, obligan a utilizar en clínica frutos de trabajos aún no bien constatados. Esto da lugar a que se reduzcan las cifras o niveles analíticos considerados normales hasta aumentar considerablemente el número de enfermos, que iniciarán pronto un tratamiento para reducir esas supuestas cifras de colesterol, triglicéridos, ácido úrico, etc. Existen muchos y grandes intereses económicos para propiciar estas epidemias de tratamientos, tantas veces no exentos de efectos secundarios, alergias o interacciones. Con la prudencia por delante quisiéramos alentar al sentido común proponiendo como meta para investigadores, clínicos y población la reducción progresiva de la necesidad de servicios médicos en vez de su ampliación.

d) *Salud y genoma*

La constitución de una familia en la que intervengan personas propensas a enfermedades graves, bien merece una estudiada reflexión, para que así ilustrados, puedan los cónyuges elegir con mayor libertad. No cabe duda de que para una familia portadora de enfermedades transmisibles, el consejo genético frente a los posibles matrimonios de sus hijos clarificará riesgos que se asumirán o no, pero que aportarán luz y por tanto libertad de elección. Además la presencia de predisposición al cáncer, por ejemplo, va a generar ansiedad, posible sobreestimación del riesgo y sentimientos de culpa al transmitirla junto a conductas de prevención, seguimiento, cuidado, quimioprofilaxis o cirugía preventiva. Someterse a consejo genético es,

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

sin duda, una compleja experiencia para el paciente y para la familia.

Frente a estas ventajas surgen los temas de la custodia de la información, de los posibles errores, de la utilización perversa de la información, etc. Hay materias de reflexión y tareas por delante. Es evidente que la información genética nos va a ofrecer grandes recompensas y algún que otro riesgo discriminativo, ético e incluso generador de psicopatología.

Dejamos sólo esbozado el tema pues corresponde a otros capítulos el estudio de la genética y de la correspondiente conducta ética.

2. La enfermedad, deterioro de la salud

a) *Aclarando conceptos*

El diccionario Larousse define la enfermedad como «la alteración, más o menos grave, de la salud de un cuerpo animal o vegetal». Y de eso se trata, de un estado de salud mermada en su cantidad y calidad en razón de alteraciones congénitas, infecciosas, tumorales, degenerativas, traumáticas, metabólicas, etc.

En la vida misma hemos aprendido lo que es una enfermedad sin plantearnos su concepto, sabiendo perfectamente quién se encuentra «mal» o indispuesto de un modo agudo o crónico, transitorio o permanente. De hecho, casi todas las enfermedades son permanentes. Es frecuente que los pacientes me interroguen «¿Y esto se cura?» La respuesta más habitual es que «se compensa», se logra el equilibrio sin que desaparezca, al menos, la predisposición.

En medicina se utiliza un término bastante usado y poco entendido en la vida ordinaria: el Síndrome. Se trata de una enfermedad a la que se puede llegar por vías causales diversas, actúa con mecanismos fisiopatológicos variados y su tratamiento es diferente según los factores citados. Es el caso de la ictericia o la depresión. Un paciente ictérico con la piel amarilla ha podido llegar ahí por hemólisis (rotura masiva de glóbulos rojos), por obstrucción litiásica de los conductos biliares o por hepatitis aguda. El tratamiento de la ictericia es completamente diverso según la causa del síndrome. Y una depresión podría tener como causas la alteración de la serotonina, una personalidad desgastadora, una sobrecarga por duelo o los efectos secundarios de una medicación hipotensora, siendo igualmente dispares los tratamientos oportunos.

También empleamos en el lenguaje médico el término Proceso y sería común a Enfermedad o Síndrome. Ejemplos: Proceso canceroso, tuberculoso, gripal, diarreico, etc.

Por su parte, el término «Trastorno» hace referencia, preferentemente, a una disfunción o anomalía en el funcionamiento esperado. Habitualmente, incluye el concepto de enfermedad y de síndrome, si bien, en el ámbito de la psicopatología se ha generalizado su uso y es la forma de referirse a cualquiera de los problemas psíquicos que tienen entidad propia por haberse definido unos límites, más o menos, precisos y un cierto denominador común.

b) *Las enfermedades de la civilización*

La epidemiología es una ciencia de la salud que basada en la estadística nos aporta valiosos datos acerca de la frecuencia de las enfermedades en razón al número de habitantes (morbilidad). Y del número de fallecimientos (mortalidad). Al considerar estos resultados es preciso definir las circunstancias que los condicionan, para así poder sacar conclusiones válidas pues muchas veces suelen resultar engañosas por error o por manipulación.

Existen numerosas enfermedades prácticamente desaparecidas de la clínica: la polio, la viruela…Otras escasean en todo, o en casi todo el planeta, como la lepra, el carbunco, la sífilis. Y algunas aparecen como francamente emergentes –el SIDA o el papiloma genital– o nuevamente emergentes como la tuberculosis. Más allá de las enfermedades infecciosas aparecen como emergentes la obesidad, la hipertensión arterial, la diabetes, la alergia, etc.

Y también están las llamadas Enfermedades Raras, que son aquellas que tienen una inci-

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

dencia en la población menor a 5 por 10.000. En España serían las que afectan a menos de 20.000 personas para una patología en concreto. Algunas son la displasia ósea, la espina bífida, la esclerosis múltiple, la hidrocefalia… Hay que señalar que existen más de cinco mil Enfermedades Raras y cada una de ellas entraña una gran diversidad de manifestaciones. Aparte de las circunstancias específicas propias de cada alteración, las personas que padecen Enfermedades Raras sufren, con frecuencia, entre otros problemas el desconocimiento de la enfermedad, desconcierto y desorientación en el momento del diagnóstico; rechazo social y pérdida de autoestima, ignorancia de cuidados, complicaciones posibles, tratamientos y ayudas técnicas que puedan facilitar su vida, ignorancia sobre especialistas o centros médicos oportunos, ausencias de ayudas económicas, falta de ayuda legal para fomentar la investigación sobre genética, ensayos clínicos y nuevos tratamientos, escasez de medicamentos específicos para tratar la enfermedad, etc.

c) *El «Disease-Mongering» o la «Promoción de Enfermedades»*

En el amplio mundo de las Ciencias de la Salud, existen, cómo no, ciertos vicios. La investigación de enfermedades y de recursos terapéuticos, puede ir adornándose de algunos vicios ligados al enriquecimiento económico, al ensoberbecedor prestigio, a la deslealtad ética de malinterpretar resultados, etc. «Promoción de enfermedades» es un concepto reciente que se refiere al fenómeno por el que las compañías farmacéuticas tienden, a veces, a crear definiciones de enfermedades o simple y llanamente construyen «enfermedades» para aumentar los beneficios de la venta de fármacos sobre los que tienen las patentes. El término utilizado para estas enfermedades «inventadas» o «promocionadas» proviene del inglés *monger*, tratante, traficante, vendedor. Las estrategias pasan por dos caminos: por una parte estrechan el límite de «lo sano» y, por otra, amplían la definición de enfermedad de forma que se consideran como patologías situaciones pre-sintomáticas, leves o iniciales.

En general se trata de enfermedades poco definidas, con síntomas inespecíficos, y un amplio espectro de gravedad. Casos relacionados con este concepto pueden considerarse: la menopausia, el síndrome de piernas inquietas, la ciclotimia-polaridad afectiva, la supuesta disfunción eréctil femenina, la calvicie, etc. Sucede, aún más, en el campo de la neuroimagen donde se puede trasladar al terreno clínico lo que aún es puramente experimental. Así se potencia la conversión de la salud en un nuevo bien de consumo, en lugar de un modo de vivir. No hay más remedio que estar de acuerdo con Baltasar Gracián (1601-1658) cuando escribió en el *Arte de la prudencia* aquello de «Tanto ha de saber el médico para recetar como para no recetar, y a veces consiste el arte en no aplicar los remedios».

A veces, no es fácil identificar el límite entre los necesarios cuidados de la salud, que llevan a detectar precozmente cambios susceptibles de generar enfermedades, y las preocupaciones excesivas o fruto de la «promoción de enfermedades» inducidas por «marketing» empresarial. Sin embargo, para resolver esta cuestión, hoy en día, hay protocolos de constatada eficacia para la detección precoz de enfermedades y llevar así a cabo una medicina preventiva seria y consistente.

d) *Salud y estilos de vida*

Siendo la salud algo enraizado en mi yo, ¡en mi yo y sus circunstancias!, plagiando a Ortega, ha de sentirse notoriamente influida por lo que yo viva como sujeto activo o pasivo. Mi salud va a evolucionar según la cuide, me la cuiden y me venga dada. Por eso, nuestra conducta, fruto de los hábitos y la libertad, va a tener una importante influencia en la calidad de nuestra salud.

La epidemiología señala con nitidez la correlación entre salud y estilos de vida. Sírvannos de ejemplos: el SIDA, la obesidad, el infarto de

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

miocardio, el cáncer de pulmón, los accidentes, el dolor crónico, el daño cerebral, etc.

Como veremos más adelante, las políticas preventivas en salud se saben fracasadas en su lucha contra los llamados factores de riesgo. Se trata de una ardua lucha de años con resultados muy modestos, basados en el «asistencialismo». La medicina preventiva camina hoy por el camino de los condicionantes y determinantes de salud: tabaco, colesterol, triglicéridos, alcohol, drogas, conducción temeraria, etc. que han de ser manejados en la educación para la salud, antes de que se implanten estilos negativos que luego resultan costosos de erradicar. Según los datos de la Red Española de Ciudades Saludables, los principales factores que condicionan la salud son: el estilo de vida (43%), la biología humana (27%) y el sistema sanitario (11%). Y se viene destinando un 90% del presupuesto sanitario al sistema, y apenas un 1,6% a políticas relacionadas con el estilo de vida. Un ejemplo: El dolor de espalda afecta al 80% de la población en algún momento de su vida y su repercusión en el Producto Interior Bruto del país oscila entre el 1,7 y el 2,1%. Según estudios de la Fundación Kovacs, la prevención y tratamiento basados en higiene postural y laboral ahorraría infinidad de recursos y evitaría largas bajas por incapacidad laboral. Profundizaremos más en esto, al final del capítulo, tratando sobre la prevención de enfermedades.

e) *Enfermedad y sentido*

Cuanto pensamos y hacemos tiene un sentido que surge y se establece en alguno de los niveles antropológicos: tendencial o instintivo, reflejo, racional-compensatorio, de apropiación o donación, proyectivo, de sublimación, etc. Los pensamientos, sentimientos y acciones surgen en el devenir de nuestra vida, en razón de múltiples estímulos internos o externos, implícitos o explícitos, simples o complejos. Y surgen con un sentido que se irá modificando poco a poco hasta enriquecer o empobrecer el sentido final resultante. Es lo que nos sucede cuando enfermamos, sea cual sea la naturaleza, el poder sorpresivo o limitante y la gravedad real o aparente de la enfermedad que nos asalta con sus correspondientes circunstancias cronológicas y de apoyo sociofamiliar.

La enfermedad es dolor –físico y moral– y la persona humana rechaza en sí misma el impacto doloroso, y por ello causa una rotura, a veces grave e incluso mortal, del equilibrio homeostático en los sistemas psicofísicos de su organismo. Ese desequilibrio metabólico y emocional necesitará ser reinterpretado mediante recursos personales: compensaciones electrónicas, atómicas, moleculares, celulares, hormonales, neuroendocrinas, neurovegetativas, emocionales y racionales. Esta es la complejidad del actuar psicosomático del ser humano en su ingente riqueza y con específica capacidad de trascenderse y trascender lo que ocurre alcanzando así la posibilidad de recorrer un amplio espectro de sentidos con los que contemplar, comprender, admitir o disfrutar los acontecimientos que le afectan. El dolor es «la piedra de toque del amor»[2], es la cruz que, asumida, eleva y realiza nuestro vivir. Y que arrastrada con rebeldía y resentimiento rompe y aplasta a la persona aún más que el propio padecimiento[3].

Para finalizar, señalaremos que los sistemas psicofísicos del hombre funcionan mediante mecanismos de feed-back interconectados, de tal manera que cuando llega la desestabilización, el deterioro se acrecienta progresivamente y se «contagia» a los sistemas funcionales vecinos.

Ante una persona sufriente y deshecha a quien hayamos de ayudar es muy importante descubrir cuáles son sus puntos fuertes de apoyo, para desde ahí recrecerle, generar espirales de equilibrio y crecimiento, que a su vez «contagiarán» el beneficio a los sistemas más afines, y éstos a otros hasta así lograr la total restauración

2. Cfr. san Josemaría Escrivá de Balaguer, *Camino*, n. 439.
3. Cfr. capítulo 11.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

de la persona. Valga un ejemplo sacado de Viktor Frankl. Ante un duelo por viudez podemos iniciar la recuperación basándonos en el amor conyugal previo, realzando el supuesto de que gracias a la supervivencia del paciente su consorte no se quedó viudo y se ahorró este dolor. Sufres por lo que él/ella no ha sufrido, te cargas con su dolor que así es aliviado.

3. La perspectiva psicosomática de la salud

a) *Un nuevo y viejo paradigma*

Encontrándose Juan Rof Carballo en Centroeuropa por razones de estudios de postgrado, conectó con diferentes ámbitos psicoanalistas y psicoterapéuticos existentes en la vieja Europa. Regresó a España en 1938 para trabajar en San Sebastián y Madrid con los doctores. Jiménez Díaz y Gregorio Marañón, iniciando el primer Servicio de Medicina Psicosomática en el Hospital Clínico de Madrid. Sus inmediatos colaboradores del momento me han referido los éxitos de la práctica psicosomática en las salas del viejo hospital y en las consultas. Y también las contradicciones e incomprensiones que se dieron. Y es que si todos aceptamos fácilmente la unidad del ser humano en la consideración teórica, no es tan fácil bajar a la arena de la relación médico-paciente, «usar la silla» como primerísima herramienta terapeútica del médico, armarse de paciencia, empatizar, sugerir, convencer y encauzar la «fuerza curadora natural» para lograr la salud removiendo obstáculos conceptuales o emocionales puestos, tantas veces, inconscientemente por el propio paciente, que se niega a reconocerlos como presentes, como de su autoría o, al menos, de su connivencia.

La salud era, para Galeno, equilibrio en los cuatro humores estructurados por Hipócrates –sangre, pituita, bilis amarilla y bilis negra–, y la enfermedad era su alteración. El médico será el encargado de restablecerlo contando con la correlación de biotipo y psicotipo, que conformarán los conceptos actuales de temperamento y carácter.

Desde que Heinrot utilizó por vez primera el término «psicosomático», fue ampliándose hasta lograr con Engel, a principios del s. XX, el enunciarse como bio-psico-social, entendiendo esos tres parámetros, no aislados, sino en continua interacción. Recientemente, entre nosotros, Pedro Ridruejo ha destacado hasta dotarlo de autonomía, al factor ecológico o medio-ambiental, que comprende las variables físico-químicas del entorno en el que nos movemos.

Siempre que abordemos una situación de salud o enfermedad en una persona concreta, nos resultará de gran utilidad para su comprensión el empleo del paradigma psicosomático. Comprobaremos así la cualidad y cuantía de la afectación patógena y también de las vías restauradoras de la salud para posibilitar, iniciar o acelerar el proceso curativo.

Dando un paso más, entramos en la consideración del paciente como ser personal, enriquecido con su libertad de pensamiento y acción. Surge así el paradigma psicosomático bio-psico-socio-eco-espiritual. Porque es evidente que contamos con libertad. Quizá no mucha pero sí alguna. Estamos condicionados, y en ocasiones enormemente, pero no predeterminados. De ahí que si en relación con la salud-enfermedad utilizamos mal la libertad –no siguiendo los consejos o la medicación que nos indican, contraviniendo los dictados de la conciencia con los principios naturales propios de nuestro ser, etc.– nuestra salud tenderá a derrocharse y perderse.

Frente a la medicina basada en la «evidencia», tan en boga hoy en día, hemos de considerar la medicina basada en la «persona» que se propone «mirar personas», para entenderlas, saber qué las hace sufrir y pro-curar aliviarlas o curar, mediante los recursos que ese saber proporciona. Tarea que requiere tiempo (¡en esta cultura acelerada!), empatía (¡en esta sociedad individualista y egoísta!), compromiso asistencial (en un sistema regido por los índices estadísticos) ¿Mirar, o más bien escuchar? Mirar, escuchar: verbos que denotan actitud envolvente y atenta, aunque figuren pasividad.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

b) *Salud y enfermedad psicosomáticas*

Quizá a alguno le podrá sorprender esta frase de santa Teresa de Jesús[4]: «Verdad es que a mí me tiene espantada y lastimada (…) lo mucho que participa la pobre alma de la enfermedad del cuerpo que no parece sino que ha de guardar sus leyes, según las necesidades y cosas que hacen parecer». Y también la intuición de santo Tomás Moro al parangonar la mejoría de la enfermedad del cuerpo cuando se recrece el espíritu con la influencia de aquel sobre éste. Toda una primicia psicosomática en *Diálogo de la fortaleza contra la tribulación* de Tomás Moro. En nuestros días, san Josemaría Escrivá, tan sensible a la humana grandeza, recordaba la necesidad del cuidado de la salud corporal para evitar el agotamiento físico –y pasar de ahí a la enfermedad psíquica– que incapacita tanto para el trabajo como para afrontar la vida con optimismo cristiano[5].

La experiencia lo avala y la continuada vivencia clínica en una consulta de medicina psicosomática lo certifica: no hay que olvidar esta gran influencia psicosomática y somático-psíquica en el día a día. Y del devenir biográfico de cualquiera de nosotros, lo primero a considerar es que nadie encuentra lo que no busca o conoce. Es preciso estar atento a descubrir los procesos, enfermos y personas en los cuales la afectación emocional es significativa o prevalerte entre las causas del padecer del cuerpo. Realmente se puede enfermar ahora por un trauma antiguo, incluso infantil, por asociación o remoción. Y puede tratarse de una sobrecarga cuantitativa o cualitativamente nociva, y reciente, de un estrés agudo o continuado, de algo nacido fuera de nosotros o en el propio interior, etc.

Otras veces es en el cuerpo donde se inicia el enfermar psicopatológico. Y por mucho que busquemos factores emocionales originarios no los hallaremos. Es lo que sucede en los procesos tiroideos en que la ansiedad es debida a un exceso hormonal o la depresión debida a tasas bajas de tiroxina. Otro tanto sucede en las depresiones y psicopatías orgánicas (tumor cerebral o de páncreas, hepatitis, etc.) o tóxicas (drogas, alcohol, interacciones medicamentosas o por productos químicos, etc.).

En ocasiones resulta muy difícil encontrar la raíz primera del enfermar porque lo psíquico o somático, lo ambiental, lo ecológico y, al fin, la libre e inadecuada actuación personal, aportan conjuntamente su participación patológica. Es el caso de ciertas patologías, duras de encauzar y resolver, motivo de controversias en la investigación y clínica médica actuales. Tales son la fibromialgia, el síndrome de fatiga crónica, las jaquecas, etc.

Cuando desde la medicina y la familia se cuenta con este bagaje psicosomático es, sin duda, mucho más fácil, eficaz y gratificante la comprensión y la resolución de las patologías que abordamos.

c) *Salud y género: ¿salud unisex o prevalencias de género?*

En base a la importancia cualitativa y cuantitativa que la enfermedad depresiva entraña, nos preguntamos: ¿está justificado el separar la depresión que se da en una persona del sexo femenino de la que se da en otra del sexo masculinao? ¿Qué connotaciones específicas entraña la depresión cuando se da en la mujer? ¿Acaso hay depresiones que en su causa o en sus manifestaciones son específicas del sexo femenino? La respuesta es claramente afirmativa. Otro tanto sucede con los trastornos de la conducta alimentaria, con la artrosis, la fibromialgia, la jaqueca, etc.

En realidad, casi toda la patología conlleva una cierta especificidad según se dé en el varón o en la mujer. El cerebro de la mujer es, en efecto, diferente del masculino. El varón y la mujer son psíquicamente distintos y esto se puede constatar no sólo por el diferente modo de enfocar las cuestiones sino también por los datos biológicos

4. Santa Teresa de Jesús, *Libro de las Fundaciones*, cap. 29, 2.
5. Cfr. S. Josemaría Escriva, *Camino*, n. 706 y *Amigos de Dios*, nn. 10 y 137.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

que demuestran de forma científica lo que de un modo empírico ya habíamos descubierto. Estas diferencias no cabe explicarlas sólo desde la perspectiva de la influencia sociocultural y de la distinta función social que desempeña cada sexo, sino que además demuestran tener una base neurobiológica bien concreta. Un dato bien significativo: más del 90% de los receptores para estrógenos –las hormonas sexuales específicamente femeninas– están localizados fuera de los órganos sexuales, y la gran mayoría de ellos en el cerebro. El sexo implica una diferencia a nivel genético (cromosomas XX ó XY), embrionario, gonadal, corporal (caracteres sexuales primarios, secundarios) y psicológico que se traduce en la presentación de un modo de ser persona cualitativamente diferente. Se es persona en masculino o en femenino. El varón y la mujer constituyen dos modos diferentes de ser persona.

Las diferencias señaladas condicionan un modo de enfermar también diferente. Por una parte, hemos de contemplar las enfermedades genuinamente femeninas derivadas de la disfunción en los órganos exclusivos de la mujer (ovarios, útero, mamas…) y, por otra, el modo específicamente distinto de enfermar, que se da en la mujer o en el varón, cuando aparentemente debería ser igual (hipertiroidismo, apendicitis, tuberculosis, cáncer de colón…), pero que en la realidad no es así ya que la especificidad femenina o masculina condiciona al resto.

Por citar solamente dos entidades patológicas, los Trastornos de la Personalidad afectan de modo claramente dispar a uno y otro sexo. En el varón predominan el Trastorno de la Personalidad antisocial, narcisista y paranoide, influidos en buena parte por factores socioculturales, alcohol y otras adicciones. Y con la mujer son más frecuentes los Trastornos de la Personalidad por dependencia, histriónicos o Borderline o límite caracterizado por la impulsividad, la variabilidad anímica y la influenciabilidad. Sin duda, también aquí la influencia sociocultural juega un papel importante.

El Trastorno de Hiperactividad con Déficit de Atención (TDAH) es una enfermedad de moda y emergente quizá porque se la conoce mejor y porque se trata con mayor conocimiento clínico y eficacia. Los pacientes presentan desatención, hiperactividad e impulsividad que dan lugar a fracaso escolar, conductas desadaptadas o adictivas, dificultades en la vida familiar o de relación, etc. Pues bien, el TDAH se presenta con dos modelos según el sexo de los pacientes. En los varones la enfermedad se da con hiperactividad e impulsividad preferentemente, mientras que en las niñas o mujeres predomina la presentación de falta de atención y pasividad pasando desapercibida con frecuencia. Sin duda que junto a ciertos componentes genéticos y metabólicos existen importantes condicionantes sociales, educacionales y culturales.

4. ¿Prevenir es curar? ¡según y como!

a) *Nuevos enfoques en Medicina Preventiva para el siglo XXI*

La Sanidad pública ha realizado un ingente derroche de medios durante los últimos cincuenta años con indudables logros. Pero a la vez se ha ido instaurando en los medios profesionales y especializados un ambiente de «no es esto, no». Fue la prestigiosa revista *The Lancet* quien denunció y desveló «los catastróficos fallos de la Salud Pública», en una época como la nuestra en la que el lema de la OMS es «Salud para todos en el año 2000». Y mientras, crecen las cifras de morbilidad para una serie de afecciones que alcanzan el 60% de la población: obesidad, diabetes, enfermedades cardiovasculares, adicciones, enfermedades de transmisión sexual, accidentes de tráfico, trastornos de la conducta alimentaria, etc.

En el año 2000, en EEUU se estimaba que el 64% de los mayores de 20 años padecía sobrepeso. Y el 15% de los niños otro tanto. En España las cifras son similares e igualmente crecientes. Una consecuencia de la obesidad es la diabetes mellitus tipo II y, por supuesto, la enfermedad cardivascular. Está demostrado que la mejor prevención de estas enfermedades es

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

la reducción de peso mediante dieta y ejercicio físico.

En España en 1994, el 18,2% de los jóvenes de 14-18 años de edad admitía haber consumido cannabis en el último año; en 2004 el porcentaje alcanzó el 36,1%. La cocaína pasó, para esas personas y en el mismo período, del 1,8% al 6,8%. En Madrid, la Agencia antidroga atendió, en 2006 un 36% más de consumidores de cannabis y cocaína sobre los 1344 atendidos en 2005. Todos ellos presentaban patología dual, es decir otra psicopatología además de la adicción.

En definitiva, ante todas estas cifras, muchos investigadores y responsables de Política Sanitaria reconocen que «algo falla» en las campañas de prevención.

b) *De los factores de riesgo a los determinantes*

Los factores de riesgo han sido los puntos de apoyo de la Sanidad preventiva durante la segunda mitad del siglo XX, paradigma que ha quedado insuficiente y exige nuevos replanteamientos. Es la búsqueda de los «determinantes» lo que resulta exigible.

La mejor prevención o tratamiento antitabáquicos son, sin duda, no encender el primer cigarrillo. Traslademos este paradigma a la relación sedentarismo-sobrepeso, sobrealimentación-obesidad, múltiples parejas-infección por VIH o papiloma, alcohol-muerte en la carretera o accidentes invalidantes.

Pero abordar estas cuestiones es tarea difícil, que quizá no aporte prestigio, admiración o aplauso por parte de numerosos grupos sociales que, además, equivalen a votos. Sin embargo, la investigación sobre el comportamiento y sus bases antropológicas, siendo difícil, es prioritario.

c) *La educación temprana o el «llegar a tiempo»*

El paradigma de los factores de riesgo es individualista y mira al sujeto que ya está inmerso en esos riesgos. Pero es preciso ir más allá de la educación del sujeto individual identificando las raíces culturales, sociológicas y antropológicas de ciertos estilos de vida autodestructivos para actuar con decisión y sin prejuicios sobre esas raíces. La epidemiología del siglo XX ha identificado estilos de vida patógenos sin pasar a «los determinantes de los determinantes» sobre los que es preciso incidir adecuada y oportunamente. En esto ha de consistir la auténtica prevención.

Examinando lo que de común encierran estas patologías prevalentes hallamos un repetido denominador: la falta de fuerza de voluntad. Es algo que resulta necesario inculcar, con formación e información motivadoras, a quienes «aún no están expuestos» a los «contagiosos» factores de riesgo. La prevención eficiente no consiste en asustar o «poner parches» cuando ya es tarde.

Con frecuencia oímos hablar de prevención a la vez que se denotan como prevalentes otros intereses: el negocio en torno a los estilos de vida insanos potenciados por la publicidad, la difusión de fármacos de prevención secundaria (píldora del día después, deshabituación antitabáquica, adelgazantes de todo tipo, reductores del colesterol, etc.). La «Cenicienta» en políticas preventivas resulta ser la prevención Primaria.

d) *Responsabilidad, autodominio y «apoderamiento»*

Autodeterminación e implicación, en lugar de pasividad o indefensión. La responsabilidad y madurez motivadas son parte importante en la Prevención Primaria que venimos exponiendo. Tanto en la práctica clínica como en la prevención, la carga patógena será más llevadera si hay una implicación del sujeto, si hay conciencia del control de la situación y de los riesgos. La figura del mero paciente, del latín *patiens*, el que «soporta y padece» no es buen aliado para la prevención o la recuperación de la salud.

No es válida una promoción de la salud que no invite al esfuerzo. El hecho de que la salud es para vivir y no al contrario, no se opone a que la vida humana sea más plena cuando cuenta

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

con el autodominio. Cultivar la fuerza de voluntad y un cierto grado de esfuerzo en la lucha, resultan imprescindibles para la madurez personal. Saber y poder retrasar la satisfacción frente a la apetencia inmediata forma parte de la inteligencia emocional tan en boga. Y estando tan claros estos postulados, permanecen ausentes en tantos modelos educativos actuales. En las personas jóvenes, ¡cuánto influyen negativamente en estos temas la televisión y los videojuegos o similares!

Recientemente se ha comenzado a hablar de «apoderamiento» o *empowerment* para expresar el traspaso de poder, el control de la propia salud a los ciudadanos. Magnífico, pero contando con personas capaces de una «autonomía responsable». De ordinario se nos da la libertad antes que la madurez necesaria para administrarla bien. Por esto, precisamente, necesitamos ayuda en la maduración hacia una autonomía responsable, capaz de lograr estilos de vida saludables y fundados en el autodominio.

El apoderamiento invita a la construcción de una personalidad responsable y dueña de sí, capaz de resistir la presión comercial de los estilos de vida autodestructivos. Todo lo contrario a las utópicas propuestas de Salud Pública en la que un Estado paternalista se ocupa de los ciudadanos pasivos, conformistas y consumistas. La Salud Pública, como toda la Medicina, ha de buscar el abordaje causal y considerar que la mejor vacuna es el logro de ciudadanos dueños de sí y maduros en su responsabilidad personal.

Es preciso cultivar una política sanitaria de anticipación que incluya cultura, legislación, moda, educación, mensajes periodísticos, etc. Y desde esa perspectiva multi-disciplinar lograr el pretendido «llegar a tiempo» y no cuando, como sucede ahora, ya es demasiado tarde. Es lo que ha sucedido, décadas atrás, con los calendarios de vacunación infantil, que han resultado muy eficaces para ese «llegar antes» y cambiar radicalmente el mapa epidemiológico de las enfermedades transmisibles.

5. Conclusión

Hemos pretendido clarificar conceptos y estimular hacia la autorresponsabilidad en la valoración y autocuidado de la salud global. No resulta fácil la prudencia en estos temas, dadas las tendencias personales y las presiones sociales de diversa índole. Es preciso, pues, ajustar generosa y razonablemente la inversión en la propia salud, sin caer en el desprecio o el descuido por un lado, ni por otro, en la ortorexia física o mental. Por otra parte, la hipocondría no es tampoco una actitud saludable o nacida desde la responsabilidad y el buen sentido.

En el «conócete a ti mismo», que los griegos nos legaron, está implícita la necesidad de una esforzada, sensata y motivadora educación para la salud física y psicológica. ¡Cuántos recursos económicos se ahorrarían y cuánto dolor se evitaría con un razonable cuidado de la salud personal! Para ello, resulta capital como tarea del médico, junto a la reconducción de ideas erróneas, la motivación. Existen experiencias alentadoras como el «Proyecto Sonrisa» (educación, información y motivación) o la Biblioteca del paciente, recientemente iniciadas en España.

La solidaridad y la caridad llevan a mirar hacia quienes nos acompañan en el camino de la vida. Y esa mirada, implica atender a la salud ajena ayudando a preservarla, manteniéndola y restaurándola. Aquí nace, por parte de cada uno, la advertencia frente a riesgos o peligros, la enseñanza de medidas saludables y hacederas, la información o el aporte de medios para el abordaje psicosocial tras la convalecencia y la orientación cara a posibilidades de trabajo, que es salud, para quienes lo precisen. Y tantas otras aportaciones que pueden alcanzar el ámbito de la ética y la justicia.

La perspectiva psicosomática con su paradigma bio-psico-socio-eco-espiritual será, sin duda, una herramienta de valor considerable a la hora de enfocar la salud y la enfermedad propia o ajena.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

Bibliografía

I. *Manuales.*

Piedróla, G., Domínguez, M., Cortina, P., Gálvez, R., Sierra, A., Sáez, M.C., Gómez, L.I., Fdez-Crehuet, J., Cueto, A., Gestal, J.J. *Medicina Preventiva y Salud Pública.* 11.ª edición, Salvat, Barcelona 2008.
Martínez González, M. Á., Sánchez Villegas. A. *Estilos de vida y Salud Pública.* Pamplona. Ulzama Digital, 2004.

II. *Otros textos*

Martínez Hernández, J., *Nociones de Salud Pública.* Ed. Díaz Santos. Madrid 2003.
Martínez González, M. Á., Gómez Gracia, E., Alonso, A. *Epidemiología y prevención de enfermedades transmisibles. Vacunas.* Pamplona: Ulzama Digital, 2006.
Pelta, R. y Vivas, E., *100 consejos para vivir con Salud.* Temas de hoy. Madrid 1998.

III. *En internet*:

www.who.int (Organización Mundial de la Salud).
http://ec.europea.eu/health-eu/index_es.htm (Unión Europea).
http://www.isciii.es (Instituto de Salud Carlos III).
http://www.fisterra.com (Portal de salud. Guías médicas).
http://www.psicosomatica.net (Centro Médico Psicosomático).
http://www.semp.org.es (Soc. Española de Medicina. Psicosomática).
http://www.psicosomaticaandaluza.org (Soc. Andaluza de M. Psicosomática).

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

9

SALUD MENTAL

Orientaciones para el equilibrio psíquico

Agustín Melián García y Javier Cabanyes Truffino

1. Concepto de salud mental

El concepto de salud mental es complejo y difícil de definir. Hace referencia a un supuesto equilibrio funcional de la actividad psíquica que llevaría al «estado de bienestar psicológico» que señala la OMS en su definición global de la salud. Sin embargo, no es fácil precisar en qué consiste ese equilibrio, cómo se lleva a cabo en el permanente dinamismo de la actividad psíquica y cuáles son las variables de la actividad psíquica relevantes en su equilibrio.

De entrada, el concepto «estado de bienestar» lleva consigo connotaciones poco precisas y que señalan una cierta pasividad, accidentalidad y subjetividad. Es decir, señala algo que le sucede al sujeto –le afecta de forma extrínseca– y que es vivencial y difícilmente objetivable. Por tanto, el «estado de bienestar psicológico» parece indicar la satisfactoria situación en la que se encuentra el sujeto en relación a su actividad psíquica.

Por su parte, el concepto «actividad psíquica» es polifacético y difícil de aprehender. Representa el conjunto de procesos que configuran el psiquismo humano, de donde se pueden extraer aspectos estructurales y dinámicos, entendidos todos ellos como elaboraciones teóricas destinadas a intentar explicar esta parcela de la realidad humana. De forma muy esquemática, la esfera psíquica del ser humano podría dividirse en aspectos afectivos, cognitivos, ejecutivos y metapsicológicos.

Los aspectos afectivos estarían constituidos por el estado de ánimo (tono vital), los impulsos (inclinaciones o tendencias), los sentimientos (fondo afectivo) y las emociones (sentimientos intensos de breve duración) de donde se derivarían elaboraciones más complejas como la autoestima (valoración sobre sí mismo) y la empatía (capacidad de captar y entender los sentimientos y estados mentales del otro).

Los aspectos cognitivos representarían el conjunto de funciones neuropsicológicas (atención, memoria, lenguaje, reconocimiento de las percepciones o funciones gnósicas) que permiten el manejo de la información y serían el sustrato de abstracciones más complejas como el autoconcepto (idea sobre uno mismo) o las atribuciones (explicación causal de los hechos).

Los aspectos ejecutivos incluirían la planificación, selección de estrategias, inicio de la acción y regulación de los actos, y condicionarían el autocontrol (autogobierno por filtro selectivo de impulsos y estímulos) y la interacción (formas, recursos y estrategias de relación interpersonal).

Los aspectos metapsicológicos hacen referencia a ese conjunto de procesos de la esfera psíquica del sujeto, que están vinculados al

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

sustrato neuropsicológico pero que no tienen su origen en él y lo trascienden completamente, situándose en la dimensión espiritual del ser humano. Estos procesos son, también de forma esquemática, el pensamiento y la capacidad de amar. Pensar y amar llevan implícita la libertad y son las notas distintivas del ser humano.

Si bien, estas distinciones dentro de la esfera psíquica son meramente teóricas y sólo artificiosamente trasladables a la práctica, son útiles para acercarse al concepto de «actividad psíquica». La salud psíquica sería consecuencia de un adecuado funcionamiento de los diferentes aspectos de la esfera psíquica. Cada uno de esos aspectos (afectividad, cognición, ejecución, metapsicología) es relevante para la salud mental, y lo es de forma recíproca y multidireccional: todos influyen sobre todos.

Lo sano hace referencia a lo natural, a lo que es propio de la forma de ser: es sano lo que se adapta más al modo de ser, lo que es más normal en ese modo de ser. El error o la ignorancia forman parte de lo esperado en el ámbito de lo imperfecto, por tanto, hasta cierto punto serían algo normal en todo aquello que no es perfecto. En el contexto de la actividad psíquica, imperfecta por naturaleza, el error o la ignorancia podrían condicionar un mal funcionamiento; pero no son considerados como algo contrario a la salud e indicativo de enfermedad precisamente porque son esperables, porque son limitaciones propias de ese modo de ser imperfecto. Sin embargo, la persistencia invencible en el error o en la ignorancia podría estar señalando un trastorno de fondo o ser el origen de otro. En cualquier caso, es necesario intentar diferenciar lo que sería normal y, por tanto, indicativo de salud mental, de lo que podría ser anómalo y, en consecuencia, manifestación de psicopatología o enfermedad.

2. Normalidad psíquica

La definición de salud mental exige delimitar los ámbitos de la normalidad para, así, poder identificar el traspaso al ámbito de lo anómalo como indicativo de psicopatología.

El concepto de normalidad señala la calidad o condición de normal. Por su parte, el término normal, en sus acepciones aplicables a la salud, hace referencia a lo esperado en razón de la naturaleza –por ser lo que es y cómo es– y de dónde se deriva la norma. Por tanto, los conceptos de «normal» y «normalidad» en la salud mental tienen una estrecha e inseparable conexión con la naturaleza humana, con lo que la persona es, en cuanto a sus operaciones, con los determinantes impuestos por ser lo que es: una unidad sustancial de materia y espíritu, de biología y psique, donde ambos aspectos se condicionan reciproca e intrínsecamente. Así pues, al hablar de normalidad es necesario considerar siempre esta unidad inseparable, siendo un error pretender delimitar su ámbito al margen de esta consideración. Esta premisa permite no confundir las imperfecciones y limitaciones con la enfermedad, ni dar carta de normalidad a lo que son enfermedades.

Un primer acercamiento al concepto de normalidad se puede hacer desde los criterios que establecen determinadas ópticas o perspectivas de análisis de los datos o de los hechos.

a) *Criterios de normalidad*

Existen varios criterios que ayudan a definir el ámbito de la normalidad en general y que son aplicables a la salud mental. Son criterios complementarios y nunca excluyentes. Ninguno de ellos es plenamente fiable por lo que ninguno es suficiente por sí solo.

Criterio estadístico: señala lo que está dentro de la media, lo que es propio de la mayoría, es decir, lo esperable en relación a la distribución en la población. En relación a la salud mental, este criterio es orientador pero nunca definitivo. Es evidente que no necesariamente lo propio de la mayoría es lo normal; y este hecho lleva a plantear la cuestión de la existencia de sociedades enfermas en las que la excepción es precisamente el sujeto mentalmente sano. Basta analizar algunos contextos sociales, del pasado o

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

del presente, para detectar, por ejemplo, manifestaciones colectivas de paranoia, egocentrismo o depresión.

Criterio integrativo: indica el grado de adaptación y participación en el conjunto. En salud mental es aplicable tanto a la armónica integración de los diferentes aspectos de la actividad psíquica como a la del individuo en el contexto social. En relación a las funciones psíquicas el desequilibrio entre unas y otras puede estar sugiriendo anormalidad, como podrían ser los casos de personas marcadamente racionales («cerebrales» y frías) o, su contrario, las exageradamente afectivas («viscerales» y muy emotivas). Por su parte, grados bajos de integración social suelen indicar anormalidad pero, quizá, también su opuesto como le podría ocurrir a las personas marcadamente dependientes o las situaciones sociales de colectivismo o en las que impera el pensamiento único.

Criterio funcional: representa la adecuación al funcionamiento esperado, es decir, en relación a su finalidad: el para qué de esa actividad (ej.: aprender determinadas materias, relacionarse adecuadamente, etc.). Este criterio, aplicado a funciones aisladas del individuo posee una fiabilidad mayor por su directa conexión con la naturaleza humana, pero está limitado por su difícil objetivación. Cuando hace referencia a parámetros socioculturales, la funcionalidad está sesgada por esos mismos parámetros. En cualquier caso, es importante tener presente que el obrar sigue al ser y, por tanto, el funcionamiento de algo está supeditado a lo que es. En consecuencia, la normalidad en el funcionamiento tiene siempre que hacer referencia a la naturaleza: no sería normal sólo porque funciona bien sino en tanto que lo hace de acuerdo con su naturaleza.

Criterio subjetivo: define la normalidad desde las referencias personales, siendo equivalente a la percepción de bienestar: es normal porque se siente bien.

En el ámbito de la salud en general, la percepción del propio bienestar es lo que suele servir de indicador de salud y, por el contrario, el malestar es señal de alarma de una posible enfermedad. Sin embargo, cada vez está más admitido que la percepción subjetiva de bienestar no es criterio suficiente de salud y que es necesario objetivar la normalidad para poder afirmar la salud. En la salud mental esto es aún más importante, al tiempo que más difícil, porque la conciencia de haber perdido la salud psíquica puede ser muy escasa o nula (por ejemplo en la anorexia mental o en la esquizofrenia) y porque es muy complejo, casi imposible, llegar a objetivar la salud mental. En este sentido, es muy sugerente la clásica distinción entre los sujetos que sufren y hacen sufrir, los que sufren sin hacer sufrir, los que no sufren pero hacen sufrir y los que ni sufren ni hace sufrir. En todos estos casos, el sufrimiento marca las distinciones y parece delimitar la salud mental, sin embargo, por un lado, es muy difícil de objetivar (tanto el sufrimiento propio como el ajeno) y, por otro lado, su presencia no necesariamente señala enfermedad ni su ausencia salud.

El ámbito de la salud metal podría definirse mejor utilizando conjuntamente estos criterios: cuantos más criterios haya, a favor o en contra de la normalidad, mejor delimitada estará la salud mental. Sin embargo, queda claro que definir los límites de lo normal en la actividad psíquica cuenta, al menos, con dos problemas: 1/ su enorme carga subjetiva que la hacen difícil de objetivar (ej.: el estado de ánimo o la tensión nerviosa), y 2/ su marcada influencia y variabilidad sociocultural (ej.: las diferencias en las manifestaciones afectivas entre unas culturas y otras).

Para intentar solventar estos problemas y contribuir a la delimitación de la salud mental, desde los criterios de normalidad que aportan las diferentes perspectivas señaladas, es útil apoyarse en una serie de indicadores de normalidad.

b) *Indicadores de normalidad*

Los indicadores de normalidad son aspectos extraídos de la observación del individuo, tanto de su actitud como de su actividad, que sugieren salud o enfermedad mental. Al mismo

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

tiempo, son también elementos clave en la promoción de la salud mental. El término medio de cada uno de estos indicadores, cuando es posible determinarlo, señalaría la normalidad; sin embargo, el significado de las puntuaciones extremas está condicionado por los valores en los restantes indicadores.

Los indicadores de normalidad más sugerentes son los siguientes:

– Flexibilidad: adaptación al cambio, capacidad de modificar los pensamientos, sentimientos, actitudes o conductas en virtud de los nuevos parámetros. La falta de flexibilidad señala rigidez y su exceso inconstancia.

– Eficiencia: capacidad de lograr los objetivos propuestos. No parece apropiado hablar de exceso pero su déficit se asocia habitualmente a problemas de salud mental o consecuencias sobre ella. Interesa contrastarlo con la eficacia, en tanto que capacidad de obrar, y considerar la problemática que surge cuando una alta eficacia anula la eficiencia, como podría ocurrir en el perfeccionismo.

– Sintonía: adecuada vinculación con la realidad, es decir, capacidad de identificar y actuar de acuerdo con las coordenadas del mundo donde uno vive, sin escapismos ni distorsiones pero tampoco subyugándose con los hechos o acontecimientos.

– Armonía: equilibrio entre las diferentes funciones psíquicas y en cada una de ellas. Su término medio queda representado por un suficiente autocontrol (ni ausente ni excesivo) y una adecuada estabilidad anímica (ni rígida ni fluctuante).

– Comunicación: suficientes recursos y estrategias para la interacción social, siendo capaz de escuchar y transmitir, aceptar y hacer valer. Su punto medio representa la asertividad, como cualidad de la relación social, tan distante de la pasividad y el retraimiento como de la imposición y el egocentrismo.

– Creatividad: capacidad para aportar algo nuevo a la propia vida que se traduce en iniciativa, imaginación, desarrollo de alternativas, búsqueda de otros ámbitos y generación de vinculaciones.

– Trascendencia: apertura a otras experiencias, otros entornos, otras personas, otros planos de la vida, lo que supone salir de los propios límites (cognitivos, afectivos y vivenciales) y abrirse a otras realidades. Esto lleva consigo, tolerancia, comprensión, solidaridad y reconocimiento del mundo no visible ni tangible.

Estos indicadores muestran aspectos de la actividad psíquica del individuo pero ni la abarcan completamente ni se agotan en ella. El conjunto integrado de todos ellos, pueden servir de referencia para delimitar el ámbito de la normalidad en la actividad psíquica. Sin embargo, es importante tener presente que son meros indicadores, y no marcadores de normalidad, y que, habitualmente, no estarán todos en su grado óptimo sino que las carencias de unos se compensarán con los excesos de otros. La clave de la adecuada interpretación de la normalidad en relación con la salud mental está en conjugar, armónica e integradamente, todos estos indicadores a partir del marco señalado por los criterios de normalidad.

Con todo lo dicho, queda claro que la salud mental no es la mera ausencia de enfermedad psíquica. Sin embargo, esta negación no define la salud mental y sin ello es difícil hablar de medidas para su cuidado, por lo que es preciso elaborar una tentativa de definición.

Aunando todos los aspectos que hacen referencia a la normalidad, se podría aventurar como definición de salud mental «la armonía personal que lleva a una adecuada interacción interpersonal y al desempeño de actividades que permiten acercarse suficientemente a las metas propuestas, enriqueciendo y enriqueciéndose».

En definitiva, la salud mental parte del equilibrio de las funciones psíquicas pero se proyecta hacia los logros, en el contexto de la relación social, trascendiendo lo meramente conductual y fáctico, para recalcar la exigencia de un crecimiento personal y un fruto en el entorno.

La salud mental no es, pues, un estado sino una dinámica, no es algo que se posee sino que se va haciendo. No es tampoco, la optimización de las perfecciones psíquicas sino la armonía lograda sobre las disonancias. Y tampoco es algo

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

cerrado sobre sí mismo sino abierto a los demás, donde el cuánto y el cómo de esa apertura es un indicador de salud mental. Por tanto, un grado aceptable de salud mental es compatible con déficit o limitaciones en algunas de las funciones psíquicas siempre que estén contrabalanceadas e integradas en la totalidad de la actividad psíquica.

Por otra parte, la contraposición entre enfermedad y salud mental plantea la controvertida cuestión del carácter dimensional o categorial de los trastornos psíquicos. Es decir, la pregunta de si los trastornos psíquicos tienen o no unos límites precisos a partir de los cuales termina la salud y empieza la enfermedad. Esta problemática es analizada en el capítulo 12; aquí sólo resta señalar que la identificación de algunas desviaciones de la normalidad no necesariamente pone de manifiesto una enfermedad, si bien, puede ser un riesgo para alguna de ellas.

3. Condicionantes de la salud mental

La salud mental tiene tres grandes condicionantes: la neurobiología, la personalidad y los factores ambientales. Entre los tres hay una marcada interacción multidireccional. Cada uno de ellos ejerce grados variables de condicionamiento sobre la salud mental; y lo hacen en diferente medida a lo largo del ciclo vital y en las distintas situaciones en las que se encuentra el sujeto. Al mismo tiempo, en cada persona, el condicionamiento sobre su salud mental es diferente. Así, por ejemplo, en algunas personas, uno de estos factores puede ser marcadamente determinista sobre su salud mental, mientras que para otros es poco relevante.

Neurobiología. Cada vez hay más evidencias de la existencia de un sustrato neurobiológico en muchas de las enfermedades psíquicas por lo que también se podría postular la existencia de sustratos favorecedores de la salud mental al igual que hay constituciones físicas más sanas y otras más propensas a la enfermedad. Sin embargo, actualmente, sobre esta cuestión disponemos de pocos conocimientos. Por el contrario, sabemos que algunas de las enfermedades psíquicas, como la esquizofrenia, el trastorno afectivo bipolar o el trastorno obsesivo-compulsivo, tienen una gran carga neurobiológica que llega a determinar notablemente la salud mental. Con todo, es necesario tener en cuenta que para la enfermedad podría bastar una disfunción neurobiológica mientras que para la salud es preciso la concurrencia de todos los condicionantes.

Personalidad. En el sentido amplio del término (modo de ser y variables que contribuyen a su configuración), la personalidad es otro de los condicionantes de la salud mental. Obviamente, los trastornos de personalidad son, en sí mismos, un obstáculo importante para la salud mental. A su vez, como se señala en el capítulo 7, el desarrollo de la personalidad tiene también sus propios condicionamientos que la acercan o distancian de un perfil sano.

Por otra parte, la personalidad también contribuye a la salud mental en el sentido de favorecer o limitar su consolidación. Entre los aspectos de la personalidad más directamente implicados en la salud mental destacan la asertividad y la empatía, el estilo cognitivo y los esquemas de pensamiento, el optimismo y la extroversión, la confianza y seguridad, la decisión y la paciencia, la constancia y la flexibilidad. Muchos de estos aspectos se fraguan en la personalidad dentro del proceso educativo (estilo, pautas y contenidos de la educación) y con la confluencia de diferentes factores ambientales (grupo de amigos, medios de comunicación, patrones socioculturales de estilos de vida).

En gran medida, estos aspectos de la personalidad constituyen factores de salud mental en función del grado de estabilidad y consistencia que tengan. A su vez, esos grados están en relación con los hábitos adquiridos que, como tales, surgen por la repetición de actos buenos (virtudes) o malos (vicios). Es decir, la salud mental tiene una cierta relación con la adquisición o no de virtudes, si bien, nunca son determinantes absolutos de ella, ni en el sentido positivo ni en el negativo. En cualquier caso, la adquisición de virtudes dota de mayores recursos para la pre-

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

vención o para un mejor manejo de la enfermedad mental.

Ambiente. El grupo de factores ambientales es amplio, con estrechas relaciones entre sí y con pesos cambiantes a lo largo del ciclo vital. Según las características que tengan pueden ser factores favorecedores de la salud mental o condicionar riesgos para ella. Con todo, los riesgos estarán siempre supeditados y balanceados por los recursos personales de que disponga el sujeto. Los factores ambientales más destacados son el ámbito familiar, las amistades, el trabajo y el entorno sociocultural.

El ámbito familiar ejerce un papel muy importante en la salud mental. Cuando el entorno familiar es coherente y está cohesionado, tiene límites educativos y respeta la libertad, genera amor y enseña a afrontar el sufrimiento, es un ámbito saludable y promotor de la salud mental. Su contrario, al menos, es un relevante factor de riesgo. Interesa considerar que la existencia de límites educativos –claros, estables y coherentes– en el ámbito familiar contribuye sustancialmente al desarrollo del autocontrol y el sentido moral. En el caso contrario, se induce un tipo de personalidad que, si dispone de recursos para superar los obstáculos que le deparará la vida, terminará siendo un sujeto disocial, pero si no los tiene acabará completamente frustrado

El grupo de amigos, tanto por la vía del modelo como la del apoyo, es otro condicionante de la salud mental. Disponer de buenos amigos, desde esa doble perspectiva, es un importante favorecedor de la salud mental. Por el contrario, la ausencia de vínculos sólidos de amistad o la presencia de modelos poco saludables es una clara fuente de riesgo.

El trabajo es el principal cauce de realización personal y de interacción social. De entrada es, pues, un factor favorecedor de la salud mental. Sin embargo, podría ser un riesgo si inunda o colapsa la vida de la persona, está cargado de elementos ansiógenos, no hay una buena adaptación a sus demandas, no fomenta la relación interpersonal o carece de aspectos diferentes de los meramente económicos. Naturalmente, las situaciones de desempleo, acoso o relegamiento laboral, sobrecarga de trabajo, etc., son riesgos claros para la salud psíquica.

El entorno sociocultural puede aportar protección o riesgo para la salud mental. Las sociedades libres, democráticas, con igualdad de oportunidades, respaldo de la justicia, adecuada distribución de las cargas y las riquezas, apoyos sociales y espacios para el ocio y el tiempo libre, son ámbitos que protegen y fomentan la salud mental. Al mismo tiempo, si esas sociedades disponen de un claro sistema de valores –coherente y consistente– y sustentado sobre la dignidad de la persona humana, la salud mental de los ciudadanos queda significativamente reforzada. Por el contrario, la dilución del sistema de valores o su tergiversación, con el predominio del consumo y el hedonismo sobre los bienes inmateriales y el esfuerzo personal, el fomento radical de la autonomía personal y el silenciamiento del dolor y la muerte inducen personalidades vulnerables con escasos recursos para afrontar la realidad de la vida o para compartirla adecuadamente con los demás.

Particular interés tienen para la salud mental algunos mensajes y fenómenos sociales actuales. Algunos, indudablemente, tienen connotaciones positivas como el fomento del ocio y el descanso, la promoción de la salud, o la solidaridad genérica que favorecen los medios de comunicación. Sin embargo, existen otros muchos con una marcada carga negativa para la salud mental. Entre estos, se pueden señalar: la sobrevaloración de la autonomía personal, como expresión máxima de la libertad, que promueve el individualismo y las actitudes egocéntricas; la inundación de contenidos sexuales en los diferentes ámbitos de la vida social que lleva a una banalización de la sexualidad con graves consecuencias sobre el desarrollo psicosexual y la vivencia de la sexualidad; la instantaneidad y sentimiento de dominio que genera el mundo de la informática y que limita el desarrollo del autocontrol con riesgos inmediatos de adicciones comportamentales; el predominio de lo afectivo sobre lo cognitivo, que promueve el mundo de la imagen y del consumo, que hipertrofia los sentimientos y limita los recursos de

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

afrontamiento de situaciones problemáticas; el ocultamiento o la trivialización del sufrimiento y de la muerte que imposibilita para la vida real y para asumir maduramente su final.

4. Promoción de la salud mental

Las estrategias de promoción de la salud mental parten de la atenta consideración del concepto de salud mental y del adecuado manejo de sus condicionantes. Es decir, las diferentes medidas en este campo deben asumir plenamente el concepto, amplio e integrado, de salud mental e intervenir de forma eficaz sobre sus condicionantes (neurobiología, personalidad y ambiente).

Las medidas neurobiológicas, hasta el momento actual, están limitadas al uso de psicofármacos cuando se ha identificado un problema psíquico sensible a su acción o cuando se pretende proteger frente a una posible recaída. No existen aún medidas neurobiológicas en otros niveles de la salud mental.

Las medidas sobre la personalidad están destinadas a lograr una mayor armonía en su configuración o a modificar algunas de sus variables. Muchas de estas medidas las deben poner en marcha especialistas del campo de la salud mental, a través de intervenciones psicológicas preventivas o terapéuticas. Sin embargo, algunas otras descansan sobre adecuados estilos educativos y de vida, buscados por el propio sujeto o promovidos por su entorno más cercano.

Las medidas ambientales tienen dos planos de actuación diferentes. Uno, sobre la propia sociedad, con el conjunto de estrategias de fomento de valores sociales y promoción del bienestar, que están en manos de los gobernantes e instituciones de peso social. Y el otro, sobre el entorno cercano, que depende del propio individuo y de las personas de su contexto más próximo: familia, amistades, grupo social y asociaciones e instituciones a las que pertenece.

En el conjunto de medidas destinadas a favorecer la salud mental se pueden distinguir tres niveles de actuación: primario, secundario y terciario. Cada uno de ellos pretende mejorar el estado de salud mental, mantener la mejoría y evitar el empeoramiento. Son, pues, medidas de potenciación de la salud mental y de prevención de sus riesgos.

– Nivel primario. Consiste en el desarrollo de la salud mental en personas sanas mediante la introducción de medidas favorecedoras y la eliminación de los factores de riesgo o la protección frente a ellos. Es, por tanto, el nivel más básico de potenciación de la salud mental y prevención de riesgos.

En este nivel, las principales medidas recaen sobre los factores ambientales junto con algunas destinadas a consolidar o modificar actitudes.

– Nivel secundario. Está destinado a la identificación precoz de sujetos de riesgo con la puesta en marcha de medidas de prevención o compensación.

Las principales medidas en este nivel consisten en la identificación de los factores de riesgo de cada sujeto o grupo social. En la actualidad, los factores neurobiológicos no son identificables en este nivel, por lo que las medidas se centran en la detección de los factores ambientales y personales y la puesta en marcha estrategias de prevención o de compensación.

– Nivel terciario. Tiene como objetivo la mejora y, si es posible, la recuperación de la salud mental en las personas que ya padecen un problema psíquico.

Las medidas en el nivel terciario son tanto de recuperación del máximo grado de salud mental como de prevención de recaídas o factores de empeoramiento.

a) *Medidas sobre la personalidad*

En los niveles secundario y terciario serán necesarias, habitualmente, distintas estrategias de intervención psicológica (modificación de conducta, intervención cognitiva, entrenamiento en asertividad, relajación, habilidades sociales, afrontamiento y resolución de problemas, etc.) que siempre deberán ser aplicadas y supervisadas por especialistas en la materia.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

En el nivel primario, es deseable que, desde la administración pública e instituciones de relieve, se pongan en marcha programas de educación de la salud mental. Sin embargo, muchas de las medidas del nivel primario surgirán en los contextos más cercanos de la persona por medio de la promoción de actitudes saludables ante la vida. Estas medidas, con sus oportunas adaptaciones, serán igualmente válidas para los niveles secundario y terciario. Entre todas ellas, se podrían destacar las siguientes:

– Autoconocimiento. Representa el conocerse como uno es, identificando objetivamente los puntos fuertes y débiles de esa manera de ser. Es una tarea larga, compleja y muy sesgada por la propia subjetividad, pero es requisito imprescindible para la salud mental.

En gran medida, el autoconocimiento se facilita por las orientaciones y consejos que pueden dar las personas más cercanas (familia, amigos, miembros de una institución, compañeros de trabajo). Con todo, es una tarea prolongada porque el autoconocimiento siempre es mejorable en el sentido de lograr objetivar bien las cualidades y defectos, ponderándolos ecuánimemente y desechando las valoraciones radicales en ambos extremos, al tiempo que se gana en imparcialidad cuando hay que juzgar las propias acciones.

El desarrollo psicológico de la persona y su propia trayectoria biográfica atraviesan etapas con tendencias a la magnificación o minimización de las características personales (considerarse capaz de todo o considerarse incapaz de nada). Es, pues, importante facilitar el autoconocimiento estimulando la reflexión personal, señalando referencias objetivas y proponiendo modelos de comparación. En esta línea, es de gran ayuda conocer biografías sólidas, coherentes y virtuosas para aprender a salir de los juicios autorreferidos, donde la bondad o maldad viene marcada por el grado de satisfacción personal.

– Aceptación personal. Representa un paso más, tras conocerse mejor, y supone saber combinar el empeño en corregir, suavizar o compensar los defectos personales con la aceptación de ese modo de ser. Aceptarse como uno es requiere admitir que no se puede ser perfecto y, por tanto, no se es capaz de todo ni siempre se es valorado bien. Pero, al mismo tiempo, implica que siempre es posible mejorar los puntos débiles. La aceptación personal supone vivir aprendiendo de los propios defectos, encontrando en ellos la vía de enriquecimiento personal.

– Definición y aceptación de los límites. Ser capaz de reconocer e imponerse unos límites en el actuar, tanto en relación con los deseos como con los requerimientos: no todo se puede ni se debe hacer. Es decir, la conducta no debe estar gobernada por el «me gusta» ni por el «debo». Hay, pues, unos límites, tanto para el deseo como para el deber, que deben ser vistos no como obstáculos o contenciones sino como camino de crecimiento personal.

Identificar los límites y aceptarlos es algo que requiere un aprendizaje y éste es tanto mejor y menos traumático cuando antes se facilite y se realice de la forma más estable y coherente posible. Por tanto, es muy importante que en el ámbito familiar se establezcan límites claros, explícitos y estables, vividos con coherencia por todos sus miembros. Esta coherencia no exige infalibilidad sino responsabilidad, es decir, reconocer los errores personales y asumir sus consecuencias. Esta es la vía más eficaz y amigable del aprendizaje.

– Tolerancia a la frustración. Aprender a soportar las contrariedades y obstáculos con la actitud de extraer de ellos experiencias positivas. Admitir que no siempre las cosas salen bien, o suceden como se desearía, es un elemento básico de la estabilidad psíquica. Este aprendizaje está muy condicionado por la aceptación de límites: sin esta aceptación es imposible que se toleren bien las frustraciones.

– Autonomía personal y búsqueda de apoyos. Esta combinación de relativa independencia personal y dependencia de los demás es clave en la salud mental. Supone saber no depender de los demás al asumir responsabilidades pero no fiarse completamente del propio criterio a la hora de decidir ni contar sólo con las propias fuerzas al hacer. Este equilibrio se logra con el

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

fomento de la confianza en uno mismo y el respeto profundo de los demás.

– Visión optimista de la vida. Siempre hay un modo de abordar las cuestiones desde la perspectiva positiva sin perder pie con la realidad. Se trata, por tanto, de afrontar las situaciones con un encuadre realista pero con sentido positivo.

– Actitud de aprender. Una disposición estable de enfocar los sucesos y situaciones como una ocasión de aprender, asumiendo que pueden darse errores o fracasos pero que estos son siempre vías de enriquecimiento personal, ocasiones desde las que sacar experiencias para el futuro.

– Relativizar. Lograr huir de los extremos en la valoración de los hechos y las situaciones. Contrastarlos con los temas centrales de la vida humana e intentar ponerlos en relación con su fin último.

– Sencillez. Como opuesto a la complicación y a las actitudes rebuscadas y con doblez, tanto en las acciones que se emprenden como en la relación con los demás. Fomentar los planteamientos lineales, sin entresijos ni recámaras, directos y fáciles de mostrar y llevar a la práctica.

– Flexibilidad. Aprender a adaptarse al entorno, aceptar los cambios (entorno, vida, planes, etc.) y modificar los propios planteamientos, obviamente, cuando hay razones de peso para ello. En gran medida se logra, al admitir la diversidad de modos de ser y puntos de vista, y procurar enriquecerse con los aspectos positivos y con las mismas diferencias.

– Laboriosidad. Descubrir y valorar el trabajo como vía de perfección personal y de contribución al bien común. Eliminando tanto las actitudes de evitación, por desgana, apatía o desmotivación, como las de sobrevaloración por reafirmación personal o huída de otras realidades.

b) *Actitudes del entorno*

El entorno social más cercano de cada persona (familia, amistades, compañeros, profesores, directores, etc.) contribuye de una forma muy importante a la promoción de la salud mental o, en caso contrario, al riesgo de desarrollo de algún trastorno específico. Entre las actitudes que pueden promover la salud mental están:

– Promover el sentido alegre y positivo de lo que se hace y de lo que sucede. Esta actitud se compatibiliza plenamente con el sentido realista a través de saber descubrir y subrayar los aspectos positivos, poner los medios para resolver los negativos y alimentar la esperanza que es la fuente de la alegría en la contrariedad. Es necesario fomentar la esperanza en su doble dimensión: humana (es posible encontrar ayudas, las consecuencias no serán tan negativas, algo positivo se podrá extraer) y sobrenatural (Dios vela amorosamente por cada uno).

– Aprender a tratar a cada uno en su singularidad, sabiendo adaptar las indicaciones a las cualidades y defectos del receptor y amoldarse a sus respuestas. Los padres tienen que tener en cuenta la diversidad en el modo de ser de sus hijos. Por su parte, quienes tiene a su cargo personas también han de considerar que sobre la base de un denominador común (ámbito académico, intereses, actividad laboral, ideales, vocación, etc.), el modo de afrontar las situaciones, valorar los hechos y responder ante los requerimientos es diferente en cada persona. Si bien las indicaciones deben ser exigibles a todos, el modo de darlas y el nivel de aplicación debe adaptarse a cada uno. En última instancia, se trata de «saber decir las cosas», que requiere saber cómo decirlas y a quién se dicen.

– Evitar sobrecargar a quien se muestra más receptivo o aparenta mejores disposiciones o cualidades. Este tipo de personas, a quienes con frecuencia les cuesta negarse a los nuevos requerimientos, es fácil que terminen con una carga excesiva, sin advertirlo externamente, y poniéndoles en riesgo para su salud mental.

– Combinar la exigencia con el cariño en un clima de cercanía y comprensión. Se trata, pues, de señalar unos límites y unas metas, sin ceder en ellos pero facilitando su consecución con calor humano y motivación positiva, alentados desde la cercanía y accesibilidad, y con la máxima comprensión hacia los fallos y debilidades. Este equilibrio se logra más fácilmente

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

si se tiene presente que importa más el fondo que las formas (las disposiciones internas que los resultados obtenidos) y que ayuda más un gesto de comprensión que la exigencia sostenida. En esta línea, la cercanía (el acompañar en el quehacer o la preocupación) es un elemento clave cuya ausencia resta eficacia al cariño y la comprensión: la cercanía aporta el calor humano necesario para el verdadero cariño y la auténtica comprensión.

– Coherencia entre lo que se pide y lo que se exige con una clara actitud de enseñar y requerir con el ejemplo. Está claro que el ejemplo vale más que mil palabras porque esas palabras quedan huecas sin su aplicación práctica. En la etapa infantil, la coherencia es absolutamente necesaria para forjar adecuadamente el sistema de referencias y valores de la persona. La incoherencia de los padres, entre lo que dicen y lo que hacen, genera en el niño confusión y perplejidad de donde se pueden derivar actitudes de resentimiento, inseguridad o escepticismo, todas ellas con riesgos para la persona y su interacción social.

– Poner en primer plano las cualidades y en un segundo plano los defectos de los demás. Valorar, pues, positivamente a las personas a pesar de sus indudables defectos. Para ello, es útil empeñarse en ver sus cualidades positivas y dejar entre paréntesis los defectos. A esto también contribuye el saber ver en los defectos de los demás una fuente de desarrollo personal y una oportunidad de contribuir a la mejora del otro. Esta actitud lleva consigo un mayor grado de cercanía y comprensión que facilita la transmisión de las indicaciones.

– Fomentar la confianza y la responsabilidad. Huir de los planteamientos de excesivo control y fiscalización. Promover ambientes de auténtica libertad donde se combinan adecuadamente (en función de la edad, características de las personas, y fines del grupo) la existencia de límites y el dejar hacer sobre la base de la responsabilidad. Por tanto, conviene evitar (o ir reduciendo progresivamente) las actitudes de seguir y perseguir, sustituyéndolas por esperar y revisar conjuntamente los resultados. De aquí se deriva un clima de confianza en el que cada uno asume las consecuencias de su conducta incrementando, por tanto, el sentido de responsabilidad. Este modo de proceder evita los choques y enfrentamientos, enseña cómo actuar y refuerza los lazos de apoyo social al consolidar la confianza. Su contrario genera más conflictos, aumenta el nivel de tensión en el ambiente y rompe las vías de comunicación al perderse la confianza, aumentando el riesgo de marginación y mayor conflictividad.

Un aspecto importante de la confianza es mantener las puertas abiertas a cualquier pequeño intento de rectificación o recomienzo en lo relativo a la obediencia debida o los compromisos personales. Esta actitud lleva consigo tres planteamientos: 1/ acoger siempre, 2/ animar y abrir otras vías y 3/ fomentar la responsabilidad. Por tanto, una adecuada actitud de no cerrar las puertas a la rectificación y el intento de recomenzar requiere estar dispuesto a recibir siempre a quien, de un modo u otro, vuelve, apoyando y facilitando ese intento, o señalando un camino alternativo por donde se le acompañará, pero sin dejar de estimular su sentido de responsabilidad. Todo ello evitará los resentimientos, las frustraciones y la marginación.

Por último, una actitud importante en el entorno es la paciencia unida a la comprensión. Ambas son necesarias para no generar situaciones de tensión que suelen tener consecuencias negativas. Hace falta paciencia para dar tiempo a los cambios, sabiendo que cada uno tiene su ritmo. Hace falta comprensión para juzgar los hechos desde la óptica del otro y saber lo que se puede pedir a cada uno.

c) *Medidas sobre el ambiente*

Los diferentes factores ambientales (tanto los aspectos físicos como psicológicos) tienen un papel relevante en la promoción de la salud mental. Estos factores dependen en grados variables del propio sujeto y de las personas con las que convive o de las que depende. Unas veces tendrá que aprender el propio sujeto a manejar adecuadamente esos factores y, otras, será su en-

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

torno quien tendrá que facilitarle la posibilidad de hacerlo. Entre todos estos factores destacan:

–Horarios estables y regulares.

–Cuidado del sueño tanto en cantidad como en calidad.

–Tiempo disponible para el descanso y el ocio.

–Disponibilidad de alternativas para el ocio y el tiempo libre.

–Fomento de aficiones y nuevos intereses.

–Facilidad para cultivar y mantener la amistad.

–Potenciación de la ilusión profesional.

–Promoción de la satisfacción laboral.

De todos ellos, merece destacarse el descanso, tanto saber descansar como promover que se descanse. Para ello es necesario saber elegir bien las actividades que faciliten ese descanso –que no son iguales para todos– asegurando que sean factibles y regulares.

Otro de los elementos relevantes en la salud mental es la satisfacción laboral que descansa sobre unos incentivos claros (económicos y profesionales), una buena comunicación con los distintos estamentos laborales y un reconocimiento de la labor realizada. La satisfacción también debe fomentarse en otros ámbitos: familiar, académico, institucional y social. Obviamente, los parámetros serán otros pero los fundamentos son los mismos: refuerzo de la motivación, buena comunicación y reconocimiento del esfuerzo. Desde el plano personal, la búsqueda de la satisfacción en la tarea realizada descansa fundamentalmente sobre el sentido de lo que se hace (las causas y los motivos), el adecuado afrontamiento de las dificultades y el fomento de los apoyos sociales.

5. Salud mental y religión

Podría definirse la religión como la relación personal que se establece con Dios por medio de un conjunto de creencias, prácticas de piedad y normas de comportamiento. En este sentido, la religión es un aspecto constitutivo del modo de vivir y no un mero accesorio del estar en el mundo. Por tanto, su relevancia sobre la salud mental es importante aunque sean cuestiones claramente separables y puedan tener interacciones antagónicas.

La religión no es indiferente con respecto a la salud mental porque condiciona radicalmente el modo de vivir la persona. Sin embargo, la forma de interactuar y las consecuencias que se derivan son diversas e incluso opuestas.

Dejando fuera de estas consideraciones el tema de las sectas, que será abordado en otro capítulo, la razón de esa diversidad está en el distinto modo de transmitir e incorporar los elementos básicos de la relación personal con Dios. Tampoco vamos a considerar aquí las diferencias que podrían surgir entre las grandes religiones en relación a sus aspectos doctrinales. Basta señalar que la fe católica cuenta con dos elementos sustanciales que, de entrada, son enormemente favorecedores de la salud mental: el amor y la esperanza.

La vida del ser humano adquiere un grado mayor de profundidad y solidez en el contexto del amor y logra una plenitud de sentido con la esperanza. Ambos, el amor y la esperanza, otorgan estabilidad, coherencia y armonía a la actividad mental y, por tanto, son agentes directos de salud mental. El mensaje de amor y esperanza que lleva consigo el cristianismo –y que en el catolicismo se subraya notablemente con los sacramentos de la Eucaristía y del Perdón– es fuente de paz y sosiego, de alegría y optimismo, aspectos todos ellos que contribuyen a la salud mental. Saber que la omnipotencia de Dios-Padre vela amorosamente por todos y cada uno de sus hijos los hombres genera tranquilidad y seguridad.

Por otra parte, el cristianismo ha dado respuesta plena al dolor como realidad inseparable del ser humano. Esta respuesta lleva a descubrir el profundo sentido del sufrimiento, dejando de ser un hecho absurdo y contradictorio en la vida del ser humano o, a lo más, un indicador del castigo y condenación infligidos por un Dios vengativo, y pasa a ser camino de redención y demostración palpable de la solidaridad de Dios con el sufrimiento humano. Este planteamien-

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

to, saca completamente de la desesperanza que supone sufrir sin sentido y de la angustia que representa considerarse condenado. Tan es así que la única forma de no caer en la insoportable vivencia de la nada, que inevitablemente lleva consigo el planteamiento ateo, o la angustiosa duda que acompaña al agnosticismo, es vivir en el frenesí de cada instante, intentando anular los sinsabores con distintas dosis de placer. De este modo, se logra no pensar en el hecho más cierto de la existencia humana que es su inevitable final, y cuando éste se presenta tratar de obviarlo por la vía más rápida y más insensible posible (léase aquí eutanasia o suicidio programado).

Por su parte, cuando la enfermedad psíquica está presente, la persona encuentra también un apoyo en la religión al contribuir a sobrellevar el sufrimiento y al dar razón de la esperanza, particularmente, en trastornos donde lo que se tambalea es el sentido de la vida, como puede ser la depresión. De hecho, numerosos estudios ponen de manifiesto que las creencias religiosas son un factor de protección frente al suicidio y una ayuda para aminorar los sufrimientos.

Además, la fe cristiana fomenta también la confianza y la sencillez de vida por medio de las prácticas de piedad que recomienda: dirección espiritual, confesión, corregir al que hierra, abandono en la providencia divina. Todo ello facilita evitar la complicación y desconfianza que son fuente de tensión nerviosa, inseguridad y miedos.

Al mismo tiempo, el propio horizonte cristiano de caridad y fraternidad contribuye al olvido de uno mismo y la apertura a los demás y, consecuentemente, a evitar los planteamientos egocéntricos, la excesiva preocupación por las cuestiones personales, fuente siempre de ansiedad, y a estrechar lazos con los demás que es también factor de satisfacción y estabilidad personal.

Por otra parte, desde el plano de la fe, resulta obvio que siendo Dios el principio y fin de cada ser humano, la salud mental de las personas estará más cerca de la perfección cuanto más próximo se esté a Él. Aquí entra, sin embargo, el misterio del mal que, en su sentido más amplio, incluye la enfermedad y, particularmente, la enfermedad mental, haciendo que sea posible una cercanía con Dios y la existencia de trastorno psíquico. De igual modo, entra el misterio de la libertad humana que permite un distanciamiento de Dios y la relativa integridad de la salud mental. Las respuestas a estas aparentes contradicciones se encuentran sólo en el ámbito de la fe y serán abordadas en el capítulo 19.

Todo lo anterior, indica que una fe bien vivida es un apoyo sustancial a la salud psíquica y una sólida ayuda en la enfermedad mental. Con todo, es cierto que, en ocasiones, la vivencia de la religión puede ser causa de desestabilización psíquica y desencadenante de algún trastorno. Sin embargo, es importante tener presente que esto sólo puede ocurrir por dos razones: 1/ el modo de percibir y afrontar los requerimientos de la religión y 2/ el modo de transmitir lo que representa la religión. Es decir, las causas no están en la propia religión sino en el modo como se transmite y como se recibe. Tanto en uno como en el otro caso, los factores de riesgo más importantes son el rigorismo y la culpabilización. Ambos surgen de enfoques erróneos de la religión, como son el voluntarismo, el formalismo o la centralidad del pecado en la vida de piedad. El error en estos enfoques puede ser mera consecuencia de la ignorancia o de una formación deficiente y sesgada pero, en ocasiones, es fruto de alguna manifestación psicopatológica como inseguridad, obsesividad o dependencia.

Los escrúpulos son una de las causas de sufrimiento en relación a la vivencia de la religión. En ocasiones, surgen de combinar una escasa formación y una transmisión de la fe muy rigurosa. En otros casos, es fruto de una personalidad de rasgos obsesivos o, propiamente, de un trastorno obsesivo. También las personas muy voluntaristas o con una elevada autoexigencia pueden terminar sufriendo manifestaciones de ansiedad o, incluso, síntomas depresivos si no aprenden a rebajar la tensión con la que se enfrentan a los requerimientos de la vida cristiana y a dejar de verla como un conjunto de exigencias de riguroso cumplimiento en vez de

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

manifestaciones de la caridad compatibles con el error y la debilidad personal.

6. Salud mental y proyecto vital

El hombre es un ser abierto al futuro, con claras ansias de eternidad, patentemente manifiestas en las diferentes expresiones de su deseo de eternidad: desde la búsqueda de un cierto reconocimiento público con intención de perpetuidad, hasta el legado personal que pervive en sus obras o a través de sus hijos. También se advierte ese deseo de eternidad al considerar el profundo dolor que supone sentirse olvidado de todo el mundo y la tristeza que causa pensar en morir sin lograr dejar siquiera una mínima huella en el entorno.

Esta apertura al futuro lleva consigo un trayecto vital que es preciso recorrer, lo que supone un encaminarse hacia algún sitio – una meta – y exige unos contenidos y unas motivaciones – un cómo y un para qué. A su vez, el futuro reclama al pasado buscando encontrar la causa del camino recorrido y del que queda por recorrer: el porqué de la vida personal. El pasado y el futuro enmarcan el presente aportando sus causas y motivaciones: el porqué y el para qué de la existencia de cada uno. La búsqueda de esas respuestas y su incorporación al vivir cada día es la que va dando sentido a la vida y conlleva la elaboración de un proyecto existencial.

El proyecto existencial es el conjunto de pasos que se desean dar para la consecución de los objetivos personalmente propuestos, apoyándose en el marco de referencias que se ha adoptado, y con la clara determinación de alcanzar la meta.

Además, el proyecto existencial no sólo aporta una meta al vivir, sino que da también sentido al ser personal; en él se armonizan los aparentes antagonismos que posee el ser humano entre los aspectos biológicos, y sus inclinaciones más básicas, y los aspectos espirituales, y su tendencia a desvincularse de la materia.

Con todo, es importante distinguir entre proyecto existencial, que es el sentido que cada uno da a su propia vida y la coherencia con la que lo vive, y la plenitud de vida, que tiene que ver con haberse acercado vivencialmente a la verdad última de la propia persona. Tendencialmente, todo proyecto existencial busca esa plenitud de vida pero no todos los proyectos la alcanzan. La explicación de este hecho es compleja, multifactorial, y conecta directamente con el misterio de la libertad humana.

La elaboración del proyecto existencial surge del sistema de valores que se va incorporando, las motivaciones que se generan y las experiencias que se van acumulando. Todo ello condiciona una particular –personal– forma de ver el mundo (y a uno mismo y a los demás en él) –la cosmovisión– asumiendo, al menos implícitamente, unas causas y unas razones en la vida personal con unos modos de vivirla.

El proyecto existencial es dinámico, transcurre dentro del propio hacerse del ser humano, con los cambios, modificaciones y correcciones de cualquier tarea compleja, pero con una progresiva mayor definición y consolidación de los objetivos y las metas. Por tanto, el proyecto existencial se va haciendo día a día, con pasos que consolidan los anteriores o que los modifican, con un rumbo que se mantiene firme o con dudas, incoherencias, cambios y correcciones. La trayectoria es absolutamente personal aunque muy condicionada por las circunstancias vitales de cada uno.

La elaboración del proyecto puede ser adecuada, en el sentido de dar respuesta sólida, consistente y coherente a las preguntas fundamentales de la existencia humana, o puede ser deficiente porque no termina de dar esa respuesta o es una respuesta ambigua, inestable o incoherente.

Mantener el sentido que se ha dado a la vida depende del propio proyecto existencial que se ha elaborado –el que sea o no adecuado– y de aspectos personales y ambientales.

Los aspectos personales se relacionan con variables de personalidad, particularmente, con los hábitos adquiridos que pueden perpetuar, interferir o imposibilitar el proyecto existencial tanto cuando es adecuado como cuando no lo es.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

Los aspectos ambientales tienen que ver con el clima sociocultural imperante –que consolida o hace difícil el proyecto existencial elaborado– y con los sucesos que configuran la biografía personal, tanto acontecimientos vitales como relaciones personales. En ocasiones, es preciso emprender con tenacidad la modificación de las condiciones ambientales porque rebajan el sentido de la vida o atentan contra la dignidad de la persona de formas muy diversas y sutiles. El conformismo o el pleno abandono a esas condiciones de vida conduce a un progresivo vaciamiento y a la pérdida de sentido de la vida.

Sin un proyecto existencial, al menos implícito, la vida del ser humano o bien se asoma a la nada o se mete en una dinámica de activismo no pensante que, en cualquier caso, son un riesgo para la salud psíquica al cerrar las puertas al futuro y albergar la desesperanza o la ansiedad. Algo parecido pasaría cuando la meta no se termina de definir, se desdibuja o se pierde. En menor grado, también podría ocurrir cuando no se identifican bien los pasos que hay que dar, o son pasos muy cambiantes o poco constantes.

La pérdida del sentido de la vida tiene, en bastantes ocasiones, una base médica en forma de agotamiento psicofísico o de verdadero estado ansioso-depresivo. En estos casos, la primera medida es médica. Pero en otros casos es consecuencia de no haber fundamentado bien el proyecto vital (punto de partida poco sólido o poco claro), haberlo llevado a cabo de forma inadecuada (centrado en las formas y no en el fondo, o con mero voluntarismo) o haber extraviado o desdibujado la meta (influencias ambientales o escasa profundización en ella).

La consecuencia de un proyecto existencial bien elaborado y sustentado es una buena estabilidad psicológica, una adecuada integración social y un sólido y profundo sentido del propio vivir.

Disponer de un proyecto existencial no garantiza la salud mental porque, como ya se ha visto, depende de otras muchas variables, pero sin este proyecto, la salud mental está en grave riesgo. Sin embargo, la estrecha relación entre proyecto existencial y salud mental pone de manifiesto la vinculación existente entre naturaleza humana y salud mental, y cómo ésta no es un plus añadido al ambiguo concepto de calidad de vida sino algo nacido de la adecuación entre el ser y el hacer. Por tanto, tener un proyecto existencial no es una condición suficiente para la salud mental pero sí necesaria.

Para que el proyecto existencial contribuya a la salud mental, ha de ser diseñado personalmente. Nadie puede hacerlo por uno sin que esto lleve consigo un riesgo para la salud mental por la vía de la dependencia o de la inadaptación. Al mismo tiempo, es preciso que sea factible, es decir, acorde con las posibilidades reales del sujeto, contando siempre con las ayudas, también reales, que pueda recibir y aprendiendo a definir bien lo que se ha de alcanzar por uno mismo y lo que deberá hacerse contando con otras ayudas. Cuando esto no está bien definido o se olvida, surge el voluntarismo, que terminan agotando física y psicológicamente a la persona, o el retraimiento y abandono, que genera frustración y ansiedad.

Finalmente, el proyecto existencial ha de contemplar a la persona en su totalidad, tanto en los aspectos materiales como espirituales y en los relativos a la esfera personal y social. El olvido, el deliberado rechazo o la desproporción entre los diferentes planos de la persona son también factores de riesgo para la salud mental porque causan un cierto grado de desequilibrio y fraccionamiento de la persona.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

Bibliografía

Álvarez Romero, M. y García-Villamisar, D., *El síndrome del perfeccionista. El anancástico*, Ed. Almuzara, Sevilla. 2007.

Cabanyes, J., *La salud mental en el mundo de hoy*. EUNSA, Pamplona. 2012.

De las Heras, J., *La sociedad neurótica de nuestro tiempo*. Espasa Calpe, Madrid. 1998.

Gering, RJ, Zimbardo, PG., *Psicología y vida*. Madrid. Pearson Prentice Hall, Barcelona. 2005.

Gorman, P., *Motivation and emotion*. Psychology Press, Cambridge. 2004.

Kendrick, T., Simon, C., *Mental Health*. Oxford University Press, Oxford. 2006.

Morrison, V., Benett, P., *Psicología de la salud*. Pearson Prentice Hall, Madrid. 2007.

Mio, JS., Iwamasa, GY., *Cultural diverse mental health*. Routledge, Baltimore. 2003.

Polaino-Lorente, A., *En busca de la autoestima perdida*, Desclée de Brouwer, Bilbao 2003.

Priebe, S., Slade, M., *Evidence in mental health care*. Routledge, Baltimors. 2002.

Rojas, E., *Una teoría de la felicidad*. Dossat, Barcelona. 1987.

Rojas, E., *Vive tu vida*. Booket, Madrid. 2016.

Sarrais, F., *Psicopatología*. EUNSA, Pamplona. 2016.

Sellés, JF. *Antropología para disconforme*s. Rialp, Madrid. 2007.

Torelló, JB., *Psicología abierta*. Rialp, Madrid. 2007.

Torelló, JB., *Psicología y vida espiritual*. Rialp, Madrid. 2008.

http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/mentalhealth.html

http://hcpc.uth.tmc.edu/spanish_illnesses.htm

http://www.mentalhealth.com/

http://www.healthfinder.gov

http://www.icsi.org

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

10

Psicología evolutiva

El desarrollo psicológico a lo largo de la vida

Mercedes de Lucas Collantes

El conocimiento de las características de los cambios evolutivos de nuestra vida nos permite entendernos mejor. La psicología evolutiva se ocupa de estudiar cómo evoluciona el hombre a lo largo de su vida y la evolución de una característica determinada a lo largo de las diferentes edades.

Desde el inicio de la vida hasta la vejez, la persona experimenta una serie de cambios en el desarrollo físico, cognitivo y psicosocial. Estos cambios se conocen como etapas evolutivas. Cada etapa de la vida es diferente de las otras y tiene un cierto carácter único porque no volverá a darse: una vez que pasa, pasa para siempre, tiene sentido en sí misma y sirve de preparación para la siguiente. La secuencia de las etapas es un continuo, cada etapa ya se venía preparando antes de convertirse en la dominante, e igualmente, la que toca a su fin, cede el paso de forma gradual. La nueva fase acaba imponiéndose en el ámbito de la anterior, lo que provoca las tensiones y conflictos que desencadenan las crisis. La superación de estas crisis facilita el paso a la etapa siguiente. Puede haber dificultades para superar alguna etapa, si se sigue manteniendo una fase de la que se debería haber salido cuando ya ha llegado el turno a la etapa siguiente; a esto es lo que se conoce como «fijaciones».

Nuestra personalidad está integrada, principalmente, por el temperamento y el carácter. El temperamento nos viene dado genéticamente, y apenas se puede atemperar. Sin embargo, el carácter (del griego kharasso, grabar o acuñar) se va configurando a lo largo de la vida, a través de la interacción con el medio. Tanto la herencia como el medio, y la interacción de ambos con las circunstancias que vivimos en cada momento, van configurando nuestra personalidad, y nos preparan para el aprendizaje y la madurez.

1. Periodo prenatal

Desde la concepción, las características físicas y psicológicas básicas de la persona, ya están marcadas por los genes. A partir de estas características, el individuo evolucionará integrando los factores de su entorno en su propio desarrollo personal.

La vida en el seno materno, implica un desarrollo fisiológico y una evolución psicológica inconsciente. Una de las principales tareas de la madre es procurar que este crecimiento corporal y anímico tenga lugar adecuadamente, evitando cualquier impacto provocado por una conducta inadecuada: la mala alimentación, la ingesta de tóxicos o la exposición a estímulos ambientales intensos.

La primera crisis de la vida se produce en el momento del alumbramiento. El niño experi-

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

menta mucho miedo y la actitud de acogimiento de la madre ayudará a que el recién nacido lo supere. Tanto el nacimiento como la infancia influyen en la persona a lo largo de toda la vida, hasta el final de la misma.

2. Primer año de vida

También llamado «periodo de lactancia». El bebé está indefenso, depende de la madre para sobrevivir y poco a poco debe acostumbrarse a su existencia individual. La relación que establezca la madre con el niño en esta etapa, tendrá gran influencia en su desarrollo psicoafectivo.

Remplein[1] divide este periodo en dos sub-periodos. Edad del sueño y fase de actividad orientada hacia el exterior. Durante la edad del sueño el bebé es pasivo. Si manifiesta alguna reacción o movimiento, suele ser como respuesta ante alguna molestia. A lo largo de este año su desarrollo perceptivo estará encaminado a transformar sensaciones en percepciones y percepciones en conocimientos. Alrededor de los tres meses adquiere la sonrisa social y comienza la fase de actividad orientada hacia el exterior. Se inician las primeras fases del desarrollo del lenguaje que está relacionado con el desarrollo afectivo más que con el psicomotor. Si se da mucha comunicación por parte de la madre se producirá un desarrollo más rápido. También se observa el inicio de la actividad lúdica y los primeros intentos de manipulación de objetos. Durante el gateo y cuando comienza a andar con ayuda, el niño adquiere mayor autonomía y expresa a dónde quiere ir y con quién quiere estar. Hacia el octavo mes, puede extrañar la ausencia de los padres y no se siente cómodo con extraños. Empieza a comprender el significado prohibitivo del «no», pudiendo sentir frustración y enfadarse. Estas manifestaciones pueden variar según el carácter de cada niño. Hacia el décimo mes le gusta imitar gestos y va perfeccionando sus movimientos, aprendiendo a través del juego y del «ensayo-error».

Actitudes recomendadas:

Para el futuro equilibrio psíquico del niño es muy importante que se sienta querido y protegido especialmente por su madre, y crear la «urdimbre afectiva»[2] que suscitará en el niño una actitud de confianza hacia su entorno.

Se deben estimular sus sentidos poniendo al alcance del bebe objetos variados y dejándole en espacios amplios con movilidad para favorecer el desarrollo psicomotor. Los estímulos sonoros, visuales o táctiles demasiado intensos o perturbadores pueden alterar su equilibrio nervioso y emocional. Hay que evitar hablar con el niño estando disgustado o gritar en su presencia.

Las madres suelen distinguir las necesidades del niño por el tipo de llanto, y el niño ya puede tener preferencias respecto a la forma de dormir o el lugar donde estar, cuando tiene unos meses, puede llorar para manipular a sus padres que tendrán que regular la conducta del niño y hacer caso a los llantos si los encuentran realmente justificados. En otros casos, es preferible que aprenda a esperar y a tolerar la frustración en vez de satisfacer inmediatamente todos sus deseos.

Tras el nacimiento del niño, la madre puede experimentar un periodo de bajo tono vital que, en ocasiones, puede adquirir la forma de una depresión post-parto. Cuando ella llega a casa, puede encontrarse muy cansada y, en cierto modo, sentir que rechaza al niño, lo que le crea sentimientos de culpa. Ayudará a la futura madre saber que es probable y normal que experimente este tipo de emociones de forma pasajera Esto le tranquilizará y le permitirá ver el futuro con su hijo con mayor optimismo.

Los padres tendrán que adaptarse a la llegada del nuevo hijo. Si es el primero, notarán un

1. Remplein, H., *Tratado de psicología evolutiva.* Labor, Barcelona 1971.
2. Rof Carballo, J. *Urdimbre afectiva y enfermedad.* Labor, Barcelona.1961. Asociación Gallega de Psiquiatría, 1999.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

cambio grande en su vida, especialmente por la pérdida de independencia. La madre está más pendiente de su hijo y, en ocasiones el padre puede sentirse desplazado. A medida que el bebé va creciendo y la madre puede descansar, la situación familiar tiende a estabilizarse.

Es importante que los padres puedan estar solos y así mantener y seguir cultivando su relación de pareja. Algunas madres tienen «ansiedad de separación» de su hijo y les cuesta dejarlos durante unas horas al cuidado de otros. Para superarlo pueden empezar a dejarlo al cuidado de otras personas durante periodos cortos y, poco a poco, ir alargándolos hasta alcanzar algunas horas.

3. Primera infancia (1-5 años y medio)

Remplein[3] divide esta etapa en tres sub-etapas: edad de adquisición del lenguaje, edad de la obstinación y edad del juego en serio. Las principales adquisiciones de esta época son el habla y la postura bípeda.

La edad de la adquisición del lenguaje abarca desde el año hasta los dos años y medio. El desarrollo de la inteligencia y de la coordinación motriz está interrelacionado e influido por la estimulación que reciba el niño.

Al principio, el niño todavía no separa su «yo» del ambiente. Se rige por el «principio del placer». Proyecta sus sentimientos hacia el exterior y vive «al instante», experimentando sus sentimientos de forma intensa pero con poca duración, por lo que puede haber cambios bruscos.

De los dos años y medio a los tres y medio, el niño pasa por la «edad de la obstinación» en la que reafirma su «yo», separándolo del ambiente. Pertinazmente intenta imponer sus deseos, como una forma de oponerse a lo que le rodea. Para facilitar que pueda reafirmar su independencia, a veces conviene dejar que imponga su voluntad en pequeñas cosas.

Cuando esta etapa se resuelve, pasa a la «edad del juego en serio», en la que consigue mayor control afectivo y se subordina voluntariamente al ambiente. Se rige por el «principio de realidad», tiene que seguir unas normas para conseguir su objetivo, muestra más interés por colaborar y realizar tareas en común con otros niños.

Desarrolla su identidad a través de la identificación con las personas que le rodean. Sentirse querido mantiene la autoestima infantil. Si el trato no es lo suficientemente afectuoso y comprensivo, le podría crear conflictos. Aprende lentamente a distinguir lo hostil de lo amistoso.

El juego es su principal actividad. A los dos años son característicos los juegos de ilusión, en los que imitan lo que ven y proyectan sus sentimientos y estados de ánimo. Más tarde empieza a distinguir la imagen de la representación y, por último, el juego pasará a servir para expresar su creatividad. Al final de esta etapa, aprende a distinguir el juego del trabajo.

Momentos críticos y actitudes recomendadas:

Las rabietas infantiles surgen como posturas alternativas a la inseguridad o al miedo. Sirven para llamar la atención e influir en padres y cuidadores para satisfacer sus deseos. Pueden consistir en lloros con pataletas o ser agresivas hacia los demás o hacia sí mismos. Si son inhibidas, se reprime la agresión y se huye del objeto frustrante. Si los padres las manejan bien, serán una oportunidad para que el niño aprenda a tolerar la frustración y, a medida que vaya creciendo y madurando, pueda lograr un mayor control sobre sí mismo. La frustración es la base de la educación. La permisividad total puede llevar a hacerle un niño consentido.

Ante una rabieta, lo mejor es aislar al niño para que se tranquilice y esperar a que pare de llorar. No es conveniente reñirle o castigarle en ese momento dejándose llevar por el enfado, pues se puede entrar en una dinámica de

3. Remplein, H., *Tratado de psicología evolutiva*. Labor, Barcelona 1971.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

«frustración-resentimiento-agresión-contra agresión». Una vez que se ha calmado, conviene explicarle que no va a conseguir nada con esa actitud descontrolada y que no se le va a permitir más, y mostrarle ejemplos de conducta controlada y sus beneficios. Hay que evitar que tome ejemplo de personas con conducta agresiva y caprichosa, y mostrarse contentos ante los primeros intentos de autocontrol del niño, recordándole otros momentos en los que reaccionó bien ante una frustración, para que aprenda que él tiene esa capacidad y que podrá usarla en el futuro. Es muy importante, cada vez que el niño se porte bien, reforzar esa conducta mediante alabanzas, reconocimiento y atención. Además de disminuir la probabilidad de nuevas rabietas, aumentará su autoestima.

Dentro de unos límites, cada niño tiene su propio ritmo de aprendizaje y no va a madurar antes aunque se lo impongamos. Si los padres se ponen muy nerviosos porque el niño tarda en aprender, pueden transmitirle esta ansiedad. Esto dificultará todavía más su aprendizaje o puede ser usado por el niño para manipular a los padres. El niño es poco reflexivo y lo que más influye en él es la forma de ser del educador, después lo que hace y, en tercer lugar, lo que éste le dice.

Tanto los padres hiperprotectores como los muy autoritarios limitan la capacidad de aprendizaje del niño. Hay que respetar la infancia del niño y su ritmo, evitando que esté excesivamente cerca de los adultos y conozca sus problemas o vivencie situaciones poco apropiadas para su edad. Tampoco debe acostumbrarse a la comodidad, a que se lo den todo hecho, a no enfrentarse a situaciones temidas, pues corre el peligro de quedarse fijado en esta etapa y que el infantilismo perdure en etapas posteriores. Hay que procurar que la atención y cuidados que rodean al niño disminuyan paulatinamente, de manera que note el apoyo y el respaldo de los padres, pero a la vez vaya preparándose para una tranquila independencia, permitir que el niño desarrolle su propio modo de ser y que tenga suficiente confianza en sí mismo como para actuar por propia iniciativa.

4. Juventud (10-21 años). Crisis de la pubertad. Adolescencia

La juventud es el periodo del tiempo en que se produce el cambio de la inmadurez del niño a la madurez propia del adulto. Es un periodo de cambios profundos. Desde la prepubertad o «edad del segundo cambio de configuración»[4], el cuerpo madura hasta adquirir las características físicas y funciones de la persona adulta. El momento en el que se producen los cambios físicos puede variar de una persona a otra, dependiendo de los genes, la dieta, el estrés y otros factores culturales. La madurez corporal se alcanza, por término medio, a los 16-17 años en las chicas y a los 18-19 años en los chicos.

La actividad hormonal se intensifica, la sexualidad deja de estar latente y adquiere protagonismo. Los cambios físicos y psicológicos producen inestabilidad afectiva y, en ocasiones, sentimientos de indefensión ante la pérdida de la infancia y falta de seguridad y confianza ante las exigencias futuras.

El desarrollo cognitivo depende de la madurez del sistema nervioso. Se adquiere el pensamiento abstracto. Se consolida el pensamiento formal hipotético-deductivo. Ya se han tenido experiencias suficientes como para diferenciar lo amistoso de lo hostil. Aprende a distinguir los modos de comportarse útiles de los que pueden perjudicarle, a ver fines y alcanzarlos, a distinguir el bien del mal y a esforzarse por lo correcto. Aumenta la capacidad de memorizar y de centrarse en el estudio. Se desarrolla la introspección, lo que ayuda a hacerse más autoconsciente y egocéntrico, y a aumentar la actitud crítica hacia sí mismo y hacia los demás. Aparece el interés por los temas filosóficos y científicos, se buscan ideales y valores.

4. Remplein, H., T*ratado de psicología evolutiva*. Labor, Barcelona 1971.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

La prepubertad también es conocida como la «segunda edad de la obstinación» porque hay una exaltación del yo. La persona toma conciencia de ser alguien distinto de quienes le rodean y necesita afirmar e imponer a los demás su propia identidad a través del oposicionismo y el afán de independencia. Cuando la realidad se lo impide, se refugia en la fantasía como modo de buscar una satisfacción compensadora de la realidad[5]. Pueden mostrarse ante su entorno como irritables e introvertidos.

Los adolescentes también reafirman su identidad mediante la pertenencia a un grupo social. Las amistades cumplen en esta etapa variadas funciones, como el desarrollo de las habilidades sociales, ayuda para enfrentar las crisis y los sentimientos comunes, ayuda a la definición de la autoestima y status, no por lo que dicen, sino por la posición del grupo al que pertenecen[6]. Al final de la adolescencia, la relación con los otros es más sincera, y no se busca como un medio de referencia para conocerse a sí mismo, sino con un verdadero interés por su valor personal, incluyendo la ayuda y sacrificio si lo necesitan.

Pasada esta «crisis juvenil», llega la adolescencia en la que el sentimiento deja de predominar sobre la razón, disminuye la emotividad y se vuelven más extrovertidos. Es la etapa del equilibrio corporal, conductual y del yo individual. Ya es posible la formación del carácter definitivo, con el desarrollo de la conciencia, el dominio de la voluntad y la definición de los valores e ideales.

Al final de la adolescencia, gracias a su posición más objetiva frente al mundo, le es posible realizar una planificación vocacional realista de acuerdo a sus intereses y posibilidades concretas, dejando atrás el periodo de fantasía y ensayo, asumir una independencia y plantearse metas de acuerdo a sus habilidades[7].

Momentos críticos y actitudes recomendadas:

Sepa identificar las señales de alarma

Aunque la adolescencia es la etapa de la ida en la que as cambios se experimentan, sin embargo, un cambio demasiado drástico o duradero en la personalidad o el comportamiento de un adolescente puede estar poniendo de manifiesto un problema subyacente que requiere una atención especial. Algunos indicadores como aumento o pérdida excesiva de peso, problemas de sueño, cambios rápidos y drásticos en su personalidad, cambio repentino de amigos, disminución drástica del rendimiento escolar, hablar sobre el suicidio, indicios de consumo de drogas o problemas con la ley, deben poner a los padres alerta y consultar con un profesional.

La inseguridad del adolescente, se enmascara en muchas ocasiones con una exagerada acentuación de la propia identidad. Esto, unido a la disconformidad con todo lo establecido y el afán por vivir nuevas experiencias, hace que pueda ser fácilmente seducido y manipulado por ideas extremistas o sectarias. Hay que orientar al adolescente al verdadero objetivo del desarrollo de la identidad: «distinguirse como uno mismo de los demás; asumir como persona la libertad y la responsabilidad propias; adquirir una opinión propia sobre el mundo y sobre la posición que se ocupa dentro de él; llegar a ser uno mismo, para poder recorrer también el camino que conduce hacia los demás, y como «yo» poder decir «tu»[8].

El instinto sexual todavía no está plenamente integrado en la personalidad del adolescente. Los padres han de orientar a su hijo para que el impulso sexual sea comprendido y encauzado de acuerdo a su afectividad y responsabilidad. Si el sexo se entiende como un objeto en sí mismo, sin integrar la sexualidad con la afectividad, puede producirse una fijación erótica que dificulte la madurez afectiva.

5. Monge, M.A. Lahortiga Ramos, C., *Medicina Pastoral. Cuestiones de biología, antropología, medicina, sexología, psicología y psiquiatría*, 5.ª ed. EUNSA. Pamplona 2010.
6. Hurlock, E., *Psicología de la adolescencia*. Paidós. Madrid. 1980.
7. Papalia, D. y Olds. *Psicología del desarrollo*. Mc Graw-Hill, México 1998.
8. Guardini, R., *Las etapas de la vida. Palabra*. Madrid 1997.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

El primer enamoramiento se vive como una emoción intensa, absoluta. Se idealiza a la otra persona como alguien insuperable sin cuyo amor el adolescente no va a poder vivir nunca más. Si este «amor» no es correspondido, el adolescente puede experimentarlo con profunda tristeza. Cuanto más afianzamiento afectivo tenga con sus padres, familiares y grupo de amigos, será menos dependiente y más objetivo en la elección de pareja, y tendrá más recursos para superar las sucesivas rupturas.

En esta etapa, la afectividad es variable y lábil. Los padres pueden transmitir a su hijo la seguridad que le falta. El adolescente necesita sentir que sus padres «saben lo que hacen», necesita sentir su autoridad y tener límites bien definidos, aunque sea para saltárselos. Es importante que los padres estén de acuerdo en las pautas que deben seguir para la educación de sus hijos, ser firmes y cariñosos, y no dejarse manipular.

Para facilitar la relación entre padres e hijos y evitar que cualquier intento de comunicación se convierta en problemático y se pierda el respeto mutuo, los padres deben intentar ponerse en el lugar de su hijo adolescente recordando cómo fue su propia adolescencia, y tratando de revivir sus experiencias, sentimientos y sensaciones en esa etapa. También es necesario proponer planes alternativos en familia para que el joven comparta experiencias gratificantes con sus padres y hermanos. Hay que tratarle como esa persona que está madurando para que se sienta mejor escuchado y atendido y siga teniendo en sus padres el pilar de seguridad y referencia que necesita.

Cuando los hijos se ven involucrados en los problemas conyugales, se mezclan el subsistema parental y el subsistema fraterno, los padres pierden autoridad y el hijo se enfrenta a una situación que no comprende con todos sus matices: le «queda grande». Además de generarle ansiedad, puede favorecer el miedo a la madurez y a la vida adulta.

Es frecuente en esta edad el inicio en el consumo de alcohol, tabaco y drogas. El abuso de estas sustancias puede producir desmotivación, fracaso escolar, relaciones sexuales inadecuadas y trastornos psicológicos y psiquiátricos. Hay algunos factores que favorecen el abuso; como puede ser una cierta aprobación social sobre el consumo de alcohol y drogas blandas, sobre todo entre los adolescentes. Les cuesta decir que no, cuando se las ofrecen, por la falta de confianza en sí mismos y por miedo a no identificarse con el grupo. Si hay un clima familiar tenso, agresivo o con carencias afectivas, el consumo de alcohol y drogas les ayuda a evadirse de esta situación y de los conflictos propios de su edad. La falta de valores,[9] la baja tolerancia a la frustración y la búsqueda de satisfacción a corto plazo, junto con la necesidad de autoafirmación, se puede traducir en conductas y actitudes de traspasar normas y límites.

Ayuda a prevenir el consumo de tóxicos, una buena relación con los padres, la educación en valores (que les permita encontrar otros incentivos en la vida y propicie el afán de superación), enseñarles a afrontar la realidad, evitando «evasiones mentales», una buena autoestima que les permita reafirmarse ante su grupo y enseñarles a utilizar su tiempo de ocio con otras actividades, especialmente deporte.

Si no se supera esta etapa adecuadamente, estaremos ante una persona inmadura. Esta fijación puede manifestarse de dos modos: que el joven no consiga independizarse emocionalmente y siga dependiendo de los otros, o que siga reafirmando su identidad mediante la rebelión y no sea capaz de asumir libremente los compromisos.

5. Madurez (20-60 años)

La edad adulta se corresponde con la mitad de la vida. Remplein[10] la divide en tres etapas

9. Tierno, B., *Educar hoy (Desde los seis a los veinte años).* Ediciones Paulinas, 1994.
10. Remplein, H., *Tratado de psicología evolutiva.* Labor, Barcelona 1971.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

que se suceden sin una línea divisoria clara entre ellas. La madurez psicológica es un objetivo que dura toda la vida, no se alcanza nunca del todo.

La edad adulta temprana (de 20/21 a 30/32 años)

Las capacidades físicas e intelectuales alcanzan su máximo rendimiento. Se inicia la carrera profesional donde sentirse productivo causa una gran satisfacción e influye en la configuración de la propia identidad. Aumenta la capacidad de compartir, sacrificarse y comprometerse. El amor impulsivo se va volviendo reflexivo. Suele haber un aumento de responsabilidad y mayor autonomía personal. Se produce la independencia familiar o «separación psicológica» de los padres («tercera individuación»). Se pasa de ser cuidado por la familia de origen a ser «cuidador» de la nueva familia. La vida va adquiriendo un sentido más profundo, el idealismo de la juventud se va puliendo por el realismo de la experiencia.

Momentos críticos y actitudes recomendadas

En esta etapa es frecuente elegir entre acceder al mercado laboral o continuar con la preparación académica. La incertidumbre ante la búsqueda de trabajo da paso a la actividad profesional con sus nuevos retos. Se conocerá un nuevo ambiente donde se establecerán nuevas relaciones profesionales, personales y sociales que también requerirán un esfuerzo de adaptación.

Otras personas eligen acceder al mercado laboral mediante oposiciones, lo cual alargará el periodo de estudio algunos años. Opositar requiere un gran esfuerzo, por lo que hay que estar muy motivado y ser muy persistente. El opositor pasa muchas horas estudiando mientras sus amigos están desarrollando su vida profesional y social. Si la motivación decae pueden surgir sentimientos de soledad, desesperación, crisis de ansiedad, insomnio y replanteamiento recurrente sobre la decisión de opositar. Estos momentos de crisis suelen solucionarse cuando se recuerda que se tomó esa decisión porque se encontraron más ventajas que desventajas. Se recomienda planear los momentos de estudio y los de ocio, sin mezclarlos, para que tanto el descanso como el estudio sean efectivos.

Todavía se está aprendiendo a distinguir lo que se quiere hacer, del esfuerzo real que hay que hacer para conseguirlo, y la persona ya establecida, tiende a compararse con los de su generación. Las comparaciones suelen ser poco objetivas, pues es imposible conocer la vida de otro como la de uno mismo, y pueden desembocar en sentimientos de inferioridad y envidia. Con paciencia y sin esperar resultados inmediatos, hay que fundamentar la seguridad en uno mismo en los valores personales abstractos, más que en las posesiones o en el estatus social.

A este periodo también corresponde la «crisis de los treinta» o la «crisis de la experiencia»[11]en la que se produce un choque entre los ideales y la realidad. Se sobreestima la fuerza de las ideas y de las actitudes interiores con las que se pretende dominar la realidad, realidad que, sin embargo, se está pasando por alto. Cuando se asimila que en muchas ocasiones lo que no tiene que ser es y que, lo que no se deriva de principios no se puede dominar por ellos, se produce ese choque que hace necesario replantearse la forma de enfrentarse a la vida.

Si en vez de producirse este replanteamiento, la persona se aferra a los ideales, puede convertirse en un absolutista, en un fanático de los principios, que no será capaz de entender la forma de pensar de los demás ni de disfrutar de nada que no concuerde con sus ideas. O en un revolucionario idealista que, al no conseguir logros concretos, justifique su ineficacia con la excusa de querer hacerlo todo de otra manera o en no estar de acuerdo «con el sistema».

11. Guardini, R., *Las etapas de la vida*. Palabra, 1997.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

Otra reacción ante esta crisis sería la de renunciar a los ideales y «vivir el momento». La persona se conforma con lo aparentemente aceptado por la mayoría y reduce sus aspiraciones a la búsqueda de éxito y de satisfacciones inmediatas.

Esta confrontación entre el idealismo propio de la juventud y la experiencia de la edad adulta se solucionará satisfactoriamente cuando se acepte la realidad como viene y se reaccione ante ésta según unos ideales. Tal fusión entre el sentir, el pensar y el querer determina la firmeza interior de la persona y la pone en disposición de ejercitar los valores humanos y construir un mundo mejor, en vez de conformarse con lo que hay o por el contrario ser un revolucionario idealista.

La edad adulta media (de 30/32 a 42/44 años)

Tras la evolución de la etapa anterior, se consolidan los logros en el ámbito profesional, social y familiar. Es la fase de la plenitud de fuerzas, la persona está más dispuesta a asumir responsabilidades sin escatimar esfuerzo. Se tienen más claros los fines proyectados y se persiguen con más seguridad en uno mismo, valorando de forma distinta el paso del tiempo.

Ya se ha vivido lo suficiente como para hacer balance de los resultados. La experiencia se asimila de una forma menos emocional y más reflexiva. Los sentimientos se estabilizan. Se conforma la personalidad en función del carácter, de las circunstancias vitales y del moldeamiento con la fuerza de voluntad, según la propia introspección.

Entre los retos de esta etapa[12] están el de desarrollar la capacidad de paternidad biológica y/o psicológica, desarrollar una relación de apoyo mutuo e igualdad con los padres y realizar una dedicación equilibrada a las tareas.

Momentos críticos y actitudes recomendadas:

La toma de conciencia de los propios límites y de lo pasajero de la vida se extiende también a lo corporal. En la «crisis de los cuarenta» el cuerpo comienza a deteriorarse y puede provocar un excesivo centramiento en la apariencia física y en las enfermedades, dando lugar a continuas visitas a médicos, dietas e intervenciones quirúrgicas.

Esta falta de aceptación del paso del tiempo se pone de manifiesto cuando la persona se aferra al estadio de la vida que se está acabando y equipara lo valioso de la vida con la juventud. Esta fijación es propia de la «inmadurez afectiva» o el «síndrome de Peter Pan», por el cual se evita asumir responsabilidades, se quiere vivir como si se fuera más joven, antes de que pase el tiempo y sea demasiado tarde.

Es bueno cuidarse y valorarse, hay que saber aprovechar las ventajas de cada fase de la vida pues, si bien se pierde rendimiento físico, se gana seguridad en uno mismo, experiencia, mejor situación económica. Para la superación positiva de esta crisis, de nuevo es necesario tener configurado un proyecto de vida, que conjugue el pasado, el presente y el futuro. Puede ocurrir que el exceso de trabajo y de responsabilidades lleve a la persona a sentir que está al límite de sus propias fuerzas. Si antes se sentía capaz de cualquier cosa, ahora toma conciencia de sus propios límites. Esto puede dar lugar a la pérdida de ilusión y al desengaño porque los esfuerzos realizados apenas se compensan. Si la persona se deja dominar por este sentimiento de decepción, puede reaccionar con diferentes actitudes: se convierte en un escéptico y se limita a hacer mecánicamente lo imprescindible o, por el contrario, se hace hiperactivo; también puede adoptar un optimismo forzado que, en realidad, no siente, o intentar escapar de la monotonía cambiando radicalmente de vida o buscando el riesgo en el ámbito personal o laboral, lo cual

12. Monge, M.A., *Medicina Pastoral. Cuestiones de biología, antropología, medicina, sexología, psicología y psiquiatría*». Capitulo. X. Pág. 358. (Autor: Ricardo Zapata García). 5.ª ed., EUNSA. 2010.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

puede desencadenar muchas rupturas matrimoniales.

La persona que no se deja dominar por la decepción y la monotonía se enfrenta a cada cosa que hace con un sentido que está más allá del resultado mismo, un sentido trascendente que da valor a su existencia.

Es importante encontrar el equilibrio entre la vida laboral, social y familiar. El excesivo centramiento en el trabajo, puede darse por diferentes motivos; como evadirse de un problema matrimonial, aunque sólo se conseguirá agudizarlo; esta situación hay que afrontarla planteándose con sinceridad qué es lo que se desea cambiar de la vida familiar para saber qué problema hay que solucionar. Aunque cueste afrontar la crisis, su resolución aumentará la calidad de vida de toda la familia. Otro motivo de la excesiva dedicación al trabajo puede ser el afán de poder y de reconocimiento. Entonces, habría que replantearse las prioridades en la vida con miras a un futuro a largo plazo, cuando uno ya esté fuera del mercado laboral.

También puede producirse un excesivo centramiento en la vida familiar con perjuicio de la vida de pareja. Esto puede estar facilitado por las múltiples obligaciones familiares, cuidado de abuelos, suegros y de los propios hijos. Después, tras la independización de los hijos, puede producirse el «síndrome del nido vacío». Es necesario tener en cuenta que dentro del matrimonio lo más importante es el marido o la mujer y que las necesidades de los demás miembros siempre vienen después. Paradójicamente, este fortalecimiento de la relación de pareja beneficiará al resto de la familia.

La edad adulta tardía (de 42/44 a 56/58 años)

Tras la estabilidad física y psicológica de la etapa anterior, llega el declive biológico con sus repercusiones psíquicas. La mujer sufre el climaterio o «descenso en la curva de la vida», entre los 40 y 50 años. Con la menopausia deja de tener capacidad reproductiva y los cambios hormonales afectan a su estabilidad psicológica. El hombre, un poco más avanzado en edad, puede vivir cierto cansancio general o llegar a sufrir una «depresión involutiva». Con la «andropausia» no pierde su capacidad reproductiva, aunque sí se reduce. Disminuye el impulso en el trabajo y, en general, el impulso vital.

Los intereses evolucionan del reconocimiento externo a través del prestigio o el poder, a los valores personales internos como el sentido del deber, la renuncia y la entrega a los demás. La experiencia de los propios límites da paso a la percepción de lo pasajero de la vida. Los sucesos tienden a interpretarse de una forma menos dramática, se les da otro valor.

Momentos críticos y actitudes recomendadas

Avanzada esta etapa de la vida, hay que aceptar el envejecimiento corporal y el paso del tiempo, En la actualidad, la forma de vida del joven sigue siendo la norma, mientras que la vejez se relaciona con limitaciones en vez de con sus valores propios como la experiencia, la sabiduría, la paciencia y la perspectiva para entender acontecimientos.

Se hace más patente la limitación del tiempo y la muerte personal, reafirmando la vida que se ha vivido y el sentido de la existencia que se ha realizado. De esta percepción de lo pasajero de la vida, se deriva la conciencia de lo que no pasa, de lo eterno[13].

Hay que dejar partir a los hijos, superar si se da «el síndrome del nido vacío», alcanzar una relación de igualdad con ellos e integrar nuevos miembros a la familia. Asumir los nuevos roles familiares y estar dispuesto, así mismo, a disfrutar de las gratificaciones que ofrecen estos nuevos roles, que, aunque no sean gratificaciones propias de la juventud, son exclusivas de esta etapa.

13. Monge, M.A., *Medicina Pastoral. Cuestiones de biología, antropología, medicina, sexología, psicología y psiquiatría.* 5.ª ed. EUNSA. Pamplona. 2010.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

La jubilación necesita un esfuerzo adaptativo, si no se tienen alternativas al trabajo en la ocupación del tiempo, puede producirse una depresión reactiva, además de fuertes sentimientos de soledad. Hay que evitar el autocentramiento y la autocompasión, mantener la intimidad y revalorizar las relaciones, teniendo prioridades claras, y usar como criterio de mejora los valores humanos y espirituales. Superar la envidia hacia los jóvenes, el resentimiento y el miedo hacia lo históricamente nuevo y el regodeo en los defectos y fracasos de los tiempos actuales.

Es el momento de retomar antiguas amistades o desarrollar antiguas o nuevas aficiones, o buscar actividades de ayuda social, ya que, como recuerda Viktor Frankl,[14] Kierkegaard afirmaba que «la puerta de la felicidad se abre hacia afuera».

6. Vejez (65 años en adelante)

Entre los 65 y 75 años la satisfacción personal se encuentra en la sensación de utilidad. Se tiene más experiencia y distancia para comprender a las demás personas y respetarlas, y más calma para escuchar.

A partir de los 75 años, en la llamada «cuarta edad», se produce un deterioro gradual de las funciones físicas e intelectuales. La actividad y los impulsos vitales pierden espontaneidad e intensidad, lo pasional desaparece. Con frecuencia, el anciano empieza a sentirse inútil y dependiente de los demás, tiene dificultad para adaptarse a los cambios del ambiente, lo que, unido al miedo a «perder la cabeza», le produce un fuerte sentimiento de inseguridad en sí mismo y de desconfianza hacia los demás. Para compensar estos sentimientos, aparece el materialismo propio de la vejez y la obstinación senil; tiranizar a quienes les rodean para tener la sensación de que todavía se es alguien.

Sus intereses están dirigidos a lo más material e inmediato, como la comida, la bebida o la comodidad corporal. Deja de interesarle la impresión que produce en los demás, a no ser que quiera conseguir algún favor, lo que puede llevarle al descuido de la propia persona.

El reto fundamental de la senilidad consiste en el correcto acercamiento a la muerte. El final de la vida sigue siendo vida, y en él se realizan valores que sólo en él pueden realizarse.

Momentos críticos y actitudes recomendadas:

El anciano se enfrenta a la soledad producida por la pérdida de personas queridas, especialmente a la viudez. Ésta es una de las experiencias más duras a las cuales se ve enfrentado el anciano, pues pierde a la persona con la que ha compartido una larga etapa de su vida. Es importante el papel que juegan los hijos en esta situación, ya que son ellos quienes deben tratar de aliviar esta soledad.

Para que el anciano no se sienta desplazado afectivamente hay que dejar que hable de su vida y de sus recuerdos, tranquilamente, sin que nadie le interrumpa o se burle de él. Toda su vida vuelve a tener sentido en el momento en que interesa a los demás, especialmente a los jóvenes.

El cuidado del anciano requiere energía, abnegación y paciencia ya que la debilidad de la ancianidad se expresa en irritabilidad y desconfianza, unido a su tendencia a descuidarse y su indiferencia frente a los sentimientos de los demás, especialmente si no se ha ejercitado antes en el dominio de sí mismo, en el orden y en la consideración hacia los demás. Para llevar a cabo esta labor, ayuda pensar que la vida llevara algún día a ese estado también a los que le cuidan, y tomarse con sentido del humor la desproporción entre la obstinación del anciano y su debilidad.

Es importante señalar que «*el deber de la persona que se halla en su plenitud vital frente al anciano, no es relevante solamente para este último. La salud, puede hacer a la persona insensible, por*

14. Frankl, V., *Psicoterapia y humanismo. ¿Tiene un sentido la vida?*, Fondo de Cultura Económica de España.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

eso los cuidados que dispensa al débil protegen al fuerte mismo. Cuando comprende la necesidad de ayuda del anciano y en atención a él, modera su propia impaciencia vital, se ve protegido de muchas cosas que podrían hacerle caer[15].»

Antes de plantearse la posibilidad de trasladar al anciano a una residencia, hay que valorar que donde mejor están los ancianos es en su casa, rodeado de sus cosas, y donde pueden llevar a cabo su rutina diaria. Lo ideal es que se les cuide en su propia casa; si esto no puede ser hay que intentar que el anciano elija, según sus propios criterios, la residencia donde alojarse. Una vez trasladado, necesita un buen apoyo familiar que evite la idea de abandono.

En la vejez, se tiene una vivencia de la muerte más intensa, la principal tarea es aceptarla con calma e ir viviendo en referencia a ella. Se han descrito cuatro fases en la aceptación de la muerte, aunque no siempre se pasa por todas: rechazo, autocompasión, rebelión y aceptación. La actitud ante la muerte está influida por la esperanza de una vida futura. Hay personas que han vivido alejadas de la religión, que al acercarse a sus últimos días necesitan reencontrarse con Dios.

7. La idea de dios a lo largo del ciclo vital de la persona

La idea de Dios es connatural al ser humano, a lo largo de la historia del pensamiento, bastantes autores señalan la dimensión trascendente del ser humano y su carácter constitutivo de la naturaleza humana.

En cualquier caso, ante la belleza y los horrores, la bondad y la maldad, la exactitud y los misterios que rodean la vida humana, tarde o temprano, cualquier persona se llega a formular la pregunta sobre la existencia de Dios. Esta idea de Dios que se va forjando en la mente, no se queda en mera abstracción sino que reclama de forma inmediata una respuesta personal, una actitud ante ella, que tiene todas las connotaciones de un planteamiento existencial, y que puede ser de afirmación, negación o duda. Por tanto, al tiempo que elabora la idea de Dios, la persona desarrolla una serie de conductas para adecuarse vivencialmente a esta cuestión: es la respuesta lógica a un descubrimiento de dimensiones existenciales.

La fe cristiana nos muestra un Dios personal y cercano que vela amorosamente por cada ser humano y que promueve que llegue a la intimidad con Él y establezca una profunda relación de Padre e hijo. Para que esa relación sea de auténtico amor, Dios ha querido respetar la libertad humana condicionando el que se lleve a cabo a la libre respuesta de cada persona pero sin dejar de ayudarla. Sin embargo, el ser humano ni es absolutamente autónomo ni su capacidad de tomar decisiones es absolutamente libre. Las circunstancias que rodean a cada persona condicionan parcialmente su autonomía y su libre albedrío. Dios le irá mostrando lo que espera de él y cada persona, con sus actitudes y modos de actuar, va dando respuestas a esas insinuaciones de Dios. El tipo de respuestas que da se mueve en el seno de la libertad humana pero nace de su trayectoria biográfica donde hay muchos aspectos que son libremente buscados, libremente asumidos y libremente rechazados.

En la elaboración que cada uno va haciendo de la idea de Dios y en las respuestas que lleva consigo, interviene de forma muy importante la idea de Dios que tiene el entorno más próximo y su modo de vivirla. Por tanto, esta elaboración no se llevará a cabo del mismo modo, ni tendrá las mismas consecuencias, si el entorno es profundamente creyente, es prácticamente indiferente o radicalmente ateo; ni si el modo de vivir esa idea de Dios (de afirmación, duda o rechazo) es intolerante, permisiva o comprensiva. Con todo, partiendo de la libertad del ser humano y dada la radicalidad que comporta la idea de Dios, hay una exigencia de terminar de hacerla propia (soy yo quien afirmo, niego o

15. Guardini, R., *Las etapas de la vida.* Palabra. Madrid. 1997.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

dudo sobre la existencia de Dios) y asumir sus consecuencias: vivir en concordancia con lo que representa que Dios exista, no exista o se tengan muchas dudas sobre esta cuestión.

A lo largo del ciclo vital de la persona, la idea de Dios y el modo de vivirla va adquiriendo caracteres propios y puede sufrir numerosos cambios y fluctuaciones. Desde la perspectiva psicológica, las diferentes etapas de la vida comportan algunas actitudes diferentes con respecto a la idea de Dios y el modo de vivirla.

En la infancia, las preguntas sobre el porqué de todo son algo absolutamente natural: el niño tiene necesidad de conocer el mundo que le rodea. Para ello, junto a su propia investigación, pregunta a quienes les merecen absoluta confianza. En esto, conviene tener presente que, en los primeros años de la vida, el niño desconoce la posibilidad de la mentira o el engaño y piensa que el adulto nunca se equivoca. Por tanto, no son indiferentes las respuestas que se le dan sobre esta cuestión que, ya desde los primeros momentos, el niño juzga como enormemente importantes y terminará contrastándolas con su propia experiencia.

Si la respuesta que se le da afirma la existencia de Dios, el niño atribuirá a Dios las referencias para su conducta. Es decir, en última instancia, los parámetros de bien y mal residen en Dios, si bien el modo de llevarlos a cabo, de definirlos vivencialmente, depende de las formas aportadas por los padres y su entorno cercano.

Si la respuesta que se le da niega la existencia de Dios, el niño elaborará su sistema de referencias inicialmente en sus padres (son ellos quienes encarnan la idea del Bien y del Mal) pero, lógicamente, de forma progresiva irá reclamando para sí ese sistema de referencias (soy yo quien señalo lo que está bien o está mal).

Finalmente, si la respuesta traslada dudas sobre la posibilidad de afirmar o negar la existencia de Dios, se inducen notables ambigüedades en la elaboración del sistema de referencias.

Durante todo el periodo de la infancia, el niño irá construyendo el sistema de referencias para su comportamiento y responderá vivencialmente hacia quien lo representa: Dios, los padres, la autoridad, uno mismo. No es aquí el lugar para formular las consecuencias, personales y sociales, que se intuyen, de una idea negativa o dudosa de Dios. Partiendo, pues, de que el entorno familiar afirma la existencia de Dios, es de especial relevancia ayudar al niño a establecer bien su sistema de referencias, distinguiendo con nitidez lo que está bien de lo que está mal y que lo es por unas razones de fondo que son inmutables y no derivadas del momento. Sin embargo, no basta con señalar esto; es necesario ayudarle a vivirlo –que sus conductas lo reflejen–, descubriendo que se viven tanto cuando se hace el bien como cuando se repara por el mal hecho. Además, es necesario fomentar en el niño la referencia a Dios que constantemente hace con su conducta y, consecuentemente, la conveniencia de unas prácticas de piedad. En este sentido, interesa remarcar el agradecimiento hacia Dios, por lo que hace por cada uno y por lo que nos perdona, y evitar las actitudes de temor o de cálculo. Junto a estos planteamientos más de fondo, es importante crear un clima familiar en el que se vive de forma natural todo esto, donde las referencias a Dios, como Padre amoroso, están presentes cotidianamente, y los errores y debilidades se rectifican con el dolor por la ofensa y la alegría del perdón. Conviene recordar que el ejemplo es el principal cauce de aprendizaje del niño y donde la congruencia o las incongruencias que pueda observar serán el cauce de solidez o de futuros conflictos. Al mismo tiempo, es preciso tener presente que seguirá formulando preguntas que exigen respuestas y para las que hay que estar preparado.

En la adolescencia, la idea de Dios y su vivencia tiene que sufrir la crisis de la aceptación personal como parte del proceso de autoafirmación. El adolescente necesita hacer suya la idea de Dios que ha ido forjando y las prácticas que ha llevado consigo. Este proceso depende mucho del modo de ser de cada cual y de las experiencias que ha tenido sobre esta cuestión. Si la vivencia que ha tenido es de coherencia entre la idea y la práctica, y sus contenidos son de amor, alegría y paz, habitualmente hará suya, sin crisis ni conflictos, la dimensión religiosa de su vida.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

En caso contrario, será fácil que se le planteen dudas o rechazos hacia las prácticas que, inevitablemente, cuestionarán la idea de Dios. Por esta razón, es frecuente que el adolescente pase una etapa de replanteamiento que es necesario respetar, manteniéndose los padres en una asequible distancia en la que el ejemplo es aún más importante. Se trata, pues, de permitir que libremente elabore sus planteamientos básicos de la vida pero con una prudente y afectuosa solicitud precedida siempre por el ejemplo de vida.

Con frecuencia, también en esta etapa es cuando se puede experimentar la llamada a una entrega plena a Dios. Es una situación en la que no suele faltar la inquietud ante la magnitud y el misterio que encierra. La actitud de los padres y las personas más cercanas debe ser la de profundo respeto ante el hecho trascendente y de positiva ayuda en la dilucidación de la posible vocación. Solamente desde el conocimiento de la persona (su modo de ser con sus características positivas y negativas) y con una visión cristiana del hecho, es posible hacer un verdadero asesoramiento que permita discernir la auténtica llamada de los planteamientos idealistas y emotivos que pueda tener el adolescente.

Al inicio de la vida adulta, el sentido religioso de la vida puede entrar nuevamente en crisis por la rutina, el acumulo de experiencias, las exigencias laborales y familiares y la presión socio-cultural. A esto puede contribuir el sentido de autosuficiencia, fruto de los primeros éxitos socio-laborales, o la situación contraria, de cierto sentimiento de fracaso, ante las dificultades iniciales en este campo. Conviene aquí ayudar a relativizar los sucesos, jerarquizar los temas y contrarrestar la presión ambiental.

Después, en la etapa de la madurez, la vida religiosa suele estar más asentada, no sufre tantas crisis y se encuentra más incorporada al vivir cotidiano, tendiendo a consolidar las actitudes iniciales con grados variables de compromiso y coherencia. Salvo los eventos con diversos tintes dramáticos (fallecimiento de un ser querido, enfermedades, crisis económicas, situación de paro, conflictividad familiar, etc.), nada circunstancial suele cambiar esa dinámica que tiende a reforzarse con el paso del tiempo fruto de una libertad madura que ha elegido y pone empeño en mantener esa trayectoria. De este modo, quien inició una vida de compromiso serio y coherente con la fe irá profundizando con mayor fuerza en el sentido y la razón de ser de lo que cree y hace, dando una dimensión más honda a los aspectos formales y calando mejor en los contenidos. Por su parte, quien se hizo un planteamiento más superficial y menos coherente de su vida religiosa suele tender a consolidarlo como un plus que tiene y hace en su vida.

Finalmente, en la vejez, suelen producirse algunos cambios en la idea de Dios y su vivencia. Por un lado, la experiencia acumulada lleva a ponderar mejor todo y dar a cada hecho y cuestión la relevancia que verdaderamente le corresponde. En esta etapa de la vida, se distingue más claramente lo que realmente es importante en la vida de una persona. Por otra parte, la conciencia más clara de las limitaciones de la vida humana y de su final, contribuyen a ver todo en función de lo que uno espera que ocurra tras la muerte. En algunos casos, es ocasión de reforzar y ahondar en la vida espiritual. En otros casos, es el momento de empezar o retomar la vida religiosa porque el absurdo de la nada abre las puertas de la eternidad y reclama una respuesta coherente. Una vida radicalmente desvinculada de su sentido trascendente puede abocar en la desesperación ante la expectativa de la nada. En algunas ocasiones, el sufrimiento derivado de las enfermedades que puede padecer el anciano o los sentimientos de abandono o marginación que quizás experimente le podrían llevar a una nueva crisis con respecto a su idea de Dios. Es importante, pues, ver en esta etapa (quien está en ella y quienes le rodean) las valiosas enseñanzas que puede aportar y la necesidad de especial acompañamiento que algunos requieran, también en su vida religiosa.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

Bibliografía

Berger, K.S. y Thompson, R.A., *Psicologia del desarrollo. Infancia y adolescencia*, Panamericana, Madrid 1998.
Carretero, M. Palacios, J. Marchesi, A., P*sicología evolutiva*, Alianza Editorial, Madrid 1991.
García Madruga, J.A. y Lacasa, P., *Psicología evolutiva*, UNED, Madrid 1997.
Zapata, R. Lahortiga, F., en Monge, M.A., (ed.), *Medicina pastoral*, 5.ª ed., EUNSA, Pamplona 2010, pp. 339-416
Remplein, H., *Tratado de Psicología Evolutiva*, Labor, Barcelona 1971.
Rice, F.P., *Desarrollo humano. Estudio del ciclo vital*, Prentice-Hispanoamericana, México 1997.
Zacarés, J.J. y Serra, E., *La madurez personal: Perspectivas desde la psicología*, Pirámide, Madrid 1998.
Guardini, R., *La aceptación de sí mismo. Las edades de la vida*, Palabra, Madrid 1997.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

11

Antropología del sufrimiento

El sentido humano y cristiano del dolor

Miguel Ángel Monge Sánchez

La literatura sobre el dolor y el sufrimiento es amplísima. Comparto la opinión de que para llegar a conocer verdaderamente lo que es, la única vía es la experiencia, bien sea la propia de quien sufre, bien la de aquel que acompaña a los sufrientes[1]. Aunque siempre nos faltarán las palabras adecuadas para describirlo y corremos el riesgo de quedarnos a mitad de camino. Pero debemos intentarlo, ya que «una visión del mundo que no pueda dar un sentido al dolor, y hacerlo precioso, no sirve en absoluto… Quienes acerca del dolor sólo saben decir que hay que combatirlo, nos engañan»[2].

1. Dolor y sufrimiento: aclaración terminológica

El dolor constituye un serio problema para los profesionales de la salud. Es la causa más común por la que los pacientes acuden a la consulta médica (el 80%, según algunos estudios). Para los médicos, constituye el quinto signo vital, después de la temperatura, pulso, presión sanguínea y respiración. Son enormes los gastos económicos que ocasiona. Pero lo más importante es el sufrimiento personal que produce. Este capítulo pretende abordar la antropología del dolor, con alguna referencia al dolor psiquiátrico, aunque no sólo a él.

En el lenguaje coloquial se suelen emplear indistintamente los términos dolor y sufrimiento. Hasta el mismo Diccionario de la Lengua Española propicia tal uso cuando define el sufrimiento con los términos «padecimiento, dolor, pena». Pero no son conceptos sinónimos[3].

La palabra dolor (del griego, algos) se reserva para padecimientos físicos, de orden somático; hace referencia a lo fisiológico y se define como «sensación desagradable producida por la acción de estímulos de carácter perjudicial»[4]; esos estímulos pueden proceder del exterior u

1. Conde, J., *Dolor y sufrimiento*: *¿Un nuevo enfoque?,* en «Dolentium hominum», 63 (2006) 17-34.
2. Ratzinger, J., *Ser cristiano en la era neopagana*, Ed. Encuentro, Madrid 1995, p. 27. Y continúa el texto: «Ciertamente, es necesario hacer lo posible para aliviar el dolor de tantos inocentes y para limitar su sufrimiento. Pero una vida humana sin dolor no existe, y quien no es capaz de aceptar el dolor rechaza la única purificación que nos convierte en adultos».
3. cfr. Rojas, E., *Una teoría de la felicidad*, Dossat, Madrid 1986, pp. 282-304.
4. La IASP (International Association for the Study of Pain, 1986) lo define como «una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a una lesión, real o potencial, de los tejidos, o descrita en términos de tal daño»: Cfr. Fuentenebro F. y Vázquez, C., *Psicología Médica, Psicopatología y Psiquiatría*, Interamericana, Madrid 1990, p. 581.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

originarse en el propio organismo. Este dolor tiene en sí mismo una función terapéutica ya que, por un lado, facilita la reacción física y psíquica del hombre para atacar al mal que le aqueja y por otro, estimula la función curativa de la medicina[5]. Este tipo de dolor es muy controlable por la medicina, aunque con algunas excepciones,

Hay un grado moderado de dolor físico que de ningún modo podemos denominar sufrimiento, pues tiene, en la coherencia total de la vida, un sentido claramente conocido, una función biológica y lo aceptamos sin objeción. Ese dolor, en cuanto mecanismo fisiológico, dura y actúa durante un tiempo y con la intensidad que exige su función biológica. El sufrimiento en cambio permanece (R. Spaemann).

El sufrimiento (del griego, pathos), aunque muchas veces arranca de un dolor físico, es de origen o repercusión predominantemente espiritual: es más psicológico, está más en relación con la persona y conecta con otros factores (personalidad, actitud ante las dificultades de la vida, tono espiritual del sujeto, etc.). Este sufrimiento, o dolor moral, lo acusa no solo la persona que padece una enfermedad, sino también su entorno, su familia, sus acompañantes. Resulta innecesario decir que el dolor es más fácil de aliviar que el sufrimiento. Esta diversidad la expresaba muy bien el Papa Juan Pablo II: «El sufrimiento es algo todavía más amplio que la enfermedad, más complejo y a la vez más profundamente enraizado en la humanidad misma; el sufrimiento físico se da cuando de cualquier manera duele el cuerpo, mientras que el sufrimiento moral es dolor del alma. Se trata, en efecto, del dolor de tipo espiritual, y no sólo de la dimensión psíquica del dolor que acompaña tanto al sufrimiento moral como al físico»[6].

2. El sufrimiento psíquico

El trabajo en un hospital ayuda a descubrir las altas cotas de sufrimiento que pueden alcanzar los enfermos psiquiátricos, con grados de intensidad difícilmente superables por otras dolencias orgánicas: ·»prefiero un cáncer a esta depresión», he escuchado muchas veces.

Pero, ¿cómo se puede valorar la intensidad del dolor psíquico? La intensidad percibida del dolor depende no solo del umbral que posea cada persona, sino que éste está además influenciado por «factores físicos, psíquicos y emocionales, aspectos de la personalidad, factores sociales, culturales e interpersonales, así como por la existencia de una experiencia previa frente al dolor» (Bonica).

Existen al menos dos tipos de sufrimiento psíquico: a) el propio de las enfermedades psiquiátricas, con todas sus variantes, que son muchas, y b) el generado en las enfermedades orgánicas como consecuencia, por ejemplo, del estrés hospitalario, la falta de la información debida, la separación de la familia, etc.

En cuanto a los primeros habría que considerar cada enfermedad, con su cuadro específico. Se ha dicho que las enfermedades psiquiátricas no suelen cursar con grandes dolores físicos (si se exceptúan los posibles tratamientos) pero sí con sufrimientos de otra índole. En la depresión, por ejemplo, además de la tristeza, inhibición psicomotriz y trastornos del pensamiento, aparecen sentimientos de culpa, que representan para los pacientes un plus de sufrimiento añadido, que puede llevar incluso a conductas hetero y/o autoagresivas[7].

En cuanto a los segundos nos basta señalar un conjunto de factores (masificación, estrés hospitalario, mal pronóstico, soledad, escaso apoyo familiar, falta de información, etc.) para que se añada también un plus de sufrimiento

5. cfr. Consejo Pontificio de la Pastoral de los agentes sanitarios, *Carta de los Agentes de la salud*, Ed. Palabra, Madrid 1995, n. 68.
6. Exh. Ap. *Salvifici doloris*, 11-II-1984, n. 5.
7. Cfr. Seva, A., *Psiquiatría humanística*, Zaragoza 2006, p. 210,

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

psicológico a la enfermedad orgánica que se padece.

3. «Vivir es sufrimiento»

Vicktor Frankl, uno de los psiquiatras más lúcidos del siglo XX, decía en cierta ocasión (se lo oí en una conferencia hace muchos años): «Vivir es sufrimiento, sobrevivir es encontrar sentido al sufrimiento». Esta afirmación sorprendente, nos ayudar a descubrir cuál es el sentido que tiene el sufrimiento en la vida humana.

La experiencia nos enseña –y no es necesario trabajar en un hospital para descubrirlo– que el dolor oy el sufrimiento constituyen un fenómeno universal que acompaña al hombre a lo largo y ancho de su historia. En cierto sentido, coexisten con él en el mundo. Efectivamente, ningún hombre escapa a la experiencia del dolor, sea físico o psíquico. Su realidad es tan común como misteriosa. El dolor que comienza con la vida (las angustias de la mujer en el parto y los llantos del recién nacido son sólo el preludio) está presente a lo largo de todo su desarrollo y únicamente concluye con la muerte. Afortunadamente no suele ser continuo, sino que suele aparecer con intervalos. Como dice S. Juan Crisóstomo, «Dios mezcla trabajos y dulzuras… ni los peligros ni los consuelos nos los da de continuo»[8]. De modo que el ansia de felicidad que existe en el ser humano requiere también integrar la experiencia ineludible del dolor[9].

Nos referimos sobre todo al dolor que causa la enfermedad, que se presenta como una experiencia universal. «A todas las horas y en todas las partes del universo mundo, las gentes, buenas o malas, enferman. Una infinita variedad de dolencias, quebrantos y derrumbes de la precaria salud, atrapa a la humanidad. Una sola sombra larga del dolor y del misterio». Así comenzaba un paciente del hospital en el que trabajo un artículo en un diario nacional[10]. Efectivamente, la enfermedad, aunque casi siempre transitoria, es una experiencia de la que nadie se libra.

Bueno sería recordar que el sufrimiento no es sinónimo de infelicidad y al contrario, felicidad tampoco supone la ausencia de dolor. Hay gente que lo tiene todo y no es feliz y, sin embargo, no es difícil encontrar enfermos que con una gran alegría dan gracias a Dios por el maravilloso mundo que descubren gracias a la enfermedad. Con palabras de Juan Pablo II, «el sufrimiento siempre es un breve paso hacia una alegría duradera (vid. Rom 8,18) y esta alegría se funda en la admirable fecundidad del dolor»[11]. Por eso, cuando se utilizan de modo abusivo los psicofármacos para suprimir las molestias normales, para evitar sensaciones de malestar, para disminuir todo temor o nerviosismo, disminuye también lógicamente la intensidad de la felicidad. Una sociedad –dice el filósofo R. Spaemann– que se empeña en abolir el dolor, cuando llega al límite más allá del cual no puede disminuirlo, no tiene ya nada que decir.

4. ¿Tiene algún sentido el sufrimiento?

Los hombres de todos los tiempos han buscado, con base en la propia experiencia, una explicación a su sentido. La primera cuestión que se plantea es la de si se puede encontrar un mero sentido humano. Ciertamente lo tiene, pero sólo desde una óptica trascendente se explica adecuadamente, aunque a veces no se entienda

8. Hom. sobre S. Mateo, 8.

9. «Toda persona considerada normal trata de evitar el dolor, aunque no siempre lo consigue. De manera que hay una curiosa coincidencia: huimos del sufrimiento y buscamos el gozo, pero sabemos bien que lo que va a resultar en cualquier caso es una emulsión o mezcla de ambas situaciones vitales. Esta alternativa de placeres y dolores es una condición existencial que tenemos que aceptar, aunque sea más o menos a regañadientes. Y considero extraña o inmadura a la persona que no acierta a hacerlos compatibles»: A. Llano, *La vida lograda*, Ariel, Madrid 2002, p. 64.

10. Arnáiz, S., *Derecho a enfermar*, ABC 22-VII-1985, p. 30.

11. Aloc. 27-IV-1983.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

del todo. Juan Pablo II hablaba del «ambiente cultural, que no ve en el sufrimiento ningún significado o valor; es más, lo considera el mal por excelencia, que debe eliminar a toda costa. Esto acontece especialmente cuando no se tiene una visión ético-religiosa que ayude a comprender positivamente el misterio del dolor»[12].

Por eso, la pregunta que nos hacemos es: ¿tiene algún sentido el sufrimiento?

Partimos de un hecho claro: el sufrimiento no es bueno en sí mismo; en sí es un mal. Por eso hay una tendencia instintiva a rechazarlo, incluso en personas creyentes. Pero eso no significa que no tenga sentido. El sufrimiento es una experiencia mala en la que se puede vivir algo positivo. El sufrimiento se me ofrece como posibilidad. Soy yo quien ha de decidir qué voy a ser, qué voy a vivir en el interior de esa experiencia dolorosa.

«¿Es que la adversidad puede engendrar felicidad?», se preguntaba Martín Descalzo. «Puede, al menos, engendrar muchas cosas: hondura del alma, plenitud de la condición humana, nuevos caminos para descubrir más luz, para acercarse a Dios». Por eso, continúa, «no hay que tenerle miedo al dolor, lo mismo que no le tenemos miedo a la noche. Sabemos que el sol sigue existiendo aunque no lo veamos. Sabemos que volverá. Dios no desaparece cuando sufrimos. Está ahí de otro modo, como está el sol cuando se ha ido de nuestros ojos»[13].

No han faltado ciertamente escritores que no le encuentran sentido alguno al dolor. Son todos aquellos a los que el sufrimiento de los inocentes les irrita tanto que concluyen incluso negando la existencia de Dios; a ellos hace alusión Juan Pablo II en Cruzando el umbral de la esperanza. Recuérdese La Peste de A. Camus, que plantea dramáticamente este tema.

Remitimos al estudio que hace Ch. Moeller donde analiza a fondo el planteamiento de Camus. El sufrimiento de los inocentes, en efecto, se plantea como el extremo más paradójico del problema del mal en el mundo[14]. «Estamos aquí en presencia de una realidad central de la fe, la más misteriosa pero la más esencial, la misteriosa solidaridad de los inocentes con el sufrimiento de los demás». La respuesta al misterio, afirma Moeller, está en Jesucristo, el «mayor torturado de toda la historia», que no solo sufrió injustamente sino que se ofreció a este sufrimiento para salvar a los hombres. «Los inocentes que sufren son los primerísimos testigos de Dios, los que reciben las gracias más grandes, porque salvan, en mayor medida que los otros, a sus hermanos los hombres por estar más unidos a Jesucristo agonizante y resucitado»[15].

5. A la búsqueda de un sentido humano

Pero son también muchos los filósofos y psicólogos que sí le encuentran sentido. No nos referimos aquí –es obvio– al sentido que el dolor físico tiene como señal de alarma en el organismo humano, cuestión bien conocida por todos los que ejercen la medicina o la enfermería. Kant afirma que el dolor es «el aguijón de la acción y la base del sentimiento real de la vida». Los psicólogos dicen que el dolor arranca al hombre de su propia circunstancia y le brinda la posibilidad de desprenderse de las cosas de su entorno y trascenderse a sí mismo. El dolor puede conducir tanto al egoísmo como a la generosidad; a la contracción de la vida al muñón de lo primario, de lo instintivo, como al mejor conocimiento de las limitaciones existenciales y de sus posibilidades espirituales.

V. Frankl cuenta la siguiente anécdota: acude a su consulta un hombre culto, médico de profesión, que se encuentra desesperado porque acaba de morir su esposa. La vida ya no tiene

12. Enc. *Evangelium vitae*, 25-III-1995, n. 3.
13. *Cuadernos de apuntes*, IV, *Razones para vivir*, Ed. Atenas, Madrid 1991, p. 56.
14. Con tal planteamiento, Camus pone al hombre como *soberano*, negando a Dios y la vida se convierte en un absurdo: cfr. *El mito de Sísifo*, Alianza, 4.ª ed., Madrid 1988.
15. *Literatura del siglo XX y cristianismo.* vol. 1, Ed. Gredos, Madrid 1966, p. 117.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

ningún sentido para él. Le advierte que no practica ninguna religión, de modo que por ahí no puede ofrecerle consuelo. No parece fácil al psiquiatra darle un consejo, hasta que se le ocurre la siguiente pregunta: ¿Usted amaba mucho a su esposa? Mucho, le contesta; esa es la razón de mi desesperación. Frankl le pregunta de nuevo: si usted hubiera muerto en lugar de ella, ahora sería su esposa la que estaría sufriendo, ¿verdad? Sin duda, responde el médico. Pues alégrese, doctor, porque esta usted ahorrando un gran dolor a su mujer, le contesta el Dr. Frankl. Aquella respuesta le dejó inicialmente desconcertado, pero enseguida aquel paciente reaccionó y le dijo: Muchas gracias, doctor, esto es lo que yo necesitaba. Aquel hombre había encontrado un motivo a su sufrimiento, que en aquel caso era una razón humana válida; fue, sin duda, un acierto de la Logoterapia, el sistema utilizado por Frankl[16].

Efectivamente, puede encontrarse un sentido humano al sufrimiento:

1) Tiene sentido en un ser que está en desarrollo; dicen los psicólogos y pedagogos que no se puede educar sin sufrimiento: no se puede dar a los niños todo lo que piden (hay que dejarles llorar en la cuna, no satisfacer todas sus apetencias, etc.). Un sufrimiento acompañado es bueno para el desarrollo del «yo».

2) También tiene sentido para los adultos, cuando éstos quieren ser colaboradores de su existencia, y así:

– el sufrimiento realza la existencia humana, despierta lo verdaderamente espiritual en el hombre[17];

– el sufrimiento deja al hombre a solas consigo mismo y ayuda a pararse, a «reposar y a repasar», a despegarse de las cosas; «el dolor desnuda la esencia de las cosas»[18]); «el silencio acompañado del sufrimiento madura a la persona»;

– el sufrimiento –que acaba remitiendo al sentido de la propia existencia– debería ser siempre personalizador y personalizante. Heidegger dice que el hombre es un ser inacabado y con el sufrimiento se puede lograr ese acabamiento, la plenitud;

– sirve para descubrir al ser humano su condición, su insuficiencia radical;

– pone a prueba a la persona, la ayuda a superarse;

– puede fortalecer, asentar a la persona, y en ese sentido es una ayuda en la adquisición de las virtudes;

– remueve al ser humano y le recuerda que éste no es su sitio; ayuda a trascenderse y a la creatividad; es capaz de actualizar la esperanza;

– une a las personas: el que ha sufrido comprende mucho mejor a los demás.

Es muy interesante la explicación de Vicktor Frankl[19]. Con el sufrimiento, se realizan los «valores de actitud», valores que, según él, están por encima de los valores creadores (trabajo) y valores vivenciales (amor). Este autor distingue:

– homo faber: el que llena su sentido existencial mediante sus creaciones;

– homo amans: el que llena su sentido a través del amor;

– homo patiens: el que sufre, y, con sus padecimientos, presta un «servicio», un «rendimiento», a sí mismo y a los demás;

El homo faber es un triunfador y se mueve entre las categorías de triunfo y fracaso, buscando siempre el éxito.

16. Cfr. *El hombre en busca de sentido*, Herder, Barcelona 1986, p. 111.

17. Zucchi, P. y Honnings, B., Algos y Pathos: momentos fundamentales del crecimiento espiritual del hombre, en «Dolentium hominum» 37 (1997), pp. 25-32.

18. Ginzburg, Eugenia Semionovna, E., *El Cielo de Siberia,* Argos Vergara, Barcelona 1980, p. 108. La cita completa dice así: «Cuando se vive durante tantos años en un mundo trágico (la autora sufrió duramente los efectos de la represión marxista en la antigua Unión Soviética), se acaba uno acostumbrando a un sufrimiento tan constante y hasta se aprende a olvidarlo de cuando en cuando. Uno se consuela pensando que el dolor desnuda la esencia de las cosas , y que es el precio que hay que pagar para poder contemplar la vida de un modo más profundo, más cercano a la verdad».

19. *Ante el vacío existencial. Hacia una humanización de la psicoterapia*, Herder, Barcelona 1980, pp. 95 ss.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

Para el homo patiens las categorías son otras: cumplimiento y desesperación, que se insertan en otra dimensión. El homo patiens puede realizarse incluso en el fracaso; la experiencia enseña que son compatibles tanto el binomio cumplimiento-fracaso, como el de éxito-desesperación. Aunque a los ojos del homo faber, el triunfo del homo patiens es visto como necedad y escándalo (es la locura de la Cruz, de la que habla Pablo de Tarso).

6. Interpretaciones sobre el sentido del dolor

A lo largo de la historia del pensamiento, han sido muchos los intentos de una explicación del significado del sufrimiento. De esta cuestión hemos tratado en otra obra, a la que remitimos (cfr. bibl.). Aquí simplemente sintetizamos los argumentos más comunes y constantes

a) el dolor es consecuencia de una culpa y del pecado (en el trato con enfermos es relativamente frecuente encontrar esta visión punitiva de la enfermedad)

b) sentido pedagógico del dolor: con él, Dios educa y madura a los hombres.

c) el dolor es prueba y ocasión de encuentro con Dios. Es la visión del cristianismo y de otras religiones.

d) el dolor entendido como solidaridad, que sirve para abrirse a los demás y ayudarles, compartiendo con ellos el sufrimiento.

Como puede notarse, al buscar una explicación adecuada, casi siempre se remite a un sentido trascendente de la vida humana. Por ello, cuando las personas participan de una formación ético-religiosa del misterio del sufrimiento, son más capaces de una profunda reflexión acerca de su significado, y pueden más fácilmente elevarse a Dios. Cuando esta dimensión se oscurece o no existe, la explicación sobre el sentido del dolor de ordinario resulta vana o inútil.

7. La familia ante el sufrimiento

Recuerdo a una mujer joven, enferma de cáncer, alegre, optimista y luchadora (la dieron dos meses de vida y vivió diez años más) que justificaba su actitud esperanzada en relación con la enfermedad en la impresionante ayuda que encontró siempre en su familia, a la que jocosamente denominaba su «grupo de apoyo»[20]. A lo largo de mi trabajo de capellán de hospital he tenido ocasión de comprobar ejemplos admirables de esa dedicación de las familias a sus miembros enfermos.

Efectivamente, la persona que enferma casi nunca está sola, siempre tiene a su lado a alguien que la acompaña. Una de las experiencias más tristes que se puede encontrar en un hospital –afortunadamente son poco frecuentes, pero que con el tiempo es probable que los casos irán a más– es la de ver a un enfermo que se encuentra absolutamente solo en la habitación. No pensemos en personas con enfermedades soportables, dolencias de corta estancia hospitalaria, ligeras intervenciones quirúrgicas, etc., en las que tal vez la presencia de la familia no resulte imprescindible; me refiero a las enfermedades graves y sobre todo a los llamados enfermos terminales. Aquí esa presencia de la familia constituye una ayuda fundamental, absolutamente necesaria.

¿Cuál es el papel de la familia en estos casos? La medicina actual, tan avanzada y tecnificada, no requiere especial solicitud de los acompañantes en el seguimiento del proceso patológico del pariente enfermo, aunque siempre puede constituir una ayuda para el personal sanitario (me refiero al control de la medicación, atención de necesidades biológicas, etc.), su papel es sobre todo de apoyo moral, de compasión (padecer-con), de compañía. Aunque siempre caben excepciones, el enfermo acompañado soporta mucho mejor la estancia hospitalaria, su tiempo se le hace más corto y llevadero cuando no se encuentra solo.

20. cfr. Suárez, M., *Diagnóstica: cáncer,* Círculo de Lectores, Madrid.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

Quizá la única excepción sea el caso de los enfermos ingresados en una Centro psiquiátrico; estos enfermos muchas veces requieren aislamiento y parte del tratamiento médico puede llevar consigo la no presencia de la familia, al menos durante la primera fase de la enfermedad.

Sucede además que –al contrario de las enfermedades orgánicas– la familia no sabe cómo comportarse en estos casos Aparte del tradicional miedo atávico a la «enfermedad mental» (muchas veces existe incluso hasta vergüenza de reconocer la presencia de un enfermo mental en el seno de la propia familia) el principal problema surge de la ignorancia de las familias a la hora de comportarse con este tipo de enfermos, lo que aumenta la angustia de los propios pacientes, al no sentirse comprendidos. Es el caso de los que padecen una depresión, que casi siempre han de añadir a su dolencia la incomprensión de la propia familia. Afirmaciones como «no pones nada de tu parte», «te ofrecemos todo y tú no haces nada», o los simples y vacíos consejos que pretender ser estimulantes, no solo no logran ningún efecto positivo, sino que aumentan el sufrimiento del paciente. ¿Qué hacer en estos casos? El papel de la familia es siempre acoger, aceptar, comprender, no hacer reproches y mantener una frecuente relación con el especialista, para dar solución a las dificultades que se planteen.

Bibliografía

AA.VV., *La mística frente al sufrimiento. Claves para una vivencia cristiana del sufrimiento*, CITES, Ávila 2006.

Actas de la XI Conferencia Internaciconal del Pontificio Consejo para los Agentes Sanitarios, sobre Las enfermedades mentales, en «Dolentium Hominum» 34(1997) 1-232.

Colomer, J. C., *El valor del sufrimiento. Apuntes sobre el padecer y sus sentidos, la creatividad y la psicoterapia,* Desclée de Brouwer, Bilbao 2007.

Cuadrado Taapia, A., *Los enfermos nos evangelizan*, Paulinas, Madrid 1993.

D'Onofrio, F., *El dolor un compañero incómodo*, San Pablo, Madrid 1993.

Frankl, V. E., *El hombre doliente*, Herder, Barcelona 1987.

Frankl, V. E., *El hombre en busca de sentido*, Herder, Barcelona 1988.

Frankl, V. E., *El hombre en busca de sentido*, Herder, Barcelona 1988.

Juan Pablo II, Exhortación apostólica *Salvifici Doloris*, sobre el sentido cristiano del sufrimiento humano, 1984

Lewiis, S. C., *El problema del dolor*, Rialp, Madrid 1994; *Una pena en observación*, Rialp, Madrid 1994.

Le Breton, D., *Antropologías del dolor*, Seix Barral, Barcelona 1999.

Monge, M. A.; León, J.L., *El sentido del sufrimiento*, Palabra, Madrid 1999.

Orellana, I., *Pedagogía del dolor,* Palabra, Madrid 1999.

Pangrazzi, A., *¿Por qué a mí? El lenguaje del sufrimiento*, Paulinas, Madrid 1994.

Sandrin, L., *Cómo afrontar el dolor*, Paulinas, Madrid 1996.

Sandrin, L.; Brusco, A.; Policante, G., *Comprender y ayudar al enfermo*, Paulinas, Madrid 1992.

Vilar y Panas de Farnésd, J., *Antropología del dolor,* EUNSA, Pamplona 1998.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

12

La enfermedad mental

Concepto y tipos de trastornos

Antonio Seva Fernández

La enfermedad mental es una alteración de los procesos cognitivos y afectivos del desarrollo considerado como anormal con respecto al grupo social al que pertenece el individuo. Esta alteración se puede manifestar en trastornos del razonamiento, del comportamiento, de la facultad de reconocer la realidad y de adaptarse a las condiciones de la vida, y puede degenerar en aislamiento social, inactividad, desorden del ritmo de vida en general y, en ciertos casos y circunstancias, en trastornos de conducta e incluso intentos de suicidio.

Los trastornos mentales producen síntomas que son observables por la persona afectada o las personas de su entorno. Entre ellos pueden figurar: síntomas físicos (dolores, trastornos del sueño), síntomas afectivos (tristeza, miedo, ansiedad), síntomas cognitivos (dificultad para pensar con claridad, creencias anormales, alteraciones de la memoria), síntomas del comportamiento (conducta agresiva, incapacidad para realizar las tareas corrientes de la vida diaria, abuso de sustancias) o alteraciones perceptivas (percepción visual o auditiva de cosas que otras personas no ven u oyen)

Los síntomas precoces específicos varían de un trastorno mental a otro. Las personas que presentan uno o varios de los síntomas enumerados deben consultar a un profesional si esos síntomas persisten, provocan un sufrimiento importante o llegan a interferir en sus tareas cotidianas.

Dependiendo del concepto de enfermedad que se utilice, algunos autores consideran más adecuado utilizar en el campo de la salud mental el término «trastorno mental». Junto en aquellos casos en los que la etiología están determinadas por multitud de factores, integrando elementos de origen biológico (genético, neurológico, etc.), ambiental (relacional, familiar, psicosocial) y psicológico (cognitivo, emocional, etc.), teniendo todos estos factores un peso no sólo en la presentación de la enfermedad, sino también en su fenomenología, en su desarrollo evolutivo, tratamiento, pronóstico y posibilidades de rehabilitación. Es decir no suele haber un factor único y los llamados desencadenantes (acontecimientos vitales, problemas médicos, tóxicos, etc.) a veces lo que hacen no es más que despertar algo que ya estaba latente.

La depresión, el abuso de sustancias, la esquizofrenia, el retraso mental, los trastornos de la personalidad y la demencia son ejemplos de trastornos mentales. Pueden aparecer en varones y mujeres de cualquier edad y en cualquier raza o grupo étnico y dependen de una combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales. Es decir, en cierto modo funcionan de manera parecida al resto de las enfermedades médicas en las que desconocemos las causas.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

Sobre ello uno de los pioneros españoles en epidemiología psiquiátrica, el profesor Seva Díaz decía: «No existe una sola enfermedad ni del cuerpo ni del alma que tenga cura, puesto que la cura debería ser una restitución *ad integrum,* es decir, no debe dejar marca o señal, y hasta un simple catarro lo hace». Pero desde luego es importante establecer el diagnóstico precoz, sobre todo cuando los tratamientos disponibles son bastante eficaces.

A lo largo del tiempo las enfermedades mentales han representado para la gente en general algo negativo que se debía ocultar. Los comportamientos, tan difíciles de entender, que presentan estos pacientes y los importantes cambios de sus sentimientos e instintos, explican estas reacciones populares. Sin embargo, hoy, gracias a los adelantos científicos producidos en el campo de la Psiquiatría, estas actitudes negativas están modificándose progresivamente, aunque no con la celeridad que todos deseamos.

La estigmatización es casi siempre inconsciente, basada en erróneas concepciones sociales, arraigadas en la percepción colectiva. Por ejemplo, se piensa que una persona con esquizofrenia es violenta e impredecible, y no podrá nunca trabajar o vivir fuera de una institución, ni tener una vida social. Que una persona con depresión es débil de carácter. Que no puede casarse ni tener hijos. Que la enfermedad mental no tiene esperanza de curación. Que es imposible ayudarle, etc.

La sabiduría popular expresada en el refranero español es desgraciadamente muy rica en dichos acerca de estas enfermedades: «al toro y al loco de lejos», «un loco hace ciento», «la locura no tiene cura y si la tiene poco dura» o «mal que no tiene cura es la locura». En nuestra sociedad occidental el estigma lleva a la discriminación negativa de la persona que padece la enfermedad y, además, la discriminación no termina aquí, sino que afectan también a la familia del paciente, en el presente y a lo largo de generaciones.

Gran parte del sufrimiento que padecen estas personas tiene su origen en el rechazo, la marginación y el desprecio social que han de soportar, y no en la enfermedad en sí misma. El silencio que rodea a cualquier problema de salud mental forma parte del problema. Las enfermedades mentales están silenciadas, ausentes, como invisibles. Están muy cercanas pese a que siguen siendo las grandes desconocidas para la sociedad, pero la realidad nos dice que una de cada cuatro personas acabará padeciendo una enfermedad mental a lo largo de su vida.

Las autoridades políticas y sanitarias han identificado el estigma como una parte sustancial del problema de las personas con enfermedad mental en al enfrentarse a su recuperación. Y su erradicación se está convirtiendo en objetivo prioritario de intervención institucional de la Organización Mundial de la Salud, de la Unión Europea, y de los Ministerios de Sanidad, que establecen la necesidad de una mejor concienciación de la población respecto a estas enfermedades y su posible tratamiento, así como el fomento de la integración de las personas afectadas mediante acciones de sensibilización.

Los medios de comunicación han presentado durante muchos años una imagen negativa de los que padecen una patología psiquiátrica, utilizando términos tan vejatorios como demente, loco, perturbado, psicópata, etc. La conducta violenta es considerada como una casi certera indicación de enfermedad mental (aunque en la mayoría de los casos la violencia es perpetrada por personas que nunca han padecido forma alguna de trastorno mental), y frecuentemente, se confunde enfermedad con maldad.

Sin embargo, es el paciente quien sufre la devastadora experiencia de la marginación, que afecta cada vez más a su mermada autoestima. A su vez el desconocimiento del origen de los trastornos mentales, favorece la aparición de mitos y tabúes de toda índole, como puede ser la idea de que una vez atravesada la frontera de la normalidad no hay regreso posible.

Además, muchas personas piensan que pueden haber causado de alguna manera la enfermedad mental de su familiar, lo cual no es cierto. Ya hemos comentado anteriormente que son muchos los factores combinados que causan la enfermedad mental. Puede haber una predispo-

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

sición hereditaria, un desequilibrio químico en el cerebro o factores estresantes como el desempleo, la jubilación, rupturas familiares… Pero siempre hemos de tener presente que nadie es culpable, ni siquiera responsable de la enfermedad mental, ni siquiera el paciente. Sin embargo, en el ámbito ético, puede haber enfermedades que surjan por una acción más o menos consciente, más o menos responsable del sujeto. En algún otro capítulo de este libro se mencionan de hecho como factores causales

Por tanto la preocupación primordial que debemos tener los familiares, amigos, compañeros y los profesionales sanitarios (médicos, psiquiatras, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, personal auxiliar) para con estos pacientes es brindarles el máximo apoyo, buscar la aceptación de la enfermedad y, con ello, mejorar su calidad de vida. Finalmente, en algunos casos, la prevención no será posible y la enfermedad conducirá a una discapacidad y a una reducción considerable de la calidad de vida y de las posibilidades de inserción social. En estos casos la intervención deberá ser dirigida al reconocimiento de la disfunción y evitar la discriminación. Debemos oponer a la figura estigmatizante de una «enfermedad incurable», la de una disfunción controlable.

1. Criterios de diagnóstico

La Nosología es la parte de la Medicina que tiene por objeto describir, diferenciar y clasificar las enfermedades. Pero hay que decir que no es lo mismo diagnosticar que clasificar. Diagnosticar es calificar por parte del médico a la enfermedad según los síntomas y signos que éste advierte en el enfermo, y clasificar es situar las realidades clínicas en clases y etiquetarlas.

Desde los primeros esbozos nominativos de la antigüedad, hasta las más sofisticadas construcciones nosológicas surgidas en los siglos XVIII y XIX, las descripciones, diferenciaciones y clasificaciones han ido variando, aunque manteniendo una misma filosofía. Sin embargo el diagnóstico no debe quedarse en un quehacer meramente descriptivo, sino que es mucho más.

El problema será elegir entre la simplicidad y la complejidad de los síntomas, aún a sabiendas del carácter subjetivo que estos tienen. Además, la realidad clínica psiquiátrica se transforma en el trascurso del tiempo, y muchas veces se establecen diagnósticos en referencia al número de síntomas presentes en las últimas dos semanas, en el último mes, o en el último año, a modo de guías que cuantifican la gravedad.

Como se puede comprobar, la perspectiva clínica tradicional, nos ofrece una visión excesivamente simplificada de la enfermedad, hecha a base de la descripción sistematizada de los síntomas actuales de una persona enferma. Toda la psicopatología se fundamenta exclusivamente en la catalogación sistemática de los diferentes modos del alma, del espíritu o del psiquismo. Pero solamente nos sirve para situarnos en la entrada de la casa y sobre la piel del enfermo. No conoceremos ni su familia, ni su trabajo, ni su tiempo libre, ni siquiera sus deseos o expectativas, tampoco sus miedos, sus sueños, ni su pasado. De ahí precisamente que defendamos las posiciones intelectuales que permitan saltar desde la esperpéntica situación clínica que solemos recoger en la consulta, a las otras situaciones que le conectan con sus entornos sociocomunitario e imaginario, ligándole a una historia personal, familiar y cultural de tiempos y de espacios vividos, que nos abrirán senderos por dónde penetrar, sin perdernos.

Hablamos de clasificación cuando se intenta construir un sistema. Dentro de éste, la clase es un grupo de personas, animales o cosas que poseen en común una o varias características, las cuales sirven precisamente para diferenciarlos a su vez de las otras clases. La identificación sería la inclusión de un objeto o persona en una clase. Pues bien, si el síntoma es la actitud, conducta, expresión o manifestación que se desvía de la norma general, el síndrome habría que definirlo como la constelación combinatoria de síntomas que surgen de un modo relativamente frecuente; y el estado sería el conjunto de síntomas que estarían presentes en un momento determinado.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

2. Clasificación de las enfermedades psiquiátricas

Hoy por hoy, la Psiquiatría no se halla en condiciones de clasificar a las enfermedades mentales atendiendo a sus causas. Y es que ciertamente nuestra ignorancia sobre el porqué y el cómo del enfermar psíquico es tan grande que toda clasificación nosológica se realiza forzosamente sobre bases poco sólidas. Clasificación, identificación, clase o tipo, síntoma, estado y síndrome se convirtieron desde hace mucho tiempo en conceptos a los que la Medicina y en nuestro caso la Psiquiatría dedicó sus esfuerzos. Y es que realmente la preocupación taxonómica ha sido permanente en toda ciencia como consecuencia de la necesidad de clasificar y ordenar los conocimientos científicos acumulados.

a) *Antiguas clasificaciones:*

La enfermedad mental fue considerada como consecuencia directa de la acción de la divinidad o de los espíritus maléficos, y de ahí que en las primeras clasificaciones de las enfermedades psíquicas realizadas en la antigua India, cada una de sus clases responda a una forma particular o especial de ser poseído por los espíritus.

Más adelante, ya en la cultura clásica, la medicina hipocrática, consideraba que las enfermedades mentales no eran otra cosa que enfermedades del cerebro, clasificando a éstas en una serie de entidades clínicas tales como la melancolía, la manía, la letargia, la frenesís y la epilepsia.

En el siglo XIX la orientación somática en Psiquiatría va cobrando enorme fuerza, copiando el modelo de enfermedad propio de la Patología Médica. Una gran cantidad de autores de la época, como Esquirol, Wernicke, o Kraepelin, participaron en esa aventura de definir una etiopatogenia, una anatomía patológica, un cuadro clínico específico, una evolución precisa y un nombre propio para cada padecimiento psíquico, tal y como estaba sucediendo en el resto de la Medicina.

Sin embargo, de entre todas ellas, será la clasificación nosológica de Kraepelin en 1896 la que se extienda a todos los círculos psiquiátricos del mundo. Y hasta tal punto logró vigencia, que aún hoy, después de tantos años y de tantos ataques sufridos, sigue alimentando a las modernas clasificaciones psiquiátricas, que muchas veces no son sino interpretaciones actualizadas de ella. Kraepelin fundamentó su clasificación de las enfermedades mentales en dos criterios fundamentales: la evolución y la terminación del cuadro clínico.

b) *La modernas clasificaciones:*

Existen numerosas categorías dentro de los trastornos mentales, consistentes en manifestaciones clínicas nada homogéneas, entre las que hay trastornos mentales de gravedad considerable, con demostrable sustrato biológico e impacto social, y otro tipo de comportamientos y emociones más o menos desadaptados, también llamados trastornos psicóticos, o los llamados trastornos neuróticos, que producen malestar en quien los padece, con sustrato biológico dudoso o inexistente, y que dependen de factores cognitivos, emocionales y relacionales.

Las psicosis abarcan la manifestación más claramente asociada con la enfermedad mental. Sus síntomas clásicos incluyen las alucinaciones, delirios y grave alteración afectiva y relacional, trastornos que suelen tener un factor orgánico bastante pronunciado, como algunos trastornos bipolares, aunque las esquizofrenias son claramente las de mayor repercusión personal, social y familiar, dado su carácter crónico y degenerativo caracterizado por los elementos propios de todos los trastornos psicóticos a los cuales se añaden otros síntomas, no exclusivos, como la desconexión con la realidad que interfiere en su capacidad para reconocer lo que es real, controlar las emociones, pensar con claridad, emitir juicios, comunicarse, y relacionarse con los demás

Según la Organización Mundial de la Salud, los trastornos esquizofrénicos se caracterizan por distorsiones fundamentales y típicas de la

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

percepción, del pensamiento y de las emociones. En general, se conserva tanto la claridad de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el paso del tiempo puede presentarse déficit de tipo cognoscitivo. El enfermo cree que sus pensamientos, sentimientos y actos más íntimos son conocidos o compartidos por otros, y pueden presentarse ideas delirantes en los actos y pensamientos del individuo afectado. Son frecuentes las alucinaciones, especialmente las auditivas, pero también suelen presentarse otros trastornos de la percepción. Las recaídas, también llamadas brotes, impiden en muchos casos a estos pacientes el volver a su situación anterior y, por tanto, prevenir será una de nuestras labores fundamentales.

Las neurosis afectan en mayor grado a la percepción del sujeto sobre sí mismo, y a su nivel de agrado, de plenitud y de integración del yo, así como a sus relaciones con el entorno social y familiar más cercano; sin embargo, no presentan los síntomas usuales de desconexión con la realidad y amplio alejamiento de la vida social, ya que por lo general no son tan graves ni discapacitantes como las psicosis, y permiten a los pacientes llevar una vida normalizada. Su origen es psíquico, emocional o psicosocial y su característica principal es la ansiedad, personalmente dolorosa y origen de un comportamiento inadaptado.

Sin embargo, el término neurosis fue abandonado por la psicología científica y la psiquiatría, y actualmente se refiere a estos cuadros clínicos como trastornos, entre los que se incluyen: algunos trastornos depresivos, de ansiedad, somatoformes (hipocondría, fibromialgia, …), disociativos (trastorno de personalidad múltiple, trastorno de despersonalización, trance y posesión),o los trastornos sexuales, del sueño, del control de impulsos ,los adaptativos y, por último, los llamados trastornos de la personalidad.

El trastorno mental es susceptible de ser diagnosticado según categorías diagnósticas internacionalmente consensuadas, como son los sistemas Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) de la OMS y Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V) de la American Psychiatric Association, presentando ambas, tanto a nivel epidemiológico como clínico, unas definiciones y criterios compartidos universalmente, de modo que cuando hablamos de un determinado síntoma psicopatológico o de una determinada enfermedad mental, cualquier médico de no importa qué lugar del mundo, entiende lo que queremos decir.

Por último citaremos los epígrafes del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (5.ª edición) desarrollada por la Asociación Americana de Psiquiatría:

–Trastornos del neurodesarrollo.

–Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

–Trastornos bipolares y relacionados.

–Trastornos depresivos.

–Trastornos de ansiedad.

–Trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados.

–Trastornos relacionados con traumas y estresares.

–Trastornos disociativos.

–Trastornos de síntomas somáticos.

–Trastornos de alimentación y de la conducta alimentaria.

–Trastornos de la eliminación.

–Trastornos del sueño.

–Disfunciones sexuales.

–Disforia de género.

–Trastornos disruptivos, del control de impulsos y conductuales.

–Trastornos adictivos y de consumo de sustancias.

–Trastornos neurocognitivos.

–Trastornos de la personalidad.

–Trastornos parafílicos.

–Otros trastornos.

Pero la clasificación solo ordena, y nada nos dice sobre lo ordenado, afirma con mucho acierto G. Vidal (1997). De hecho simplemente basta con que nos acerquemos clínicamente a un enfermo psiquiátrico, para darnos cuenta de que realmente son personas con sus condicionamientos, y no enfermedades

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

3. Factores biopsicosociales

Es indiscutible la importancia que los factores sociales, biológicos y psicológicos tienen sobre la enfermedad mental. En las distintas civilizaciones, además de los factores plásticos o de expresión del trastorno, existen los factores patogenéticos, a veces muy singularizados. Me estoy refiriendo a factores derivados del padecimiento de una serie de enfermedades infecciosas que afectan de un modo determinado a las estructuras del sistema nervioso central. Pero también a las diferentes situaciones de avitaminosis y de carencias alimenticias, y por supuesto a los factores esencialmente genéticos, exacerbados muchas veces por condicionamientos de consanguinidad.. Igualmente, toda una serie de factores demográficos e incluso geográficos y climáticos, pueden muchas veces explicarnos determinados fenómenos psicopatológicos que escapan a una interpretación exclusivamente sociocultural.

Los factores psicológicos pueden ayudar también a explicar el proceso de la enfermedad mental mediante distintas teorías como la teoría del aprendizaje, cuya idea fundamental es que el funcionamiento de la mente está basado en la ejecución de las conductas, o la teoría cognitiva que centra su interés en la influencia que ejercen las creencias y los patrones de pensamiento en los trastornos psiquiátricos. Aquí se enfrenta al individuo con la irracionalidad de su pensamiento, y con ello se le ayuda a mejorar la valoración que tiene de sí mismo.

En cuanto a los factores sociales, la llamada Psiquiatría Social esconde tras de sí variados sentidos según el autor que emplee este término. Por ello, intentando poner un poco de orden en este campo de investigación de la Psiquiatría, en el año 1959 un Comité de Expertos en Salud Mental emitió un informe titulado «Psiquiatría social y actitudes de la colectividad» que entre otras cosas definía la Psiquiatría Social como el conjunto de medidas preventivas y curativas que tienen por objeto la adaptación del individuo a una vida satisfactoria y útil en su medio.

Además, sería también cometido de la Psiquiatría Social, la epidemiología de las enfermedades y padecimientos mentales, merced a cuyos hallazgos va a ser posible la instauración de una serie de medidas, que permitan en las ciudades, en los talleres, en las fábricas, en las universidades, en las producciones cinematográficas y en donde quiera que sea necesario, la prevención y conservación del mejor estado de salud psíquica posible entre los miembros de los diferentes grupos de que se trate. Decía ya a este respecto C. Koupernik (1968) que la higiene mental debería convertirse en parte integrante de la nueva ciudad, y de hecho ya se ha hablado de una psicopatología del hábitat (B. Dalle, 1969) y hasta de una psiquiatría del inmueble (Hochmann, 1969). Sin embargo, como decía el profesor Rey Ardid (1953) hace años, en muchos casos el origen de mal nos es perfectamente conocido; en otros, tenemos de él una noción incompleta y fragmentaria; y en los más se nos escapa totalmente, aunque en ciertos aspectos comiencen a atisbarse los principales agentes causales.

En la actualidad la Psiquiatría Social, hablando en sentido amplio, considera a las enfermedades mentales como reacciones psicopatológicas ante una serie de situaciones vitales, o como fallos en la adaptación ante diferentes factores ambientales. El mismo Psicoanálisis, al retrotraer al paciente a sus primeras relaciones con la madre, el padre y los hermanos, concedió importancia indiscutible a los factores familiares en la génesis de los trastornos psíquicos. De esta manera, para K. Horney el origen de las neurosis podría encontrarse en el conflicto entre los valores del occidente cristiano basados en el amor al prójimo, la fraternidad y la valoración del sacrificio, y las normas de la sociedad capitalista, fundamentada en la libre competencia económica y la lucha por el status social. Como ya supondremos, este conflicto de valores es al mismo tiempo de papeles, ya que un mismo individuo se vería obligado a ejercer papeles distintos y, lo que es peor, a veces contradictorios.

Otro campo que no debemos olvidar es el de la Psiquiatría Trascultural que se encuentra

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

constituido por la Etnopsiquiatría o estudio de las afecciones mentales en función de los grupos étnicos o culturales a los que pertenecen los enfermos. No podemos olvidar, como decía Bronislaw Malinowski (1970), que existe una auténtica interacción entre lo que podemos llamar «biológico» y «cultural».

Este nuevo enfoque de la investigación psiquiátrica ya fue vislumbrado por Kraepelin, al afirmar que las descripciones de las enfermedades mentales contenidas en nuestras obras clásicas se hallaban fundamentadas únicamente en la observación de los enfermos mentales occidentales. A pesar de ello, el relativismo cultural tiene sus límites, ya que existen una serie de trastornos psicopatológicos, precisamente los más somáticos (confusión mental con agitación, idiocia, demencia senil, etc.) que son considerados como patológicos por la gran mayoría de los pueblos, sea cual fuere su cultura específica.

Es lógico pensar que los comportamientos de tipo obsesivo a base de rituales y ceremoniales mágicos, puedan pasar perfectamente inadvertidos en el seno de una sociedad muy primitiva en la que todo tipo de tabúes, ritos y ceremonias se hallan presentes en las conductas de sus gentes. Pero es que, por ejemplo, los sistemas delirantes de persecución, ¿pueden no chocar en el contexto de una cultura muy acostumbrada a enfrentamientos constantes de carácter político, racial o religioso? En fin, que asimismo y dentro de la esquizofrenia, un enfermo hindú procedente del medio rural, puede no hallarse tan marginado como un esquizofrénico occidental, sencillamente por el hecho de que las conductas de ensimismamiento, aislamiento social y otras, le acercan en cierto sentido a las del ermitaño, a las del faquir y a las del monje hindú. Y quizá, por esa mayor comprensión hacia algunas conductas esquizofrénicas, se dé el hecho de que en los esquizofrénicos hindúes falle mucho menos el contacto afectivo con los demás.

También el sexo juega un papel importante. Un autor llamado Winge, a principios del siglo XX, introdujo el término conocido con el nombre de «gonocorismo», entendiendo por ello el nivel diferencial entre los sexos. Este nivel es una consecuencia directa de los caracteres sexuales primarios (órganos sexuales diferentes), de los caracteres sexuales secundarios (diferencias anatomofisiológicas) y de los caracteres sexuales terciarios (diferencias psicológicas y socioculturales). Pues bien, este autor, refiriéndose al gonocorismo de los caracteres terciarios, señaló cómo éste varía con la edad, alcanzando su expresión máxima entre los 20 y los 25 años, para disminuir claramente a partir de los 50 años. Pues bien, con la aplanación o disminución del gonocorismo en los países europeos, hemos asistido, como cabría esperar, a un aumento de manifestaciones histeromorfas entre los hombres y a su disminución entre las mujeres; pero es que también ha venido a ocurrir algo parecido con la igualación que se está alcanzando en relación a otras patologías como el alcoholismo. De todas maneras, todavía hoy en nuestro medio las diferencias continúan.

Y por ultimo podríamos también hacer referencia al hábitat del enfermo mental, ya que no es lo mismo una ciudad de corte tradicional y caracterizada por su estabilidad, que la urbe moderna. De hecho con harta frecuencia hemos oído decir que los trastornos mentales son mucho más frecuentes en el medio urbano que en el rural, lo cual probablemente no obedezca a factores causales en sí, sino más bien al hecho de que en las ciudades los enfermos se diagnostican y tratan más, a lo que se uniría también la mejor aceptación que existe del trastorno psíquico en el contexto del medio rural.

4. Libertad y conciencia de enfermedad

Rosenfeld define la conciencia como «la totalidad de la vida psíquica en un momento dado». K. Jaspers añadía que conciencia «es la vida psíquica en un momento dado, pues a cada momento corresponde una experiencia vivida». Y según Bleuler, «la Conciencia es algo indefinible, como una cualidad que nos diferencia de los autómatas y de las máquinas, sencillamente sería un darse cuenta sin más».

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

Los problemas de conciencia de enfermedad constituyen una de las dificultades más frecuentes en el abordaje de los trastornos psicóticos en general y de la esquizofrenia en particular. Además de entorpecer el inicio y el mantenimiento de la relación terapéutica, la falta de conciencia de enfermedad es responsable del abandono del tratamiento en un porcentaje significativo de casos. De este modo, las personas con poca conciencia de enfermedad suelen tener una mala evolución, y su atención en el ámbito clínico conlleva dificultades añadidas al manejo de los síntomas y de la discapacidad eventualmente asociada al trastorno.

En la actualidad las relaciones entre la Psiquiatría y el Derecho son cada vez más amplias, y se plantean cuestiones inéditas en un pasado no muy lejano, debido a los cambios operados en la consideración de la enfermedad y el enfermo mental. A partir de los años 70, esto se hace más patente, ya que es cuando se da una nueva actitud del psiquiatra hacia el enfermo, al empezar a verlo además como persona con derechos individuales que se deben respetar, reforzar e incluso defender. Debe buscar un equilibrio entre el respeto al hombre enfermo y su libertad, pero atento a los riesgos que la propia enfermedad mental pueden suponer para el propio paciente y también para terceras personas.

En España el internamiento psiquiátrico está regulado por las leyes ordinarias: Código Penal, Ley de Enjuiciamiento Civil y Ley General de Sanidad. No hay una legislación específica como en otros países. A partir de la Constitución de 1978 nadie puede ser privado de libertad ni obligado a un determinado tratamiento médico, salvo disposición legal.

Existen dos derechos fundamentales del enfermo mental, el derecho a la atención especializada, como manifestación del derecho a la protección de la salud, y el derecho de amparo que debe entenderse como un reconocimiento a la situación de grave indefensión que pueden sufrir los enfermos mentales no sólo por los inevitables efectos de su disminución psíquica sino también por las peculiares características de su tratamiento, que puede incidir en las dimensiones más vitales de su personalidad. Por tanto, esta perspectiva constitucional nos obliga a superar la vieja idea del enfermo mental como sujeto peligroso frente al que la sociedad se debe defender, y sustituirla por la concepción humanista del enfermo mental como persona a la que hay que defender, siendo por tanto el primer objetivo garantizar los derechos civiles del paciente frente a las actuaciones sanitarias que conllevan una limitación de su libertad.

5. Consecuencias y actitudes de la familia ante la enfermedad mental

Cuando se contrae una enfermedad crónica y grave como son algunas enfermedades psíquicas, la concepción del yo puede cambiar, unas veces porque la persona es consciente de que no es tan fuerte como pensaba, y otras, al contrario, porque se autodemuestra una fortaleza mayor de la esperada. En ambas situaciones el enfermo suele presentar una relación de dependencia hacia los demás, tanto en un sentido material como emocional. Pero también es verdad que por más que familiares y amigos demuestren e insistan que están al lado del enfermo, nada puede evitar que la persona se sienta profundamente sola.

En el caso de una enfermedad dentro del campo de las psicosis, tan deteriorante en las relaciones humanas y de un comienzo tan temprano en la vida como es la esquizofrenia, las consecuencias en las relaciones familiares son de gran importancia. En 1993 realizamos un estudio de seguimiento en el Hospital Clínico de Zaragoza: se valoraron una serie de parámetros entre los que destacaba las consecuencias de esta enfermedad en el ámbito familiar. Pues bien, observamos que una de las consecuencias era el mantenimiento de la situación de soltería, especialmente en el caso de los varones, los cuales, por toda una serie de razones socioculturales, padecen más la marginación social al interrumpir sus estudios o su trabajo. Hay que tener en cuenta que, todavía hoy, pero mucho más sucedía hace años, el hombre, cabeza de familia,

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

constituía el pilar más firme de ésta, gracias a su actividad laboral. Por esta razón, entonces era más frecuente encontrar a mujeres esquizofrénicas en situación civil de casadas, observándose un mejor pronóstico, posiblemente en relación a la función terapeútica que la familia ejerce.

Pero también destacaba el hecho de que más de la tercera parte de los esquizofrénicos varones vivían solos con sus madres, con las que mantenían una profunda relación afectiva. También desde el punto de vista estrictamente psicológico o incluso psicodinámico, esa díada madre/hijo esquizofrénico, producto único de la conjunción de hechos patológicos y demográficos, explica que en el siglo pasado muchos ensayos psicopatológicos centrasen sus interpretaciones psicológicas en este tipo de relaciones del paciente esquizofrénico varón con su madre.

Anderson, Reiss y Hogarty (1986) mencionan que existen diferentes respuestas conductuales de la familia del enfermo mental como: adaptarse y normalizar la situación, marcando una rutina con el fin de incorporar las pautas de conducta del enfermo; recurrir a los ruegos y halagos, y a la persuasión razonada; buscar sentido a comunicaciones desatinadas del enfermo psicótico; hacer caso omiso de la conducta del paciente, tratando de negar importancia a los síntomas, de no pensar en ellos y centrar la atención en otros aspectos de su propia vida; asumir responsabilidades adicionales, llevándolos a una sobreprotección; vigilar constantemente al enfermo; reducir las actividades propias para cuidar del paciente o prestarle apoyo; y en ocasiones hacer caso omiso de las necesidades del resto de la familia. Pues bien, todas estas situaciones pueden desembocar en un deterioro de las relaciones familiares.

Por otro lado dentro de las orientaciones de manejo de la enfermedad mental la primera que se ha de tener en cuenta es la aceptación de la enfermedad, lo cual no implica pensar que no hay solución. Precisamente los problemas se pueden solucionar cuando uno es consciente de que existen. Un segundo paso es obtener información, «saber es comprender». Es útil saber qué síntomas, es decir, qué molestias padecen estos enfermos. Ayuda mucho también conocer las ventajas e inconvenientes de los medicamentos. Es importante evitar el aislamiento tanto del enfermo como de los que le rodean, así como, en ocasiones, reducir el contacto paciente-familia ya que puede llegar a generar gran tensión, y, como en todo, hay que saber dosificarse y buscar cada uno su propio espacio. Evitar la estimulación excesiva, por lo ccual solemos aconsejar que reduzcan al mínimo los extremos negativos (sermoneos, rechazo, conflictos y peleas) y los positivos (preocupación, aliento y entusiasmo excesivo).

Otros criterios fundamentales que deben tener los familiares o allegados: disminuir las expectativas, es decir no esperar tanto del paciente, que tengan la posibilidad de poder recogerse en un lugar privado es una manera de disminuir los estímulos externos que a veces les cuesta discernir; interpretar. Hacer comentarios positivos, negociar y llegar a acuerdos, mejorar la higiene, evitar el consumo de tóxicos (alcohol y drogas) y saber afrontar las conductas agresivas y las amenazas de suicidio mediante la comprensión y al mismo tiempo la exigencia, hablando de forma clara y directa acerca del problema.

Existen dos problemas fundamentales que influyen en el pronóstico de la enfermedad mental; por un lado, los prejuicios, no sólo del paciente sino también de la familia hacia este tipo de patologías, que hace que sea tardía la derivación hacia una atención especializada tanto al psiquiatra como al psicólogo. Por otro lado, la consideración de que los tratamientos farmacológicos, psicoterapeúticos y rehabilitadores tienen una función de contención sólo en los momentos de crisis, y cuando mejoran, suelen prescindir de los tratamientos, bien por desconocer su función preventiva, bien por no haber tomado conciencia de que padecen una enfermedad en muchos casos crónica, lo cual es el motivo de numerosas recaídas.

En enfermedades tan graves como la esquizofrenia observamos que mejoran con los medicamentos, y la gran mayoría de los que siguen los tratamientos pautados con el tiempo obtienen un buen control de los síntomas. Sin

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

embargo, otros experimentan discapacidad funcional y están en riesgo de episodios repetitivos, teniendo dificultad para vivir en comunidad. En general la mayoría de las personas con esquizofrenia pueden necesitar apoyo en el hogar, rehabilitación ocupacional y otros programas de apoyo comunitario, y en algunos casos, los menos, pueden sufrir formas más severas de este trastorno y pueden quedar demasiado discapacitados, y por tanto necesitar hogares comunitarios u otros lugares para vivir, estructurados para medio y largo plazo.

Es importante resaltar la labor fundamental que realizan los médicos de familia o médicos generales en la patología psiquiátrica, ya que, además de ser los primeros en captar la sintomatología del paciente, son ellos los que por su mayor accesibilidad al entorno familiar suelen derivar a los especialistas a aquellos pacientes que bien por la complejidad de su cuadro o bien por su resistencia se encuentran en peor situación.

Para terminar diremos que, tanto la paciencia, como la comprensión, son dos importantes armas con las que deberá contar la familia con el fin de minimizar no solo los desórdenes que genera cualquier tipo de cuadro psicopatológico en el ámbito familiar, sino también en el propio enfermo mental.

Bibliografía

Berrios, GE., *Personality disorders: a conceptual history*. En: *Personality Disorder Reviewed* (Eds.: Peter Tyrer y George Stein). London, Gaskell, The Royal College of Psychiatrists, 1993.

CIE-10 Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Madrid, Meditor, 1992.

Cohen, BJ., *Psiquiatría: teoría y práctica*. McGraw Hill, Madrid. 2006.

DSM-V. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson S.A.; 2013.

Häfner, H., *The Concept of Mental Illness*. En: Seva, A. (Dir.) *The European Handbook of Psychiatry and Mental Health*, Barcelona, Anthropos Editorial del Hombre S.A. y Prensas Universitarias de Zaragoza, 1991, 3-11 pp.

Mardomingo, M.J., *Psiquiatría para padres y educadores: ciencia y arte*. Narcea, Madrid. 2002.

Nieto, J., Abad, MA., Esteban M y Tejerina M. *Psicología para ciencias de la salud*. McGraw Hill. Madrid, 2004.

Sarrais, F., *Psicopatología*, EUNSA, Pamplona 2016.

Seva Diaz, A., *Psiquiatria Humanistica*. Ino Reproducciones, Zaragoza 2006.

Vallejo Ruiloba, J., *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. (6.ª ed). Masson. Barcelona. 2006.

http://www.mentalhealth.com/

http://www.psychiatryonline.com

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

13

La relación terapéutica

Reflexiones acerca del paciente, el terapeuta y la familia

Javier Cabanyes Truffino y Enrique Amat Aguirre (†)

1. Consideraciones iniciales

La relación es un tipo de vinculo que se estable entre dos personas. Decimos que es terapéutica cuando tiene un carácter medicinal; es decir, cuando surge para intentar tratar alguna dolencia. La relación terapéutica se establece plenamente cuando alguien que padece algún tipo de dolencia busca ayuda en un experto en cuestiones de salud y deposita su confianza en él, como consecuencia de su supuesta ciencia y buen hacer, para que lleve a cabo el proceso terapéutico. De ahí nace el vínculo entre el paciente, que es quien padece, y el experto, que es quien aporta los recursos medicinales para el padecimiento. El vínculo así generado estable la relación terapéutica que es, por tanto, mucho más que la mera aplicación de un tratamiento. Es, pues, una vinculación interpersonal destinada a dar solución a una determinada dolencia y que tiene como resultado alguna medida terapéutica.

El modo de establecerse y la forma de desarrollarse la relación terapéutica, así como las circunstancias en las que se da, la hacen más o menos auténtica y, consecuentemente, más o menos terapéutica. Esto puede explicar por qué las mismas medidas, en unos casos, son terapéuticas y en otros, incluso, contraproducentes, o por qué algunas actuaciones muy simples son enormemente terapéuticas y otras muy complejas lo son muy poco o nada.

La relación terapéutica por antonomasia es la que se genera entre el médico y el paciente. Laín Entralgo denomina a esta relación tan singular «amistad médica» y la describe diciendo que «uno de los amigos, el médico, pone su voluntad de ayuda técnica, y el otro, el enfermo, su menesterosa confianza en la medicina y en el médico que le atiende».

Más aún, Laín Entralgo afirma que «el vínculo que une entre sí al médico y al enfermo es el amor» y recoge la siguiente afirmación de Paracelso:

«El más hondo fundamento de la Medicina es el amor… Si nuestro amor es grande, grande será el fruto que de él obtenga la Medicina; y si es menguado, menguados también serán nuestros frutos. Pues el amor es lo que nos hace aprender el arte, y fuera de él no nacerá ningún médico».

En la actualidad, los cuidados de la salud no están restringidos al ámbito médico, aunque la Medicina siempre seguirá siendo el punto de referencia de cualquier actuación relacionada con la salud e, inexcusablemente, con la enfermedad. Por esta razón, también será relación terapéutica la que se pueda establecer con profesionales de la psicología, enfermería, fisioterapia y el amplio grupo de terapeutas que abordan cuestiones es-

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

pecíficas de la salud y la enfermedad. Por tanto, en este capítulo se empleará el término terapeuta para referirse a todo profesional que lleva a cabo medidas terapéuticas en orden a potenciar la salud, prevenir la enfermedad o tratarla.

El aspecto clave de la relación terapéutica es el hecho de buscar consejo y ayuda en un experto por parte de una persona doliente. Entendiendo por doliente quien sufre como consecuencia de una enfermedad pero también cuando el sufrimiento es causa, o pueden llegar a serlo, de una enfermedad. Por tanto, lo diferenciador con respecto a otras relaciones de ayuda es la presencia del sufrimiento asociado a la enfermedad, tanto si surge de ella como si es su causa.

El sufrimiento es el núcleo de la relación terapéutica, y su punto de apoyo la confianza. Estos dos aspectos son esenciales en la relación terapéutica y deben estar siempre explícitamente presentes. Por tanto, el paciente debe manifestar su sufrimiento y el terapeuta tiene que ser capaz de reconocerlo en un proceso fundamentado en la confianza. Si el paciente no manifiesta su sufrimiento, porque no quiere, no lo identifica o verdaderamente no lo experimenta (aunque exista una enfermedad), la relación terapéutica será difícil o incluso imposible. Más aún lo será si el terapeuta no es capaz de reconocer el sufrimiento del paciente o de identificarlo en toda su profundidad (intensidad del dolor) y extensión (áreas afectadas).

Obviamente, si la manifestación y el reconocimiento del sufrimiento no se realizan en un ámbito de confianza la relación terapéutica también será imposible o estará muy limitada.

Como en cualquier relación, la confianza debe ser mutua. Es decir, el paciente confía plenamente en el buen saber y hacer del terapeuta, al tiempo que el terapeuta confía en el buen decir y actuar del paciente.

En consecuencia, la relación terapéutica exige una petición, al menos implícita, de ayuda medicinal, una aceptación de esa petición, con capacidad para satisfacerla, y un clima de confianza recíproca.

Como toda relación que se establece, persiste siempre que las partes implicadas continúen manteniendo las actitudes y disposiciones por las que se inició la relación terapéutica. De forma natural, cuando el paciente deja de requerir la ayuda que solicitó se finaliza la relación terapéutica. Pero también terminará o se romperá cuando la confianza se resiente o se pierde, cuando se adoptan actitudes que no corresponden, como la imposición/sumisión por cualquiera de las dos partes, o cuando se traspasan los límites de la relación terapéutica.

a) *El terapeuta*

Son necesarios dos presupuesto básicos en el terapeuta: una clara inclinación a la ayuda de la persona doliente y una disposición de acometer, científica y técnicamente, los problemas derivados de la enfermedad. Ambos presupuestos constituyen el carácter vocacional de la actividad terapéutica.

Sólo un verdadero terapeuta puede establecer una auténtica relación terapéutica. El verdadero terapeuta es quien, sobre los presupuestos señalados, es capaz de dar la respuesta apropiada y posible a la dolencia planteada.

Respuesta apropiada es aquella que surge de la adecuación a los conocimientos actuales sobre la cuestión, y de la adecuación a las características personales del paciente. Por tanto, es la respuesta que se da a la persona en singular, atendiendo a su idiosincrasia y circunstancias, desde una sólida formación y un riguroso estudio del problema.

Respuesta posible es aquélla ciertamente factible, ajustándose a los clásicos objetivos del acto médico: curar cuando sea posible, aliviar en la mayor parte de los casos y consolar siempre.

La capacidad de dar este tipo de respuesta exige diversas características en el terapeuta que no se improvisan ni se tienen en grado suficiente de forma natural sino que se requiere cultivar. Estas características son las siguientes:

Visión integral del ser humano: verle como un todo que no se agota en lo medible y que es mucho más que su dolencia. Es decir, el ser humano no se limita a lo observable sino que hay muchos aspectos no visibles ni mensurables, que

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

constituyen su intimidad y su trascendencia, sin los cuales es imposible alcanzar una suficiente comprensión de él y de su problemática. De esta profundidad de las persona humana nace el clásico aforismo «no hay enfermedades sino enfermos» y una actitud de respeto y equidistancia, muy distinta del paternalismo, que son esenciales en la relación terapéutica.

Un aspecto particular de esta visión integral de la persona es la capacidad de percatarse de los condicionamientos que lleva consigo la situación existencial del paciente y del grado de adecuación de las medidas terapéuticas que se pudieran plantear (tipos de descanso, afrontamiento de las obligaciones, determinantes de los compromisos, etc.). El terapeuta debe ser capaz de respetar los condicionamientos surgidos de la libertad personal, sin cuestionarlos ni ponerlos a prueba, procurando adaptar las estrategias terapéuticas a esos compromisos. Lo contrario, además de abordar la problemática parcelariamente, sería una intolerable intromisión en el núcleo más íntimo de la persona y una interferencia prepotente en su libertad.

Capacidad empática: lograr acercarse suficientemente al modo de sufrir del paciente y a su percepción de la dolencia: comprender al paciente, en el sentido más profundo de la palabra. Esto significa llegar a captar la vivencia que tiene de la enfermedad y de sus consecuencias para así ser capaz de transmitir, adecuada y oportunamente, las indicaciones que precise manteniendo abiertas las puertas de la esperanza.

Trasmitir esperanza es ayudar a dar un para qué a la dolencia, que no queda encerrada en las coordenadas de tiempo y espacio, y que es compatible con la ausencia de posibilidades de curación.

La empatía permite que el paciente experimente que se le comprende y que el terapeuta sienta que sus propuestas terapéuticas encuentran respuesta. Es una dinámica clave para generar el clima de confianza que precisa la relación terapéutica.

Competencia profesional: disponer de los conocimientos necesarios y actualizados. Esto supone afán de saber, que requiere estudio, no se satisface con lo ya conocido y, desde la aceptación de los propios límites, lleva a la apertura a otras opiniones y consejos.

Al mismo tiempo, la propia competencia profesional conduce a procurar el máximo grado de salud de acuerdo con los condicionantes de la persona (constitución, antecedentes e índole de la enfermedad) sin pretender sobrepasar lo que sería imposible.

Responsabilidad ética: empeño decidido por conocer y actuar siempre desde las premisas del bien obrar para procurar el bien del paciente. Este proceder exige un respeto profundo a la dignidad de la persona humana y trae como consecuencia en el terapeuta una vida lograda en el sentido de la plenitud surgida del buen hacer.

Un aspecto importante en el proceder ético del terapeuta es el respeto a la libertad del paciente que se fundamenta en el consentimiento informado y en la libertad de las conciencias.

En un primer momento, respetar la libertad del paciente es facilitarle toda la información necesaria para que pueda decidir, con conocimiento de causa, sobre una medica concreta o entre las diferentes opciones que se le plantean tanto diagnósticas como terapéuticas.

En un segundo momento, el respeto a la libertad del paciente supone aceptar su decisión cuando nace de la meditada consideración de los datos aportados a partir de sus principios de vida.

b) *El paciente*

El paciente es un sujeto doliente con una percepción y unas actitudes muy variables con respecto a su propio sufrimiento.

En algunos casos, la percepción de la dolencia puede ser nula porque el paciente desconoce su existencia o la niega. Es obvio que las actitudes derivadas de la ausencia de percepción de enfermedad interfieren notablemente la relación terapéutica. Por el contrario, en otros casos, la percepción de la dolencia puede estar absolutamente magnificada por una sobredi-

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

mensión del problema que también ocasiona una interferencia importante en la relación terapéutica.

Entre uno y otro extremo hay un amplio espectro de percepciones y actitudes que es importante identificar para mejorar la relación terapéutica.

La posición que cada paciente tiene en las dimensiones de percepción y actitud ante la enfermedad depende de factores personales, educativos, contextuales y de la posible presencia de alguna patología psíquica aislada o concurrente. Con todo, conviene tener presente la afirmación de Richard Siebeck : «Enfermo es toda persona que cree necesitar al médico», lo cual revela con claridad que es obligada la acogida terapéutica a todo aquel que la busca, si bien, no siempre es ese terapeuta quien debe llevar a cabo la intervención terapéutica.

Partiendo de lo anterior, las características que podrían definir al buen paciente serían las siguientes:

Capacidad de aceptación: admitir la connaturalidad de la enfermedad y el ser humano, y los límites que impone a cada persona. La aceptación de la enfermedad es un proceso que requiere una serie de pasos y que está muy en función del tipo de dolencia (grado de limitación, cronicidad y riesgo para la vida) y de los recursos psicológicos (afrontamiento de situaciones, autocontrol, estilos atribucionales, etc.) y metapsicológicos (vinculaciones, valores y sentido de la vida) que tiene el paciente.

Parte del proceso de aceptación depende del propio terapeuta pero está muy supeditado al sistema de valores que posee y a la red de apoyos sociales que posee.

Docilidad: capacidad de secundar y hacer propias las indicaciones terapéuticas. Este doble aspecto es importante desde la perspectiva de la adhesión al tratamiento y de la educación para la salud: si el secundar no se termina haciendo propio no se logra una acción plenamente terapéutica. Por otra parte, docilidad no significa obediencia ciega sino que supone sentido de responsabilidad y, por supuesto, debe partir del consentimiento informado.

Responsabilidad: empeño por conocer los aspectos esenciales en el manejo de la dolencia y sus consecuencias personales y sociales; y empeño decidido por hacer todo lo posible para optimizar las medidas terapéuticas. Esto supone, regularidad en las pautas de tratamiento, incorporar estilos de vida apropiados y evitar factores negativos, considerando las ventajas personales y sociales que supone mejorar o recuperar la salud. Todo ello está también muy lejos de las actitudes impositivas, demandantes e, incluso, claramente beligerantes hacia el terapeuta.

Optimismo: es una actitud difícil cuando irrumpe la enfermedad pero necesaria en el proceso terapéutico. Si prende el pesimismo empieza a tomar cuerpo la desesperanza que puede llegar a bloquear todo el proceso terapéutico.

En gran medida, el optimismo depende de aspectos personales del paciente pero está muy condicionado por la capacidad empática del terapeuta.

c) *La familia*

Si bien, la relación terapéutica se establece entre el paciente y el terapeuta, el entorno familiar juega también un papel relevante que conviene considerar. Tanto el paciente como el terapeuta no deben olvidar que toda dolencia, de un modo u otro, lleva siempre a los otros dentro de sí.

Por una parte, la familia suele disponer de información útil para el proceso terapéutico sin la cual éste puede verse bastante limitado. La forma y los límites de la transmisión de esa información merecen un comentario más detenido.

Por otra parte, la actitud de la familia ante la enfermedad y sus repercusiones, particularmente, en la enfermedad mental, es de enorme importancia. En este sentido, las características aconsejables en la familia serían las siguientes:

Comprensión: empeño por asociar causalmente las manifestaciones conductuales del paciente con la enfermedad. Es decir, lograr comprender que muchas de las conductas, especialmente las problemáticas, están relaciona-

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

das con la enfermedad y no son consecuencia de deseos deliberados y específicamente buscados. Para ello es necesario conocer la enfermedad y esto es consecuencia de un deseo de «saber más sobre lo que le pasa». En este proceso, se aprenderá a delimitar mejor las manifestaciones derivadas directamente de la enfermedad de las debidas a modos de ser y actitudes propias sabiendo que esos límites no son absolutos sino que siempre hay una interacción recíproca.

Colaboración: disposición decidida a llevar a cabo las indicaciones del terapeuta en todo lo referente a la enfermedad del paciente evitando pasividades e interferencias. Es papel del terapeuta facilitar, respetando la confidencialidad, la información necesaria para la correcta comprensión del problema y su adecuado manejo por parte de la familia. La familia, por su lado, debe asumirla condicionando la información obtenida por otras vías (conocidos, medios de comunicación, etc.) a lo explicado por el terapeuta. Cuando el número de familiares y personas implicadas en el proceso terapéutico es grande es aún más importante lograr una unidad en los planteamientos y las actuaciones así como definir quién es el interlocutor principal con el terapeuta.

Aceptación: asumir la enfermedad con sus consecuencias, evitando tanto la negación o minusvaloración del problema como su magnificación o dramatismo.

Paciencia: particularmente con la enfermedad mental, es necesario saber esperar a pesar de no observar resultados. Muchas manifestaciones de la enfermedad necesitan tiempo para modificarse o desaparecer y, con frecuencia, están supeditadas a la propia enfermedad (por ejemplo, la persistencia en el consumo de alcohol que está siendo perjudicial es un aspecto esencial del alcoholismo, del mismo modo que el abandono de actividades lo es de la depresión), a factores externos no controlables por el terapeuta ni por la familia (por ejemplo, situaciones laborales que descompensan un trastorno obsesivo o coyunturas sociales que desestabilizan un problema de ansiedad) o a la libertad del paciente que, en la mayor parte de los casos, no se encuentra plena y absolutamente condicionada por la enfermedad.

2. Límites de la relación terapéutica

Los límites de la relación terapéutica vienen definidos por su contenido –el alivio del sufrimiento– y por el ámbito de actuación de cada una de las partes.

El eje de la relación terapéutica es, pues, el sufrimiento. Sin embargo, el sufrimiento, en el sentido amplio de la palabra, acompaña al existir del ser humano y, por tanto, está presente en muchos aspectos y situaciones de la vida del hombre.

Sufrir es palpar los límites del ser humano, sentir la impotencia y frustración ante bastantes cuestiones y experimentar radicalmente la propia contingencia. Obviamente, el sufrimiento no siempre surge de la enfermedad ni necesariamente termina causando problemas médicos. En este sentido, es importante subrayar que el fin propio de la relación terapéutica es la salud del enfermo. Como señala Laín Entralgo, «lo propio de la relación terapéutica no es hacer hombres buenos ni hombres felices sino hombres sanos». Si bien es cierto que la salud puede facilitar lograr aquello, aún es más cierto que la bondad y la felicidad no pocas veces transcurren por el camino de la enfermedad y, en cualquier caso, son órdenes de la vida humana que dependen de la libertad de la persona y de la dimensión transcendente del ser humano. En este sentido, procurar la felicidad o la bondad del hombre no es el objetivo de la relación terapéutica –aunque pueda contribuir en algo a ello– sino de la propia persona, de su entorno más cercano y de las instancias que contribuyen al ordenamiento de la sociedad (autoridades e instituciones).

Por tanto, es importante no «medicalizar» la existencia humana recurriendo a la terapia cuando surge el sufrimiento, buscando una «píldora para la felicidad» o pretendiendo un tratamiento para «hacer buena» a una persona. La respuesta a ese sufrimiento debe ir por la vía

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

de la aceptación de los límites y del descubrimiento de su sentido; y la felicidad y la bondad tienen profundas claves antropológicas que es necesario descubrir personalmente.

Con todo, no debe olvidarse que la unidad sustancial del ser humano lleva consigo la inseparabilidad de los planos de la persona y, consecuentemente, el que sea posible una repercusión de tipo médico a partir de sufrimientos morales o existenciales. Esto es aún más cierto cuando la persona o la sociedad pierden su sentido trascendente o espiritual y piensan y actúan sólo con claves materialistas, utilitaristas y hedónicas. Por tanto, en no pocas ocasiones, un conflicto moral o una crisis existencial requieren la intervención de un terapeuta, si bien, es absolutamente imprescindible ir delimitando los campos. En este sentido, el terapeuta debe ser lo suficientemente honrado como para ir señalando el origen extrapatológico de los síntomas y no limitarse a resolverlos sin apuntar a sus causas. Es evidente que esto debe hacerse de forma progresiva y evitando, en lo posible, los riegos de una ruptura de la relación terapéutica por lo que pudiera suponer de mayor perjuicio para el paciente.

Por el contrario, también es importante tener presente que algunas manifestaciones aparentemente de tipo moral (sentimientos de culpabilidad, escrúpulos, conductas inadecuadas, debilidades, etc.) o existencial (dudas sobre la situación personal o vocacional, pérdida de sentido, abandono de obligaciones o compromisos, etc) pueden tener su origen en una patología específica que es preciso identificar y tratar para dar solución plena al problema.

Los límites de la relación terapéutica también vienen impuestos por el ámbito de actuación de las partes implicadas. En este sentido, el terapeuta deber ser terapeuta y sólo terapeuta. Es decir, su ámbito se circunscribe a las acciones necesarias para culminar el proceso terapéutico que tiene como única finalidad recuperar o potenciar la salud. Puede y debe señalar actitudes o conductas que son causa o riesgo de patología pero sin entrar en el ámbito de la conciencia personal. Si el paciente solicitara consejo u orientación sobre cuestiones de ese ámbito se le debe dirigir a las personas oportunas. Del mismo modo, el terapeuta no impondrá su cosmovisión aunque es imposible que no se transparente en las orientaciones terapéuticas que dé. Pretender lo contrario no haría otra cosa que traslucir también una particular cosmovisión: la de encerrar en el ámbito más estrictamente privado el modo de entender el mundo. En definitiva, es una falacia el requerimiento de absoluta imparcialidad del terapeuta en las orientaciones terapéuticas que hacen referencia a cuestiones existenciales.

Por su parte, el paciente también debe respetar su ámbito de actuación sin convertirse en completo dependiente del terapeuta ni estar imponiendo o cuestionando estrategias terapéuticas.

3. La relación terapéutica en la enfermedad mental

La relación terapéutica que se establece en el ámbito de la enfermedad mental tiene algunas particularidades que la singularizan con respectos a otras dolencias. Las particularidades nacen de dos hechos inseparables: la radicalidad de la enfermedad psíquica, que afecta al núcleo psicológico de la persona –el yo– y no sólo a aspectos parcelares o accidentales de ella, y el hecho de requerir, por tanto, una especial apertura de la propia intimidad al terapeuta. Éste necesita conocer y ahondar en los pensamientos, sentimientos, emociones, impulsos, actitudes y conductas del paciente. Para ello es preciso que el paciente abra su intimidad, superando razonables resistencias, al tiempo que el terapeuta crea un adecuado clima empático que exige, como requisito básico, tiempo suficiente y, como necesidad esencial, mantener siempre una actitud de profundo respeto a la persona. Si no se logra ese acceso se hace difícil, por no decir imposible, el proceso terapéutico.

La propia enfermedad psíquica, con cierta frecuencia, puede interferir, distorsionar, limitar o claramente impedir la relación terapéutica.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

La enfermedad mental ha sido definida por la psiquiatría clásica como patología de la libertad por las restricciones que puede condicionar sobre el conocer o el obrar de la persona. Obviamente, la enfermedad psíquica no siempre condiciona esto pero cuando induce una reducción de la libertad inevitablemente afecta a la relación terapéutica que en su sentido más pleno es la unión de dos libertades: la libertad de solicitar ayuda y la libertad de querer ayudar.

Cuando la enfermedad psíquica distorsiona o anula la conciencia de enfermedad, como es el caso de las psicosis, la anorexia nerviosa o los trastornos somatomorfos, la relación terapéutica está muy limitada.

Si el paciente niega la enfermedad o minimiza la necesidad de intervención terapéutica, rechazando cualquier medida de tratamiento, no es legítimo violentar su libertad. Solamente razones de peso, del bien común o riesgos reales para la vida del paciente o de terceros, pueden poner en entredicho su libertad llevando a cabo medidas terapéuticas que el paciente rechaza. Con todo, para garantizar la libertad de las personas y evitar el riesgo de abusos, la única vía de llevar a cabo esas medidas es la judicial en la que el juez, con el dictamen de un perito imparcial, impone la necesidad de corregir terapéuticamente las manifestaciones que suponen riesgo para el paciente o para los demás. En el caso de los menores de edad o las personas incapacitadas civilmente, la autorización la otorgan los padres o los tutores.

La relación terapéutica también puede verse distorsionada por actitudes de excesiva sumisión o dependencia del paciente, como la que puede darse en algunos trastornos de personalidad, en fobias o en el trastorno obsesivo, por irregularidad en la terapia, como puede ocurrir en el trastorno límite de la personalidad o algunas psicosis, o por ocultamiento de algunas manifestaciones o hechos, como puede pasar en las adicciones.

Con frecuencia, el paciente acude a la consulta del terapeuta acompañado por personas cercanas. Unas veces, como mero acompañamiento, otras como apoyo y, en algunas ocasiones, como elemento sustancial del problema, bien por su implicación directa o bien por ser el promotor, único o principal, de la consulta. Es importante clarificar el papel de los acompañantes y también es importante que el paciente sea quien decida quienes asistirán a la consulta y, en su caso, el grado de participación. Es decir, la intervención del acompañante debe quedar supeditada al beneplácito del paciente, evitando el protagonismo y la directividad, y asumiendo que sea el profesional quien lleve las riendas de la consulta. Con todo, habitualmente, suele ser necesario un tiempo de exclusividad entre el paciente y el terapeuta que, en gran medida y salvo indicación expresa del paciente, debe quedar reservado al secreto profesional. En este sentido, el terapeuta debe preguntar al paciente qué tipo de información quiere que haga partícipe a la familia y cuál desea que quede en el ámbito de la confidencialidad. Por otra parte, la conveniencia del acompañamiento estará determinada por las circunstancias personales del paciente, la propia enfermedad y el momento terapéutico. No siempre es adecuado ese acompañamiento pero, en otras ocasiones, es necesario. Deberá ser el terapeuta quién señale lo más conveniente en función de los requerimientos terapéuticos y las preferencias del paciente.

Es frecuente que el terapeuta necesite disponer de información objetiva sobre el problema que sólo podrá aportar el entorno familiar, pero sabiendo que suministrar esa información no abre las puertas de la confidencialidad. Por tanto, puede ser muy útil aportar esa información pero respetando al máximo el secreto profesional que debe guardar el terapeuta y sin que se lesione el clima de confianza que caracteriza a la relación terapéutica. En consecuencia, partiendo de que es muy conveniente que la familia contacte regularmente con el terapeuta, los datos que aportan deben hacerlo abierta y directamente, con el conocimiento expreso del paciente y sin la demanda de información privilegiada sobre él. En los casos en los que no sea conveniente que el paciente conozca que se ha aportado una información que se juzga importante para el proceso terapéutico deberá llevarse

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

a cabo con la máxima discreción y sin lesionar de ninguna manera el secreto profesional.

La dinámica más adecuada entre el terapeuta y la familia es la de la mutua escucha y la consideración recíproca para establecer criterios comunes que haga más eficaces las medidas terapéuticas. Todo ello alimentando una actitud de respeto y confianza hacia el paciente y en un clima de transparencia y claridad por parte de todos. Por encima de cualquier aspecto o consideración se debe salvar la relación terapéutica que se sustenta en la confianza y tiene como consecuencia la confidencialidad.

En todo este proceso, es preciso respetar las decisiones del paciente, aunque contrasten con lo que sería objetivamente más adecuado, y admitir que la enfermedad psíquica, a pesar de que puede condicionar la valoración de los hechos y la toma de decisiones, no anula completamente la libertad, salvo en los casos de enajenación mental, como ocurre en el trastorno psicótico agudo, la intoxicación por drogas o el estado de demencia. Obrar de otro modo sería lesionar la dignidad de la persona. Bien es cierto que, en ocasiones, mantener la postura de respeto a las decisiones del paciente, conlleva aparentes retrasos en la terapia y algunas reacciones de perplejidad entre los familiares pero es la única vía de garantizar al máximo la dignidad de la persona y, al mismo tiempo, de establecer una verdadera alianza terapéutica en el contexto de una sólida relación.

4. Equipos de profesionales

El progresivo incremento de los conocimientos en las ciencias de la salud hace imposible que sean abarcados por una única persona.

En la mayor parte de los ámbitos de la Medicina esto es un hecho plenamente asumido y normalmente la labor de diagnóstico y tratamiento se lleva a cabo por equipos de profesionales. En el ámbito de la enfermedad psíquica, poco a poco, va siendo más necesario recurrir a equipos de profesionales que aborden los diferentes aspectos implicados en ella. Cada vez es más claro que la enfermedad psíquica requiere ser abordada desde vertientes biológicas, psicológicas, familiares y sociales. En este sentido, los conocimientos de las neurociencias, las ciencias de la conducta, las ciencias de la educación y las ciencias sociales son imprescindibles para una adecuada intervención en la enfermedad mental. En consecuencia, cada vez con más frecuencia, profesionales de diferentes áreas están siendo implicado en los procesos terapéuticos de la enfermedad psíquica.

Todo ello plantea el problema de la «despersonalización» de la relación terapéutica y el riesgo de convertir al enfermo en un «caso» estudiado parcelarmente por diferentes profesionales y tratado con la simple sumación de las medidas terapéuticas señaladas desde cada ámbito de conocimiento.

Para obviar este riesgo, es importante realizar un auténtico trabajo en equipo lo que supone una verdadera integración de los profesionales, tanto con respecto al plan de diagnóstico como a los datos obtenidos y al programa de intervención. Al mismo tiempo, es necesario que la relación de los diferentes miembros del equipo con el paciente esté plenamente personalizado, viendo siempre a la persona, singular y con sus circunstancias, y no la enfermedad abstracta y sin rostro. Por último, resulta imprescindible que haya siempre un responsable directo del paciente, perfectamente identificado y que asuma el protagonismo de la relación terapéutica con todo lo que ello supone.

5. Secreto profesional

El secreto médico es algo presente desde las etapas más tempranas de la historia de la medicina. Hipócrates, en su conocido juramente, decía:

«Guardaré silencio sobre todo lo que en mi profesión o fuera de ella oiga o vea en la vida de los hombres que no deba ser público, manteniendo estas cosas de forma que no pueda hablarse de ellas».

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

El secreto médico está encuadrado dentro del llamado secreto profesional y es una exigencia de la correcta práctica médica extensible al amplio campo de los terapeutas. Surge como consecuencia de la particular relación que se establece entre el terapeuta y el paciente y sobre la base de la dignidad de la persona. Esta dignidad obliga siempre a una relación de respeto, y el respeto, entre otros aspectos, lleva consigo la salvaguarda de la intimidad. La relación terapéutica supone, como se ha comentado, la apertura confiada de diferentes aspectos de la intimidad de la persona al terapeuta. Por tanto, el secreto profesional en el ámbito de la salud es un deber de todo terapeuta en correlación con el derecho de los pacientes a su intimidad. Es pues, la preservación de este derecho lo que obliga al sigilo profesional y, en consecuencia, a la confidencialidad.

El secreto profesional está específicamente tratado en los códigos deontológicos de los colegios de médicos y de otros profesionales de la salud, señalando expresamente su carácter inherente al ejercicio profesional, su prolongación más allá de la muerte del paciente, la ausencia de restricciones con respecto a todo lo confiando en la relación terapéutica y la obligación de vivir y promover la más absoluta discreción en todo lo relativo a esta cuestión. Solamente, se reconoce la posibilidad de desvelar algunas cuestiones sujetas a este secreto, cuando con el silencio se corriera un grave peligro o supusiera un severo perjuicio para el paciente, otras personas o el propio profesional, o en los casos de enfermedades de declaración obligatoria. En esas circunstancias, se podrán desvelar algunas de esas cuestiones cuando exista un imperativo legal expreso y acorde con la justicia y siempre llevándolo a cabo de una forma justa y con límites muy restringidos, tanto con respecto a los contenidos como al ámbito de difusión.

Por su parte, la mayoría de las legislaciones de los países recogen el secreto médico como un bien derivado del derecho a la intimidad personal y está específicamente protegido. De forma plenamente equivalente, el secreto profesional obliga a todos los profesionales del campo de la salud en la proporción y el ámbito que les corresponde.

La consecuencia del secreto profesional es la confidencialidad de la información que ha surgido en el contexto de la relación terapéutica.

Consecuentemente con todo lo anterior y considerando la importancia que suele tener poder informar a la familia del tipo de enfermedad que sufre el paciente, sus implicaciones y las medidas terapéuticas más adecuadas, el terapeuta tiene que procurar que el paciente consienta en que les transmita todo esto o, al menos, parte de ello. En este sentido, partiendo del conocimiento de las circunstancias del paciente, deberá hacerle considerar el derecho proporcional que tiene la familia a saber cómo actuar y las repercusiones que tiene sobre ellos y a darse cuenta de los beneficios que lleva consigo informarles. Sin embargo, es prioritario defender la libertad de la persona y salvar la buena dinámica de la relación terapéutica. Por todo ello, los informes escritos deben entregarse al propio paciente y que sea él quien los haga llegar a quienes considere oportuno. Con todo, puede haber alguna situación muy particular, objetiva y de peso, que aconseje lo contrario pero siempre a criterio del terapeuta y no de la familia.

Como ya se ha señalado, la familia debe ser extremadamente delicada en la petición de información sobre el paciente, facilitando así que el terapeuta pueda vivir el secreto profesional. Es conveniente que las diferentes cuestiones, que lógicamente tendrá la familia, se planteen en presencia del paciente o con su expreso consentimiento. Esto ha de entenderse así incluso cuando se pueda considerar que el paciente implícitamente ha otorgado el consentimiento de dar información sobre su salud a personas concretas, como puede ser al pertenecer a algunas instituciones o como es razonable que se plantee en el matrimonio. En estos casos, el cónyuge, superior, director o responsable de la atención espiritual del paciente debe ser quien procure el consentimiento para recibir la información pidiéndole que lo manifieste expresamente al terapeuta. Solamente, cuando entren en juego bienes superiores y objetivos, relativos al paciente

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

o a otras personas, el terapeuta podría desvelar de forma restrictiva y a las personas oportunas cuestiones sujetas al secreto profesional.

En definitiva, es importante considerar siempre que el secreto profesional es un derecho de la persona, vinculado a su propia dignidad, y que es un elemento crucial en la relación terapéutica. Por tanto, nunca estarán de más las medidas destinadas a preservarlo y nunca habrá razones suficientes para romperlo impunemente si no es en situaciones muy particulares y extremas.

Bibliografía

Amat, E., *Las psicoterapias de orientación antropológica*. En: Psiquiatría antropológica. Seva Díez A (dir). Zaragoza, INO reproducciones SA, 2006.

Cabanyes, J., *La salud mental en el mundo de hoy*. EUNSA, Pamplona. 2012.

Cesana, G., *El oficio de curar. Vivir la medicina*, Encuentro, Madrid, 2007.

Consejo Pontificio de la Pastoral para los agentes sanitarios. *Carta de los agentes sanitarios*. Ediciones Palabra, Madrid, 1995.

Frankl, V. E., *Logoterapia y análisis existencial*. Herder, Barcelona, 1994.

Frankl, V. E., *La voluntad de sentido. Conferencias escogidas sobre logoterapia*. Herder, Barcelona. 1994.

Frankl, V. E., *Ante el vacío existencial*. Herder, 1Barcelona. 994.

Laín Entralgo, P., *La historia clínica. Historia y teoría del relato patográfico*. Tricastela, Madrid. 1998.

Laín Entralgo, P., *La relación médico enfermo. Historia y teoría*. Revista de Occidente, Madrid, 1964.

Laín Entralgo, P., *El estado de la enfermedad. Esbozo de un capítulo de una posible antropología médica*. Moneda y Crédito, 1968.

Laín Entralgo, P., *El médico y el enfermo*. Tricastela, Madrid. 2003.

Mendel, D., *El buen hacer médico*. EUNSA, Pamplona. 1991.

Moreno Preciado, M., *El cuidado del «otro». Un estudio sobre la relación enfermera-paciente inmigrado*, Ed. Bellaterra, 2008.

Rof-Carballo, J., *Teoría y práctica psicosomática*. DDB, Madrid. 1984.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

14

Responsabilidad ética de los cuidadores

Ayuda a las personas que padecen enfermedad psíquica

Carmen Rumeu Casares

En este capítulo trataremos de desarrollar algunas ideas sobre el cuidado de los pacientes con enfermedades mentales. Son enfermedades poco comprendidas todavía en nuestros días, hasta el punto de que muchas veces siguen siendo consideradas un tanto tabú. El capítulo contribuirá a comprender mejor los trastornos psíquicos. Se indicarán algunas pautas y actitudes generales para ayudar a las personas que padecen estas enfermedades. En capítulos posteriores se darán indicaciones más específicas para cada uno de esos trastornos mentales. Se recogen ideas de variadas fuentes, como son guías de ayuda para pacientes con diversos tipos de enfermedad mental, algunas cuestiones antropológicas más filosóficas y otras recogidas de bibliografía de profesionales de enfermería, cuya principal actividad es el cuidado del paciente.

1. Cuidar y ayudar a crecer

La enfermedad, con el dolor y el sufrimiento que la acompañan, se da en toda persona humana en algún momento a lo largo de su vida. En esos momentos, existe la posibilidad de que la integridad física o psíquica se vea tan alterada que precise de unos cuidados profesionales específicos. Este es el caso de intervenciones quirúrgicas en las que el uso de aparatos y procedimientos complejos hacen que el cuidado del paciente tenga que ser ejercido por profesionales de la salud y particularmente por enfermeras. Parte de la función de la enfermera en estos casos es asegurar la máxima autonomía posible del paciente dentro del proceso de su enfermedad, ya que la curación completa no siempre es posible. La enfermera desempeña un papel importante a través de la realización de los cuidados específicos y con la educación sanitaria necesaria en cada caso. Educación sanitaria que va dirigida tanto al paciente como a la familia y/o cuidador responsable del enfermo con el fin de que, una vez superado el momento de vulnerabilidad del paciente, la salud sea restablecida o en su defecto la atención sea delegada al cuidador del paciente. La educación sanitaria es esencial para conseguir la recuperación más completa que se pueda dar, de tal manera que la incorporación progresiva a la vida normal, dentro de las limitaciones o secuelas que hayan permanecido en la vida del paciente, sea lo más adecuada posible. Este mismo proceso es igualmente válido para los trastornos mentales, y hay que conceder una importancia relevante a las indicaciones iniciales que se dan tras un primer episodio de un proceso de enfermedad mental. Este primer período de adaptación a una situación nueva es esencial para la evolución posterior de la enfermedad.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

En algún momento de nuestra vida todos experimentamos de una u otra forma la limitación personal: aceptarla es un modo de crecer interior y personalmente. La persona que cuida al enfermo se enfrenta también al sufrimiento, al dolor y a la enfermedad y tiene que ser capaz de dar un sentido, una respuesta antropológica a esta situación. Sólo así podrá ayudar al enfermo a dar sentido a su proceso de enfermedad. Es el modo de crecer personalmente y colaborar en el crecimiento personal del otro[1]. Para ello, el cuidador ha tenido que dar primeramente ese sentido a su propia vida.

Para el cuidador es una experiencia dolorosa ver sufrir a su familiar, pero hay que recordar que «el dolor es una señal al servicio de la vida ante lo que representa una amenaza para ésta»[2]. El dolor no es siempre algo negativo: a veces nos puede incluso salvar la vida, porque puede ser un aviso de que algo importante está pasando en nuestro organismo. Es el caso por ejemplo de un infarto, el dolor nos avisa de que algo ocurre en el corazón y puede facilitar la atención inmediata antes de llegar al paro cardíaco.

En el sufrimiento que se experimenta cuidando a un enfermo hay una verdadera expresión del amor.

Todo esto puede aplicarse también al proceso del enfermar psíquico, tanto al inicio de la enfermedad como al período de convalecencia. El paciente y su familia necesitan unas indicaciones claras sobre el modo en que deben actuar, de acuerdo con la enfermedad y circunstancias personales. Asimismo, el cuidador debe cuidarse a sí mismo para no caer también enfermo. En las patologías psiquiátricas es especialmente relevante la necesidad de que se cumpla el tratamiento prescrito, así como el reconocimiento precoz de síntomas de empeoramiento.

Enseñar a cuidarse es una de las funciones de mayor relieve en la profesión de Enfermería que llega hasta la familia o cuidadores del paciente. Cuidar puede ser un proceso transformador para la persona, porque facilita el darse a otra persona, ayudar, implica dar algo de uno mismo. Y por eso puede colaborar en el desarrollo personal.

En la medida en que tomamos conciencia de las implicaciones prácticas de la enfermedad en nuestra vida, somos más capaces de afrontarla y de superarla. Al enfermo hay que ayudarle a introducirse en este proceso de comprensión de sí mismo, y de las alteraciones que ocurren y cómo afectan a su interioridad, y tratar de buscar el modo de acompañar esas limitaciones. El cuidado a las personas debe ir dirigido hacia una expansión de las capacidades humanas[3]. En las enfermedades mentales este crecimiento se da especialmente en ámbitos de la personalidad que puede desarrollar áreas que hasta el momento no eran propias, como por ejemplo, a crecer en seguridad en torno a sí mismo, o en saber pedir ayuda, a no fiarse tanto de uno mismo, o a pasar temporadas en que alguien tiene que asumir en cierta medida algunas decisiones por la seguridad personal de la persona enferma.

La dependencia que genera una enfermedad psiquiátrica resalta el valor que tiene la socialización en la vida del hombre, que precisa de los otros para un desarrollo personal más pleno. En el caso de cualquier enfermedad esta dependencia es mutua, en cuanto que el enfermo recibe los servicios del cuidador y al cuidador le ayuda personalmente la experiencia de salir de sí mismo para cuidar de otro.

Algunos aspectos prácticos de este capítulo están relacionados sobre todo con la aceptación de un diagnóstico de patología psiquiátrica. En primer lugar para la familia, especialmente si la enfermedad es muy desconocida para ellos. Si se trata de una depresión los síntomas se ven venir, porque aparece una desgana, un decai-

1. Picard, C y Jones, D., *Giving choice to what we know*, Jones and Barlett Publishers. Massachusetts, 2005.
2. Yepes Stock, R., en *Etica: Cuestiones Fundamentales* (4ª ed.). EUNSA; en *Fundamentos de Antropología. Un ideal de la excelencia humana*, p. 441, 1996.
3. Picard, C y Jones, D., o. c.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

miento anormal, tristeza, que lleva a reconocer una situación de patología. Pero existen otros casos, como por ejemplo la esquizofrenia, en que aparecen súbitamente síntomas muy agudos, como alucinaciones, o conductas agresivas, que desconciertan mucho a la familia, que no entiende la situación.

En el caso de la enfermedad vista por el paciente, por ejemplo, en una depresión, cuando se presenta por primera vez, el paciente no sabe identificar qué le pasa, pero no se encuentra bien. Es habitual que no sepa expresar los síntomas: puede percibirse porque se descuide en lo físico, que presente facilidad para el llanto, o que se le vea apático. En el caso de una esquizofrenia no reconocerá los síntomas porque inicialmente carecen absolutamente de conciencia de enfermedad. Es preciso mucho esfuerzo y orientación para que un paciente con esta enfermedad la acepte, y sobre todo, haga un buen manejo de su sintomatología y reconozca que algunos de sus comportamientos son debidos a su enfermedad. Algo parecido pasa con la enfermedad de la anorexia, que la paciente carece de esta conciencia de enfermedad y es lo que puede llevarle al límite de su salud física. En este sentido, el arte de cuidar a una persona nos lleva a reconocer todos estos síntomas cuando se presentan para poder ayudarle en el momento preciso en que lo necesita. Para esto es necesario conocer bien a la persona y que el paciente tenga empatía con la persona que le cuida.

2. La aceptación propia y del otro en la enfermedad

En el proceso de enfermar, la persona se encuentra inmersa en una evolución personal que, enfocada de un modo positivo, le ayuda a comprender mejor aspectos de sí mismo. Los cuidadores pueden tener especial relevancia en estos momentos para ayudar al crecimiento interior del paciente conforme a la ayuda que se preste a este fin.

Cuando la enfermedad se hace presente, la persona no es distinta de cómo es habitualmente, no cambia su forma de ser, nada la hace diferente sustancialmente; lo que ocurre es el descubrimiento de los puntos de vulnerabilidad que uno tiene personalmente y que en ocasiones le lleva a presentar una crisis de vacío, de falta de seguridad, etc. En estas ocasiones se trata de ayudar a entender la capacidad que tiene el ser humano para crecer como persona, para dar un sentido a lo que acontece en su vida y madurar interiormente apoyándose en su ser, y no en su tener (en este caso salud, o ausencia de ella).

Gran parte del cuidado en las enfermedades psiquiátricas consiste en la escucha personal del paciente para que mediante ella lleguemos a ser conscientes de los aspectos que le preocupan y poder ayudarle desde su percepción, no desde nuestra percepción. En ocasiones, podemos darle criterios de realidad sobre lo que ellos piensan, pero sólo tras haberles escuchado. No escuchar a los pacientes nos llevará a que pierdan confianza y a que se sientan incomprendidos al no llegar al fondo de sus inquietudes. Ellos pueden estar abiertos a cambiar su actitud si perciben que la persona que les cuida está implicada en su proceso de curación o de mejoría. Sólo a través de los demás ganamos en conocimiento de nosotros mismos. Para cuidar a las personas también hay que desarrollar una actitud humilde: dejar hacer para luego ayudar.

El nivel más alto del cuidado procede del amor. Acompañar, en el aprender a vivir con la enfermedad, es muestra de amor, e incluye darse a la persona que está enferma. «Todos somos parte del tratamiento», decía un lema del Ministerio de Sanidad español hace unos años. En las enfermedades psiquiátricas esto encierra una gran verdad, y es particularmente significativo para la eficacia de los tratamientos. El tratamiento es más eficaz cuando se aúnan esfuerzos, existe una mutua comprensión y se asegura así un curso más benigno de la enfermedad.

Las personas con enfermedades mentales ven afectado su entorno afectivo, su conducta y la manera de comunicarse con otras personas, aunque a veces no lo perciben. Esto lleva

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

a observaciones y valoraciones de tipo moral o juicios de valor que dificultan la comprensión[4].

El paciente necesita una actitud de respeto y consideración, aunque en un momento dado les pueda parecer a los miembros de su entorno que carece de ciertas capacidades; se requiere cercanía para comprender cómo le afectan los sentimientos que le provocan sus limitaciones para así adelantarse a las reacciones que puedan suscitarse.

En las enfermedades mentales se da, por lo general, una baja opinión de uno mismo, bastante generalizada, así como inseguridades que llevan a sentimientos de culpabilidad. Para ayudar en estos aspectos, es preciso cultivar en estos enfermos una aceptación y valoración incondicional de uno mismo, independientemente de lo que se consiga en la vida, de los resultados. Quererse a uno mismo implica comportamientos de auto responsabilidad y de autocuidado. Elaborar una imagen positiva de uno mismo exige reconocer los aspectos más positivos del pasado y de la vida actual. Hay personas que pueden necesitar ayuda para distinguir en su vida aspectos positivos[5]. Gran parte del soporte que se ha de prestar está encaminado en este sentido, especialmente en el caso de las enfermedades mentales con un componente depresivo.

Para alcanzar un equilibrio anímico es necesario tener confianza en las habilidades personales (y en la ayuda externa necesaria, que a veces es difícil de solicitar) que nos permita superar las dificultades. Valorar lo que somos como personas, no aquello de lo que carecemos, sino nuestros aspectos positivos, sacarle partido a la vida en la situación que vivamos. En las enfermedades mentales el mayor soporte hay que darlo en estos ámbitos, potenciando la confianza personal y valorando todas aquellas acciones que reafirman al paciente en sus decisiones.

Junto con todo esto es importante ser consciente de la vulnerabilidad personal que experimenta una persona con una enfermedad mental, que normalmente está necesitada de ayuda y no se atreve a pedirla. Parte del cuidado a los pacientes estriba en enseñarles a solicitar esta ayuda a tiempo, enseñarles a saberse cuidar. De este modo, es notable la relación médico-enfermera que se establece con el paciente, así como el soporte de alguna persona que conozca bien al paciente y su situación, y con quien el paciente haya desarrollado la suficiente confianza como para solicitar auxilio cuando lo precise, sin sentir culpa.

Las cosas o las personas no son propiamente las que producen nuestras reacciones, sino la actitud que tomamos ante ellas. Por eso, es importante tratar de evitar una crítica constante, controlar su conducta, descalificar, o sobreproteger, ya que estas actitudes provocan desconfianza; esto ocurre más aún, en una persona cuyos resortes para confiar están debilitados por la falta de seguridad que siente en general ante la vida.

La confianza en los terapeutas o cuidadores es necesaria para crear un clima emocionalmente estable que estimule la autonomía del paciente, alabando lo que hace bien y reforzando las actitudes positivas hacia sí mismo o hacia los demás. De esta manera se favorecen los comportamientos deseables.

Un aspecto relevante para ayudar a aceptarse es facilitar el aprendizaje de cómo convivir con la enfermedad, con las limitaciones que conlleve. Los problemas son inherentes a la vida y la capacidad para afrontarlos puede constituir una medida de nuestra madurez. En el desarrollo de esta actitud el cuidador es un modelo para el paciente, en el que busca un ejemplo para reconducir sus actitudes y comportamientos.

Cuando la familia o los cuidadores aceptan la enfermedad del familiar implicado, el modelo de familia cambia, al igual que cambia el modo de apoyar al paciente, ya que la familia adopta una actitud más abierta y es más capaz de soli-

4. Rebolledo, S. y Lobato, M.J., *Cómo afrontar la Esquizofrenia: una guía para familiares, cuidadores y personas afectadas.* Aula Médica Ediciones, FEAFES.

5. *Ib.*

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

citar el soporte necesario para cuidar mejor al enfermo[6].

Algunas pautas para ayudar a aceptar la enfermedad propia o del otro son esencialmente las de conocer los síntomas que presenta la persona enferma, y estar cercanos a ella. Esto es importante en personas que tienen ideas de hacerse daño o de quererse morir. Sin embargo, en pacientes con síntomas psicóticos, o enfermedades de trastornos alimentarios, es más importante que perciban un entorno de confianza en ellos, apoyando sus decisiones y alabando las acciones en las que vemos que se cuidan, por ejemplo porque se toman la medicación, o en caso de una anorexia, la comida que se le sirve, o por lo menos, casi toda. El refuerzo en estos pacientes crea una seguridad para ellos, que fomenta actitudes más sanas. En un paciente con ideas delirantes debemos dirigirnos a él de un modo directo, de modo que no demos lugar a interpretaciones, evitando gesticular mucho y mirando a los ojos a la persona con este tipo de enfermedad. El contacto visual es síntoma de sinceridad y ellos lo perciben así. Si estamos ante un paciente con alucinaciones es de gran interés saber si entramos en el contexto de su alucinación, puesto que si es así, es mejor retirarse y no interferir hasta que haya pasado el cuadro de alucinación. Discutir con un paciente porque nos parece un tontería lo que dice que ve u oye es ineficaz y hará que ese paciente nos rechace. El saber manejar un paciente con alucinaciones es complejo.

En el caso de pacientes con conductas obsesivas o compulsivas lo más difícil es que el cuidador se desvincule de los sentimientos de frustración que se pueden generar al ver que a pesar de los consejos las conductas tardan mucho en cambiar. Hay que contar con paciencia y establecer con el enfermo metas cortas a conseguir poco a poco. Cuando las vaya consiguiendo hay que reforzarle esas actitudes que le ayudan a mejorar. Enfadarse con ellos porque no cambian lleva a que se desanimen y abandonen los esfuerzos por conseguir esas pequeñas metas, como por ejemplo, lavarse las manos sólo 46 veces al día si es que se las lava 50.

3. Sobreprotección

Una parte importante para el cuidador es informarse bien de los síntomas que padece su familiar y todo lo que conlleva, sin llegar a una situación de control absoluto sobre el paciente. Dependiendo de la enfermedad mental que padezca, hay que ayudar al enfermo a tener autonomía en su cuidado y arreglo personal. Es importante conocer el desarrollo de la enfermedad para anticiparse a posibles recaídas o a acciones no deseables, pero no debe esto hacernos caer en una vigilancia exhaustiva que le lleve al paciente a soltar las riendas de su vida.

Recordamos que es importante comprometer al paciente en el manejo de sus síntomas y de su enfermedad para aprender a convivir con ellos. También porque con actitudes sobreprotectoras hacemos salir de la normalidad a nuestro familiar en vez de adaptarlo al medio. Al desarrollar este tipo de protección fomentamos la inseguridad en el paciente y facilitamos que esquive tomar decisiones, que las delegue en otras personas a nivel familiar o médico. Aunque a veces es costoso mantener una actitud distante para no asumir decisiones que debe tomar el paciente, es lo más terapéutico para ayudar al paciente a darse cuenta de que tiene que decidir por sí mismo y no quitarse las responsabilidades que tiene que asumir.

Dentro de este sobreproteccionismo puede existir el riesgo de asumir una función que es más propia del terapeuta. Una de las reglas a este respecto es la distancia afectiva que tiene que haber con el paciente, y por tanto, es contraproducente tratar de dar consejos terapéuticos a un familiar enfermo. Lo más adecuado es confiar estas funciones al especialista que trata al paciente.

6. Vieta, F. y Colom, F.. *Convivir con el Trastorno Bipolar,* Editorial Médica Panamericana, 2003.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

La enfermedad mental es compatible con tener una fe religiosa fuerte, aunque no acompañe el sentimiento religioso ni el ánimo. Hay que entender esta situación de enfermedad como un estado de mayor dificultad para enfrentarse al esfuerzo por comportarse como un buen creyente, puesto que su estado de salud hace más arduo afrontar lo costoso. Esto es algo objetivo, que el paciente no puede superar muchas veces. Aun así, como en otros aspectos de la vida, hay que alentarle a asumir los compromisos de su vida cotidiana, como cualquier persona que tiene unas responsabilidades que acometer y que no pueden evadirse escudándose en el estado en que se encuentra. El modo de ayudar es, como venimos diciendo, comprender, acompañar en la situación difícil al paciente, pero alentar con cariño a asumir lo que le corresponde de modo personal.

La sobreprotección en las enfermedades mentales puede tener diversas implicaciones; por ejemplo, en un trastorno alimentario de anorexia, la enferma puede inspirar pena y puede llevarnos a implicarnos en su conducta y no rechazar con fortaleza el daño que se hace; pasa a la inversa con el trastorno de bulimia, la compasión nos lleva a no corregir con comprensión la actitud de la persona de comer sin límite y tirar la toalla ante la ineficacia de los consejos. Algo parecido sucede también con los trastornos obsesivo– compulsivos. Sin embargo, en un paciente con trastorno psicótico, el verse muy vigilado le lleva a desconfiar. En otras ocasiones, en alguno de estos tipos de enfermedad lo que origina son conductas de evitación, como pasa en la bulimia, en el alcoholismo, y en general en aquellas patologías relacionadas con la falta de control propio.

4. Ser comprendido y ser escuchado

En algunos estudios de actualidad destaca la importancia que tiene para un paciente con enfermedad mental el sentido de la escucha y de que se hacen cargo de la situación personal por la que se atraviesa. Es uno de los motivos que los propios pacientes definen como una de las características de lo que constituye el buen cuidado psiquiátrico (Johansson, H & Eklund, M, 2003). En concreto, en este estudio se refleja como importante de un buen cuidado la empatía, la comprensión, etc.; especialmente, el hecho de que el terapeuta sea capaz de entrar en los sentimientos del enfermo y comprender su comunicación personal, problemas y situación.

En algunos casos los enfermos mentales provocan en los cuidadores reacciones de rechazo, de escapada, al no entender la forma de reaccionar del enfermo. Lo que necesitan es que se les escuche y sientan que existen como una persona. Es relevante para ellos establecer una relación normal a pesar de que los signos que envían en la comunicación puedan ser confusos.

La espontaneidad, el soporte y la claridad de los programas que se ofrecen al paciente en la relación profesional se ven como ingredientes importantes para establecer relaciones terapéuticas eficaces (Thibeault, C.A et al, 2010).

Establecer una relación que haga percibir al enfermo un sentido de comprensión y conexión disminuye el sentido de vulnerabilidad que en ocasiones sienten

5. Responsabilidad ética en el cuidado de los enfermos mentales

La enfermera, en todas las relaciones profesionales que desarrolla, practica los cuidados con compasión y respeto por la dignidad inherente, valía e individualidad de cada persona, sin restricciones por consideraciones de estatus social y /o económico, atributos personales, o la naturaleza de los problemas de salud[7]. Esta misma actitud debe mover a los cuidadores en los que queda confiado el cuidado del enfermo mental. Este respeto y actitud abierta con un

7. Picard, C. y Jones, D. *o.c.*

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

enfermo es fácil de encauzar cuando vemos a una persona sufrir y con una vulnerabilidad visible, al tiempo que limitada físicamente.

Pero en el caso de algunas enfermedades mentales, la sintomatología que se presenta no produce sentimientos de solidaridad o de motivación a la ayuda, sino más bien lo contrario, porque el paciente mantiene conductas exigentes, poco tolerantes, o de violencia. En estos casos es necesario hacer una separación personal y afectiva con la persona que está enferma, y razonar que su modo de obrar es producto de su enfermedad. De lo contrario, puede provocar rechazo y no sería una actitud ética desentenderse de la persona por razones de este tipo.

Hay conductas del enfermo que no son aprobables, pero las aceptamos en razón de su situación, buscando un cambio de actitud cuando sea oportuno, y lograr una adecuada adaptación a su entorno social. Aceptar la conducta de un enfermo cuando no es aceptable puede tolerarse hasta que sea capaz de asumir las responsabilidades propias de su conducta sin vigilancia o acompañamiento.

El malestar moral se puede reducir cuando uno tiene un camino para ganar en un profundo entendimiento de la totalidad y del significado de las respuestas personales a una situación. Cuando somos capaces de despersonalizar reacciones del enfermo, somos más hábiles para ayudar de modo efectivo. En el caso de familiares o cuidadores puede resultar difícil de conseguir este distanciamiento porque están más cercanos a las situaciones que se crean y por lógica, esta cercanía lleva a implicarse mucho en las reacciones.

En el tratamiento de las enfermedades mentales es relevante ayudar a concienciar al enfermo y /o a su familia que, en muchos casos, la voluntad de mejorar está en ellos, para poder cumplir con la medicación que prescribe el médico, con las pautas que se reciben, etc. El cuidador en una actitud de solidaridad ha de vigilar especialmente en los momentos de mayor crisis para servir de soporte a la persona que pierde una concienciación de su estado crítico. Por ejemplo, en un paciente con trastorno bipolar, el momento de euforia lo percibirá el cuidador, ya que (salvo que el paciente ya tenga mucha experiencia de su enfermedad) se encontrará en un estado de felicidad que no le llevará a pedir ayuda porque no piensa que la necesite. Es básico que el cuidador perciba estos cambios en el estado de ánimo para reajustar la medicación antes de que el paciente pase a una fase de mayor vulnerabilidad.

6. El cuidado de los pacientes y sexualidad

Los enfermos con alteraciones psíquicas pueden ser más vulnerables en este aspecto de la vida personal. En ocasiones, su capacidad de tomar decisiones en este ámbito puede estar debilitada, teniendo en cuenta momentos de escasa voluntariedad en los que pueden tomar decisiones con poca libertad. Por ejemplo, cuando se trata de discapacitados mentales, a veces los padres, pero también médicos y enfermeras con pacientes a su cargo, se preguntan si sería oportuno iniciar una medicación esterilizante, temiendo la posibilidad de un embarazo irresponsable.

Ante todo hay que tener en cuenta que esos pacientes son personas humanas y deben ser tratadas como tales, respetando máximamente su dignidad. No existe un sistema moral que proporcione normas de segunda categoría aplicables a seres humanos enfermos. En este sentido, la esterilización anticonceptiva de estos pacientes merece el mismo juicio ético negativo que tiene para las demás personas. Pero sobre todo, es importante no banalizar el daño grave, también psíquico, que causa a estas personas verse envueltas en actividades sexuales no plenamente responsables, con más razón si son forzadas. El ejercicio de la sexualidad compromete a la persona entera, no sólo a la parte genital del sujeto. En la unidad somato-psíquica que es cada ser humano, la sexualidad no es una mera función que el individuo puede usar caprichosamente con tal de de evitar que deje consecuencias, sino una dimensión personal que involucra al ser humano en todos los niveles: anatómico,

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

fisiológico, psíquico, espiritual. En el caso de un paciente psiquiátrico, donde la sensibilidad afectiva puede estar más agudizada, se precisa cuidar que su sexualidad no sea manejada de modo que le perjudique.

Los padres y el personal sanitario han de procurar ante todo que el deficiente psíquico se encuentre en un ambiente adecuado; procede que el paciente se encuentre en un medio en el que se le proteja, si le falta autonomía para decidir. Nos encontramos en estos casos con personas con una mayor fragilidad. La sexualidad en sí es un aspecto frágil de la persona, ya que puede romperse la persona por un abuso de esta. De ser así se causa un gran daño moral a la persona afectada. En este sentido no ayuda en la actualidad la extremada erotización del ambiente que facilita aprovecharse de situaciones de personas con una mayor vulenrabilidad como puedan ser los enfermos mentales y los niños. Tambien se da una supervaloración del aspecto físico de la sexualidad, de tal modo que se olvida el aspecto psíquico generándose situaciones de desequilibrio en la armonía de persona y la sexualidad, lo cual conduce a una vivencia de la sexualidad muy compleja.

Como se puede suponer, se trata de un tema muy difícil y complejo, que genera graves conflictos de conciencia en los padres y el personal sanitario que tienen una visión cristiana del hombre y buscan ante todo el bien de la persona que tienen a su cargo. Para elaborar algunas líneas-guía de actuación, remitimos al documento de referencia en el que, el lector interesado encontrará información útil en las Actas de aquella reunión científica[8].

Bibliografía

Bernard, P., *Manual del ATS Psiquiátrico*. Toray-Masson. Barcelona, 1977.

Colom, F., Vieta, E., *Manual de psicoeducación para el Trastorno Bipolar.* Editorial Médica Panamericana, 2004

Dexter, G., Wash, M., Psychiatric Nursing Skills. A patient centred approach. Chapman and Hall. Oxford, 1995.

Ferrer i Balsebre, L., Gonzalez, A. *Mapas para el manejo de la relación médico-enfermo.* Órganon Española, SA. 2004.

Fornes, J. y Carballo, C., *Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica*: *Guía práctica de valoración y estrategias de intervención*. Editorial Panamericana. Madrid. 2001.

Picard, C. y Jones, D., *Giving choice to what we know***,** Jones and Bartlett Publishers, Massachussets 2005.

Rebolledo, S., Lobato, MJ., *Cómo afrontar la Esquizofrenia: una guía para familiares, cuidadores y personas afectadas.* Aula Médica Ediciones, 2005.

Vieta, E., Colom, F., *Convivir con el Trastorno Bipolar*». Edición Médica Panamericana, 2003.

Yepes Stork, R., *Fundamentos de Antropología,* EUNSA, Pamplona 1995.

Moreno Preciado, M., *El Cuidado del «otro». Un estudio sobre la relación enfermera/paciente inmigrado*, Edición: Bellaterra, 2008.

Poletti, Rosette, *Aspectos psiquiátricos de los cuidados de enfermería*, ROL, S.A., Barcelona 1980

Astudillo, W. y otros, *Cuidados del enfermo en el final de la vida y atención de su familia*, EUNSA, Pamplona 2008.

Johansson, H. & Eklund, M., *Patient's opinion on what constitues good psychiatric care.* Nordic College of Caring Sciences. Scand. J Caring Sci; 17, 339-346.

Thibeault, C.A. y otros, *Understanding the Millieu Experiences of patients on an acute Impatient Psychiatric Unit.* Archives of Psychiatric Nursing, vol 24, n. 4 (August), pp. 216-226.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

8. AA.VV., *Dignità e diritti delle persone con handicap mentale. Atti del Simposio promosso dalla Congregazione per la Dottrina della Fede*, Roma gennaio 2004, Libreria Editrice Vaticana, Città del Vaticano 2007.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

15

La persona en condición de dependencia

Una antropología de la relación

Araceli del Pozo Armentia

1. Delimitación del concepto de dependencia

El estudio de cualquier aspecto que tenga relación con la vida del hombre requiere, como irrenunciable premisa, la delimitación conceptual del objeto de estudio. El concepto de dependencia lo requiere en modo especial debido, en parte, al intenso debate abierto en torno a su concepción, en razón de la incorporación de una normativa específica y relativa precisamente, a la situación de dependencia. Nos referimos a la Ley que ha cambiado el panorama social en nuestro país, la Ley de la Dependencia 14/2/2006 que entra en vigor el 1/1/2007. Por esta razón, conviene precisar con rigor su significación y la de otros términos relacionados que ayuden a matizar su significado.

a) *Autonomía versus dependencia*

La condición humana relaciona ambos términos aparentemente antagónicos: la autonomía y la dependencia[1]. De una parte, el ejercicio libre de nuestras capacidades, que más que facultad o derecho aparece como necesidad de trascender nuestras limitaciones y ampliar nuestro horizonte de posibilidades; de otra, nuestra vulnerabilidad y dependencia, y la subsiguiente búsqueda de apoyos para compensar o superar tal situación. Si la primera se hace eco del carácter individual de nuestras decisiones y acciones, la segunda ejemplifica cómo nuestras respuestas ante la realidad, no son ni pueden ser meramente individuales, sino que se sustentan en un haz de afiliaciones o vínculos significativos que nos definen. Resulta emblemática esta afirmación de MacIntyre (2001): «El reconocimiento de la dependencia es la clave de la independencia».

Terminológicamente, sin embargo, comenzamos atendiendo a ambos términos considerándolos, al menos aparentemente, antagónicos: autonomía *versus* dependencia.

La *Autonomía* es considerada como la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias y la capacidad de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria. En otras palabras y según el Diccionario de la Real Academia Española (DRAE), la autonomía es definida como la condición de quien, para ciertas cosas, no depende de nadie.

1. Seoane JA. *El significado de la Ley básica de autonomía del paciente 2004*; Ley 41/2002.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

La *Dependencia* se define, sin embargo, como el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal. En este caso, el DRAE define la dependencia como la situación de una persona que no puede valerse por sí misma.

La diversificación de significados, asociados en la actualidad al concepto de dependencia, es en parte consecuencia y resultado del contexto sociopolítico en el que vivimos. La Carta Europea de Derechos Fundamentales[2], establece que La Unión Europea reconoce y respeta el derecho de acceso a las prestaciones de Seguridad Social y a los Servicios Sociales que garanticen una protección a la persona que se encuentre en situación de dependencia. Y la OMS, señala como elemento esencial de la dependencia el hecho de no poder vivir de manera autónoma y necesitar, de forma duradera, la ayuda de otros para actividades ordinarias de la vida cotidiana.

b) *Definición de dependencia*

El Consejo de Europa ha elaborado una Recomendación relativa a la Dependencia [3] en la que la define como «*la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana», o de manera más precisa «como un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la perdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal*».

La definición plantea tres importantes elementos en la consideración de una situación de dependencia: la existencia de una limitación física, psíquica o intelectual que merma determinadas capacidades de la persona; la incapacidad de la persona para realizar por sí misma las actividades de la vida diaria; y la necesidad de asistencia o cuidados por parte de un tercero.

Este mismo documento establece una neta diferencia entre las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD):

Actividades básicas de la vida diaria (ABVD): son las tareas básicas de auto-cuidado, también llamadas de cuidado personal o de funcionamiento físico. Se definen como aquellas habilidades básicas necesarias para llevar una vida independiente en casa (comer, vestirse y desnudarse, asearse y lavarse, ir al servicio, ducharse o bañarse, levantarse y acostarse, andar con o sin bastón y poder quedarse solo durante toda la noche).

Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD): son actividades más complejas que las anteriores y que requieren un mayor nivel de autonomía personal. Se asocian a tareas que implican la capacidad de tomar decisiones e implican un tipo de interacciones más complejas con el medio. Se incluyen tareas domésticas, de movilidad, de administración del hogar y de la propiedad (utilizar el teléfono, acordarse de tomar la medicación, cortarse las uñas de los pies, subir una serie de escalones, coger un autobús, un metro o un taxi, preparar la propia comida, comprar lo que se necesita para vivir, realizar actividades domésticas básicas, poder pasear, ir al médico, hacer papeleos y administrar el propio dinero, etc.).

La dependencia puede entenderse, por tanto, como el resultado de un proceso que se inicia con la aparición de un déficit en el funcionamiento corporal que surge como consecuencia

2. Carta De Los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (2000/C 364/01)

3. Recomendación relativa a la dependencia. 1998; Nº R. Comité de Ministros a los Estados Miembros relativa a la dependencia.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

de una circunstancia, enfermedad o accidente. Este déficit comporta, en general, una limitación de la actividad cotidiana. Cuando esta limitación no puede compensarse mediante la adaptación del entorno, llega a provocar una restricción en el funcionamiento general que deriva en la dependencia de la ayuda de otras personas.

c) *La discapacidad como concepto relacionado*

El concepto de discapacidad estrechamente relacionado con la dependencia, se define como la dificultad para desempeñar actividades que resultan habituales a personas de edad y condición sociocultural similar. La discapacidad se manifiesta como una limitación funcional o cognitiva en un contexto social determinado. Ha sido definida por Palacios y Abellán[4] como «*la brecha existente entre las capacidades de la persona (condicionadas por su salud) y las demandas del medio, del entorno, es decir, lo que exige el medio (físico, laboral, social) para poder desarrollar actividades, papeles o tareas sociales*». Según estos autores, la discapacidad se encuentra más vinculada a la función social que a la función orgánica en sí misma.

En este caso, no se trata de un concepto meramente médico, ni de un problema de salud, sino de un hecho más bien social. Esta dificultad o incapacidad obliga a la persona que la padece a solicitar ayuda para realizar las actividades cotidianas y en esto consiste la dependencia.

Las condiciones por las que se determina el grado de dependencia, en el caso de la discapacidad, vienen descritas en la *Clasificación de Discapacidades de la OMS (Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud: CIF, Ginebra, 2001*). Esta clasificación, en perfecta concordancia con el planteamiento anterior, propone un criterio básico para determinar el grado de dificultad que pueden ocasionar las alteraciones de la salud provocadas por la discapacidad y considera cinco categorías de carencias o déficits:

Déficit en el funcionamiento (sustituye al término «deficiencia», tal y como se venía utilizando por la anterior Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías, CIDDM, de 1980): consiste en la pérdida o anormalidad de una parte del cuerpo o de una función fisiológica o mental.

Limitación en la actividad (sustituye el término «discapacidad» de la CIDDM): hace referencia a las dificultades que un individuo puede tener en la ejecución de las actividades cotidianas.

Restricción en la participación (sustituye el término «minusvalía» de la CIDDM): considera las dificultades que una persona puede experimentar en su funcionamiento en situaciones vitales.

Barrera: contempla el conjunto de factores ambientales en el entorno de una persona que condicionan su funcionamiento y crean discapacidad. Pueden incluir aspectos como un ambiente físico inaccesible, las actitudes negativas de las personas hacia la discapacidad o la inexistencia de servicios, sistemas y políticas que favorezcan la participación.

Discapacidad: es un término «paraguas» que se utiliza para referirse a los déficits, las limitaciones y las restricciones en general.

La OMS recoge en esta clasificación las dificultades que la persona encuentra en el desempeño o realización de determinadas actividades. Resulta esencial la consideración de estas dificultades como, por ejemplo, las relacionadas con el cuidado personal (lavarse, cuidado de partes del cuerpo, excreción, vestirse, comer, beber, cuidado de la propia salud, etc.), con la movilidad corporal (posturas corporales básicas, levantarse, sentarse, acostarse, etc.), con la posibilidad de desplazamiento en el entorno doméstico y con la posibilidad de realizar las actividades del

4. Palacios Ramos E, Abellán García A. Diferentes estimaciones de la discapacidad y la dependencia en España. 2007; Madrid, Portal Mayores, Informes Portal Mayores, nº 56.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

hogar (preparación de comidas, quehaceres de la casa y otras actividades domésticas).

En España existe la *Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD 2008*) que consiste en el estudio estadístico realizado por el INE en colaboración con el Ministerio de Sanidad y Política Social, a través de la Dirección General de Coordinación de Políticas Sectoriales sobre la Discapacidad y el Imserso, junto con la Fundación ONCE, el Cermi y la Feaps. El principal objetivo que persigue la EDAD es responder a la demanda de información para el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), proporcionando una base estadística que permita guiar la promoción de la autonomía personal y la prevención de las situaciones de dependencia. Esta encuesta parte de la experiencia de la anterior *Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud del año 1999 (EDDES 99*) que distinguía los siguientes grados de dependencia:

Grado 3 (gran dependencia): Cuando la persona necesita ayuda para realizar actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía mental o física, necesita la presencia indispensable y continua de otra persona.

Grado 2 (dependencia severa): Cuando la persona necesita ayuda para realizar actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no requiere la presencia permanente de un cuidador.

Grado 1 (dependencia moderada): Cuando la persona necesita ayuda para realizar actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día.

En esta nueva revisión la encuesta se adapta a las condiciones sociales y demográficas actuales y a la nueva *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF),* cuya novedad fundamental consiste en extender por primera vez, la investigación de la discapacidad a la población que no reside en viviendas familiares.

La encuesta se ha realizado en dos etapas: la primera, *EDAD-hogares* (entre noviembre de 2007 y febrero de 2008), dirigida a viviendas familiares, investiga a 96.000 hogares/ 260.000 personas; y una segunda etapa, *EDAD-centros* (mayo-julio de 2008), dirigida por primera vez a centros de personas mayores, centros de personas con discapacidad, hospitales psiquiátricos y hospitales geriátricos, ha investigado 800 centros/11.000 personas.

La encuesta investiga la *percepción subjetiva* que tienen las personas sobre sus limitaciones, la *causa* de dichas limitaciones, su *grado de severidad* y las *ayudas* recibidas. Se pregunta por su estado de salud, las prestaciones socioeconómicas relacionadas con la discapaciadad, la discriminación por motivos de discapacidad, accesibilidad, redes sociales y una serie de características sociodemográficas relevantes para el conjunto de las personas con discapacidad. Además se investigan algunas características de los hogares y de los centros.

Generalmente, las personas pierden habilidades en el orden opuesto a cómo las adquirieron, empezando por las más complejas (actividades instrumentales de la vida diaria) y acabando en las más básicas (auto-cuidados). La relación entre las actividades seleccionadas (movilidad exterior, actividades instrumentales de mantenimiento del hogar, movilidad dentro de casa, actividades básicas –asearse, vestirse, continencia y comer y beber–, y funciones cognitivas –reconocer, orientarse y entender órdenes sencillas–) y la severidad, permite una escala de puntuación o gravedad.

En cualquiera de estos casos, el grado de dificultad o limitación que provoca la discapacidad obliga a la persona que la padece a tener que precisar de la ayuda de otras personas para realizar las actividades cotidianas. En esto consiste, en definitiva, la dependencia y es aquí donde los términos de discapacidad y dependencia se entrelazan indiscutiblemente.

2. Hacia una consideración relacional de la dependencia

Conviene a este punto, realizar una reflexión, ciertamente más amplia, de manera

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

que el enfoque hacia la persona dependiente no quede eclipsado por la misma condición de dependencia. La visión integral de la persona dependiente implica la introducción de una perspectiva basada en la relación [5] que refuerce la idea de que la dependencia, como categoría antropológica[6], implica una visión relacional tanto de la persona como de la sociedad en la que vive.

En efecto, la dependencia como categoría antropológica, desde una perspectiva relacional, nos llevará a diseñar marcos de intervención y políticas en las que la persona, en situación de dependencia, sea el centro de atención y no vea menoscabada su dignidad personal, precisamente por esta condición de dependencia. Por otra parte, la sociedad en su conjunto se enriquecerá y aceptará las aportaciones que estas personas ofrecen (aportación que en muchos casos será su propia situación de dependencia). De no ser así, se corre el riesgo de caer en una «mercantilización de la persona[7]», esto es, someter en cierto modo a la persona dependiente a las exigencias variables del mercado.

La dependencia no sólo es una condición personal sino que es un claro fenómeno social que será evaluado y tratado según los principios y las pautas de organización de cada grupo social[8]. La mayor parte de las teorías normativas de la sociedad, actualmente vigentes, adoptan un enfoque contractual o neo-contractual; sin embargo la persona en situación de dependencia nos lleva a cuestionar la validez de este único enfoque y a plantear la posibilidad de conciliar un enfoque de tipo, valga la palabra «relacional». En este sentido, urge fundamentar las acciones en un hondo principio de fraternidad[9], que vigorice el fundamento antropológico sobre el que se apoyan, y no solo en un «pacto social» ya que precisamente por la propia condición de dependencia muchas de estas personas no estarían en condiciones de «firmar» el pacto.

a) *La superación del individualismo*

Es indudable que en el momento histórico que nos toca vivir, quizá más que en ningún otro, se aprecia como signo de los tiempos una

5. Pier Paolo Donati, Introduzione alla sociologia relazionale, 2002, Angeli; Teoria relazionale della società, Angeli, 2000.

6. Como categoría antropológica, consideramos que la dependencia no sólo es un tipo de relación que se establece y que implica a personas e instituciones, sino que es algo propio de la índole personal del sujeto, inscrito en su naturaleza humana, y que constituye una de las formas en que la persona manifiesta su apertura, su exterioridad y su carácter relacional.

7. El profesor Piero Coda afirma que «mercantilización de la vida significa, ante todo, un conjunto de conductas, de ideologías, estrategias económicas, opciones sociales y políticas por las cuales la vida (la del otro pero, en el fondo, la propia) pierde su estatuto de santuario que abriga el misterio del ser para convertirse en un objeto mercantilizado por el frenesí de poseer. De allí la urgencia de una nueva meditación sobre el misterio de la persona humana y de las formas simbólicas a través de las cuales ese misterio puede, en las actualidad, trans-formarse en una experiencia compartida y permitir evitar que las tomas de posición ideológicas influidas, incluso determinadas, por la sutil e insinuante lógica expresada anteriormente, no dicten la solución a los problemas éticos y sociales, según un enfoque que, a fin de cuentas, no es sino antihumano». Coda, P. (2004) La mercantilización de la persona humana. En Las Conversaciones del Centro Católico Internacional de Cooperación con la UNESCO». Disponible en http://www.ccic-unesco.org/cadres/es/index.htm

8. Pelligra V., Per un etica pubblica della cura: vulnerabilità, dipendenza e reciprocità. 2006; Nuova Umanità XXVIII (2) 164, pp. 181-203. Pelligra V. Vulnerabilità e dipendenza: dalla società del contratto all'economia della reciprocità. Impresa Sociale, 2007; Introduzione al numero monografico su Fiducia, Beni Relazionali e Capitale Sociale. Este autor agrupa en cuatro categorías las teorías normativas: a) Teorías basadas en la valoración contingente; b) Teorías basadas en la clase; c) Teorías basadas en el respeto; d) Teorías basadas en el bienestar.

9. Fronza, L. La fraternidad en política como modelo de dialogo y transversalidad. Buenos Aires. 2003; Baggio, A. Etica ed economia: verso un paradigma di fraternità. C.N. 2005. También por ejemplo, el principio de Interés Superior del Niño. Se trata de principios que subrayan la alteridad y no tanto el individualismo. Vid. A. Mª Baggio, «La fraternidad: principio olvidado», Madrid, Ciudad Nueva. 2007.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

fuerte interdependencia[10]. El contexto social globalizado, por el solo hecho de ser personas nos lleva a considernos como seres dependientes/interdependientes unos de otros. Del mismo modo, constatamos en nuestro propio ciclo vital, sobre todo en etapas evolutivas muy precisas (en el inicio y al final de la vida), que esta dependencia puede llegar a ser total, siendo la persona especialmente vulnerable en estos períodos. Por otra parte, a lo largo de la vida, acontecen circunstancias fortuitas como un accidente o la aparición de una enfermedad, que pueden también generar dependencia.

Estas relaciones de dependencia y cuidado no conciernen a una minoría sino que afectan, en modos y tiempos distintos, a toda persona. Cada ser humano, en algún momento de su vida, ha hecho o hará la experiencia de sentirse vulnerable y/o dependiente de «otros». Y al mismo tiempo, habrá vivido la situación contraria de llegar a ser el apoyo y el cuidador de otras personas que dependen de él. En consecuencia, es fácil entender que ninguna sociedad podría sobrevivir más de una generación, si no respondiese en un modo adecuado, a las demandas derivadas de la situación de dependencia.

Se puede decir, en este sentido, que la interdependencia, la vulnerabilidad, la dependencia, son circunstancias sin las cuáles no se concibe la condición humana y es preciso reconocer su importancia en la vida de cualquier persona. Y a pesar de esto, la historia de la filosofía occidental nos ofrece un cuadro sustancialmente diverso, ya que el enfermo, el que sufre, el discapacitado, encuentran lugar en las páginas de un libro de filosofía, solo y siempre, como posible objeto de benevolencia por parte de los verdaderos agentes morales (MacIntyre, 2001).

¿Dónde buscar entonces un modelo adecuado de organización social en el que la dependencia sea considerada, no sólo objeto de benevolencia, sino una categoría antropológica incardinada en la propia naturaleza humana? Leonardo Bruni en su Introducción a la Política de Aristóteles dice: «*El hombre es un débil animal; por sí mismo no es autosuficiente y alcanza su perfección solo en la sociedad civil*». Siguiendo esta idea, el hombre es es débil y no autosuficiente por sí mismo, por tanto, dependiente y encuentra su plena realización únicamente en el seno de un contexto social, es decir en la *civitas*.

Desde este planteamiento, las situaciones de vulnerabilidad, dependencia y reciprocidad se revelan como elementos constitutivos de la misma vida social, dando asi espacio a la consideración de la dependencia como estado natural de todo ser humano, en ciertos momentos de su proceso evolutivo.

b) *Hacia una perspectiva relacional en la consideración de la dependencia*

La filosofía social contemporánea, no aporta por el momento, una teoría de referencia consistente que pueda fundamentar la consideración de las personas vulnerables o necesitadas de apoyo. Una alternativa a esta limitación presupone un ingente trabajo de re-elaboración y re-definición en la concepción del término sujeto social y de sus características fundamentales y sin duda, únicamente, esta reelaboración del pensamiento antropológico dirigido a superar la visión individualista y a considerar el factor relacional, podría conducirnos a una comprensión más adecuada de los términos de vulnerabilidad y de dependencia[11].

Afirma Zanghì (1994) «*El individuo para ser «sí mismo», necesita sólo de «sí mismo», el «otro» es una ayuda externa, funcional. La persona, para ser «sí misma» tiene necesidad, no funcional sino existencial del otro, el cual abriendo la individualidad, la conduce a superarse y a realizarse en la*

10. «The Declaration of Interdependence», http://www.civworld.org/declaration.cfm.

11. Quizá es Arendt la primera en comenzar esta perspectiva relación al señalar como «la política surge en el *entre* y se establece como relación (p. 46)». H. Arendt, ¿Qué es la política? Paidós, 1997. Algunos trabajos en esta dirección son precisamente los apuntados de Pier Paolo Donati, así como de Alejandro Llano y su propuesta del Humanismo cívico.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

persona». De acuerdo con el autor, y sin entrar en un análisis filosófico, el concepto de persona, deriva, por necesidad, de la percepción del sí mismo injertado en una red de relaciones interhumanas significativas. Y en palabras de Gilligan (1982) y Meyers-Kittay, (1987), solo en esa red, se encuentra el lugar en el que se produce el desarrollo humano y el punto de partida del largo proceso de maduración moral.

Es interesante, a este respecto, mencionar los estudios llevados a cabo por la psicología social acerca del altruismo[12], que en investigaciones recientes aventuran ciertas hipótesis que hacen confluir los resultados de la psicología con los avances de la neurociencia en la explicación de la conducta de ayuda. A este respecto, considerando la acción humana de «donación» como constitutiva del ser humano y necesaria para su realización concreta y efectiva, éste puede ser definido como «*homo donator*», teniendo en cuenta que su verdadera identidad se expresa en ser *don* para el otro. El arte del «dar» tiene un propio estilo, un peculiar modo de funcionar y de comportarse y posee unas características precisas que distinguen el verdadero acto de «*dar*» de un dar interesado, que busca el propio interés (Araújo, 1999).

En este marco de referencia se parte, sin duda, del valor intrínseco de la persona dependiente, la cual satisfaciendo la necesidad de ayuda está obligada a *darse* y así posibilita y contribuye activamente con su in-capacidad y vulner-(h)abilidad a que la persona cuidadora satisfaga a su vez su propia necesidad de donación. Sin duda es ésta una perspectiva muy diversa a la que predomina en las actuales teorías neocontractualistas pero es obvio que, desde este punto de vista, toda relación, incluso la de dependencia extrema, está substanciada de una lógica de reciprocidad.

Somos conscientes que aquí se abre una espiral que revoluciona el modo de concebir no solo la dependencia, sino muchas otras cuestiones que tienen que ver con el misterio del ser humano: el sentido del dolor, el por qué del sufrimiento, el sentido de la vida en una persona totalmente dependiente, etc.

Sin duda, este planteamiento supone un cambio de perspectiva. No se trata tanto de mirar la dependencia desde el sujeto «autónomo»[13], ni ponerse en el lugar del sujeto «dependiente», sino situarse en la peculiar perspectiva de la propia relación humana que se establece entre ambos, el «*entre*» de la relación es lo que reafirma a cada uno de los dos elementos de la relación como persona desde la propia perspectiva de «autonomía» o «dependencia».

3. Tipos de dependencia según las causas que la provocan

La necesidad de asistir a las personas en situación de dependencia ha existido desde siempre, lo que ha cambiado en la actualidad es su repercusión e importancia social, debido en parte, al crecimiento y proporción de las personas mayores. De hecho, se percibe en la actualidad como un problema que afecta a la sociedad en su conjunto, lo que supone una re-delimitación de los objetivos y funciones del Estado de bienestar y nuevos compromisos de protección, de

12. Roche Olivar R. Psicología y educación para la prosocialidad. Editorial: Ciudad Nueva. 1997. Gordillo Álvarez MV. Desarrollo del altruismo en la infancia y la adolescencia: una alternativa al modelo de Kohlberg. Cide. Madrid. 1996. Araújo V. La cultura del dare. Nuova Umanità. Rivista bimestrale di cultura. XXI, 125, 489-510; 1999. Piliavin JA, Piliavin IM y Rodin Broll L. Time of arrival at an emergency and likelihood of helping. Personality and social psychology bulletin, 2, 268-272; 1976. Rilling J, Gutman D, Zeh T, Pagnoni G, Berns G, Kilts C A neural basis for social cooperation. Neuron. 35(2):395-405; 2002. Pozo Armentia A. Liderazgo y altruismo en el funcionamiento familiar. En: Fundamentos de psicología de la personalidad. Polaino-Lorente y col. Madrid, Rialp. 2003.

13. El beneficio que deriva del trabajo del cuidador produce externalidad positiva y no se reduce al mero ámbito del beneficiado. Por este motivo su acción no se limita a la mera responsabilidad del individuo, sino que ejerce una influencia sobre la entera sociedad. De consecuencia, se puede delegar la responsabilidad del cuidado pero no podemos eximirnos del deber moral de que dicho cuidado venga ejercido.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

financiación y de administración de los recursos asistenciales a todos los niveles.

No obstante, la condición de dependencia, si bien se encuentra en estrecha relación con la edad, no se puede limitar al colectivo de las personas mayores ya que puede presentarse desde el nacimiento, desencadenarse a consecuencia de un accidente o de una enfermedad aguda en la infancia, la juventud o la vida adulta o ir apareciendo a medida que las personas envejecen.

Sin embargo, conviene tener en cuenta que la dependencia puede no aparecer aunque la persona haya alcanzado una edad muy avanzada. Variables de tipo social y ambiental, además de los propios factores genéticos, condicionan la aparición de la condición de dependencia. Esto significa que la dependencia se puede prevenir promoviendo hábitos de vida saludables, mejorando la eficacia de los sistemas de atención de la salud y asegurando el tratamiento precoz de las enfermedades crónicas. Esta cuestión reviste notable importancia cuando llegue el momento de abordar el diseño y la planificación de programas preventivos de cara a un futuro desarrollo de la gestión de los recursos.

Son varias las causas que pueden generar un estado de dependencia: Una enfermedad hereditaria, mental o degenerativa que provoca discapacidad, una enfermedad aguda que requiere hospitalización y un período de convalecencia o un simple período de fragilidad física asociado a un envejecimiento biológico. Nos detenemos a continuación, en cada una de ellas:

a) *La discapacidad física o psíquica*

La situación de dependencia que provoca la discapacidad afecta sin duda a la persona que la padece pero afecta, en mayor medida, a la familia y su contexto más próximo, de modo muy especial en los casos en los que se ve afectado el nivel de conciencia de la persona.

Rodríguez Sacristán[14], al referirse al «hecho sorprendente del enfermar psíquico en la infancia», afirma «*En psicopatología infantil nos encontramos con el hecho sorprendente de hipotecar el futuro personal del individuo, (…) hecho que puede hacer sufrir más que la misma muerte. Resulta doloroso que tan pronto, con tan poca edad, pueda deprimirse un niño o romperse como persona en un autismo o una esquizofrenia, o tener que depender de los demás para el resto de su vida por una deficiencia mental (…) el enfermar psíquico infantil es un vivo ejemplo de suceso antropológico de primera magnitud*». En ocasiones, la enfermedad (psíquica o somática) disminuye o distorsiona la capacidad cognitiva o física de la persona, el autor alude a dos conceptos: la enfermedad y la muerte, definidos como «*sucesos antropológicos de primera magnitud*», acontecimientos vitales que se hacen presentes en la vida de todo ser humano.

El modelo de relación parte de la igual consideración hacia cada persona, con o sin trastorno mental, con o sin afectación de cualquiera de sus capacidades, como persona digna, libre, igual e implicada en una red de relaciones personales y sociales. Se trata de un individuo vulnerable y dependiente que desarrolla su proyecto vital desde sí mismo, plasmando sus potencialidades en diálogo y cooperación con los otros, con la comunidad. Esta configuración antropológica pone de relieve que la actuación humana no es independiente del contexto, y que el desarrollo personal requiere capacidades y aptitudes personales y determinadas condiciones externas, materiales e institucionales, y un conjunto de afiliaciones significativas.

Los trastornos mentales limitan nuestras capacidades, hacen más vulnerables nuestros derechos e impiden una participación adecuada en la vida social. Sin embargo, estas limitaciones coexisten con un conjunto de capacidades. Desde esta perspectiva, urge alentar en las personas con trastorno mental, una actitud hacia la promoción de la autonomía, facilitando, siempre

14. Rodríguez Sacristán J. Psicopatología del niño y del adolescente. 2000; Publicaciones de la Universidad de Sevilla. Sevilla.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

que sea posible, la toma de decisiones y la propia iniciativa, reforzando las capacidades existentes y propiciando la recuperación de las capacidades ausentes así como la adquisición de otras nuevas.

Al mismo tiempo, es importante tomar conciencia del grado de dependencia y vulnerabilidad que genera el trastorno mental. De hecho, la negación de las limitaciones es una actitud inadecuada, a veces, sustentada en una noción ideal de falsa autonomía que se enmascara con conductas sobre-protectoras, lo que, en modo alguno, beneficia ni a la persona dependiente, ni a la familia que la atiende.

b) *La enfermedad física grave a cualquier edad*

La condición de las personas que sufren enfermedades físicas o neuro-degenerativas conlleva llegar a una dependencia de carácter progresivo, compleja, intensa y cuya duración puede prolongarse en el tiempo y la familia juega, también en estos casos, un papel determinante.

Si bien la dependencia, en la fase inicial puede ser soportada por los familiares, es imposible que éstos asuman la cobertura de todo el proceso, precisando no sólo una información permanente, adecuada y accesible, sino además una agilidad en la disponibilidad de los recursos, dada la alta carga asistencial que se precisa y los riesgos que comporta una atención inadecuada.

Las administraciones, instituciones y asociaciones en general, disponen de programas, ubicados en los Planes de actuación, que debidamente organizados, facilitan la correcta utilización de los recursos. Es conveniente disponer de la información necesaria para acceder a los recursos existentes y poner en marcha los dispositivos que en cada caso, se demanden.

c) *El envejecimiento biológico*

La vejez, siendo un proceso evolutivo natural conlleva, no obstante, una importante dosis de sufrimiento para muchas personas. El modo en el que una persona percibe y vive la condición de dependencia a causa del avance de los años, en ocasiones supone un proceso doloroso, sobre todo en l casos en los que se mantiene intacta la conciencia. La persona ve mermar de modo progresivo, sus capacidades y habilidades, y la repercusión de este hecho va limitando y reduciendo el propio estilo de vida y el círculo social, hasta llegar a límites difíciles de soportar.

Una de las situaciones más difíciles comienza cuando la persona, que vive en su domicilio, con independencia y autonomía funcional, se preocupa, al igual que sus familiares, por el hecho de vivir solo en sus condiciones de edad y fragilidad, o por sucesos puntuales (por ejemplo, una caída). Es el momento en el que se plantea la conveniencia de que siga viviendo solo. Las amenazas más temidas y significativas que hacen su aparición en la etapa de la vejez son la enfermedad, la muerte y la condición de dependencia, con el inevitable temor al internamiento en una institución.

Conviene aquí resaltar lo que esta etapa supone en la vida de la persona como culminación y coronación del propio proyecto biográfico, es decir, la trayectoria vital de la persona misma. Alcanzar la meta o el colofón de cualquier proyecto en la vida es siempre algo positivo y digno de mención, de valoración y de reconocimiento. Esto mismo debiera suceder cuando se alcanza la meta del proyecto más importante de la persona humana: la propia vida. Sirvan a este respecto algunas de las reflexiones del diario de Giordani (págs. 280-281)[15], en las que, de manera magistral, describe con descarnada aspereza y, al mismo tiempo, con una belleza poco usual lo que este último periodo supone en la vida del hombre.

Sin duda, hoy, no es así considerada la última etapa de la vida lo que condiciona el modo en el que viene afrontada, tanto quien la experimenta, en primera persona, como quien acompaña a quien la vive. Y es obvio el reto que se

15. Giordani I. Diario de fuego. 2007, 2ª edición. Ciudad Nueva.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

nos presenta para rescatar y volver a poner en su lugar –como ha sido en otras épocas y lo es todavía en otras culturas– este importante momento de la vida del ser humano.

4. La figura del cuidador

No podemos concluir este capitulo sin hacer referencia al cuidador, la persona que se encarga de acompañar y de compensar las limitaciones que impone la dependencia.

No es fácil para nadie enfrentarse al hecho de alguien cercano que inicia este proceso de dependencia. Por lo general, una persona no llega a la situación de dependencia de un día para otro y puede ser depresión, parkinson, esquizofrenia, alzheimer, los muchos años o cualquier enfermedad discapacitante desde la infancia, la que imponga la necesidad de cuidados.

El progresivo deterioro físico o psíquico de un miembro de la familia produce cambios drásticos en el entorno. Junto al impacto emocional surgen los problemas derivados de la necesidad de atención permanente. El proceso de adquisición del papel de cuidador, que será más o menos largo según los casos, es de suma importancia ya que influye sustancialmente en la forma en que posteriormente se presten los cuidados.

Es frecuente que al inicio, la persona que cuida, no sea consciente de que es el miembro de la familia sobre el que va a recaer la responsabilidad del cuidado y que la situación puede mantenerse por largo tiempo, implicando un progresivo aumento de dedicación en tiempo y energía. La atención a la persona dependiente comienza siempre en el ámbito familiar y en ocasiones, ante la incapacidad de los familiares para responder a cierto tipo de demandas, se hace necesaria una atención profesionalizada.

El profesional muestra a la familia las ventajas e inconvenientes de cada alternativa de solución, facilita la información sobre los servicios y recursos que se pueden utilizar, analiza la situación con los familiares, sugiere alternativas y ayuda a tomar decisiones y a planificar el cuidado de la persona mayor.

Durante el tiempo que se prolonga una situación de cuidado, las personas implicadas experimentan cambios en las distintas áreas de su vida. Estos cambios transforman los roles y responsabilidades que hasta ese momento se tenían. El proceso de «ajuste» a la nueva situación lleva asociadas tensiones y dificultades que precisan adecuadas habilidades de afrontamiento tanto por parte de los cuidadores como de la persona dependiente.

El cuidador familiar como 'enfermo potencial': el síndrome del cuidador

La calidad de vida de la persona dependiente se relaciona con la calidad de vida que pueda ofrecerle su cuidador principal. Por ello resulta prioritario el desarrollo de estrategias de atención a los cuidadores de personas dependientes que supongan la mejora de la calidad de vida del cuidador y de consecuencia de la persona cuidada (Secanilla y col., 2015).

Aunque es cierto que el estado de salud de los cuidadores varía en función de la patología o el estado clínico de la persona dependiente, es importante señalar que existen determinados factores «de riesgo» que provocan una sobrecarga asociada al cuidado de los pacientes, entre ellos el apoyo social que recibe el cuidador y el estado de salud de la persona cuidada.

El cuidador puede llegar a sufrir algunos síntomas físicos como altos niveles de estrés, irritabilidad, agotamiento, distanciamiento, dolor del aparato locomotor, cefaleas, astenia, fatiga crónica o alteraciones en el ciclo del sueño, junto a un deterioro de la función inmune y una mayor predisposición a padecer otro tipo de patologías. En cuanto a los problemas psíquicos, la depresión, la ansiedad y el insomnio suelen ser los problemas más frecuentes. Los problemas de índole sociofamiliar ocupan también un lugar importante en la vida de los cuidadores. El aislamiento familiar y social y el sentimiento de culpabilidad son sentimientos a los que se enfrentan con frecuencia.

La sobrecarga del cuidador disminuye potenciando el apoyo social afectivo, la calidad de

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

vida medioambiental (condiciones económicas, de vivienda, seguridad y ocio), y jornadas de trabajo no excesivamente prolongadas; es también fundamental poder contar con la colaboración del resto de la familia en el cuidado.

Méndez y col., (2010) afirman que cuidar de una persona dependiente es un claro factor de riesgo para el desarrollo de diversas patologías, fundamentalmente de enfermedades relacionadas con la salud mental, los cuidadores deben ser conscientes de su sobrecarga objetiva y subjetiva, para no derivar en frustración, depresión, ansiedad, estrés, sentido de culpa, manifestaciones de alteración conductual, carácter y perturbación somática; lo que se define como el «*síndrome del cuidador*». Si aparecen dos o más de los síntomas del «síndrome del cuidador», –perder la ilusión por vivir, no poder conciliar el sueño, atender 24 horas al día al familiar enfermo, sentir angustia, perder el apetito–, es necesario pedir ayuda profesional.

El médico de familia es el profesional adecuado para atender a los familiares en esta situación. Para recibir la atención correcta, el cuidador debe explicar al médico la situación en la que se encuentra y describir su estado anímico y físico. La labor de los médicos de familia debería estar centrada en dos aspectos: reconocer las señales que indican que un cuidador está sobrecargado; por otro lado, dada su proximidad a la población, estos profesionales constituyen un importante recurso de apoyo para los pacientes y también para los cuidadores.

5. Prepararse para ser dependientes

Todos somos candidatos potenciales a la dependencia y, por tanto, es importante prepararse para ello. En esta línea, se podrían señalar tres puntos importantes:

– Aprender a aceptar que se va perdiendo la autonomía.

– Asumir que la relación de dependencia es enriquecedora, tanto para el que la da como para el que la recibe, en el plano personal, social y espiritual.

– Adquirir, de manera paulatina, estrategias que favorezcan la autonomía cuando empiezan a fallar los recursos.

No hay que olvidar que, en gran medida, estas actitudes pueden aprenderse de las personas actualmente dependientes, siendo sin duda, las más autorizadas, –por la propia experiencia vital que les toca vivir-, para enseñar cómo prepararse a este momento. De este modo, se subraya también la importante contribución formativo-educativa que pueden realizar y que les reafirma en su papel de protagonistas en la dinámica del enfoque relacional que en este capitulo se ha defendido.

Bibliografía

Arendt, H., ¿Qué es la política? Paidós, Barcelona 1997.

Baggio, AM., La fraternidad: principio olvidado. Ciudad Nueva, Madrid 2007.

Barrio, I., Cantalejo JM. y col. La dependencia en el decir de los mayores. Gerokomos, v. 17 n. 2 Madrid 2006.

Coda, P.. La mercantilización de la persona humana. 2004; «Centro Católico Internacional de Cooperación con la UNESCO». Disponible en http://www.ccic-unesco.org/cadres/es/index.htm

Crespo, M., Martínez, J., El estrés en cuidadores de mayores dependientes: cuidarse para cuidar, Pirámide, Madrid 2007.

Donati, PP. y García-Ruiz, P., Repensar la sociedad: el enfoque relacional, Ediciones Internacionales Universitarias, Madrid 2006.

Fronza, L., La fraternidad en política como modelo de dialogo y transversalidad, Buenos Aires 2003.

Gilligan, C., In a Different Voice: Psychological Theory and Women's Development, Harvard University Press 1982.

Giordani I. Diario de fue, 2.ª ed. Ciudad Nueva 2007.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

Kittay, EF., Caring for the Vulnerable by Caring for the Caregiver: The Case of Mental Retardation. En: Medicine and Social Justice. Essays on the Distribution of Health Care (290-300), Oxford University Press, New York 2002.

Kittay, EF., Love's labor: Essays on equality, women, and dependency, Routledge, New York 1999.

Libro blanco de la dependencia. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad, 1ª ed. © Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) 2005.

Macintyre, A., Animales racionales y dependientes, Paidós, Barcelona 2001.

Martínez, F.J.A. (Ed.), ¿Vivir dependiendo? Ética, derecho y construcción biográfica en la dependencia, Comares, Granada 2007.

Martínez, I.G., del Barrio Campo, J. A., Iglesias, A. I. S., Castro, F. V., Cabaco, A. S., Bernal, J. G., … & de Zamora, D. Propuesta de programa de promoción de la salud en cuidadores informales de enfermos de alzheimer y prevención del síndrome del cuidador «evitando que el cuidador se convierta en paciente», International Journal of Developmental and Educational Psychology: INFAD. Revista de Psicología, 1(2), 203-210, 2014.

Méndez, L.; Giraldo, O.; Aguirre-Acevedol, D.; Loperal, F., Relación entre ansiedad, depression, estrés y sobrecarga en cuidadores familiars de personas con demencia tipo Alzheimer por mutación E280 en presenilina 1, Revista Chilena de Neuropsicología, vol. 5, n.º 2. 137-145, 2010.

Meyers, DT y Kittay, EF. Women and moral theory, Savage, MD: Rowman and Littlefield 1987.

Nussbaum, MC., Giustizia sociale e dignità umana: da individui a persone, Il Mulino, Bologna. Oxford University Press, New York 2002.

Roche Olivar, R., Psicología y educación para la prosocialidad, Editorial Ciudad Nueva 1997

Rodríguez Sacristán, J. (ed.), Psicopatología infantil básica. Teoría y casos clínicos, Pirámide, Madrid 2000.

Secanilla, E., Bonjoch, M., Galindo, M., & Gros, L., La atención al cuidador. Una visión interdisciplinaria. 2015; *European Journal of investigation in health, psychology and education*, *1* (3).

Viale, M., Palau, F.G., Cáceres, M., Pruvost, M., Miranda, A.L., & Rimoldi, M.F., Programas de intervención para el manejo del estrés de cuidadores de pacientes con demencia, *Neuropsicologia Latinoamericana*, *8* (1) 2016.

Zanghì, P., Riflessione sull'oggi. Rivista di Cultura Nuova Umanità, XVI 1994.

Zárate Rivero, Mª.B y Gas Aixandri, M., La familia en la ley de dependencia, Fundación Mª Teresa Rodó. Barcelona 2009.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

16

Familia y problemas psíquicos

Implicaciones en la vida conyugal y familiar

Adrián Cano Prous, Alfonso Osorio y Salvador Cervera Enguix (†)

La familia es la unidad básica de la sociedad, independientemente de las características culturales que posea y se espera de ella que, de acuerdo con sus posibilidades, cubra las principales necesidades de sus miembros y trasmita a las nuevas generaciones los valores culturales, morales y espirituales de cada sociedad[1]. Por todo ello, se la puede considerar como el mejor núcleo de relación para obtener un índice óptimo de convivencia, de formación y de adaptación social. Por otro lado, no es un sistema estático, sino dinámico ya que todas las familias cambian a lo largo del tiempo (ciclo vital familiar) debido a la propia transformación de sus componentes, siendo la mayoría de estos cambios habituales y típicos: se constituye una familia; nacen los hijos; estos crecen y se desarrollan; asisten a la escuela; se forman en una profesión o carrera; y generalmente, abandonan el hogar para constituir su propia familia. Cada una de estas transiciones requiere que la familia se modifique, que reinicie sus prioridades y que reorganice las nuevas perspectivas de esa nueva etapa de la vida.

1. Principios básicos del funcionamiento familiar

Toda familia debe poseer unos principios de estabilidad que mantenga la posición de cada uno de sus componentes en un sistema armónico y equilibrado, teniendo en cuenta que este equilibrio es dinámico y que fluctuará a lo largo del ciclo vital familiar entre periodos de equilibrio y periodos de desequilibrio. De ahí la importancia que la familia disponga de esos principios, que ejercen de modo constante una acción protectora, con mayor o menor éxito, y mantienen el sistema familiar en equilibrio (homeostasis familiar). De esta forma cuando la familia o alguno de sus componentes se vean amenazados por una fuerza desequilibrante, la retroalimentación restaurará el equilibrio preexistente.

Estos hechos forman parte de la vida familiar a lo largo de todo su desarrollo y ocurren especialmente en momentos de transición del ciclo vital familiar, por ejemplo, después de un cambio estructural importante o tras un acontecimiento vital. Ante estos hechos, nos podríamos preguntar: ¿cómo afectan las enfermedades crónicas (médicas o psiquiátricas) a la vida conyugal y familiar? o ¿cuál es el papel del contexto familiar respecto a la conducta individual? Todas las familias a lo largo de su historia tienen conflictos y los sentimientos de uno de sus miembros hacia los otros pueden ser contradictorios, generando problemas, por lo que conocer cuales pueden ser los patrones característicos para conseguir un adecuado equilibrio familiar

1. Coping with change. UNICEF News 89:3, 1976.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

es sin duda una tarea de enorme importancia y utilidad.

En general los distintos autores centran los modelos de funcionamiento familiar en tres dimensiones: resolución de problemas, organización y clima emocional. Pero lo que subyace en el seno familiar es mucho más que eso. Nuestra postura se asemeja a la de Walsh (1993)[2]. quien considera que para que el sistema familiar sea funcional debe poseer las siguientes características básicas:

– Sentimiento de unión y compromiso de los miembros de la familia como una unidad de relación, de cuidado y de apoyo mutuo.

– Respeto por las diferencias individuales, autonomía y necesidades independientes, fomentando el desarrollo y bienestar de los miembros de cada generación, de la más joven a la mayor.

– En las parejas, una relación caracterizada por respeto mutuo, apoyo y por un reparto equitativo de la autoridad y de las responsabilidades

– Autoridad y liderazgo parental o ejecutivo eficaces para conseguir soporte, protección y socialización de los hijos y cuidado de otros miembros vulnerables de la familia.

– Estabilidad organizativa caracterizada por claridad, consistencia y patrones de interacción predecibles.

– Adaptabilidad: flexibilidad para satisfacer las necesidades de cambio internas y externas; para afrontar eficazmente las situaciones estresantes y los problemas que surjan; y para dominar los retos preceptivos y no preceptivos y las transiciones a lo largo del ciclo vital.

– Comunicación abierta caracterizada por claridad de reglas y expectativas, interacción positiva y variedad de expresiones emocionales y respuesta empática.

– Procesos eficaces de resolución de problemas y conflictos.

– Un sistema de creencias compartido que permita la confianza mutua, dominio de los problemas, sentimiento de unión con las generaciones, valores éticos y religiosos e interés por la comunidad humana en general.

– Recursos adecuados que garanticen la estabilidad económica y el apoyo psicosocial facilitado por un colectiva de personas cercanas y amistades, así como por la comunidad y los sistemas sociales institucionales.

– Naturalmente que para los constituyentes de la relación conyugal y familiar estas características son difíciles de conseguir en su máxima plenitud, pero forman parte de las metas a alcanzar para que la familia funcione de modo adecuado. Para ello se necesita tenerlas presentes en el tiempo y llevarlas a cabo con flexibilidad cuando la disposición individual hacia ellas o las circunstancias externas sean adversas.

2. Factores asociados al funcionamiento conyugal

La mayor parte de los estudios acerca del funcionamiento conyugal y de su evolución han utilizado diversas variables predictivas procedentes de modelos comportamentales, interpersonales y cognitivos. Karney y Bradbury (1995)[3] señalan que la satisfacción conyugal y, en última estancia, la estabilidad conyugal se ven afectadas por la interacción de tresgrandes factores: vulnerabilidad, procesos adaptativos y acontecimientos vitales estresantes. Estos factores representan la vía más comúnmente utilizada en la investigación conyugal: en el modelo interpersonal (lavía de la vulnerabilidad) y en el modelo comportamental (la vía de los procesos adaptativos). El tercer factor, los acontecimientos vitales estresantes ha sido el menos estudiado.

2. Adaptado de: Glick et al. (2000). Marital and family therapy (4.ª ed.). Whasington, Dc: American Psychiatric Publishing.

3. Karney, B.R., & Bradbury, T.N. (1995). The longitudinal course of marital quality and stability: A review of theory, method and research. *Psychological Bulletin*, *118*, 3-34.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

La vulnerabilidad se refiere a aquellas características permanentes de los cónyuges como los rasgos de personalidad, experiencias vividas en la familia de origen, predisposición a la psicopatología, que afectan el funcionamiento conyugal a lo largo del tiempo. Hay evidencias de que los rasgos de personalidad que más influyen desde el punto de vista negativo son el neuroticismo y la impulsividad (Karney & Bradbury, 1995[4]; Kelly & Conley, 1987[5]).

Los procesos adaptativos hacen referencia al modo en que los cónyuges interactúan consigo mismo, es decir, la manera con que éstos se tratan y responden el uno al otro, y las consecuencias ante tales respuestas. Comprende, por ejemplo, la manera de reaccionar ante los desacuerdos, los cambios y las dificultades conyugales, la manera de comunicarse, el apoyo y la estabilidad en las emociones, etc. Según el modelo comportamental (Pasch & Bradbury, 1998)[6], el modo de interactuar los cónyuges influye en el grado de satisfacción y en el curso del matrimonio; y la presencia de psicopatología en uno o ambos cónyuges aumenta la posibilidad de que un aspecto concreto de la relación se convierta en una fuente de conflicto: por ejemplo, la relación sexual que puede verse alterada en muchos trastornos psíquicos

Los acontecimientos vitales estresantes son cualquier evento, interno o externo, de contenido negativo, que afecta al matrimonio o a uno de los cónyuges y del cual ambos han de adaptarse. Estos estresores, si no son bien abordados, pueden conducir a una disfunción conyugal con los consiguientes efectos negativos en el matrimonio. Es habitual que ante un acontecimiento de este tipo, los cónyuges dediquen mucho tiempo y energía en afrontar el factor estresante y descuiden la atención a la pareja. En otros casos, pueden surgir desacuerdos sobre cómo abordar dicho acontecimiento. Cohan y Bradbury (1997)[7] han demostrado que los estresores interactúan con las conductas de solución de problemas a la hora de predecir el funcionamiento conyugal. Es decir, en un matrimonio con pocas habilidades de resolución de problemas, probablemente se produzca inestabilidad al afrontar unos acontecimientos vitales de contenido amenazante.

Pero enmarcando cada uno de estos tres grandes factores y dándoles un sentido o significación propia tenemos que considerar también lo que acontece de modo profundo en cada uno de los protagonistas de la elección conyugal. Es lo que podríamos denominar el modelo vivencial.

Dinámica de la elección conyugal

La elección del cónyuge, dada su importancia como potencial fuente de disfunción, es también un factor importante a tener en cuenta tanto para el futuro conyugal, como para el funcionamiento de cada uno de los cónyuges. Hay estudios (Caspy & Herbener, 1993[8]; Du Fort, Kovess & Boivin, 1994[9]; Feng & Baker, 1994[10]) que apoyan que la similitud en cuanto a rasgos de personalidad, actitud y nivel psicológico de

4. Karney, B.R., & Bradbury, T.N. (1995). *Op. ct.*

5. Kelly, E.L., & Conley, J.J. (1987). Personality and compatibility: A prospective analysis of marital stability and marital satisfaction. *Journal of Personality and Social Psychology,* 52, 27-40.

6. Pasch, L.A., & Bradbury, T.N., (1998). Social support, conflict and the development of marital disfunction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 219-230

7. Cohan, C. L., & Bradbury T.N. (1997). Negative life events, marital interaction, and the longitudinal course newlywed marriage. *Journal of Personality and Social Psychology*, 7, 114-128.

8. Caspy, A. & Herbener, E.S. (1993) Marital assortment and phenotypic convergences: Longitudinal evidence. *Social Biology, 40*, 48-60.

9. Du Fort, G. G., Kovess, V., & Boivin J.F. (1994) Spouse similarity for psychological distress and well-being: A population study. *Psychological Medicine, 24*, 431-447.

10. Feng, D., & Baker, L. (1994). Spouse similarity in attitudes, personality and psychological well-being. *Behaviour genetics, 24* 357-364.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

estrés y bienestar de los cónyuges tiene un efecto positivo en el matrimonio, porque estos aspectos contribuyen a que los cónyuges se lleven mejor y aborden los problemas con más facilidad. No obstante, también se sugiere que la similitud en el modo de ser puede tener efectos negativos en el matrimonio. Por ejemplo, si alguno de ellos se relaciona de forma insegura (Cohn, Silver, Cowan, Cowan, & Pearson, 1992[11]), desea conseguir necesidades no satisfechas o presentan cierto grado de psicopatología (Slipp, 1995[12]).

Para que el amor conyugal llegue a alcanzar un desarrollo armónico (maduración) necesita conjugar e integrar adecuadamente los elementos que lo constituyen. Hay que tener en cuenta que en el establecimiento de toda relación amorosa se pone en marcha un proceso dinámico de enorme trascendencia: cada una de las personas que forman parte de la relación experimenta en sí misma una transformación, puesto que la relación que va a iniciar, siempre que se haga desde una perspectiva honesta, le dirigirá hacia la apertura de un proyecto de vida compartida y aunada con otro. Ya no será él o ella en sí mismos, sino que a través del enamoramiento inicial, el conocimiento mutuo y la entrega de uno en el otro, transformarán su existencia convirtiendo el yo en el tú, y el mío en lo nuestro.

Por eso llegar a conocer la dinámica profunda de lo que acontece en esa relación es de enorme importancia para poder trasladar en la práctica de la vida cotidiana los principios básicos de su relación. Es en el ser capaces de realizar esta vida del nosotros donde reside la consistencia misma del amor conyugal, y lo que motiva a la elección, de tal forma que el ente creado por esta relación y que ahora se inicia deberá constituirse bajo unas reglas, deberá conservarse, acrecentarse y finalmente, en el caso que sea necesario, restaurarse: «antes de conocerse no había amor y nada les unía, después hay amor y eso es lo que les une» (Viladrich, 2004)[13]. Por la importancia y trascendencia de lo que acontece en el proceso de elección conyugal y sus posteriores consecuencias (positivas o negativas), describimos a continuación –aunque de forma muy sintética– lo que se considera como paradigma de dicha elección.

Se parte de la base de que en el proceso amoroso, tienen lugar unos periodos que deben adecuarse a la realidad vivida y que son susceptibles de ser analizados y corregidos, Y para lo que aquí nos ocupa –la dinámica de la elección conyugal– el primer periodo se corresponde con el enamoramiento, caracterizado por una vivencia corporal intensa dirigida a la otra persona, junto a un impulso de predilección y abnegación hacia ella. A continuación emerge el impulso de estar juntos, anhelando sentir la intimidad a través de sus sensaciones, con lo que de forma gradual se instaura un deseo de pertenencia fiel y exclusiva entre ellos, para convertirse después en un deseo de perpetuar su relación: la trasformación hacia lo permanente de lo efímero.

La siguiente dinámica hace referencia al impulso de darse y acogerse según el mejor modo que cada uno es capaz de concebir. Finalmente, la última dinámica expresa el impulso a vivirse de una manera especial a cada instante, como si renaciera el presente a cada instante y el futuro se vivificara con un amor eternamente resucitado. El paradigma de la excelencia de esta dinámica se dirige inexorablemente a la fecundidad del amor conyugal. El hijo sitúa a los cónyuges en la paternidad y maternidad, estableciendo un hogar familiar en el que albergar la copertenencia de su unión (Viladrich, 2004)13.

La llamada fase de enamoramiento se caracteriza, por tanto, por un predominio de las emociones, afectos y sentimientos. Le sigue la fase de relación o noviazgo, que es el periodo en el que se pone a prueba la viabilidad de que ese

11. Cohn, D. A., Silver, D. H., Cowan, C. P., Cowan, P. A. & Pearson, J. (1992). Working models of childhood attachment and couple relationships. *Journal of Family Issues, 13*, 432-449.

12. Slipp S., (1995). Object relations, marital therapy of personality disorders. In: N. S. Jacobson & A. S. Gurman (Eds.), *Clinical handbook of couple therapy* (pp. 458-470). New York: Guilford Press.

13. Viladrich, PJ. (2004). El amor conyugal entre la vida y la muerte. Ius Canonicum, 44, 439-513.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

amor eminentemente afectivo se convierta en amor comprometido. Por último, en la fase de conyugalidad el amor es un amor de donación, de entrega, que persigue el bien del otro y que integra otros elementos humanos.

Cada persona, dependiendo de las características de su personalidad y de su escala de valores, modulará el amor conyugal con predominio de una u otra dimensión (biológica, afectiva, racional, relacional), pero no es posible que exista un auténtico enamoramiento si además de una conmoción afectiva, la reflexión y la voluntad no actúan; y tampoco puede existir un amor comprometido sin que exista un mínimo de estremecimiento afectivo. Y todo ello en un marco de relación interpersonal.

3. Modos de incomunicación conyugal

A. Polaino y P. Martínez (2002)[14] analizan una serie de tipos de incomunicación que aparecen en la vida matrimonial y que sin afectar directamente a los principios esenciales del matrimonio (unidad, fidelidad, apertura a la prole e indisolubilidad), alteran el funcionamiento de la relación conyugal. Son todos ellos actitudes psicológicas de los cónyuges frente a situaciones determinadas, que transforman el amor integral, unitario y eterno de un ser varón y un ser mujer en una dinámica reducida, individualizada y efímera.

El primer tipo hace referencia al indiferentismo o actitud psicológica ante algo o alguien que se valora como neutro. A pesar de los esfuerzos por enmascararlo en una aparente neutralidad, esta incomunicación dirige a la persona hacia una despersonalización, incomprensión, inatención y vivencia del otro como objeto, que quiebra y frustra toda relación. Posibles causas son la rutina, la pérdida de respeto, la excesiva familiaridad, tener siempre en un primer plano los defectos del otro antes que sus valores.

La dependencia se caracteriza por la necesidad continua de uno de los cónyuges de recibir y ser objeto de manifestaciones de afecto y señales de aprobación. Estas personas casi nunca llevan la contraria. Por su dependencia afectiva del otro, y por miedo a perderlo, se pliega e identifica, de forma poco natural, a todo cuanto el otro piensa. No es posible realizar el encuentro interpersonal sincero, honesto y auténtico entre los esposos, sino más bien, se cae en la subordinación e infravaloración de uno mismo a favor del otro.

La manipulación es una estrategia que, usando la falsedad, incluso con conciencia de ella, utiliza al otro. Se trata de una incomunicación nacida de la mentira y el engaño con el objetivo de conseguir del otro aquello que desea uno mismo. Existe una clara intención de esconder y no decir la verdad.

La apropiación posesiva aparece cuando no se respeta o se obstaculiza el grado de libertad que le es connatural al cuerpo del otro, por lo que éste no puede darse en toda su plenitud al ser tratado como objeto. Se incurre una y otra vez en la degradación de la persona, y se impide la capacidad de amar. La apropiación posesiva se da en las personas que no saben amar. Como tales apropiaciones, son posesiones degradantes, en las que la persona se degrada a mero objeto.

La desconfianza como incomunicación conyugal admite muchos matices. En ocasiones las desconfianzas surgidas en las relaciones no alcanzan el umbral patológico, siendo éstas atribuibles a determinadas actitudes, disposiciones o patrones educacionales recibidos. La desconfianza que conlleva incomunicación está relacionada con la imposibilidad de transmitir aquello de lo que no se participa con el otro. Aquello en lo que se desconfía no se comunica.

El independentismo consiste, principalmente, en que la persona no quiere comprometerse en nada, ni siquiera en sus relaciones conyugales. Los cónyuges que adoptan esta actitud son

14. Polaino A., Martínez P. La comunicación en la pareja. Errores psicológicos más frecuentes. 2.ª ed., Ediciones Rialp. Madrid, 2002.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

generalmente hombres y mujeres inteligentes, cultas, que ocupan puestos de trabajo de cierta relevancia. El independentismo en la unión conyugal nace la mayoría de las ocasiones de la desvinculación de los cónyuges entre ellos y de sus familias. La persona independentista huye de aquellas situaciones en las que pueda verse comprometido, por lo que renuncian constantemente a los vínculos familiares y sociales. De esta manera se desfigura la naturaleza de la persona. La persona es un ser sociable en su naturaleza, por lo que rechazar esta dependencia social supone distorsionar los constitutivos irrenunciables que vertebran nuestro ser personal.

La inseguridad y la desconfianza dirigen a la persona hacia la incomunicación conyugal por celos. Los celos presuponen la infidelidad del otro y ello se refleja bien en determinados tipos de comportamiento (frialdad en el trato, distanciamiento o susceptibilidad), bien en ciertas formas de celos que forman parte de algún cuadro psicopatológico. El celoso suele ser una persona insegura, con baja autoestima y con un autoconcepto negativo. Estas situaciones personales son de alguna manera corregidas y vencidas por la vivencia de ser valioso que el otro ofrece, por lo que dejar de ser querido por el que hace ser valioso correspondería a menospreciarse cada vez más. Esta situación hace que se retroalimente la inseguridad y la desconfianza de las personas celosas, incurriendo en una incomunicación conyugal intensa.

El miedo y el temor por el otro bloquean la comunicación conyugal. Desgraciadamente también esta forma de incomunicación es habitual, y cada vez más, en nuestros días. El temor aleja de sí el amor porque el atemorizado no se puede entregar enteramente, y si lo hace siempre estará teñido por el miedo y el terror de las consecuencias. El temeroso, por otro lado, tampoco es capaz de expresar las cosas como las ve, precisamente por el miedo a las represalias, lo que impide una adecuada comunicación conyugal.

La inseguridad personal puede también traducirse en una cuestión de incomunicación conyugal. Las personas dubitativas, que sienten muchas dificultades para asumir determinadas decisiones, tienen dificultades para elegir el cónyuge y en el matrimonio se suele polarizar en tres direcciones. Algunos consideran el matrimonio como una conquista, por lo que esta relación nace de suyo con un desequilibrio difícil de vencer. Otros consideran el matrimonio como un contrato, por lo que en principio y por éste, se ofrece a nuestra consideración. Por último determinados inseguros optan en el matrimonio por la vía de la legalidad.

Finalmente, la instrumentalización del otro también se ofrece como una forma de incomunicación conyugal. Consiste en hacer del cónyuge un instrumento a favor de la consecución de las metas por las que uno haya apostado. No se puede consentir que una persona se subordine en contra de su propia voluntad como medio al servicio de los fines del otro. Tal modo de proceder comporta una profunda paradoja, pues siempre que se instrumentaliza a otro, el propio instrumentalizador también se desprestigia.

4. La familia ante el diagnóstico de un trastorno psiquiátrico

Cuando un miembro de una familia es diagnosticado de un trastorno mental, se produce en el seno de la misma una reacción en cadena que sigue un patrón característico. Inicialmente, hay que tener en cuenta que en la mayoría de las ocasiones es algún miembro de la familia el que identifica la disfunción y presupone la enfermedad. La familia –a partir de ahora– será la primera en padecer la enfermedad y la que acudirá con el paciente, no siempre con facilidad, a recibir los consejos y tratamientos oportunos.

Además, la familia es esencial para la correcta administración de los cuidados de salud requeridos por los especialistas y es la que velará por el cumplimiento adecuado del tratamiento. Tampoco debemos olvidar que la familia es parte importante en la promoción del bienestar físico del paciente, lo que en ocasiones acarreará una serie de problemas y dificultades que po-

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-06 09:17:28.

drán influir en el propio desarrollo de la familia (cfr. Capítulo 27).

Otra cuestión a considerar es la que hace referencia a la propia capacidad del paciente para el abordaje de la situación estresante que supone en él la propia enfermedad. Esta capacidad de abordaje del estrés generado por el diagnóstico de la enfermedad dependerá del grado de adaptación emocional anterior que presente el paciente; del nivel de entendimiento del propio paciente de la enfermedad diagnosticada y de una manera muy importante dependerá igualmente de una mayor o menor presencia de apoyo social y/o emocional. Finalmente, también influirán determinadas variables de la enfermedad, como el dolor, las pruebas diagnósticas invasivas y los tratamientos agresivos, etc.

La secuencia de respuestas que se producen en el seno de una familia tras el diagnóstico de una enfermedad mental sigue generalmente el mismo patrón. Ante el diagnóstico de un trastorno psiquiátrico, aparece en la familia lo que se podría denominar como un gran malestar inicial. La familia está desorientada ante los síntomas presente, que les resultan desconocidos, y se encuentra embargada por una duda constante acerca de la propia enfermedad, su tratamiento y su pronóstico.

A continuación, en un breve espacio de tiempo surge una necesidad de tranquilización, que se caracteriza principalmente por una esperanza positiva que se adueña de los pensamientos de los familiares y que se sigue de una minimización y una negación del trastorno. La familia niega o minimiza las dificultades del paciente en el afrontamiento de su problemática. Con el paso del tiempo y en función del diagnóstico, evolución y pronóstico del trastorno, la familia se introduce en un periodo de inculpación y desazón. La familia adquiere conciencia del alcance del problema que debe resolver, y puede que se inicie un periodo de echar la culpa a los demás miembros de la familia o incluso al personal sanitario. Esta situación se resuelve con la aparición de un sentimiento de culpa, vergüenza y duelo de cada miembro de la familia. Cada uno asume sus propias circunstancias, su papel dentro de la familia, y en mayor o menor medida, se siente culpable e incluso, en función del trastorno, la sintomatología, la evolución y el tratamiento, avergonzado. En todos los puntos anteriormente citados pero en este especialmente juega un papel importante la estigmatización de la Psiquiatría.

Con posterioridad a esta etapa, la familia y sus miembros sufren una confusión ante los cambios de roles que la propia enfermedad ha promovido en uno de sus miembros. Finalmente, la familia acepta la realidad transformada por la enfermedad, y poco a poco va recuperando el equilibrio con el miembro familiar enfermo incorporado. Una vez más la familia se adapta a una nueva situación convivencial

5. Los trastornos psíquicos y su relación con el funcionamiento conyugal

La asociación entre funcionamiento conyugal y psicopatología ha sido observada y descrita por numerosos autores, investigadores y clínicos. Es bien conocido que, por ejemplo, hay evidencias acerca de que diversas manifestaciones psicopatológicas pueden asociarse al divorcio o a un inadecuado funcionamiento de la relación conyugal (Regier et al, 1993)[15]. Estas dificultades no sorprenden dado que una comunicación cualificada, una estabilidad y adaptación de las emociones, así como la capacidad y disponibilidad para prestar apoyo físico y emocional son puntos importantes para que se produzca un buen funcionamiento conyugal y familiar. Pero a menudo estos hechos se ven

15. Regier, D.A., Farmer, M.E., Rae, D.S., Myers, J.K., Kramet, M., Robins, L.M., George, L.K., Karno, M., & Locke, B.Z. (1993). One-month prevalence of mental disorders in the United States and sociodemographic characteristics: The Epidemiological Catchment Area study. *Acta Psychiatrica Scandinava, 88,* 35-47.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

afectados por varios trastornos, por ejemplo, el Clinical Handbook of Couple Therapy de Jacobson & Gurman (1995)[16] incluye capítulos sobre terapia conyugal para depresión, trastornos de ansiedad, alcoholismo, trastornos de la conducta alimentaria, alteraciones del deseo sexual y trastornos de personalidad.

Los aspectos más relevantes de la investigación en este campo, muestran que principalmente hay seis tipos de trastornos en los que el funcionamiento conyugal se ve implicado: depresión, alcoholismo, estados de ansiedad, trastornos de conducta alimentaria, esquizofrenia y trastornos de personalidad.

Depresión

La depresión, en sus variadas formas clínicas, se ha visto asociada consistentemente con la disfunción conyugal, existiendo una relación estrecha entre depresión e insatisfacción conyugal, de tal manera que una afecta a la otra.

Se han descrito diversos factores de vulnerabilidad asociados a depresión. Por ejemplo, altos niveles de neuroticismo en los cónyuges, rasgos personales de inseguridad, baja autoestima, excesivo sentido crítico y trastornos de personalidad. Desde el punto de vista de los procesos adaptativos tienen importancia los comportamientos desadaptados frente a la solución de problemas producidos especialmente por altos niveles de conflictividad, tensión, negativismo, ambivalencia, hostilidad y criticismo. Los cuadros depresivos se ven también influidos por acontecimientos de la vida muy estresantes, particularmente los relacionados con el matrimonio (divorcio).

Alcoholismo

Son numerosos los trabajos presentes en la literatura que analizan la asociación entre alcoholismo y funcionamiento conyugal. De manera sintética señalaremos que el alcoholismo puede conducir a interacciones negativas entre los esposos, violencia conyugal e insatisfacción. Estos hechos están particularmente presentes en los alcohólicos episódicos, quienes poseen un número adicional de vulnerabilidades, como por ejemplo, inicio temprano en el consumo de alcohol, rasgos antisociales de personalidad, impulsividad. Por otro lado, el alcoholismo dificulta enormemente las relaciones sexuales de la pareja.

Trastornos de ansiedad

No son muy numerosos los estudios relacionados con esta patología, siendo la agorafobia y el trastorno obsesivo compulsivo los trastornos de ansiedad en los que se han dado mayor número de investigaciones, aunque a nuestro entender todavía insuficientes por lo contradictorio de algunos de los hallazgos.

Respecto de la agorafobia hay alguna evidencia que cierta clase de acontecimientos, por ejemplo, conflictos matrimoniales, separación, etc., pueden estar implicados en el comienzo de la enfermedad; así como que esta enfermedad puede perturbar de manera seria las relaciones sexuales; o que si este síndrome está presente en personalidades especialmente vulnerables el funcionamiento familiar puede quedar afectado.

Mucha menos atención ha requerido el estudio del trastorno obsesivo compulsivo y su afectación conyugal, por lo que este es un campo de investigación que está en sus comienzos. Se habla de insatisfacción conyugal, dependencia excesiva de los cónyuges, excesivo criticismo e irritabilidad entre familiares muy cercanos, pero la mayor parte de los datos son relativamente inciertos.

Sobre el trastorno de ansiedad generalizada podemos señalar dos factores con cierta influencia en la disfunción conyugal: un alto nivel de neuroticismo e hipersensibilidad emocional.

16. Jacobson, N.S., & Gurman A.S. (Eds.). (1995). *Clinical handbook of couple therapy*. New York: Guilford Press.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

Trastornos de la conducta alimentaria

Pese a la escasa literatura científica en este campo los trastornos de la conducta alimentaria generan hipótesis interpretativas respecto a la importancia de los factores interpersonales, particularmente las relaciones familiares, en el desarrollo y curso de estos trastornos. Existen datos indicando que la satisfacción conyugal puede quedar afectada por una escasa capacidad en la solución de problemas y por escasas relaciones sexuales. Se añade también personalidades vulnerables, con rasgos de inseguridad, neuroticismo e impulsividad, así como trastornos de personalidad obsesivo-compulsiva, evitativa y dependiente para las anorexias y personalidad límite o histriónica para las bulímicas.

Esquizofrenia

Si bien es abundante la literatura respecto de la importancia del ambiente familiar para el curso de la esquizofrenia, por contraste, son escasos los trabajos sobre el funcionamiento conyugal, especialmente porque los esquizofrénicos tienden a no casarse. La satisfacción conyugal se relaciona con tres factores. En primer lugar, es mayor cuando hay una unión participativa entre los síntomas del paciente y las atribuciones de su cónyuge; en segundo lugar, la satisfacción es menor cuando el paciente presenta sintomatología fundamentalmente de tipo negativo; finalmente, –en tercer lugar–cuando el paciente cree que su cónyuge es el causante de sus síntomas o que éstos están bajo su control, la satisfacción conyugal es también menor.

Trastornos de personalidad

Hay dos trastornos en los que se manifiesta de un modo relativamente evidente la disfunción conyugal: el trastorno límite de la personalidad y el trastorno narcisista de la personalidad. También se ha visto que los pacientes cuyos familiares mostraban altos niveles de implicación emocional eran menos dados a recaer que los pacientes cuyos familiares presentaban bajos niveles.

Bibliografía

Cano Prous, A. (Ed.), *Diagnóstico y Terapia Familiar*, Ilusbooks, Madrid 2016.

Moreno Preciado, M., *El Cuidado del «otro». Un estudio sobre la relación enfermera/paciente inmigrado*, Edición Bellaterra, Barcelona 2008.

Seva Diaz, A., *La moderna organización de la asistencia psiquiátrica*, en Seva Diaz, A. (Director), *Psiquiatría Humanística* INO Reproducciones, S.A., Zaragoza 2006.

Caruso, I., *Análisis psíquico y síntesis existencial.* Ed Herder. Barcelona 1954.

Pío XII, Discurso al Congreso de Psicoterapia y Psicología Clínica (Traducción de la Oficina de Prensa del Vaticano). 13 de abril 1953.

Gebsattel, F.V., *Antropología Médica*, Rialp, Madrid 1966.

Lynn, S.J., Garske J.P., *Psicoterapias contemporáneas, modelos y métodos.* Desclée de Brouwer. Bilbao 1988.

Bloch, S., Chodoff, P, Green, S.A., *La ética en Psiquiatría.* Triacastela. Madrid 2001

Vallejo Ruiloba, J., *Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría*, Masson, S.A., Barcelona 2006.

Rössler, W., *Rehabilitación psiquiátrica hoy*, «World Psychiatry» (Edición en español), Vol 4, Número 3, Ars Médica, Diciembre 2006.

Sala Aymá, J.M., *Las medicinas para tratar las enfermedades psíquicas*, en Seva Díaz, A. (Director), *Psiquiatría Humanística*, INO Reproducciones, Zaragoza 2006.

Valdés, M., *Valores sociales y adaptación biológica,* en Baca, E. y Lázaro, J. (editores), *Hechos y valores en Psiquiatría,* Triacastela, Madrid 2003.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

17

Vida espiritual y enfermedad psiquiátrica

Orientaciones para el acompañamiento espiritual

Miguel Ángel Monge Sánchez

En diversos capítulos de este libro se comprueba que el enfermo psiquiátrico puede tener alterado algún estrato de su psique, ya sea la inteligencia, la voluntad o los afectos. Pero esa alteración no anula –a no ser en casos extremos o en los momentos agudos de algunas enfermedades– ni su capacidad intelectual, ni su libertad, ni sus sentimientos, y por consiguiente está en condiciones de desarrollar una vida espiritual-religiosa, es decir, puede asumir tareas y compromisos ascéticos, también el de luchar por la santidad.

De estas cuestiones tratamos en el presente capítulo. Advertimos de dos posibles errores que se han dado: a) un «psicologismo», que reduce todos los problemas humanos (angustia, tristeza, depresión, fobias, baja autoestima, etc.) a mecanismos psicológicos (fijación infantil, complejo de Edipo, etc.) o errores genéticos; b) y/o una especie de «angelismo», que lleva a olvidar el sustrato corporal del ser humano y a pensar, por tanto, que todo se arregla con fe y buenas costumbres («si hubiera más fe habría menos depresión», se dice). Este planteamiento es simplista, ya que hay ateos perfectamente sanos y alegres, y hay personas creyentes depresivas o atormentadas… En cualquier caso, se trata de enfermos que, aunque limitados en su capacidad, son también destinatarios de la llamada a la santidad; y capaces, con la ayuda de Dios, de seguir el camino de la vida cristiana. Pero sin olvidar que son enfermos y que la enfermedad psiquiátrica es, en primer lugar, un problema médico, y por lo tanto hay que acudir al especialista.

1. Santidad y limitaciones corporales

Salud y vida espiritual son dos realidades diferentes, aunque no contrapuestas. Sería un error afirmar que la vida espiritual requiere siempre un estado de buena salud para ser vivida correctamente. Es bien sabido que la enfermedad puede ser una situación privilegiada para el acercamiento a Dios y piedra de toque del amor divino. Esto, que se muestra evidente para las enfermedades orgánicas, también lo es –aunque a muchos les cuesta más entenderlo– en el caso de las enfermedades psiquiátricas. Sin olvidar que molestias de tipo psíquico existen con frecuencia en toda clase de personas y situaciones, y que conviene acostumbrarse a convivir con ellas. Baste recordar que los trastornos mentales afectan a casi mil millones de personas en el mundo e inciden en cerca del 10% del gasto sanitario de los países industrializados[1].

1. cfr. World Development Report 2000, en «Dolentium hominum», Iglesia y Salud en el mundo, Vaticano, 63 (2006) 10.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

La disposición para las cosas de Dios no es una característica del temperamento, ni tampoco simple cuestión de buena salud. Hay muchos enfermos que apenas tienen fuerzas y sin embargo no les falta la enérgica determinación de cumplir la Voluntad divina. Sería ilusorio pensar que solo con buena salud se pueden hacer cosas grandes por Dios. La historia de la Iglesia está llena de personas con mala salud, que han logrado frutos excepcionales: basta recordar el ejemplo de santa Teresa de Jesús[2].

«Los seguidores de Cristo, llamados por Dios no en razón de sus obras, sino en virtud del designio y gracia divinos, y justificados en el Señor Jesús, han sido hechos por el bautismo, sacramento de la fe, verdaderos hijos de Dios y partícipes de la divina naturaleza, y por lo mismo, realmente santos»[3]. De este texto se desprende que la santidad es, en primer lugar, acción de Dios en el la que hombre, al que mediante la gracia, transforma de pecador en justo y amigo de Dios (es la llamada santidad ontológica). Dios comunica a la criatura su propia vida, su gracia, su amor, su perdón. Es acción divina a después la criatura corresponde. Hay, pues, una primacía de la acción divina.

Pero esa generosa dádiva divina exige del hombre colaboración, manifestación en su existencia cotidiana de la realidad de los dones divinos recibidos (santidad ética o moral). Es preciso, pues, que el sujeto humano se deje atrapar por la gracia divina, que acepte «morir a sí mismo» para vivir en Dios. Pero esta conversión no depende de disposiciones psíquicas favorables o desfavorables; pobres o ricos psíquicamente deben hacer entrega de todo su ser, sean cuáles sean sus limitaciones personales.

En general, todos tenemos una idea de la salud (cfr. capítulo 9) como un bien deseable que conviene conservar y promover para el buen desarrollo de la vida humana y para poder cumplir la tarea de servir mejor a Dios y a los demás. Pero ese bien se ve constantemente amenazado por la enfermedad. Efectivamente, la enfermedad y el sufrimiento –siempre presentes en la vida humana– constituyen un misterio que, sin embargo, entra en los planes de la Redención[4]. Cuestión diferente es que para vivir una determinada vocación de entrega total a Dios, como para otras muchas formas de vida con exigencias y responsabilidades precisas, sea necesario contar con las condiciones de salud compatibles con la tarea que se desea emprender, y si se carece de ellas es mejor no asumir ese compromiso (cfr. epígrafe 4). . El mundo empresarial, por ejemplo, acude a test de personalidad como requisito previo a contratos profesionales, y si se detectan alteraciones de cierto grado (esquizofrenia, depresiones endógenas, trastornos de personalidad de cierta entidad, etc.) rehúsa los contratos. Algunos han propuesto hacer lo mismo en el discernimiento vocacional, pero, en la mayoría de los casos, no parece suficientemente justificado; la mayor parte de las veces basta con conocer a la persona: cómo razona, cuales son sus anhelos, proyectos, etc, su carácter y su flexibilidad, etc. Pero este no es el tema que ahora nos ocupa. Aquí nos interesa la ayuda que en cualquier caso requieren estas personas, ya sea antes o después de haber contraído un compromiso, en este caso espiritual.

2. Para quien desee profundizar en la cuestión de las enfermedades de la santa de Ávila remito a una interesante obra del Dr. José María Poveda Ariño, *La psicología de Santa Teresa de Jesús,* Rialp, Madrid 1984. Destaco esta afirmación del profesor Rof Carballo que aparece en una nota del libro: «Santa Teresa no sufrió, como se dice, un sinfín de enfermedades, con cuya afirmación se quiere dar a entender, aunque veladamente, que era una 'neurasténica'. Padeció los procesos que entonces eran comunes e irremediables: una infección tuberculosa con graves complicaciones en el sistema nervioso y paludismo» (pp. 124-125). Estos datos se completan con el libro reciente del psiquiatra Jesús Sánchez Caro, *Los límites de la gloria. El sueño de Teresa de Avila*, Delta Publicaciones, Madrid 2015, pp. 197-223, que hace un resumen estupendo de la cuestión.

3. Concilio Vaticano II, *Lumen gentium*, n. 40.

4. Cfr. Monge, M.A. y León, J.L., *El sentido del sufrimiento*, 4.ª ed., Palabra, Madrid 2008.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

2. Vida espiritual y enfermedad psiquiátrica

La relación existente entre ambas realidades no es una cuestión nueva, aunque con el correr del tiempo hayan sido diferentes los enfoques de su planteamiento. De hecho, la cuestión está presente en muchas de las obras de Teología espiritual del pasado siglo. Veamos cómo lo plantean tres textos, distantes en el tiempo, que tratan del tema.

H. Blees[5] afirma que a la luz de los conocimientos psicológicos no se puede sostener que los enfermos psiquiátricos carezcan de responsabilidad moral. Es verdad que en ocasiones no tienen el uso completo del libre albedrío, pero tampoco lo han perdido completamente. Por ello habrá que analizar caso por caso la enfermedad que se padece y determinar en qué medida afecta a la responsabilidad. Algunas enfermedades –pocas– tienen tal influencia en la vida psíquica que la paralizan totalmente, y en esos casos no habrá responsabilidad moral. Pero son muchos más aquellos en los que la influencia es tan benigna que la responsabilidad no se ve afectada para nada. O son enfermos, añadimos nosotros, que atraviesan periodos de calma y tranquilidad sintomática, que están en condiciones de llevar, al menos en ese periodo, una vida de normalidad espiritual.

El voluminoso Dictionnaire de Spiritualitè[6] plantea también las relaciones entre vida espiritual y la dimensión psicológica de la existencia humana y, en concreto, si la santificación depende del psiquismo. La respuesta es afirmativa, muy acertada, y con buen criterio pastoral, con la única salvedad –en mi opinión– del uso impreciso de los términos psiquiátricos.

La misma idea aparece en el vol. I, donde al tratar de la santidad de los «anormales», tras señalar a quién considera sujeto «anormal» (término hoy en desuso), concluye que –dependiendo de la anormalidad– unos serán capaces de alcanzar la santidad y otros no. La moderna psiquiatría precisa con más exactitud los conceptos y nos dirá qué determinadas alteraciones de la conducta son compatibles con el ejercicio de una intensa vida cristiana (estados depresivos, por ejemplo) y qué otros comportamientos no lo son tanto (estados psicóticos, trastornos ligados a problemas de maduración personal, etc.), aunque también en estos casos pueden encontrarse ejemplos admirables de gran religiosidad.

En parecidos términos se expresa el más reciente Dizionario Enciclopedico di Spiritualitá[7]. El vol. II, col. 1488-89, al tratar de la relación entre equilibrio psíquico y perfección espiritual, comienza afirmando que no existe proporción ni ninguna relación de necesidad entre los dones de la gracia y la capacidad natural, y remite al texto de Lucas 1,51-53 (Magnificat: «El Señor manifestó el poder de su brazo, dispersó a los soberbios de corazón. Derribó del trono a los poderosos y ensalzó a los humildes…). Efectivamente, la santidad es don de Dios, que puede incluso convertir a las piedras en hijos de Abraham (cfr. Mt 3, 9). Añade que aunque los sacramentos presuponen en general un acto humano en el sujeto, la vida de la gracia es incluso posible en quien no ha gozado del uso de razón; y cita a Santo Tomás de Aquino: «La grandeza de la caridad no depende de la condición de la naturaleza, sino solamente de la voluntad del Espíritu Santo, el cual distribuye los dones como quiere» (Sum. Th. II-II, q. 24, a3). Así pues, continúa, la gracia puede actuar incluso sobre un «psicópata» y llevarlo a una elevada caridad. Solo el pecado, acto voluntario y formal, es obstáculo a la gracia.

El autor del artículo concluye afirmando que no existe correlación perfecta entre santidad y salud psíquica, y que es necesario admitir la presencia de una relación misteriosa entre Dios y el alma, también en personas enfermas. Por lo

5. Cfr. *Pastoral psiquiátrica*, Razón y Fe, Madrid 1957.
6. Ed. Beauchesne, vol. XII, París 1986.
7. Ed. Ermanno Ancilli, Cittá Nuova, Roma 1990.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

demás, sobre la santidad de una persona, sana o enferma, solo Dios puede juzgar; nuestros criterios son siempre precarios, imprecisos.

Conocida es la imprecisión terminológica de muchos textos antiguos de Teología espiritual referidos a los trastornos psiquiátricos. Por ello aquí empleamos a propósito el término «enfermedad psiquiátrica», procurando evitar otros como el de «enfermedad mental», por excesivamente genérico, y porque en algunos países se reserva para casos particulares, y no incluye todas las enfermedades o sintomatologías de este tipo. Por ello parece preferible el de «enfermedad psiquiátrica» o «patología psiquiátrica», pese a que mejor sería –en lo posible– emplear en cada caso el término preciso[8].

3. Salud mental y entrega a Dios

Ya hemos comentado que un enfermo psiquiátrico es capaz –si se lo propone– de llegar a una profunda vida espiritual. Pero, ¿puede asumir deberes y responsabilidades de tipo vocacional? ¿Está en condiciones de comprometer su vida en un camino de entrega total a Dios, un camino que tal vez conlleva situaciones nuevas (celibato, movilidad, etc.) no exentas de dificultades? A esta pregunta queremos responder.

Para vivir la vocación sacerdotal, a la vida consagrada o una vocación cristiana específica, como para muchas otras formas de vida que conllevan exigencias y responsabilidades precisas, es necesario contar con las condiciones de salud compatibles con el camino que se desea emprender. Por ejemplo, algunas enfermedades pueden hacer que una persona muy buena, pero enferma o con carencias en determinados puntos de su personalidad, no sea capaz de llevar el estilo de vida que pretende, e incluso le sea perjudicial. Por esto, ciertas deficiencias o enfermedades psicofísicas condicionan negativamente la iniciación de un estilo de vida que lleva consigo un cambio importante en las circunstancias personales.

Como ocurre también en los ámbitos profesionales, es importante que quien tiene la misión de discernir si una persona es idónea o no para seguir una llamada al servicio de Dios, o para asumir determinadas ocupaciones o tareas de cierta responsabilidad, tenga conocimientos que le permitan valorar si la salud del candidato es adecuada y suficiente para adquirir las obligaciones que se le irán presentando. Cuando se trata de adquirir una vinculación estable y duradera –en un determinado camino vital que se plantea como respuesta a una llamada de Dios–, la prudencia ha de ser mayor.

Por tanto, se ha de prestar especial atención a rasgos del temperamento o del carácter como: timidez exagerada, complejos, inseguridad excesiva, tendencia al aislamiento, fobia social, faltas de autodominio, pensamientos obsesivos, reacciones compulsivas o impulsivas, perfeccionismo, marcado voluntarismo, etc. Hay que pensar siempre en el bien de las personas y saber que, aunque no puedan ser considerados como enfermedades particulares, entrañan más componentes que, ante las nuevas exigencias podrían incrementarse o poner de manifiesto un cuadro patológico. En este sentido, es importante no conformarse con el hecho de que si la persona cumple con lo «previsto», sino que es preciso intentar ahondar en el modo como lo hace y las razones por las que lo hace.

8. En los últimos años se ha consensuado un criterio para diferenciar y clasificar los trastornos mentales. Se ha impuesto el CIE-10 (10ª versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades, de la Organización Mundial de la Salud) y el DSM-5 (*Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales,* de la Asociación Americana de Psiquiatría, publicado en 2013), que clasifica las enfermedades psiquiátricas según categorías: trastornos de la personalidad, del humor, de la afectividad (depresiones), del desarrollo psicológico, de ansiedad, del comportamiento alimenticio (anorexia, bulimia), etc. Como esta terminología es reciente, sucede que casi todos los libros de Teología espiritual que tratan de estos temas emplean términos que no se adecúan a la nomenclatura actual. Por ese motivo, al citarlos los he entrecomillado y será preciso hacer en cada caso la adaptación correspondiente. A fecha de hoy, 2017, el nuevo CIE-11 está en fase de desarrollo.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

Cuando hay que decidir si una persona es idónea para asumir ciertas exigencias, o está capacitada para comprometerse con unas determinadas obligaciones, es preciso asegurarse –moralmente, al menos– de que en ese momento es adecuada para el paso que desea dar: no basta, en estos casos, la esperanza de que esos rasgos desaparecerán con el tiempo. De otra parte, no sería acertado mantener a nadie en una situación provisional, especialmente cuando se trata de encauzar de modo definitivo la orientación de su vida. En el caso de que el estudio de las condiciones de la persona lleve a tomar una decisión contraria a sus deseos, habría que hacerle ver que esa determinación se toma pensando en su bien, y se procura que quede tranquilo; si parece requerirlo, se le puede aconsejar –directamente o a través de sus parientes– que acuda a la consulta de un médico.

Aunque lo habitual será que, para discernir sobre la idoneidad a una determinada vocación, no sea necesario un dictamen médico, en algunos casos podría ser útil contar con ese juicio antes de tomar una decisión. Por ejemplo, si ante manifestaciones que se presentan después de que la persona haya asumido un compromiso temporal y que parecen superables, o que han sido causadas por determinadas circunstancias externas transitorias y que previsiblemente cambiarán en breve plazo, se duda sobre su capacidad, antes de que adquiera un compromiso definitivo es de elemental sensatez acudir a un profesional de la medicina. En situaciones de este estilo, no conviene dilatar la primera visita al especialista, que necesitará valorar con tiempo su estado, ver cómo responde al tratamiento, etc; es difícil que en una sola visita el médico pueda llegar a un diagnóstico concluyente acerca de la salud psíquica de una persona, ya que con toda probabilidad le faltarán elementos. Hay que tener en cuenta, además, que su parecer no es definitivo en el discernimiento vocacional.

Los test de personalidad, recurso frecuente y útil en la psicología –por ejemplo, como requisito previo a contratos profesionales– tampoco pueden considerarse algo definitivo o absolutamente imprescindible para emitir un juicio concluyente. En realidad, si las alteraciones son tan serias como para que estas pruebas (que suelen presentarse en forma de cuestionarios) resulten significativamente modificadas, ya serán conocidas por quienes tienen el deber y la responsabilidad de valorar la aptitud de una persona para seguir un determinado camino vocacional: quizá su evaluación no consiga la precisión terminológica de un test efectuado por profesionales de la psicología; pero, con el trato y la conversación frecuentes, la convivencia, etc., se puede llegar a un profundo conocimiento de cada uno.

También habrá que valorar que una dificultad excesiva en el ámbito de alguna virtud, como la caridad, la justicia o la castidad, pueden verse favorecidas por un malestar psíquico, o ser reflejo de cierta inmadurez en el desarrollo de la personalidad. Si las dificultades se presentaran después de que se ha adquirido un compromiso definitivo –por ejemplo, el de una vocación cristiana específica– será importante buscar la causa y afrontar su solución. Como, especialmente en el caso de personas que asumen el celibato apostólico, se refieren a un punto fundamental de la entrega y del ideal que se ha asumido –un corazón entero para Dios–, si no se les pone remedio, es fácil que procuren otras alteraciones, incluso de la salud psíquica. Por esto, cuando los medios ascéticos no dan resultados y se comprueba la buena voluntad del interesado –que lucha con docilidad y quiere de verdad cortar con todo lo que le aleje de su camino–, puede ser oportuna la consulta a un médico. Algo similar podría decirse de una exagerada susceptibilidad, de una marcada atención por el qué dirán, o por la salud, o por los alimentos –aun sin llegar a los extremos claramente patológicos de anorexia y bulimia–, de una dificultad notable en la sinceridad, etc.

Sería muy desacertado, por ejemplo, plantear a una persona la posibilidad de adquirir un compromiso exigente después de haber sido diagnosticado con disturbios tales como la esquizofrenia, la paranoia, una enfermedad maníaco-depresiva, una depresión endógena (no

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

transitoria o reactiva), episodios delirantes o psicóticos tanto espontáneos como inducidos por alcohol o drogas, los trastornos de personalidad de entidad considerable, una enfermedad obsesiva importante de aparición precoz, etc. Otras alteraciones de la salud que no sean de origen psíquico, por ejemplo la epilepsia, se han de estimar como las demás: para orientar correctamente habrá que sopesar en cada caso si no hay un daño secundario de facultades, cómo es el pronóstico, etc.

Los antecedentes familiares en todos estos procesos, son valorables junto a otros factores personales, pero no deben ser considerados como determinantes.

La unidad de la persona

La persona es una y su vida es el resultado de su constitución genética o biológica, de su educación y hábitos, de su historia personal, de su entorno situacional y de su libre actuar. Por eso cabe la compensación de algunos elementos, que se presentan como más débiles, mediante otros mejor establecidos.

La inteligencia, el equilibrio emocional, la salud física, los hábitos adquiridos, las experiencias vividas, la finura de espíritu y la vida interior desarrollada, constituyen factores de gran valor al considerar la salud psicofísica de una persona. A la vez ha de contarse con la gracia de Dios como elemento activo y fundamental, y de modo específico la gracia vocacional que supone la capacidad de lucha y de victoria.

Por esto, las personas que han adquirido un compromiso estable y para toda la vida, al notar alguna deficiencia en la propia personalidad, como las que antes se han señalado, no deben pensar, por ejemplo, que se han equivocado al asumirlo: más bien, han de examinar el modo de superar estas deficiencias, poniendo todos los medios, también médicos cuando sean necesarios, para corresponder mejor a la llamada que Dios les hizo. La humildad para pedir consejo y dejarse ayudar, junto al abandono en la Providencia divina y a la sinceridad, contribuyen no poco a la estabilidad del carácter. Por otro lado, quienes atienden espiritualmente a estas personas deben verlas siempre como un tesoro de Dios –haciéndolo entender así a los interesados– y rechazar los planteamientos utilitaristas que podrían surgir al comprobar las limitaciones a que puede inducir la enfermedad psíquica o los conflictos que genera (limitaciones que, por otra parte, tenemos todos; y conflictos que también en condiciones normales pueden generar las personas sanas). Hay pues que comprender el sufrimiento que conlleva la enfermedad psíquica, y esforzarse por trasmitir comprensión y cariño hacia esas personas.

4. Culpa normal y culpa patológica

Una cuestión en la que vale la pena detenerse es en la distinción entre culpabilidad normal y la culpabilidad patológica. El sentido de culpa se define como la sensación dolorosa (vergüenza, miedo, pesar) que acompaña a un acto que se juzga como «malo». Ese sentido de culpabilidad está relacionado unas veces con la conciencia de pecado (dolor de haber ofendido a Dios o a los hermanos) pero otras puede tener un origen simplemente psicológico o incluso puede ser patológico.

En la perspectiva cristiana, el pecado procede de la ambición egocéntrica de autosuficiencia ante Dios. No se trata sólo, por tanto, de transgredir exteriormente una decisión legal, sino de negarse al amor. La obediencia moral es para ello mediación necesaria, custodia, banco de pruebas y humilde expresión de la fidelidad al amor a Dios y al prójimo (cfr. Jn 14, 21). Garantía, por tanto del «orden del amor» que es fundamento de la vida humana.

Para aclarar la diferencia entre culpa normal y culpa patológica, los formadores, educadores, sacerdotes, etc., necesitan una formación psicológica suficiente para comprender las causas, y deberían tener en cuenta algunos principios:

1) En el caso del sacerdote, por ejemplo, éste debe tener una sólida formación humana y espiritual, antropológica y teológica. En la confesión es juez, maestro, médico, y pastor. Pero

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

ante todo es el representante sacramental de Cristo y de la Iglesia, lo que quiere decir: vicario del Dios hecho carne por amor. Y desde ahí es todo lo demás.

2) Por tanto, en la confesión (y más ampliamente en la dirección espiritual) no le interesa sólo el estado de «culpabilidad moral», sino que debe juzgar ese estado y curarlo desde el amor. Y eso implica conocer las causas de esa situación e ir llevando a la persona a una asunción sincera y responsable de su situación ante sí mismo, ante Dios y los demás. La meta es ayudar en la unidad de vida, en la autoposesión, y por tanto en el fomento de la responsabilidad personal ante uno mismo, Dios y los demás.

3) La correcta formación moral de la conciencia no parte, pues, de la prohibición y del pecado, sino del amor. Esto no quiere decir que olvide el «sentido del pecado», es decir la percepción del vínculo que existe entre la conducta y Dios. No hay caridad sin verdad y viceversa. Hoy está oscurecido el sentido del pecado porque está oscurecido el «sentido de Dios». Algunas interpretaciones éticas, psicológicas o sociológicas exaltan la libertad a base de negar la responsabilidad personal. El rigorismo (que olvida la misercordia divina y deja de valorar los pequeños progresos en el amor) no se resuelve con el laxismo (que olvida que ls salvación es un don que pide respuesta de conversión).

4) Ahora bien, no debe indentificarse el pecado con el sentimiento morboso de culpa, o con la simple transgresión de normas o preceptos legales (así se presenta con frecuencia en la enseñanza, en los medios de comunicación e incluso en la vida familiar). Respecto a los sentimientos (o incluso la obsesión) de culpabilidad por su propia enfermedad, que pueden sentir los enfermos psiquiátricos, véase lo que decimos más adelante, en el siguiente apartado (n. 5).

5) Por el déficit de comprensión de la vida cristiana y la situación moral de la sociedad, hoy es muy necesaria una auténtica catequesis (que no es adoctrinamiento sino anuncio de la fe dirigido a la madurez cristiana) de la penitencia, que incluya explicar el sentido de la Confesión personal (cfr. Juan Pablo II, exhort. *Reconciliatio et Paenitentia*). Con los que se confiesan frecuentemente hay que evitar tanto el riesgo del ritualismo o el acostumbramiento (la rutina), como la tendencia a reducir la confesión al ámbito meramente individual (individualismo) olvidando sus consecuencias eclesiales y sociales.

Cuestión importante es saber que cuando se ha llegado a un diagnóstico preciso, no tiene sentido que el interesado insista, por ejemplo, en sentirse responsable de la enfermedad. Es importante tenerlo en cuenta y hacérselo entender a él, pues frecuentemente puede obsesionarse con la idea de su presunta culpabilidad. Las enfermedades psiquiátricas pueden equipararse a una enfermedad cardiocirculatoria, renal, endocrina, neurológica, etc. No nos referimos a síntomas, como por ejemplo, la ansiedad o un estado deprimido, consecuencia de un conflicto ascético personal: en una persona no coherente en su estilo de vida, que arrastra esta situación con faltas graves de sinceridad, y sin luchar para poner remedio a su situación, no es de extrañar que aparezcan esos síntomas. En cualquier caso, tenga o no una enfermedad propiamente tal, es importante que supere el conflicto personal: a veces puede ser necesaria, además de las medidas habituales de dirección espiritual, la ayuda de la psicoterapia.

Cuestión distinta es la de una persona a la que le sobreviene una enfermedad psiquiátrica en la que, entre otros síntomas, también figuran la ansiedad o un estado depresivo. Piénsese, por ejemplo, en una psicosis maníaco-depresiva, un síndrome obsesivo compulsivo, una esquizofrenia, una demencia, una depresión propiamente dicha, etc. Podría ser que en estos pacientes se den comportamientos que afectan a alguna virtud, como la caridad, la justicia o la castidad, en los que de ordinario la gravedad moral de la acción está atenuada por la distorsión que se ha producido en la voluntad del enfermo (que en esas circunstancias puede no ser capaz de una total autoposesión de sus facultades y actos). Saber explicarle esto puede ayudar a tranquilizarlo, aunque convendría advertirles –según la gravedad de la enfermedad y por tanto del grado de responsabilidad en las acciones–, que

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

cuiden determinados aspectos, para no ponerse en ocasión de obrar mal, que refuercen su crecimiento en la piedad, que acudan a la oración, a los actos de contrición, etc.

5. La ayuda a los enfermos psiquiátricos

Es evidente que la tarea principal corresponde a los profesionales de la salud. Pero, ¿qué pueden hacer la familia, los amigos, o los que están más cerca de estos enfermos?

El tipo de trastorno, su origen y el modo de ser de la persona que lo padece, condicionan la manera de orientar, en cada caso, la ayuda que debe prestarse. Es importante que la familia del enfermo, o quien tiene una tarea de acompañamiento, de dirección o de consejo, posean cierto conocimiento de las características de la enfermedad y de su pronóstico. Para ello puede ser útil mantener una comunicación, no sólo en el momento inicial, sino también periódica, con el médico, siempre y cuando el paciente lo desee y el profesional de la salud lo vea oportuno. (Habitualmente no será el sacerdote ni el director espiritual quien tenga que hablar con el médico, entre otras razones porque deben ser muy cuidadosos con el secreto profesional).

Ante la duda de cualquier trastorno psiquiátrico, la familia, los amigos, el sacerdote, etc., deben contar siempre con el consejo de médicos expertos y actuar en estrecha relación con ellos. Estamos ante personas enfermas, en este caso de la psique, que necesitan una adecuada atención humana y espiritual. «Quien sufre un trastorno mental lleva en sí 'siempre', como todo hombre, la imagen y semejanza de Dios. Además tiene 'siempre' el derecho inalienable no sólo a ser considerado imagen de Dios y, por tanto, persona, sino también a ser tratado como tal»[9].

El trato con estos enfermos depara además muchas sorpresas, porque alternan momentos de lucidez con momentos de oscurecimiento mental. La experiencia es que pasan por etapas de profunda depresión, rebeldía o irritabilidad, en las que poco se puede lograr (solo escucharles), pero después llegan otras épocas de serenidad, en las que la ayuda difiere bien poco de la que se presta a personas que gozan de buena salud. En esos casos, conviene recordar siempre los criterios éticos adecuados, aunque quizá en esos momentos de crisis no se les pueda pedir un nivel alto de acción, de compromiso o de respuesta, pero esos criterios les servirán probablemente cuando mejoren. En cualquier caso, conviene recordar que en esa situación la enfermedad puede ser un «tesoro», e insistirles en que deben rechazar planteamientos utilitaristas que surgen al comprobar las limitaciones a que puede inducir su enfermedad o los conflictos que genera (limitaciones que, por otra parte, tenemos todos; y conflictos que también en condiciones normales pueden generar las personas que gozan de buena salud). Todos hemos de comprender el sufrimiento que conlleva la enfermedad psiquiátrica, y tener la prudencia y la capacidad necesarias para trasmitir esa comprensión y cariño en el cuidado de estos enfermos.

Lo anterior no impide que la persona enferma que practica seriamente su religión deba poner algo de su parte para mantener esa vida espiritual; debe aceptar la enfermedad como tal, pero sin exagerar la condición de enfermo. No ha de achacar la causa a problemas ascéticos; debe recibir con docilidad los consejos que se le dan y lo que indique el médico; que ofrezca a Dios su desánimo y otras molestias.

Se ha de valorar con el médico –con el consentimiento del paciente– el papel que puede tener el interesado en superar algunos síntomas. Sin duda, las causas de enfermedad psiquiátrica son muy variadas; incluso, en ciertos casos, un problema ascético de base, o del modo de relacionarse con Dios, podría llegar a provocar malestar psíquico o verdaderas enfermedades. No es posible reducir todas estas patologías al plano puramente orgánico; de hecho, se suelen considerar como productos de la interacción de

9. Juan Pablo II, Aloc. 28-XI-1997.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

conflictos internos, factores externos estresantes y alteraciones biológicas, como se comenta en otros capítulos.

Entre los modos de ayuda recordamos los siguientes:

a) *La ayuda de la familia*

La familia tiene un papel fundamental en el tratamiento de los enfermos psiquiátricos (cfr. lo dicho en los capítulos 2, 22 y 30). Recogemos aquí algunos consejos procedentes de expertos[10], referidos a la depresión, pero que pueden servir también para otros muchos casos. En concreto, la familia puede ayudar:

+evitando la insistencia en que el enfermo se anime. No son adecuadas expresiones de este tipo: «no haces nada por mejorar», «no pones nada de tu parte», etc., ni tampoco las simples exhortaciones de ánimo: «¡qué bien estás!», «¡tú no tienes nada!»;

+no obligándole a realizar actividades que no desea ni puede hacer; lo que para una persona que está sana resulta fácil, para un enfermo pueden resultar, incluso las cosas más placenteras, casi imposibles;

+el estímulo es muy conveniente, por ello es bueno hacerles ver la mejoría en cuanto ésta se produzca; pero debe ser un estímulo realista, sin exageraciones ni falsas esperanzas;

+ayudando en las indicaciones médicas: comprobando si el paciente las tiene en cuenta, si sigue las dosis prescritas; acompañarle al médico cuando sea necesario, etc. Atención que debe esmerarse, discreta pero firmemente, en algunas patologías: anorexia/bulimia, ideas suicidas, etc.

+comportándose con naturalidad. Tratar al enfermo tan nomalmente como sea posible, pero sin esconder los problemas o diciéndole simplemente que todo va bien.

Otros criterios, útiles para la familia y también para los amigos: Ayudar a que huyan de la soledad, de la autocompasión, pero dándoles a la vez soluciones prácticas. No suele ser bueno que estén *habitualmente* en su habitación. Conviene evitar, por ejemplo, que empleen demasiado tiempo en el ordenador. En particular, se ha de cuidar que los fines de semana no se aíslen o hagan planes extraños. Lo mejor es adelantarse: sugerirles, preguntarles y ver quién puede acompañarles, en caso necesario. A veces, un uso bien pensado de la televisión (con programas escogidos, o con algún vídeo cultural, deportivo, de geografía, etc.), o audición de música, puede ayudar. Otras veces serán paseos o excursiones con la familia o sus amigos.

b) *Ayuda de la religión*

También la vivencia religiosa puede convertirse para estos enfermos en gran ayuda. Con paciencia y sin pretender que lo entiendan enseguida, hay que hacerles ver que la enfermedad (también la psiquiátrica) –como tantas cosas que ocurren en nuestra vida– es algo permitido por Dios. De ningún modo puede considerarla como un castigo (cfr. capítulo 11). Dios no les quiere menos: por el contrario, cabe pensar que les trata con especial predilección porque les ve con capacidad de sufrir por Él y con Él. Especialmente en esas circunstancias, hay que llevar al paciente a apoyarse confiadamente en Dios. En muchos casos, por ejemplo, recordarles al Patrono o Patrona del propio pueblo puede ser el origen de un despertar religioso.

Cuando el trastorno afectivo es el síntoma más claro de la enfermedad, conviene saber que les costará meter la cabeza, centrarse en asuntos serios de su vida, ya sea profesional, social, familiar, etc. Si es persona de vida religiosa, les sucederá lo mismo en sus prácticas espirituales. En esos casos, de acuerdo con el médico, se les puede sugerir que no hagan durante una temporada alguna práctica de piedad (o disminuir su duración), o que no asistan a un determina-

10. Cfr. folleto elaborado por la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica (SEPB), la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) y la Sociedad Española de Psiquiatría.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

do medio de formación espiritual a los que acuden normalmente.

Convendrá igualmente sugerirles que, si practican la costumbre cristiana del examen de conciencia, dejen de hacerlo por una temporada o, si lo hacen, que sea sencillo y breve, concreto y positivo. Bastará con que consideren pocas cosas y se concreten un propósito asequible, por ejemplo, una jaculatoria que les ayude a mantener la presencia de Dios a lo largo del día. Han de evitar –ayudándoles siempre que sea preciso– el excesivo afán de autoexamen, y todo lo que sea encerrarse en sí mismos. En la medida en que sean capaces, hay que animarles a que estén en lo que hacen y no piensen ni en su enfermedad ni en el futuro. Más que centrar su lucha en cortar con ideas u obsesiones que puedan tener, que procuren llenar la cabeza de Dios y de los demás, aprovechando incluso las 'ideas' como despertadores positivos de presencia de Dios.

Por otro lado, hay que saber que en su situación se les pueden presentar tentaciones de todo tipo y con mayor violencia de lo habitual, entre otros motivos porque se encuentran con sus defensas disminuidas y con menos recursos para combatirlas. Les dará paz que se les recuerde con cierta frecuencia la diferencia entre sentir y consentir, la importancia de los actos de contrición y de las acciones de gracias en la vida espiritual. Si aparecieran manifestaciones claras de autocompasión o detalles de compensaciones –en la sobriedad, en la sensualidad, en el empleo del tiempo, etc.–, hay que hacerles ver que cuando uno no sabe cómo portarse bien, nunca es solución portarse mal.

Es importante ayudarles a comprender que la enfermedad tiene un *timing* con el que hay que contar: conviene no impacientarse, vivir al día sujetándose al plan previsto, procurar 'escucharse' lo menos posible. Muchas veces el propio dolor se atenúa –incluso se olvida–, cuando hay un 'alguien' (familia, trabajo, etc.) al que nos entregamos. Para mejorar, es necesario que el enfermo intente no pensar en sí mismo. Que procure controlar la imaginación y no agobiarse por el futuro; vivir con la esperanza puesta en Dios que es su Padre y aplicar en su situación el buen humor –reírse de sí mismo y con los demás: salir de sí– de que sea capaz. Estas circunstancias deben llevarle a estar más cerca de Dios.

Por último, en todas estas enfermedades, se presenta una posibilidad especial de ejercicio de la virtud de la fe que será una verdadera 'terapia' sobrenatural. En estas situaciones hay actuaciones que quizás escapan al control del enfermo. Tampoco son posibles los remedios humanos que ellos se imaginan como solución (un objetivo o triunfo profesional, etc.). Pero sí es posible dejarse guiar en cosas pequeñas y asequibles, así como el cumplimiento fiel y cuidadoso de encargos y trabajos determinados.

En resumen, la atención espiritual de las personas con enfermedades psiquiátricas –las depresivas suelen ser las más frecuentes– debe centrarse mucho en el abandono en las manos de Dios, profundizando en la misericordia divina. Las exigencias para cada caso dependen del tipo de enfermedad, del momento evolutivo, de las características de la persona y de sus propias circunstancias. En algunos casos –esquizofrenia, depresión mayor, etc.– es más difícil la lucha personal por parte del paciente, por lo que las orientaciones irán más en la línea de la confianza en Dios y la aceptación de la enfermedad; en otros –la depresión menor o caracterial–, influye más esta componente de lucha personal, de superación ascética de algunos síntomas de la enfermedad (con ayuda de psicoterapia, que suelen necesitar), aunque no se ha de perder de vista que padecen una enfermedad y no un mero problema ascético.

c) *Algunos consejos prácticos*

Como marco de esa relación interpersonal entre el enfermo y aquellas personas que lo rodean, destacamos algunos consejos, válidos especialmente para los casos de depresión, pero que pueden ayudar también en otras enfermedades psiquiátricas; de todos modos, en muchos capítulos de esta obra se ofrecen ordinariamente pautas de atención, orientaciones específicas para los padres, familia, consejeros espirituales, etc.:

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

1) hay que saber conjugar la paciencia con la perseverancia; que no falte una exigencia amable, pero real: a veces habrá que actuar con fortaleza, de modo práctico e incluso 'rotundo', siempre con la debida prudencia. Como a todos, hay que enseñarles a servir, a ser útiles, en sus circunstancias, a no ser susceptibles y a no albergar el más mínimo resentimiento respecto de nadie;

2) en la medida de lo posible, es bueno que cumplan un cierto horario (donde entren también, si es que las tienen, algunas prácticas de piedad);

3) no aceptar sin más –como no dándoles importancia– que se planteen problemas de fidelidad a los compromisos, ya sean matrimoniales, laborales o de cualquier otro tipo, que pudieran haber adquirido. Hay que ayudarles a que se den cuenta de que la propia enfermedad influye en la valoración que hacen sobre su compromiso, y causa una percepción más negativa de su lucha y de las posibilidades de mejoría. Obviamente, no es el caso de personas que aún no han adquirido compromisos definitivos: si en ellos se presentaran este tipo de enfermedades –u otras patologías de pronóstico incierto– quienes tienen la obligación de discernir la idoneidad, lo valorarán con extrema prudencia, y en ocasiones le orientarán en otra dirección.

4) la dirección espiritual no busca la salud psíquica del enfermo, que es un objetivo de la medicina; pero, como es evidente que influye también en la salud, conviene que se actúe de acuerdo con el médico y en la misma dirección. El intercambio de opiniones e ideas evitará dar consejos contradictorios, que perjudican al enfermo.

5) como sucede con las enfermedades orgánicas, se trata en definitiva de ayudar al enfermo a que acepte su situación, a que procure convivir con la enfermedad, a santificarse en ella (cfr. capítulo 12). Al mismo tiempo que se ponen todos los medios humanos para conseguir su curación. Tarea en la que están involucrados todos los que rodean a la persona que está enferma.

Bibliografía

Baumgarter, I., *Psicología pastoral, Introducción a la praxis de la pastoral curativa*, Desclée de Brouwer, Bilbao 1997.

Frankl, V.E., *El hombre en busca de sentido*, Paidós, Barcelona 1999.

Fuentes Mendiola, A., *Aprender a madurar*, Rialp, Madrid 2006.

Grün, A. y Dufner, M, *La salud como tarea espiritual*, Narcea, Madrid 2000.

Milhály Szentmártoni, *Manual de Psicología pastoral*, Sígueme, Salamanca 2003.

Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús, *Pastoral en el mundo del sufrimiento psíquico*, Roma 2000.

Schreurs, A., *Psicoterapia y espiritualidad. La integración de la dimensión espiiritual en la práctica terapéutica*, Desclée de Brouwer, Bilbao 2004.

Seva Díaz, A., *Psiquiatría humanística*, Zaragoza 2006.

Torelló, J.B., *Psicología abierta*, Rialp, Madrid 1978.

Torelló, J.B., *Psicología y vida espiritual,* Rialp, Madrid 2008.

Valks, H., *Psicoanálisis y moralidad,* Herder, Barcelona 1987.

Venderveldt, J. y Odenwald, R.P., *Psiquiatría y catolicismo*, Luis Caralt, Barcelona 1969.

Vial, W., *Madurez psicológica y espiritual*, Rialp, Madrid 2016.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

18

Manifestaciones sobrenaturales y salud mental

Orientaciones para el discernimiento

Ramiro Pellitero Iglesias

1. Introducción

Se consideran aquí, en la perspectiva de la tradición católica, los fenómenos místicos y la posesión diabólica en cuanto que pueden confundirse con enfermedades mentales. No se contemplan, en cambio, los fenómenos psíquicos relacionados con la «mística» de otras religiones. Tampoco se estudian los fenómenos paranormales que pueden incluir aspectos más o menos sobrenaturales (también fenómenos naturales aún no explicados y supersticiones o puras sugestiones), como las experiencias de los reanimados («Near-death experiences»), la comunicación por escritura automática, las experiencias paramísticas de los drogados, etc. Mucho menos nos referiremos a fenómenos como la telepatía, clarividencia, precognición, psicokinesia (mover objetos con la mente), etc., donde es fácil mezclar la ignorancia acerca de sus leyes con el engaño que los aprovecha monetariamente.

Es común encontrar, entre los profesionales de la psicología y psiquiatría, prevenciones acerca de la mera posibilidad de fenómenos místicos y de auténticas posesiones diabólicas. El rechazo a tener en cuenta la religión y la espiritualidad, que parece estar cediendo en las últimas décadas[1], se apoya sobre todo en el reduccionismo típico del cientifismo moderno (visión de la realidad limitada al campo de lo demostrable experimentalmente). Ciertamente sólo la superación del reduccionismo-psicologismo permite valorar sin prejuicios el mundo del espíritu, particularmente el de la esfera religiosa en su identidad irreductible. De ahí, entre otras cosas, el interés que tiene fomentar el conocimiento de la espiritualidad en la formación de los psiquiatras[2].

La inclusión de «problemas religiosos o espirituales» por primera vez en el DSM-IV (1994) como categoría diagnóstica (V.62.89), ha sido reconocida como signo de una creciente sensibilidad entre los psiquiatras, no sólo hacia la religión sino también hacia la diversidad cultural. Así lo reconoce David Lukoff –uno de los autores que influyeron en esa inclusión–, auspician-

1. Cfr. I. Yalom, *Religion and psychiatry,* «American Journal of Psychotherapy» 2002: 56, 301-316; James K. Boehnlein, *Religion and spirituality in psychiatric care: looking back, looking ahead*, «Transcultural Psychiatry» 2006; 43; 634-651.

2. Cfr. Robert M. Lawrence, *Spirituality in psychiatric education and training,* en «Journal of the Royal Society of Medicine» 2001: 94, 303-305; John R. Peteet, *Puting suffering into perspective: implications of the patient's world view*, «The Journal of Psychotherapy Practice and Research» 2001; 10: 187-192.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

do que estos desarrollos mejoren la precisión de los diagnósticos, reduzcan el daño iatrogénico por falsos diagnósticos y aumenten el respeto de los profesionales por las creencias y valores de los pacientes[3].

En cualquier caso, quien descalifica a *priori* la irrupción de lo sobrenatural abandona, dicho simplemente, la fe cristiana. Hay que añadir que es razonable exigir gran prudencia para aceptar o –en caso de indicios suficientes– rechazar estos fenómenos. Prueba de ello es la desconfianza de las personas santas hacia las visiones y las revelaciones privadas. Esa desconfianza está basada tanto en la convicción eclesial de que el demonio puede inducir a engaño, como en los errores posibles que de hecho se detectan, también en personas virtuosas y santas. Las principales causas de estos errores están en las interpretaciones equivocadas de revelaciones verdaderas, los detalles (que suelen ser innecesarios) con los que se refieren hechos históricos, y los contenidos añadidos por el espíritu humano[4].

La ciencia se va pronunciando cada vez más en los campos de la psicología, parapsicología y los «fenómenos extrasensoriales» . La exploración del inconsciente y los progresos de la medicina han hecho que la línea de demarcación entre lo «natural» y lo «preternatural» haya ido desplazándose y retrocediendo, lo que no quiere decir que será eliminada[5]. Bien mirado, el avance científico aumenta más que disminuye nuestra conciencia del misterio de las cosas, de modo que anima a creer. De hecho, «un sentido del misterio de las cosas ha sido tradicionalmente una de las principales fuentes, tanto de la religión como del impulso científico»[6].

2. Psiquiatría y fenómenos místicos

En un sentido amplio parece que algunos «fenómenos místicos» afectan a una buena parte (hasta el 10%) de la población normal[7]. En las últimas décadas se ha asistido a una paradoja cultural en Occidente: mientras por un lado se sigue hablando de religión, y de sus dimensiones personales y sociales, por otro lado, si alguien manifiesta participar de alguna profunda experiencia religiosa, es probable que se le envíe a un psiquiatra[8]. La cuestión requiere un estudio detenido, más allá del objetivo de estas lineas.

En el sentido más restringido que aquí utilizamos, los fenómenos místicos son acontecimientos fuera de la normalidad de lo cotidiano, que recaen sobre algunas personas de modo que toman así conciencia de la acción directa de Dios en su vida espiritual. Estos fenómenos pueden manifestarse en el cuerpo (como los estigmas o la levitación), constituir estados de ánimo complejos (como los éxtasis) o caracterizarse por comunicaciones o «noticias particulares» de Dios (visiones, locuciones, revelaciones y sen-

3. Cfr. D. Lukoff, *Cultural considerations in the assessment and treatment of religious and spiritual problems*, en «Psychiatric Clinics of North America« 1995; 18: 467-485; vid. también R.P. Turner, D. Lukoff, R.T. Barnhouse, F.G. Lu, *Religious or spiritual problem. A culturally sensitive diagnostic category in the DSM IV,* «Journal of Nervous and Mental Disease» 1995; 183: 435-44.

4. Cfr. J.B. Torelló, *Psicología y vida espiritual*, Rialp, Madrid 2008, pp. 236 ss.

5. Cfr. Card. L.J. Suenens, *Renouveau et puissances des ténèbres,* ed. L.Bon, Vesoul 1982 (ed. esp. ed. Secretariado Trinitario, Salamanca 1983), p. 98.

6. K.M.W. Fulford, *Religion and psychiatry. Extending the limits of tolerance*, en D. Bhugra (ed) *Psychiatry and religion: Context, consensus and controversies*, London-New York: Routledge 1997, p. 18.

7. Yager J, Gitlin M. *Clinical manifestations or psychiatric disorders,* en I. Kaplan-J.Sadock (eds), *Comprehensive textbook of psychiatry*, 7ª ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2000, p. 804. Sobre el sustrato neurofisiológico de estos fenómenos, puede verse P. Fenwick, *The neurophysilogy of religious experience,* en D. Bhugra (ed.), *Psychiatry and Religion,* ya citado, pp. 167-177; J.S. Miller, *Mystical experiences, neuroscience, and the nature of reality* (tesis doctoral), Bowling Green State University (Ohio,USA), 2007 (texto disponible en www.ohiolink.edu).

8. Para una discusión sobre el tema, vid. S. Grof, *Dilemmas and controversies of traditional psychiatry,* cap. V de su libro *Beyond the Brain: Birth, Death and Transcendence in Psychotherapy,* State University of New York Press, 1985.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

timientos espirituales[9]). Tales manifestaciones –descritas por eminentes figuras como San Juan de la Cruz o Santa Teresa de Jesús– no se consideran sin embargo determinantes en los procesos de canonización. Los fenómenos místicos se enmarcan –no necesariamente– en la experiencia mística, que comporta particulares fenómenos psicológicos. Éstos últimos «dependen de la constitución, la instrucción, el ambiente y las precedentes experiencias naturales del individuo, así como de la intensidad del acontecimiento místico e incluso de los mismos dones de Dios»[10].

a) *Psicopatología y experiencias religiosas: atención al contexto*

El planteamiento diagnóstico entre síntomas psicopatológicos y experiencias religiosas (espirituales o místicas) depende de la perspectiva filosófico-religiosa de la que se parte. Así pueden verse diferencias notables entre una visión puramente analítica, una visión desde la tradición judeo-cristiana y una visión desde la tradición de las religiones orientales (budismo, hinduismo).

En sentido cristiano la experiencia espiritual o religiosa[11], si bien tiene una dimensión psicológica y accidentalmente podría acompañarse de una dimensión psicopatológica, no debe ser reducida a ninguna de esas dimensiones[12]. Por tanto, la espiritualidad de un paciente no debe identificarse con (posibles) manifestaciones psicopatológicas, particularmente, psicóticas.

Por otra parte, se ha puesto de relieve que para profundizar en los mecanismos, diagnóstico y enfoque clínico de la psicopatología (y distinguir entre trastorno y dimensión espiritual del ser humano), es conveniente conocer los valores y creencias de las personas afectadas[13]. Esto es cierto, si bien la religión no puede ser reducida a los «valores», sobre todo si esos valores son meramente individuales y no se tiene en cuenta la dinámica del amor a Dios y al prójimo. De ahí que para distinguir las experiencias espirituales propiamente dichas respecto a los trastornos mentales, no bastan los criterios psicológicos, sino que se requieren criterios *teológicos*. Por ejemplo, el criterio aducido por Teresa de Ávila de que el valor de una experiencia religiosa no depende de la intensidad del fenómeno preternatural, sino del fruto que puede dar en relación con la vocacíon y misión del cristiano, tanto a nivel personal como eclesial.

Por tanto, como bien concluyen Marek Marzanski y Mark Bratton, «las experiencias espirituales necesitan ser entendidas en el contexto de una tradición personal espiritual o religiosa, (contexto) que los psiquiatras pueden no estar cualificados para evaluar sobre la única base de su pericia profesional»[14].

Desde luego, el discernimiento prudencial debe excluir manipulaciones o aspectos psicopatológicos como alucinaciones, delirios o trastornos conversivos. A este propósito cabe recordar que en auténticos místicos pueden encontrarse ciertos elementos patológicos. Tampoco hay que olvidar que la enfermedad mental puede ser

9. Son los cuatro tipos de percepciones particulares que distingue San Juan de la Cruz, *Subida del Monte Carmelo,* libro II, 10,4.

10. J.B. Torelló, obra citada, p. 227.

11. En la tradición cristiana el término «mística» no se reduce a las experiencias extraordinarias de la presencia de Dios, sino que es muy importante el sentido de la experiencia espiritual en lo ordinario. Cfr. J. Morales, *La experiencia de Dios,* Rialp, Madrid 2007.

12. Cfr. M. Marzanski-M.Bratton, *Psychopatological symptons and religious experience: a critique of Jackson and Fulford*, «Philosophy, Psychiatry & Psychology» 2002: 9; 365. Vid. también, de los mismos autores, *Mystical States or mystical life? Buddhist, christian, and hindu perspectives*, Ibid, 349-351; *Minding your language: a response to Caroline Brett and Stephen Sykes*, Ibid., 383-385.

13. Cfr. M. Jackson-K.W.M. Fulford, *Spiritual experience and psychopathology,* «Philosophy, Psychiatry & Psychology» 1997: 4: 41-66.

14. M. Marzanski-M.Bratton, *Psychopatological symtoms and religious experience*, texto citado, p. 370.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

un «medio» del que se sirve la Providencia para que esa persona se acerque más a Dios, y en la perspectiva cristiana es claro que la enfermedad mental es también un «camino» para la santidad.

Por otro lado, hay visiones, alucinaciones o trances que –en cuanto epifenómenos– pueden presentar analogías, se den en un enfermo con psicosis o un místico, con un significado bien diverso. Aunque hay algunos parámetros de tipo científico-experimental útiles para diferenciar ese significado, siguen siendo demasiado sutiles y discutibles como para establecer criterios normativos[15]. En general se aconseja una actitud prudente de observación y discernimiento, si bien se reconoce que Dios puede servirse de esos fenómenos para impulsar una mayor santidad y los frutos que con esa santidad deben asociarse[16].

Por último, interesa subrayar algo ya apuntado: que la enfermedad psíquica y los verdaderos fenómenos místicos no son hechos necesariamente excluyentes, si bien no es habitual que se den simultáneamente en el mismo sujeto. En esos casos, es preciso lograr distinguirlos suficientemente para poder diferenciarlos a fin de no atribuir uno al otro. En este sentido, es compatible, por ejemplo, sufrir una depresión sin síntomas psicóticos con la existencia de fenómenos místicos, pero sería necesario lograr desvincular estas manifestaciones de los síntomas propios de la enfermedad.

b) *Criterios de discernimiento de los fenómenos místicos*

Como criterios de discernimiento de fenómenos místicos, puede partirse de los que indica Juan Bautista Torelló para distinguir las apariciones verdaderas de las falsas[17]:

1. *El fenómeno en sí.* No debe caerse en el prejuicio –típico tanto del psicologismo como del espiritualismo– de que todas las visiones son «imaginarias», o de que la verdad no puede encarnarse en algo corporal. Prescindiendo ahora de la sugestión psicologista, las tesis materialistas o espiritualistas de los parapsicólogos no han logrado explicar las apariciones –como las de Lourdes– que la Iglesia ha aprobado. Las auténticas alucinaciones (que no hay que confundir con otras percepciones deformadas como las ilusiones) suelen ser síntomas de psicosis y acompañarse de otros síntomas patológicos.

2. *La personalidad del receptor.* Es excepcional que irrumpan manifestaciones sugerentes de psicopatología grave (alucinaciones y delirios) en una persona sin antecedentes previos, con un perfil de personalidad normal y sin otras manifestaciones clínicas. Sin embargo, hay franjas de edad (adolescencia y vejez) en las que esta posibilidad es más alta. La incoherencia y desorganización, en el modo de comportarse de la persona, son indicadores claros de enfermedad. Por el contrario, la armónica y equilibrada integración de los fenómenos en las actitudes y los comportamientos de la persona, junto con la congruencia y proporción entre lo que experimenta y lo que hace, deben hacer pensar en posibles experiencias místicas. En este sentido, habrá que sospechar una psicopatología si, tras la visión, el vidente no cambia su vida espiritual, su oración y su comportamiento. De todas formas, lo característico de la santidad no son los fenómenos extraordinarios, sino las virtudes, comenzando por la humildad y la obediencia.

15. Cfr. A. Pacciola, *Trance,* en *Diccionario de Mística*, citado en nota siguiente, p. 1705.

16. Cfr. J. Malley, *Fenómenos místicos*, en *Diccionario de Mística*, ed. San Pablo, Madrid 2002, pp. 716-718. Vid. para la confrontación con la psicología y el psicoanálisis, J. Gagey, *Phenomènes mystiques*, en *Dictionnaire de Spiritualité,* Beauchesne, Paris 1984, vol. XII, 1, cols. 1259-1274.

17. Cfr. J.B. Torelló, o.c., pp. 241 ss. Vid. también A. Tanquerey, *Compendio de Teología ascética y mística*, ed. Palabra, Madrid 1990, pp. 793 ss. Con estos criterios concuerdan (en lo que tienen de fenomenológico) los que distinguen las psicosis auténticas de las «intensas experiencias religiosas»; vid. por ejemplo, D. Greenberg-E. Witztum, *Problems in the treatment of religious patients*, «American Journal of Psychotherapy» 1991: 45: 554-565; J.S. Miller, *Mystical experiences,* texto citado, p. 109.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

3. *Las circunstancias del fenómeno.* Criterios negativos serían las rarezas y la teatralidad del acontecimiento, el subrayar lo negativo –el pecado– más que lo positivo –el amor de Dios– y los medios más que los fines. Entre las circunstancias, el paso del tiempo es importante factor diferencial. Las enfermedades mentales y sus contenidos tienden a complicarse con el paso del tiempo.

4. *Los frutos.* Ya Jean l'Hermitte en su libro sobre los *Místicos y falsos místicos* (Madrid, Studium, 1959) afirmaba que lo único que puede diferenciar las alucinaciones de las visiones e inspiraciones de tipo místico es el efecto que producen en la vida del receptor, como la mansedumbre y la paz, la alegría y la misericordia; en cambio el psicópata tiende a encerrarse en sí mismo, no tiene conciencia de enfermedad ni vivencia de realidad. En las auténticas experiencias místicas suele haber, al principio, estupor y temor a engañarse (actitudes habitualmente ausentes en las manifestaciones psicóticas), y por tanto, resistencia y autocrítica por parte del receptor; pero luego viene la serenidad y la sinceridad con el director espiritual, el deseo de purificación y servicio al prójimo, y de ninguna manera la avidez por revelaciones privadas. En cuanto a los que se arraciman en torno a los «videntes», debe denunciarse la exaltación, el dispendio propagandístico y el provecho económico, político o nacionalista.

5. *El juicio de la Iglesia.* Después de un concienzudo estudio, la Iglesia tiene siempre la última palabra acerca de la credibilidad del mensaje de una aparición y, en su caso, la conveniencia del culto. Esto es especialmente importante si una visión o inspiración trasciende la vida de una persona e interesa a la comunidad cristiana.

Por parte de los que aconsejan espiritualmente a una persona, se impone, pues, una actitud caracterizada por la prudencia, la serenidad y la atención. El consejero debe situarse igualmente lejos de la desconfianza sistemática que de la credulidad y valoración excesiva.

3. Enfermedad mental y posesión diabólica

Aunque la ciencia ha ido señalando causas médicas (epilepsia, esquizofrenia, metabolopatías, etc) que explican muchos, por no decir la mayoría, de los fenómenos anormales que las generaciones pasadas atribuían a la actividad diabólica, la medicina se mueve siempre dentro de su propio método, que no excluye de por sí una causalidad concomitante debida a la realidad del demonio[18].

La existencia del demonio plantea especiales dificultades al llamado hombre contemporáneo, sea por la problemática presencia del demonio en la vida de los hombres, sea por la ignorancia o los malentendidos acerca de las acciones diabólicas. Al mismo tiempo, cualquier noticia sobre el tema suele provocar una curiosidad morbosa y es fácilmente instrumentalizable por la opinión pública y las ideologías (sean de tipo positivista-materialista-racionalista, cripto-maniquea, fideista-naturalista, cientifista-secularista, etc.). El vacío religioso típico de buena parte de nuestra cultura occidental ha favorecido el interés por lo esotérico (el ocultismo, la brujería, etc.). Finalmente no puede negarse, ya desde algunas décadas, la existencia en algunas sectas de un culto satánico, unido, entre otros, a factores

18. Cfr. J. Navone, *Diablo/exorcismo*, en S. de Fiores-T.Goffi-A.Guerra (dirs.), *Nuevo Diccionario de Espiritualidad*, ed. San Pablo, Madrid 1991, pp. 458-476. Cfr. el estudio promovido por la Congregación para la Doctrina de la Fe, *Fe cristiana y demonología,* «Ecclesia» (1975) 1057-1065. Vid también A. Cini Tassinario, *Il diavolo secondo l'insegnamento recente della Chiesa,* ed. Antonianum, Roma 1984; B. Marconcini (ed.), *Angeli e demoni: Il dramma della storia tra il bene e il male,* ed. Dehoniane, Bologna 1991; C. Balducci, *Il diavolo,* Mondadori, Milano 1994; R. Laurentin, *Il demonio, mito o realità?: insegnamento ed esperienza del Cristo e della Chiesa,* Massimo, Milano 1995 (ed. esp.: Desclée, Bilbao 1998); J.A. Sayés, *El demonio, ¿realidad o mito?*, San Pablo, Madrid 1997; J.A Fortea, *Summa daemoniaca*, ed. Dos Latidos, Madrid 2004, pp. 119-138.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

como la droga y el individualismo contemporáneo («L'enfer c'est l'autre», decía Sartre)[19].

Pertenece a la fe cristiana la existencia de los ángeles y de los demonios. Los ángeles (buenos) son criaturas espirituales que dan continuamente gloria a Dios y que están al servicio de sus designios de salvación respecto de las criaturas[20]. En su liturgia, la Iglesia se une a los ángeles para adorar a Dios, invoca la asistencia de los ángeles y celebra más particularmente la memoria de algunos de ellos. Afirma que desde el comienzo de la vida humana hasta la muerte, los ángeles rodean a los hombres y ayudan particularmente a los cristianos[21]. La Escritura habla de un pecado de los ángeles que rechazaron a Dios (cfr. 2 Pe 2, 4). Desde entonces intentan seducir al hombre y apartarlo de Dios. Esta acción puede causar «graves daños –de naturaleza espiritual e indirectamente incluso de naturaleza física– en cada hombre y en la sociedad»[22]. No conocemos los motivos por los que Dios les permite actuar, pero sí sabemos que la Providencia puede sacar bien incluso de las acciones de los demonios (cfr. Rm 8. 28).

Con el Reino de Dios, que Jesús anuncia e inaugura, es derrotado el Reino de Satanás y los demonios (cfr. Mt 12, 26 y 28; Lc 8, 26, 39), aunque solo al final de la historia esta victoria será definitiva. Los demonios pueden dañar al hombre incluso en lo corporal, hasta posesionarse de sus fuerzas físicas y psíquicas y enajenarle de sí mismo (posesión diabólica), pero sólo pueden llevarle a pecar si el hombre lo consiente[23].

Jesús expulsó a los demonios (exorcismo[24]) y dio a la Iglesia el poder de expulsar a los demonios como parte de su misión (cfr. Mc 3,13-15; 6,6b-13). Esto sucede en forma simple con el Bautismo. Respecto al exorcismo solemne declara el Catecismo de la Iglesia Católica: «El exorcismo solemne sólo puede ser practicado por un sacerdote y con el permiso del obispo. En estos casos es preciso proceder con prudencia, observando estrictamente las reglas establecidas por la Iglesia. El exorcismo intenta expulsar a los demonios o liberar del dominio demoníaco gracias a la autoridad espiritual que Jesús ha confiado a su Iglesia. *Muy distinto es el caso de las enfermedades, sobre todo síquicas, cuyo cuidado pertenece a la ciencia médica.* Por tanto, es importante asegurarse, antes de celebrar el exorcismo, de que se trata de una presencia del Maligno y no de una enfermedad»[25].

Desde el punto de vista litúrgico, Achille M. Triacca ha explicado que el exorcismo es un sacramental, y más precisamente una bendición de tipo invocativo al Espíritu Santo, en nombre de la Iglesia. El exorcismo típico («mayor») debe distinguirse de otros exorcismos menores (como los realizados sobre los catecúmenos) y oracio-

19. Cfr. J. Navone, texto citado, 459 ss. Vid. también A. Scola y otros, *Sectas satánicas*, ed. Palabra, Madrid 1998; M. Introvigne, *Indagine sul satanismo*, Fabbri, Milano 2005.

20. Cfr. S. Tomás de Aquino, S.Th . I, 114, 3, ad 3.

21. Cfr. *Catecismo de la Iglesia Católica,* 328 s. Cfr. Concilio de Letrán (a. 1215).

22. *Catecismo de la Iglesia Católica,* 395.

23. Cfr. C. Balducci, C., *La posesión diabólica*, Martínez Roca, Madrid 1976; B.J. Claret, *Besessenheit* (*systematisch-thelogisch, psychologisch-therapeutisch*), en «Lexikon für Theologie und Kirche», W. Kasper (ed), II, Herder, Freiburg 1994, 315-317; H.J. Limburg (*praktisch-theologisch*), ibid, 317-318; L.J. Elmer, *Diabolical possession*, «New Catholic Encyclopedia», 2ª ed., Detroit (Mi), Thompson/Gale and Catholic University of America, vol. IV, 2003, p. 718.

24. Cfr. L. Scheffczyk, *Exorcismus (sistematisch-theologisch),* en «Lexikon für Theologie und Kirche», W. Kasper (ed), III, Herder, Freiburg 1995, 1127; C.O'Donnell-S. Pié-Ninot, *Exorcismo,* en *Diccionario de Eclesiología*, San Pablo, Madrid 2001, 426-429; J. Dallen, *Exorcism,* «New Catholic Encyclopedia», 2ª ed., Detroit (Mi), Thompson/Gale and Catholic University of America, vol. V, 2003, pp. 551-553; J.A. Fortea, *Summa daemoniaca,* ya citado, pp. 138-161; A.M. Triacca, *Esorcismo*, en *Dizionario de Liturgia,* ed. San Paolo, Cinisello Balsamo (Milán) 2001, pp. 711-735.

25. Catecismo de la Iglesia Católica, n. 1673 (nótese la frase: «Muy distinto es el caso de las enfermedades, sobre todo síquicas, cuyo cuidado pertenece a la ciencia médica»). Remite al Código de Derecho Canónico (1983), can. 1172.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

nes, algunas de las cuales pueden ser utilizadas por todos los fieles[26]. Por otra parte se sitúa el fenómeno de las «oraciones de sanación», muy extendido por los movimientos carismáticos[27].

La cuestión que aquí más interesa es cómo distinguir una enfermedad mental de una posesión diabólica. Según la Biblia, la posesión diabólica no es la manera más frecuente de influjo del demonio –este domina sobre todo con el poder de la mentira y el pecado–, pero sí la más espectacular. Durante esta posesión el demonio se adueña de las fuerzas psicofísicas del sujeto e intenta inducirle a pecar.

a) *Elementos y criterios orientativos*

Se señalan a continuación elementos y criterios útiles para distinguir una auténtica posesión respecto a una enfermedad psiquiátrica.

1. El ritual del exorcismo[28] apunta diversos elementos que pueden servir como indicios o criterios para llegar a la convicción de que se está ante una posesión diabólica, de modo que, con el permiso del Obispo, un sacerdote (dotado de piedad, ciencia, prudencia e integridad de vida, según el CIC 1172, 2) pueda realizar el rito del exorcismo. Entre estos elementos se encuentran principalmente:

– el hablar con muchas palabras de lenguas desconocidas o entenderlas;

– el desvelar cosas escondidas o distantes;

– el demostrar fuerzas superiores a la propia condición física,

– y todo ello juntamente con una aversión vehemente hacia Dios, la Virgen María, los santos, la cruz y las sagradas imágenes.

2. Según José A. Fortea –para quien la posesión diabólica es un fenómeno que se manifiesta como una peculiar enfermedad psiquiátrica– los criterios diagnósticos que deberían conducir a la sospecha de una posesión son los siguientes[29]:

– Una serie de sensaciones, ante lo sagrado o lo religioso, que pueden ir desde leves expresiones de fastidio o molestia hasta el horror o la manifestación de ira y furia.

– Accesos de furia, en los casos extremos, que suelen acompañarse de blasfemias o insultos dirigidos hacia algún objeto religioso que se sitúa cerca del sujeto. (No se trata propiamente de una fobia específica ni de una respuesta obsesiva, sino de una reacción automática de ira. Al no tratarse de una fobia ni de un trastorno obsesivo, no existen los fenómenos que les acompañan: ansiedad, manifestaciones vegetativas intensas, «rituales obsesivos, etc.).

– Pérdida de conciencia en los episodios agudos de ira furiosa. Una vez recuperada la conciencia, hay amnesia total y absoluta. Pero aunque no recuerde nada, durante la crisis el sujeto ha padecido un cambio en su personalidad.

– Esa «segunda personalidad», que se manifiesta durante los ataques, siempre tiene un carácter maligno. Con frecuencia las pupilas se vuelven hacia arriba, o hacia abajo, dejando los ojos en blanco. Los músculos faciales suelen ponerse en tensión y las manos muestran crispación. La persona habla llena de odio y rabia.

– Vuelta lenta a la normalidad –acabada la crisis furiosa–, en tiempo y modo similares al tránsito desde el estado de hipnosis al estado normal de conciencia.

26. A.M. Triacca, *Esorcismo*, en *Dizionario de Liturgia,* ed. San Paolo, Cinisello Balsamo (Milán) 2001, pp. 711-735 (con interesantes consideraciones sobre la evolución del rito).

27. Vid. en perspectiva psiquiátrica, Armando R. Favazza, *Modern christian healing of mental illness,* «American Journal of Psychiatry» 1982: 139; 728-735 (con alguna imprecisión sobre la doctrina católica). Sobre la relación entre exorcismos propiamente dichos y otras oraciones de sanación, vid. las reflexiones del Card. Suenens, *Renouveau et puissances des ténèbres,* texto ya citado, en 1982. Cfr. Congregación para la Doctrina de la Fe, *Instrucción sobre las oraciones para obtener de Dios la curación* (2000).

28. Fue presentado por el entonces prefecto de la Congregación, Jorge A. Medina Estévez, el 26-I-1999. Además del rito del exorcismo propiamente dicho, el ritual contiene otras oraciones para los sacerdotes o los fieles ante la sospecha fundada de un influjo del demonio sobre lugares, objetos o personas.

29. Cfr. J.A. Fortea, *Summa daemoniaca,* citado, pp. 119-120.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

– Con excepción de estas crisis furiosas, la persona lleva una vida completamente normal, sin que se vea afectada en su trabajo o sus relaciones sociales. Aparece perfectamente cuerda y en todo momento distingue claramente entre la realidad y el mundo intrapsíquico, sin manifestaciones delirantes ni alucinaciones. Estos cambios tan radicales del estado psíquico son imposibles en los pacientes con esquizofrenia, si no se ha introducido tratamiento farmacológico; pero podrían darse en algunos trastornos conversivos, aunque, en este caso suelen persistir algunas manifestaciones de la enfermedad en los periodos de normalidad.

– En algunos casos refieren alucinaciones sensoriales (esporádicamente sombras, o sensaciones difusas en alguna parte del cuerpo, u oyen crujidos). Pero no oyen voces internas, ni sienten que algo les corre bajo la piel. Aquí se podría plantear el diagnóstico diferencial con la esquizofrenia paranoide, con algún tipo de epilepsia (psicosensorial) o algunas manifestaciones de los trastornos de conversión.

Sin embargo, a diferencia de lo que ocurre en la esquizofrenia, en las verdaderas posesiones no tiende a ampliarse la temática ni la frecuencia de las alucinaciones, sino que se mantienen estables, y suele haber una vivencia de extrañeza con respecto a esos fenómenos que, en la esquizofrenia, no suele existir.

Por su parte, en la epilepsia, los episodios suelen ser de una duración bastante más breve que en las posesiones y es relativamente frecuente poder identificar el trastorno con la realización de un electroencefalograma.

Más complejo puede ser diferenciar la posesión respecto a manifestaciones de un trastorno conversivo o algunas actitudes y conductas del trastorno de personalidad histriónico, si bien, en estos casos, es fácil identificar algunas características de personalidad muy sugerentes.

Por otra parte, en el fenómeno de la posesión diabólica, no hay antecedentes familiares que pudieran hacer pensar en un trastorno de base genética, como suele ocurrir en la esquizofrenia o la epilepsia.

3. Otras características del fenómeno de posesión[30]:

– En la mayor parte de los casos los fenómenos de posesión se producen tras participar en algún tipo de rito esotérico (ouija, práctica de espiritismo, santería afrocubana, macumba, vudú, etc.) y así lo reconoce el sujeto.

– No hay construcciones patológicas de conjuntos de ideas que justifiquen esos trastornos. El razonamiento se mantiene claro, y asimismo se mantiene la autocrítica respecto los síntomas que esa persona refiere al psiquiatra o al sacerdote (suele comenzar diciendo: «va a pensar que estoy loco», «no me va a creer» o «no sé por donde empezar»), lo que diferencia estos fenómenos de los psicóticos –donde no hay esta conciencia crítica–, y, en general, de los procesos que cursan con desestructuración profunda de la personalidad y el raciocinio. Los sucesos se sitúan bien en el tiempo.

– Se valora como muy clarificador, en cuanto al diagnóstico, que en la fase álgida de las crisis furiosas exista una fenomenología de trastorno disociativo de la personalidad, sugiriendo la presencia de una identidad distinta que controla la conducta de la persona. Además de la fenomenología descrita, se refieren dos variantes: en unos casos el cuadro se acompaña de locuacidad, procacidad en el vocabulario y expresiones blasfemas; en otros casos hay casi mudez, o habla muy pocas veces y de modo muy lacónico, aunque siempre –como en la variante primera– la voz cambia por efecto de la ira contenida[31].

Para Corrado Balducci, la presencia, en un mismo sujeto, de la fenomenología psiquiátrica (desdoblamiento de la personalidad con fuerte

30. Vid. las consideraciones psiquiátricas de Fortea, obra citada, pp. 120-125.

31. Se refieren también otros fenómenos «preternaturales» como glosolalia (lenguaje ininteligible), xenoglosia (hablar un idioma que no se conoce), conocimiento telepático de las órdenes dadas por el exorcista, vómitos de objetos, e incluso levitación.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

aversión hacia lo sagrado) junto con la fenomenología parapsicológica (conocimientos de ciencias, artes o lenguas no estudiadas, fuerza extraordinaria, movimientos de objetos, etc., fenómenos que se sitúan al margen de la ciencia psiquiátrica o contra ella), son de por sí fuerte indicio de posesión[32].

Por su parte, René Laurentin considera como datos más importantes de la posesión: la aversión a lo sagrado, los signos extraordinarios y los comportamientos anteriores del sujeto (inmoralidad, espiritismo, contacto con objetos usados en ritos satánicos, etc.)[33].

Por último, un dato más que suele apuntar hacia un posible fenómeno de posesión diabólica es la clara ruptura de la trayectoria biográfica del sujeto (antes no era así ni le pasaban cosas similares), que surge tras un episodio de claras connotaciones religiosas, pero con periodos de vuelta completa a la normalidad.

b) *Posesión, trastornos disociativos y epilepsia*

Los *trastornos disociativos* suponen una escisión en algunas de las funciones psíquicas de la persona como consecuencia de conflictos intrapsíquicos. Algunos de estos casos pueden acompañarse de marcada aversión a lo sagrado y agitación psicomotriz. Esto ha llevado a proponer la denominación de «síndrome demonopático de disociación de la personalidad»[34], para ayudar a diferenciar la posesión respecto a otros síndromes que cursan con referencia a demonios, como son los trances de disociación debidos a hipnóticos, o los cuadros esquizofreniformes en los que el paciente cree estar poseído pero que no cursan con las características propias de estos cuadros.

Este síndrome tiene una incidencia baja, si bien, por diferentes factores socioculturales, está aumentado discretamente. Por otra parte, la respuesta a las diferentes estrategias terapéuticas suele ser escasa. Sujetos con este diagnóstico se han curado con las oraciones litúrgicas propias del exorcismo (aunque dure horas e implique diversas sesiones). Obviamente, todos ellos eran verdaderas posesiones diabólicas, ya que una patología con aquellas características –que supone siempre una profunda desestructuración de la personalidad– es imposible médicamente que se cure con una escenificación ritual. De hecho, algunos psiquiatras, al menos en Estados Unidos e Italia, remiten a estos pacientes a los sacerdotes, una vez comprobado que no tienen patología mental, aunque con frecuencia prefieran guardar silencio sobre estos casos en la relación con sus colegas.

Las similitudes entre los fenómenos espirituales y los trastornos psicóticos le llevaron a William James, en 1902, a comparar la paranoia con un misticismo diabólico[35]. A pesar de los parecidos, es importante lograr distinguirlos para poder abordarlos desde el ámbito que les corresponde –el religioso– ya que, como señala Bill Fulford, tratarles con neurolépticos sería tan equivocado como tratar a disidentes políticos como si fueran enfermos[36].

Respecto al discernimiento entre posesión y *epilepsia* –se suele decir que en la Edad Media se

32. C. Balducci, *Il diavolo,*1994, ya citado, pp. 255-274. Este mismo autor ha estudiado las diferencias entre la posesión y los trastornos psiquiátricos en *La posessione diabolica*, ed. Mediterranee, Roma 1988, pp. 125-182.

33. Cfr. R. Laurentin, *Il demonio…*, 1995, texto citado, pp. 251-253.

34. J.A. Fortea, *ibid.* El DSM-IV alude a episodios disociativos en referencia a posesión de espíritus y presenta, aunque de modo más difuso, el síndrome aquí descrito, catalogándolo como simple disociación, si bien reconoce que hay casos que se escapan de los criterios establecidos para esa clasificación (cfr. *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales,* Masson, Barcelona 1995, pp. 502-503 y 743-745). La clasificación europea (CIE-10, 1992) contempla también los trastornos disociativos de trance y posesión.

35. W. James, *The varieties of religious experience in human nature*, Harmonds-worth: Penguin 1985 (publicada por vez primera en 1902).

36. Cfr. K.W.M Fulford-A.Y.U. Smirnoff-E. Snow, *Concepts of disease and the abuse of psychiatry in the USSR,* «*British Journal of Psychiatry» 1993:* 162 :801-810.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

confundían–, son importantes dos datos: en la posesión no suele perderse la conciencia (como sucede en todas las epilepsias generalizadas, aunque en algunas de las parciales se conserva íntegro el nivel de conciencia) y además la «segunda personalidad» mantiene la conversación durante las crisis de furia (es muy excepcional que una epilepsia curse con ese desdoblamiento de personalidad que, más bien, apuntaría a un trastorno conversivo)[37]. Además en la epilepsia, los espasmos musculares no son tan prolongados como en la posesión (en que pueden llegar a durar dos o tres horas con intervalos), salvo en las situaciones de *status* convulsivo en las que siempre hay pérdida de conciencia.

Por otro lado, las manifestaciones motoras de la epilepsia no suelen tener las características de violencia o furia, propias de la posesión, sino que suelen ser convulsiones o automatismos sin otras connotaciones. Junto a esto, en la mayoría de las epilepsias es posible identificar alteraciones en el electroencefalograma. En algunos casos se pueden encontrar lesiones con las pruebas de neuroimagen y es frecuente que existan antecedentes personales y/o familiares relacionados con el trastorno, hallazgos, todos ellos, ausentes en los casos de posesión diabólica.

Acerca de la posesión y para concluir, debe fomentarse un diálogo entre pastores y psiquiatras, superando prejuicios unilaterales o falta de sensibilidad por el tema, incluso por parte de los creyentes. Al médico le corresponde descartar trastornos psicopatológicos (principalmente: desdoblamiento de personalidad, personalidad múltiple, trastorno histriónico de la personalidad, algunos síndromes delirantes y psicosis agudas, esquizofrenia y consecuencias del consumo de drogas). Uno y otro, sacerdote y psiquiatra, pueden disponer de criterios suficientes para pensar si se trata o no de la dolencia que a cada uno de ellos le incumbe, y no deben suplantarse en su tarea respectiva. A cada uno de ellos se le pide la suficiente competencia, clínica o espiritual, y ser consciente de los límites de su intervención[38].

Al médico le corresponde juzgar si el fenómeno se puede explicar o no desde la clínica psiquiátrica. En lo posible, se debe procurar que tenga un sentido cristiano o, al menos, un respeto a las realidades espirituales. En los casos más difíciles debe consultarse al Obispo (Ordinario), quien puede solicitar el parecer de algunos expertos antes de tomar la decisión sobre la oportunidad del exorcismo. Si éste es necesario, debe ayudarse a que ese cristiano se prepare mediante la oración y la penitencia, la renovación frecuente de la fe bautismal, y la recepción de los sacramentos de la Reconciliación (confesión) y Eucaristía. Se debe actuar, por medio de la adaptación pastoral del rito, de modo que el exorcismo no se considere como una acción mágica o supersticiosa, sino una acción de la Iglesia en la perspectiva optimista de la salvación realizada por Cristo en su misterio pascual.

En definitiva, para el adecuado discernimiento entre manifestaciones psicopatológicas y fenómenos sobrenaturales, es necesario que el médico esté abierto a las realidades espirituales, que el director espiritual tenga suficientes conocimientos de psicopatología y que intervengan integradamente, para dilucidar la cuestión en bien de la persona concreta.

37. Cfr. Fortea, p. 122. Respecto a la pérdida de la conciencia, como ya señalamos, Fortea sostiene que en los episodios agudos de ira furiosa hay pérdida de conciencia (cfr. Ibid., 119). Sobre la incidencia de experiencias religiosas en la epilepsia, cfr. O. Devinsky-G. Lai, *Spirituality and religion in epilepsy*, «Epilepsy & Behaviour» 2008: 12: 636-643.

38. Cfr. S.Crown, *Exorcism: concepts and stratagems*, en «Journal of the Royal Society of Medicine» 1979: 72, p. 220.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

Bibliografía

Balducci, C., *Il diavolo*, Milano, Mondadori, 1994.

Bhugra, D. (ed), *Psychiatry and religion: Context, consensus and controversies*, Routledge, London & New York 1997; edición en e-library 2006.

Boehnlein, J.K., (ed), *Psychiatry and Religion: The convergence of Mind and Spirit,* American Psychiatric Press, London– Washington DC, 2000.

Cini Tassinario, A., *Il diavolo secondo l'insegnamento recente della Chiesa,* ed. Antonianum, Roma 1984.

Congregación para el culto divino y la disciplina de los sacramentos, *Rito de los exorcismos,* 1999 (renovado y aprobado por Juan Pablo II).

Font i Rodon, J., *Religion, psicopatología y salud mental*, Paidós, Barcelona-Buenos Aires,etc, 1999.

Fortea, J.A., *Summa daemoniaca*, ed. Dos Latidos, Madrid 2004.

Gagey, J., *Phenomènes mystiques*, en *Dictionnaire de Spiritualité,* Beauchesne, Paris 1984, vol. XII, 1, cols. 1259-1274.

Huguelet, Ph. – Koenig. H.G. (eds), *Religion and Spirituality in Psychiatry*, Cambridge University Press, Cambridge-New York, etc, 2009.

A. M. Josephson, A.M. y Dell, M.L. *Religion and spirituality in child and adolescent psychiatry: a new frontier,* «Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America» 2004 Jan; 13(1):1-15.

W. Kasper, W. y Lehman, K. (eds), *Teufel-Dämonen-Besessenheit. Zur Wirklichkeit des Bösen,* Grünewald-Verlag, Maguncia 1978.

Koenig. H.G. (ed), *Handbook of religion and mental health*, Academic Press, San Diego 1998.

Laurentin, R., *El demonio, ¿símbolo o realidad?,* Desclée de Brouwer, Bilbao 1998.

Marzanski, M. y Bratton, M., *Psychopatological symptons and religious experience: a critique of Jackson and Fulford*, «Philosophy, Psychiatry & Psychology» 2002: 9; 359-371.

Navone, J., *Diablo/Exorcismo*, en S. de Fiores-T. Goffi-A. Guerra (dirs), *Nuevo Diccionario de Espiritualidad*, ed. San Pablo, Madrid 1991, pp. 458-476.

Peteet. J.R.; Lu, F.G.; Narrow, W.E. (eds), *Religious and Spiritual Issues in Psychiatric Diagnosis,* «Journal of the American Psychiatric Association», Virginia 2011.

Prusak, J., *Differential diagnosis of «Religious or Spiritual Problem» – possibilities and limitations implied by the V-code 62.89 in DSM-5*, «Psychiatria Polska» 2016;50(1):175-86.

Sayés, J.A., *El demonio, ¿realidad o mito?*, San Pablo, Madrid 1997.

A. Sims, A. y Cook, Ch. (eds), *Spirituality and psychiatry*, Royal College of Psychiatrists, London 2009.

Suenens, L.J., *Renovación y poder de las tinieblas*, Secretariado Trinitario, Salamanca 1983.

Torelló, J.B., *Psicología y vida espiritual*, Rialp, Madrid 2008.

Triacca, A.M., *Esorcismo*, en *Dizionario de Liturgia,* ed. San Paolo, Cinisello Balsamo (Milán) 2001, pp. 711-735

Turner, R.P.; Lukoff, D.; Barnhouse, R:T. y Lu, F.G., *Religious or spiritual problem. A culturally sensitive diagnostic category in the DSM IV,* «Journal of Nervous and Mental Disease» 1995; 183: 435-444.

Verhagen, P.J.; H.M Van Praag, H.M.; J.J. López-Ibor, J.J. y JCox, J.L. (eds), *Religion and Psychiatry: Beyond Boundaries*, Wiley-Blackwell, West Sussex-Oxford-New Jersey, 2010.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

19

El suicidio como enigma

¿Enfermedad o vacío existencial?

Javier Cabanyes Truffino y Miguel Ángel Monge Sánchez

1. Consideraciones generales

El concepto de suicidio, desde la perspectiva psicopatológica, representa el acto de quitarse uno mismo la vida por considerarla insoportable. También se podrían incluir aquí el conjunto de acciones encaminadas a lograr este mismo fin, por el mismo motivo, pero con la ayuda de otras personas. De este modo, la eutanasia no es otro hecho que un suicidio asistido, si bien, las connotaciones éticas de la ayuda prestada son radicalmente distintas de las derivadas del deseo de morir. Por otra parte, la eutanasia tiene unas amplias implicaciones personales y sociales que escapan a los propósitos de este capítulo.

Entendiendo así el suicidio –quitarse la vida por hacerse insoportable– no se incluiría aquí el fenómeno del terrorismo suicida o las acciones suicidas llevadas a cabo en algunos contextos socio-históricos (Kamikazes, etc.) ya que, aunque el resultado final es el mismo –quitarse uno mismo la vida–, no hay una vivencia de «insoportabilidad» de la propia vida y el deseo de morir representa, más bien, una radical entrega de la vida a unos ideales o motivaciones sublimados.

El suicido, como deseada autolisis, es un hecho absolutamente enigmático cuya consideración genera inquietud, ya que apunta al centro mismo de la condición humana. Representa la más radical pérdida del sentido de la vida. Por esta razón, hablar de suicidio es poner de relieve la contingencia humana y plantear el sentido de su existencia.

La premisa de considerar la vida un valor de gran precio choca con el hecho del suicidio y lleva a preguntarse ¿cómo es posible? ¿por qué una persona se suicida, ¿qué es lo que le lleva a pensar que su vida ya no es un valor preciado? Otras muchas cuestiones surgen ante el sorprendente e inquietante hecho de buscar deliberadamente la propia muerte.

Freud consideraba que la muerte propia es «inimaginable y deficientemente aceptable». Con todo, el suicidio es un hecho cuyas estadísticas señalan una incidencia cada vez más alta y una extensión progresivamente mayor, tanto en el ámbito geográfico como en cuanto a edades.

Los datos ofrecidos por la OMS sobre suicidios en el mundo arrojan la cifra anual de casi un millón de personas. Esta escalofriante cifra urge a dar respuestas a aquellas preguntas y a encontrar la razón de su aparente sinrazón. Sin embargo, encontrar esta respuesta es entrar en la entraña misma del ser humano y plantearse sus cuestiones fundamentales hasta el punto que Camus hacía considerar que «juzgar si la vida merece o no la pena de ser vivida es responder a la pregunta fundamental de la filosofía».

Indudablemente, el suicidio plantea numerosos dilemas éticos. El más radical de ellos es

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

la supuesta libertad para decidir sobre la continuidad de la propia existencia y el consiguiente derecho a dar fin a la propia vida. Sin pretender entrar en las cuestiones de fondo y dejando algunas consideraciones éticas para después, conviene tener presente que difícilmente se puede sostener un derecho y fundamentar un bien, como es la libertad, si se destruye el ámbito donde nacen, que es la vida.

Un análisis más detenido del suicidio hacer ver que es un hecho polimorfo y multifactorial, y tan singular como cada ser humano. Tan es así que sólo es posible acercarse al trágico enigma del suicidio desde la consideración de la persona en singular y de sus circunstancias. Desde esta perspectiva se entiende cómo el acto suicida es el resultado final de una compleja concatenación de factores personales y ambientales. Por tanto, hablar del suicidio en abstracto sirve para hacer consideraciones antropológicas o sociológicas, muchas de ellas de gran valor, pero no para comprender el porqué de esa conducta en una persona concreta.

2. Acercamiento al suicidio

Lo primero que aprende el ser humano es a moverse en sus coordenadas existenciales, es decir, a vivir. Sólo bastante más tarde, en el transcurrir de esa vida, comienza a pensar sobre su sentido. El modo como ha ido elaborando la idea del mundo, de sí mismo y de su papel en ese mundo le lleva a ir dando sentido a su vida –a dar respuesta al porqué y para qué de su existencia– y alimentar los «deseos de vivir» o, por el contrario, verla sin sentido –no encontrar esas respuestas– e ir perdiendo el deseo de seguir viviéndola.

A pesar de todo, aún en las situaciones más extremas de la vida, las ansias de seguir viviendo «perviven» hasta el punto que lo que anida en quien busca el suicidio no es la muerte, como lo opuesto a la vida, sino «otra vida» o, a lo más, el deseo de librarse de una existencia que se hace tan insoportable que la muerte se torna más «llevadera» que la vida y surge el «prefiero morir a seguir viviendo así».

Un primer acercamiento a esta cuestión permite distinguir un espectro de manifestaciones que tienen diferentes relaciones con el suicidio y que están muy influidas por factores socio-culturales. Desde que se insinúan los pensamientos de muerte y adquieren la forma de verdaderos deseos autolíticos hasta que finalizan con un suicidio consumado, hay una larga trayectoria que no siempre llega a su final ni tiene la misma significación clínica y existencial. De hecho, las ideas de muerte o pensamientos de suicidio son notablemente más frecuentes que los suicidios consumados. Entre los adolescentes, se considera que uno de cada diez ha tenido ideas de suicido en el último año, aunque sólo una pequeña parte lo intentará y una proporción aún menor lo consumará. En otras etapas de la vida también se da esta diferente proporción entre la idea, el intento y el acto suicida.

Diferentes variables de edad, sexo, perfil de personalidad, entorno socioeconómico, cultura y creencias condicionan el transcurrir por el espectro suicida. Así, por ejemplo, el intento de suicidio es más frecuente en mujeres, aunque los hombres lo consuman más a menudo y utilizan métodos más violentos. Por su parte, algunos factores culturales contribuyen notablemente en la protección/inducción frente el suicidio (y en modo de llevarlo a cabo) como ocurre en algunas tribus africanas, donde este hecho es impensable, o en el Japón con el hara-kiri (seppuku).

3. Ideas suicidas y acto suicida

Se escapa de los propósitos de este capítulo entrar en el análisis antropológico y psicopatológico de la idea y el acto suicida; sin embargo, interesa señalar que no hay verdadera conducta suicida sin un deseo de morir. Lo contrario es una conducta impulsiva, que no mide bien las consecuencias, o un desmedido afán de riesgo, que pone en peligro extremo la vida, pero que de ningún modo ha querido ni ha buscado específicamente la muerte. Es obvio que este tipo de conductas pueden llevar a la muerte y que,

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

desde el punto de vista de riesgos, hay que tenerlas en cuenta y prevenirlas, pero estrictamente no son auténticas conductas suicidas y su manejo es otro. Con todo, en no pocas ocasiones, pueden asociarse a verdaderos pensamientos suicidas con aumentar notablemente el riesgo de llegar a consumarlo.

Por tanto, todo acto suicida está precedido de ideas cuyos contenidos son la muerte de uno mismo, la autolisis. La génesis y la forma de estas ideas y el modo y la intensidad de la vinculación a los actos son muy diversos y dependen de múltiples factores.

Solomon y Hellon[1] señalaron que el suicidio «es la vía final común y el desenlace de un fracaso progresivo de la adaptación, con aislamiento y alteración de la red de relaciones humanas que nos sostienen y dan significado a la vida, desvaneciéndose esa fuerza misteriosa y vital que hace que toda criatura viviente desee seguir viva».

La idea suicida surge como pensamientos en torno a la propia muerte, que, al menos al principio, nunca es admitida de forma sosegada y serena, pero que se va vislumbrando como solución a un existir insoportable, cobrando progresivamente forma y definición. En consecuencia, la ideación suicida supone siempre una enorme carga emocional, con muchos elementos de ansiedad, porque viene a ser una lucha a muerte contra la idea de la propia muerte.

Las causas por las que pueden irse fraguando ideas de suicidio son muy variadas. Los diferentes estudios llevados a cabo sobre esta cuestión subrayan la pérdida de intereses, falta de recursos económicos, desengaños amorosos, enfermedades, conflictos familiares y problemas laborales.

Sin embargo, muchas personas los sufren y siguen considerando la vida como el «bien más preciado» a pesar, incluso, de que los demás se pregunten ¿cómo puede vivir así?, aun cuando es más fácil encontrar razones para suicidarse que para seguir viviendo. Por el contrario, también hay casos de suicidio en los que no se da ninguno de los factores que podrían hacer insoportable la vida. En estos casos, la pregunta del porqué es aún más acuciante.

Dos cuestiones más se plantean cuando se analiza el grado de correlación entre las ideas de suicidio y el acto suicida: ¿por qué no todos los que tienen ideas de suicidio cometen un suicidio? y ¿por qué no todo acto suicida se consuma plenamente? Es decir, qué lleva a una persona con pensamientos suicidas a realizar actos con esta intención y actos que sean realmente eficaces para esa intencionalidad.

Estas cuestiones y profundas paradojas señalan con claridad que los factores personales tienen un carácter primordial en la explicación del suicidio. Por tanto, las variables ambientales y los hechos o sucedidos pueden ser factores desencadenantes pero nunca determinantes ni suficientes y tampoco necesarios.

Por otra parte, las variables de edad, sexo, cultura, creencias y nivel socioeconómico juegan un papel importante en el proceso suicida. Sin poder ahondar suficientemente en todo ello, interesa señalar el preocupante incremento de las cifras de suicidio en la infancia en correlación con factores socioculturales relativos a la definición y estabilidad de la familia. El niño necesita haber elaborado la idea de muerte para que puedan surgir deseos de morir y esto, que está supeditado a factores socioculturales, es difícil que ocurra antes de los cinco años. Sin embargo, por dramático que resulte y, habitualmente, como respuesta a situaciones insostenibles, el niño puede desear y buscar la muerte, si bien, más como una escapatoria pseudofantástica aunque no exenta de riesgo reales.

4. El proceso suicida

Es muy difícil analizar en abstracto el proceso suicida por lo que para una auténtica com-

1. Solomon MI, Hellon CP. Suicide and age in Alberta, Canada, 1951 to 1977. A cohort analysis. *Arch Gen Psychiatry.* 1980 May;37(5):511-513.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

prensión de los hechos es necesario bajar al caso concreto. Con todo, se considera que el 98% de los casos de suicidio se asocian a algún tipo de psicopatología que tiene como consecuencia un fallo en el «tono vital» con el que se afronta el día a día y se acometen los diferentes avatares de la vida personal.

Dentro del complejo proceso suicida es posible distinguir factores predisponentes, contribuyentes y precipitantes.

Los factores predisponentes representan un conjunto de variables necesarias para que se ponga en marcha el proceso suicida y sin las cuales es muy difícil que se lleve a cabo. Sin embargo, en ningún momento se pueden considerar como determinantes absolutos. Estos factores son aún poco conocidos pero parecen ser, fundamentalmente, de tipo biológico o psicológico.

Los factores contribuyentes son los que aumentan la exposición a los factores de riesgo. Por sí solos, no son capaces de poner en marcha el proceso suicida pero potencian los otros factores de riesgo. Preferentemente, son variables sociales y eventos concretos.

Los factores precipitantes son aquellos que desencadenan el proceso suicida para el que ya existía una predisposición. Estos factores son principalmente psicológicos pero también pueden tener este papel determinados sucesos, tales como conflictos sentimentales, dificultades económicas o problemas laborales.

La concurrencia de todos ellos aumenta significativamente el riesgo de suicidio, si bien, no lo hace por mera sumación sino por interacción compleja. De hecho, el porqué de una conducta suicida no encuentra explicación satisfactoria en la simple concurrencia de factores sino que exige un cierto grado de interdependencia multidireccional de las diferentes variables y nunca terminan de despejarse todas las incógnitas.

Como se ha señalado, estos factores pueden ser de tipo biológico, psicológico (variables de personalidad y psicopatología existente) y sociales.

Los aspectos biológicos son aún poco conocidos. Sin embargo, dado que las ideas de muerte son relativamente frecuentes y la consumación del suicidio es proporcionalmente mucho menor, es sugestiva la propuesta de que exista un facilitador biológico de esa conducta. En esta línea, se ha señalado la existencia de un predisponente genético al suicidio marcado por la presencia de una psicopatología de tipo hereditario. Así, en la depresión, la historia familiar de suicidio es un fuerte predictor de esta conducta. También se ha encontrado cierta correlación entre intentos de suicidio y algunos parámetros neuroquímicos como niveles de neurotransmisores, número de receptores plaquetarios o cifras bajas de colesterol. Sin embargo, los datos disponibles no son plenamente concluyentes y no debe caerse en el reduccionismo de vincular causalmente a la neuroquímica una conducta enormemente compleja como es el suicidio.

Los factores de personalidad son difíciles de individuar pero hay evidencias claras del incremento del riesgo de suicidio cuando están presentes ideas de muerte e impulsividad. De hecho, el riesgo de suicidio es realmente alto cuando, junto a los pensamientos de suicidio, hay un modo de actuar escasamente reflexivo y se produce un hecho emocionalmente negativo. También se ha relacionado el riesgo de suicidio con el estilo de afrontar los problemas, las variables de personalidad que intervienen en su configuración y el grado de sugestionabilidad de la persona, donde los antecedentes cercanos de suicidio pueden ejercer un efecto de aprendizaje en el modo de resolver situaciones. Esto es lo que podría pasar en algunas «epidemias» de suicidio por imitación como las ocurridas en pleno Romanticismo, y las que se pueden dar en ciertos foros de Internet, algunos entornos socioculturales o en determinados contextos familiares.

La psicopatología relacionada con el suicidio es amplia y tiene un gran peso como factor de inducción al suicidio. De hecho, suele estar presente en la mayor parte de los suicidios que se consuman. La depresión mayor es la que, con amplia diferencia, tiene una asociación más estrecha con las ideas y actos suicidas. Sin embargo, todos los trastornos afectivos pueden ali-

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

mentar ideas de suicidio, particularmente cuando se da la siguiente tríada cognitiva:

– Ideas negativas de sí mismo.

– Tendencia a interpretar negativamente las experiencias.

– Ideas negativas del mundo.

Estas tres ideas surgen del manejo inadecuado, deficiente o equivocado de la información relativa a uno mismo y sus circunstancias. Son los denominados «errores cognitivos» que pueden ser de diversos tipos: inferencias arbitrarias, abstracciones selectivas, generalizaciones excesivas, maximización o minimización, personalización, pensamiento absolutista o dicotómico, etc. Estas ideas erróneas tienden a autoconfirmarse y generalizarse, y se van consolidando en patrones cognitivos estables, poco matizados y relativamente rígidos, que irremisiblemente generan expectativas de futuro cada vez más negativas. En esta dinámica, de forma inevitable, surgen ideas y sentimientos de desesperanza que llevan a conceptualizar la situación de irresoluble e intolerable y, por tanto, insostenible, alimentando el deseo de escapar poniendo fin a la existencia.

En la depresión mayor, la profunda tristeza que la caracteriza y los frecuentes pensamientos de incapacidad y culpabilidad inciden en el núcleo más íntimo de la persona causando una honda desesperanza que no encuentra otra salida que acabar con la propia existencia. En este sentido, en la depresión mayor se dan verdaderamente ideas autolíticas en el sentido más radical del término: auto-anulación-existencial.

Por su parte, el heterogéneo grupo de las depresiones menores alimenta las ideas de suicidio como consecuencia de dificultades de adaptación y de escasos recursos para afrontar situaciones. En estos casos, el suicidio es más una huída que un verdadero deseo de dejar de existir.

La idea del suicidio también puede estar presente en otros trastornos psíquicos como son los de ansiedad, algunos de personalidad (particularmente, el trastorno límite de la personalidad), los diferentes tipos de adicciones a sustancias, en gran medida por las interferencias que causan en la actividad psíquica o por las consecuencias que tienen en la vida personal, y los trastornos psicóticos por la grave distorsión de la realidad que ocasionan. Con todo, en la mayoría, suele ser posible atribuir un cierto estado depresivo a la causa del suicidio.

También habría que incluir aquí la psicopatología asociada al padecimiento de enfermedades dolorosas, marcadamente incapacitantes, terminales o de pronóstico muy sombrío. El padecimiento de estas enfermedades exige la puesta en juego de estrategias para afrontar la situación y un manejo de la vivencia de enfermedad que permitan una buena adaptación. Es decir, una vez puestos todos los medios para reducir los padecimientos, el sufrimiento restante (físico, psicológico o vital) debe ser adecuadamente asumido para evitar llegar a una situación insoportable por un futuro que se ve como insufrible o inexistente: el sufrimiento es enorme o la vida termina en la nada.

Asumir ese sufrimiento restante depende de variables de la persona (tanto del perfil de personalidad como del sistema de referencia y valores que se posee) y de los apoyos sociales de los que disponga. En cualquier caso, siempre es un reto para la persona, y no todos logran una suficiente adaptación. Como respuesta a estas dificultades de adaptación surgen la ansiedad y las manifestaciones depresivas.

Las variables sociales que pueden intervenir en el suicidio son diversas y están sujetas a diferentes factores del propio entorno sociocultural. Entre los factores que han ido adquiriendo más relevancia con relación al riesgo de suicidio son el progresivo descenso de la influencia de los valores morales, el aumento de la complejidad de la vida y la sobrevaloración de los derechos individuales. Es decir, la pérdida de principios para la vida, con su papel de referente, la sobrecarga de estresores cotidianos, con el aumento de los estados de ansiedad, y el progresivo individualismo de la sociedad, con su desvinculación egocéntrica, son factores que predisponen o propician a estas conductas.

Por el contrario, entre los principales factores de protección se señala la presencia de valo-

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

res tradicionales, particularmente los que hacen referencia a la familia y recalcando que la cohesión y comunicación en su seno representan un sólido soporte para el deseo de vivir. También son elementos psicosociales de protección la religiosidad, la cultura de la vida y el disfrute del ocio y el deporte. En definitiva, los estilos de vida y las motivaciones que trascienden al propio individuo, generan vinculaciones, subrayan el valor absoluto de la vida, asumen el sufrimiento como parte de la existencia humana, permiten sostener el deseo de vivir aun cuando esa vida se torne difícil. Con todo, no se debe olvidar que estas variables son unas más dentro del amplio conjunto que interviene en el suicidio donde las de tipo psicopatológico tienen el mayor peso. Esto es lo que permite explicar que una persona con una depresión mayor –por ejemplo– sufra persistentes ideas de muerte y pueda llegar a suicidarse teniendo, por otra parte, sólidas convicciones, fuertes apoyos sociales o una profunda religiosidad. Estas variables son importantes puntos de apoyo pero, en determinados casos, no consiguen contrarrestar el peso de la psicopatología, especialmente, en la depresión mayor.

5. El para qué del acto suicida

Como en muchas de las grandes cuestiones antropológicas, también en el suicidio es más fácil encontrar un para qué que un porqué. Además, el para qué del suicidio parece estar menos sujeto a las variables de edad, cultura y contexto social. Aún así, la complejidad del ser humano y de su estar en el mundo, no permiten tampoco dar una respuesta sencilla a esta cuestión.

Aglutinando todos los anteriores factores en la perspectiva psicológica del individuo, las principales «motivaciones» para el suicidio son:

1) la transición a una mejor vida.

2) la liberación y huída de lo juzgado como insoportable.

3) el castigo a otros por un despecho sufrido.

4) la adaptación a una distorsión psicótica de la realidad.

Aunque ninguno de estas «motivaciones» hace referencia a nada específico, cada una quiere apuntar a factores personales diferentes e insinúa un por qué del acto suicida.

La primera de esas motivaciones se relaciona con escasos recursos de afrontamiento y una labilidad emocional, siendo una cierta evasión inmadura. Sin embargo, también puede ser el argumento central en personas que sufren una depresión profunda, cuya vida se hace insoportable (por la angustia, tristeza y desesperanza que conlleva), y en los que el convencimiento de la existencia de una vida mejor les lleva a buscar ese cambio. En estos casos, se suele dar un profundo conflicto interno entre los deberes morales y la angustia de sentirse incapaz de seguir viviendo. La segunda de las motivaciones se asocia con profundos estados depresivos o con intensos sufrimientos físicos, generalmente, vividos desde un enfoque antropológico nihilista o con escasas referencias trascendentes. La tercera, con perfiles de personalidad inestables y poco maduros, representando una respuesta pueril que busca más el castigo de otros que la propia autolisis. Finalmente, la cuarta de las motivaciones carece de toda comprensibilidad al desvincularse de la realidad pero se puede explicar como respuesta a diversos tipos de ideas delirantes (mesiánicas, apocalípticas, de contaminación, etc.).

Si bien la edad no introduce cambios relevantes sobre estas «motivaciones», en la infancia el suicidio suele tener como fin la búsqueda de algo mejor o la huída de algo peor, habitualmente relacionado con la pérdida de las vinculaciones afectivas en el entorno familiar y los miedos que puede llevar consigo. Por su parte, en la adolescencia, dejando al margen las derivadas de un trastorno psicótico, las motivaciones más frecuentes son la huída y el castigo a otros.

La mayoría de estas «motivaciones» pueden quedar, en gran medida, contrarrestadas con algunos de los ya señalados factores sociales de protección. Con todo, cuando las causas (los «porqué») son muy intensas y persistentes, las motivaciones (los «para qué») son más pesadas

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

e impenetrables, lo que permite explicar mejor el suicidio en personas con sólidos factores de protección social (religiosidad, convicciones hondas, vínculos profundos, etc.).

6. Manejo de la conducta suicida

Toda idea de suicidio lleva consigo un riesgo de tentativa de suicidio. Por tanto, no se debe minusvalorar la verbalización de esas ideas y tampoco negar su posibilidad porque no se hayan verbalizado. Con más motivo, cualquier intento de suicidio, aun cuando pueda parecer poco consistente, es un riesgo de consumación del suicidio. Esto es especialmente importante entre los niños y los adolescentes ya que disponen de menos recursos de autocontrol.

Ante la sospecha de ideas de suicidio o frente a su manifestación explícita, indudablemente, la primera medida es lograr que acuda con rapidez al psiquiatra. Si no fuera posible esta actuación, es necesario contactar con el psiquiatra y seguir sus indicaciones.

Inmediatamente, será necesario intentar determinar las causas y los motivos de la conducta suicida, identificando la psicopatología de fondo, analizando los precipitantes, delimitando los factores concurrentes y determinando los recursos personales y sociales con los que cuenta. Todo ello ayudará a definir mejor el riesgo de suicidio en cada caso.

El tratamiento farmacológico es siempre imprescindible, pero el entorno familiar es clave en el manejo de la conducta suicida. La comprensión, el apoyo, el refuerzo afectivo y las estrategias de supervisión son medidas absolutamente necesarias. Con todo, cuando el riesgo de suicidio es alto será necesario el acompañamiento continuado o un ingreso hospitalario.

Conviene tener presente que en la depresión mayor, la manifestación explícita de las ideas de suicidio suele estar restringida al entorno más cercano, se expresa tardíamente, después de un largo y doloroso proceso de duelo privado buscando otras salidas, y con una alta probabilidad de consumación por los medios y momentos elegidos para llevarlo a cabo. Es la expresión clara de la desesperanza vivencial y del deseo de anulación personal como única salida a esa insoportable vivencia. Por tanto, la estrategia más adecuada es facilitar que verbalice las ideas de muerte, incluso, preguntando expresamente por ellas, mostrar comprensión hacia esos pensamientos y sentimientos que dolorosamente ha verbalizado, que experimente contar con un claro punto de apoyo y comprensión, quitarle las connotaciones negativas y los juicios morales que habrá hecho al experimentar esas ideas, y ayudarle a irse dando cuenta de que no son otra cosa que síntomas específicos de la enfermedad, hasta el punto de constituir un elemento de su diagnóstico. Finalmente, hay que pedirle confianza plena en el médico, y paciencia para que la medicación resuelva los síntomas. La explicación de la sintomatología y del proceso de curación suele ser un claro punto de alivio, apoyo y esperanza para el que sufre esta situación.

Por el contrario, en las depresiones menores la manifestación del deseo de suicidarse suele ser amplia, frecuente, temprana y, generalmente, con numerosas tentativas poco eficaces para poder consumarlo. Son, habitualmente, la expresión dramática del deseo de huída, la búsqueda de ayuda y la necesidad de atención. Todo ello lleva a que, a medida que se repiten estos hechos, disminuya la preocupación del entorno por las probabilidades del suicidio. Sin embargo, la realidad es justo la inversa: a medida que se repiten los hechos, aumenta la probabilidad de consumar el suicidio. En estas situaciones, las pautas que se han de seguir son facilitar las manifestaciones afectivas y de desahogo, contribuir a que se relaje brindando apoyos y procurando darle alternativas más adecuadas de afrontar la situación, recalcando que tiene recursos y que cuenta con las ayudas necesarias. En estos casos, es preferible no insistir en que hable sobre sus ideas de suicidio y darles una orientación positiva y desdramatizadora pero nunca ridiculizante o minusvaloradora. Puede ser útil recordarles que «el suicidio es una solución

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

eterna para lo que a menudo no es más que un problema temporal»[2].

Con todo, la medida más importante ante una conducta suicida es dotar de esperanza la vida de esa persona, ya que una vida sin futuro (porque es insufrible o porque termina en la nada) es insoportable. Todo ser humano necesita un futuro por delante para desear seguir viviendo. En este sentido, es literalmente vital encontrar razones para la esperanza. Unas veces estarán en la eficacia del tratamiento médico para eliminar los síntomas, como ocurre en la depresión mayor. Otras veces, en los recursos personales, familiares y sociales para afrontar adecuadamente la situación. Pero siempre, en un intento de mostrar y descubrir la dimensión trascendente del ser humano y el sentido más profundo del sufrimiento.

7. Valoración ética del suicidio

Aunque en la antigüedad no era infrecuente aceptar el suicidio como una forma lícita, e incluso noble, de acabar con la propia vida, en general este acto es reprobado por casi todas las civilizaciones. Desde luego a partir del cristianismo se extiende la idea de que la vida es un don de Dios, que el ser humano recibe, pero no del que puede disponer. La teología moral declara la ilicitud del suicidio con estos argumentos, inspirados en S. Tomás de Aquino[3]:

1) El suicidio entra en contradicción con la inclinación natural a la autoconservación y con el amor hacia uno mismo, va contra la ley natural y la caridad.

2) El suicidio, según Aristóteles, constituye una *iniuria communitatis*, una injuria cometida contra la sociedad a la que pertenece el hombre; porque su vida tiene significado y valor para los demás, el suicida no cumple con sus deberes hacia ellos y les hace daño (esto vale también para la eutanasia).

3) El tercer argumento, tomado de Platón (cfr. *Fedon*), afirma que la vida es un don de Dios, que por consiguiente es el propietario: el hombre no puede considerarse dueño ejerciendo un derecho que no le compete. Quitarse la vida significaría no reconocer la soberanía de Dios. En las culturas donde la sacralidad de la vida era la cosmovisión vigente, el rechazo del suicidio se explicaba también porque el hombre no tenía permitido modificar su destino, que estaba en las manos de Dios.

4) Con el suicidio se destruye algo sobre lo que no se tiene dominio. La propia vida no está disponible, como la mayor parte de las funciones vitales (esenciales para «estar vivo») son independientes de la voluntad (circulación de la sangre, metabolismo, paso de oxígeno a los tejidos, digestión, control térmico…). No es dueño de quitarse la vida quien no se la ha dado.

5) Se podría añadir otro argumento tomado de la filosofía personalista (Kant hace un planteamiento parecido): el ser humano está constituido por una serie de bienes fundamentales (la vida, la salud, la integridad física, psíquica y moral, la intimidad, etc.) de los que nadie puede privarle, ni aun con su consentimiento. Y tampoco el propio titular de esos bienes puede renunciar a ellos de manera directa y absoluta. Hacerlo es atentar directamente contra la persona. Aunque eso no significa que el Derecho tenga siempre que castigarlas. Estos argumentos han sido sustancialmente repetidos en el curso de los desarrollos morales posteriores[4].

6) Hay además una razón moral-cristiana fuerte: el suicidio voluntario es el mayor pecado que se puede cometer contra la caridad para consigo mismo (ya que se priva la vida natural al cuerpo y la sobrenatural al alma). Si la muerte se produce sin tiempo de arrepentirse, el pecador se condena, a menos que su suicidio haya sido efecto de un rapto de locura o enajenación

2. Cohler BJ, Jenuwine MJ. Suicide, life course and life story. Inter Psychogeriatrics, 1995;7:199-219.
3. Tomás de Aquino, *Summa Th.*, II-II, q64 a5.
4. Concilio Vaticano II, *Gaudium et Spes* n. 27; Juan Pablo II, enc. *Evangelium vitae,* n. 66.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

mental, o de sustancias o de lo que sea, que le hayan privado del uso de su razón y su libertad. Además, el suicida quebranta gravemente la justicia con relación a Dios (usurpando su dominio exclusivo sobre la vida del hombre, que pertenece únicamente a Él) y a la sociedad. En el Infierno de la Divina Comedia de Dante, los suicidas son trasformados en árboles muertos, que se hallan en el último círculo, después de los criminales, y no podrán recuperar su cuerpo, que voluntariamente abandonaron.

Hay que recordar sin embargo que el progreso de los conocimientos psiquiátricos ha puesto de manifiesto aspectos motivacionales del comportamiento suicida que no se contemplaban en épocas anteriores. Se ha profundizado más en los significados que este gesto puede manifestar. Conocemos así que el suicida no siempre busca la muerte en cuanto tal sino más bien un camino de solución para problemas existenciales, que percibe como urgentes. En la depresión, por ejemplo, las motivaciones pueden cubrir un espectro muy amplio: puede haber empujes agresivos: contra uno mismo o contra algo externo, con ánimo de castigar así a una persona… Aunque eso mismo puede ser motivo para lo contrario

Por esta mayor sensibilidad hacia los condicionamientos el nuevo Código de Derecho Canónico (de 1983), ha suavizado la severidad del anterior (de 1917) y ya no enumera los suicidios entre los excluidos de la sepultura eclesiástica y de la misa de exequias[5]. Actualmente, la tentativa de suicidio constituye solo una irregularidad para recibir y ejercer las órdenes sagradas[6].

Las ciencias humanas iluminan por tanto el ámbito de la intención y de la libertad efectiva del suicida, dos aspectos que califican el acto de humano. Esto es determinante para la definición misma del suicidio, que tiene en cuenta no sólo la descripción empírica del acto con el que tiene lugar, o se expone a la muerte, sino que implica también la actitud interior que en ese acto se manifiesta: disponer de la propia vida como de una posesión individual, actualmente rechazada y despreciada, cerrada a cualquier otra perspectiva de sentido. Así interpretado, está plenamente admitido por la Iglesia que muchos de los suicidios no ponen de manifiesto un desprecio por la propia vida ni un afán de erigirse en dueños absolutos de ella sino una desesperanza pues se carece de suficientes recursos trascendentes. Al mismo tiempo, insistiendo en lo ya comentado, la Iglesia también reconoce que algunas enfermedades psíquicas, como la depresión mayor o la esquizofrenia, conllevan una importante limitación de la libertad personal que hace que la conducta suicida esté muy descargada de responsabilidad moral.

Por otra parte, conviene volver a remarcar, como medida terapéutica y orientación espiritual, que los deseos de morir de una persona con práctica religiosa, debido a que el peso de seguir viviendo se le hace muy grande, es un síntoma de la enfermedad, carente en sí mismo de connotaciones morales, y que, a la espera de su remisión por el tratamiento, constituye un verdadero camino de santidad donde, con el ejercicio de virtudes humanas y sobrenaturales, se puede vivir un profundo abandono en las manos de Dios, «esperando contra toda esperanza». En cualquier caso, estas situaciones exigen de los demás una profunda comprensión y una extremada delicadeza.

Por último, en algunos casos, la exposición a la muerte tiene lugar en nombre de un valor más elevado que la misma vida física, como puede ser el caso del P. Maximilian Kolbe, y en ese sentido es legítima. En realidad, desde el punto de vista específicamente moral, un suicidio es un acto en el que la muerte es el motivo mismo del acto, no sólo una consecuencia ineludible. Por eso, por ejemplo, no son suicidas los que

5. En realidad, el Código de 1917 no era tan severo: normalmente no se negaba la sepultura eclesiástica si existía duda de enajenación mental aunque fuera pasajera o de que fuera realmente suicidio.

6. cfr. C.I.C, c. 1041:

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

atienden enfermos en graves epidemias, o los soldados, ni tampoco los mártires. El suicidio es aquel comportamiento en que el ser humano se procura la muerte mediante un acto capaz de causarla. Otros casos en los que la muerte puede sobrevenir, incluso inevitablemente, pero no se la elige libremente, no son suicidio.

Concluimos con la conocida anécdota de Santa Teresa de Jesús; dejó de rezar por una persona amiga que se había suicidado («para qué rezar por ella si era inútil», pensaba) y escuchó esta voz de Dios: «Teresa, entre el puente y el río estaba yo…». Queda siempre lugar para la esperanza.

Bibliografía

Bobes-García, J., Sanz, A., Bascarán, M.T., Bousoño, M., Gracía-Portilla, M.P., *Comportamiento suicidas. Prevención y tratamiento*. Ars Médica. Barcelona 2004.

Bousoño, M., García Prieto, A., Bascarán, M.T., *Prevención de las conductas suicidas: aspectos éticos y morales*. «Cuadernos de Bioética», 40 (1999) 644-60.

Palmer, S. ,*Suicide. Strategies and interventions for reduction and prevention*, «Psychology Press», 2007.

Rae, P., Klimo, J., *Suicidio: un libro que puede salvar miles de vidas*. Palmyra, Madrid 2007.

Rojas, E., *Estudios sobre el suicidio*. Salvat, Barcelona 1978.

Ros Montalbán, E., *La conducta suicida*, ELA. Madrid 1997.

http://www.who.int/mental_health/resources/suicide/en/index.html.

http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/suicide.html.

http://www.noah-health.org/es/mental/disorders/suicide.html.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

20

El sueño y sus alteraciones

Problemas y cuidados del dormir

Javier Cabanyes Truffino

El sueño es un fenómeno fisiológico de carácter cíclico, con bastantes manifestaciones paradójicas y sobre el que aún hay muchas incógnitas. Su función principal es la recuperación del organismo, particularmente del sistema nervioso, tras su actividad diurna y está relacionado con los procesos de reparación y consolidación estructural y funcional.

Durante el sueño hay cambios en la producción de neurotransmisores, en el funcionamiento de las sinapsis y en la actividad neuronal. Durante el sueño también hay cambios en el metabolismo general: fenómenos de recuperación muscular, cambios en la actividad hepática, modificaciones en los niveles hormonales y en el flujo sanguíneo, etc. Así, pues, el sueño es, fundamentalmente, una actividad destinada a recuperar y optimizar el funcionamiento, especialmente, del sistema nervioso, siendo diametralmente opuesto a un estado de inactividad o detención de funciones.

1. Neurobiología del sueño

El sustrato neurobiológico del sueño sigue siendo un campo de investigación aunque, en la actualidad, conocemos la mayor parte de su estructura neuronal y neuroquímica y bastantes aspectos de su dinámica y organización funcional. En conjunto, es un complejo sistema de interconexiones neuronales que forman parte de diferentes estructuras cerebrales, con procesos de activación e inhibición regulados por sofisticados mecanismos de homeostasis, que integran información procedente del exterior (estímulos ambientales) y del interior (estímulos corporales e indicadores metabólicos), manteniendo ciclos cercanos al día (circadianos). En este sentido, se distinguen dos procesos de regulación del sueño: 1/ homeostático que tiene como misión el equilibrio entre el sueño y la vigilia y es, por tanto, dependiente de la duración del sueño previo y 2/ circadiano que sigue un ciclo controlado por el núcleo supraquiasmático, que actúa como reloj biológico o marcapasos, y es independiente del sueño anterior.

El núcleo supraquiasmático está situado en el hipotálamo y tiene conexiones directas con la retina, la formación reticular, que regula el estado de alerta, el tálamo y los ganglios basales, implicados en la arquitectura y organización del sueño, y las diferentes áreas de la corteza cerebral, relacionadas con los contenidos de la ensoñación.

El sistema de neurotransmisión interviene en la activación-inhibición de las redes neuronales responsables de la organización del sueño y de su actividad cíclica y en la regulación de los sistemas metabólicos y hormonales directamente relacionados con los ciclos de sueño-vigilia. Los neurotransmisores más relevantes en

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

el sueño son la serotonina, las catecolaminas, la acetilcolina y el GABA.

1. Características del sueño

El sueño lo podemos analizar desde una perspectiva neurofisiológica y desde una perspectiva personal.

a) *Perspectiva neurofisiológica*

Distinguimos aquí el sueño lento o NREM y el sueño rápido o REM[1].

El sueño lento, NREM o sueño sincronizado, se denomina así por tener una actividad bioeléctrica cerebral de ondas lentas sincrónicas y no presentar movimientos oculares. Representa el 75-80% del total de sueño y tiene 3 fases diferentes llamadas N1, N2 y N3. La fase N1 es la transición de la fase de adormecimiento a la de sueño más profundo y ocupa entre el 3 y el 8% del sueño total. La fase N2, generalmente, comienza a los 10-15 minutos del inicio de N1 y abarca el 45-55% del total del sueño. La fase N3 (incluye las antiguamente llamadas fase 3 y 4) ocupa el 15-20% del sueño total y representa un sueño profundo con desconexión completa del entorno o con vinculación muy débil a las vías perceptivas.

Por su parte, el sueño rápido, REM, asincrónico o sueño paradójico recibe esta denominación por tener ondas rápidas, asincrónicas, paradójicamente similares a las de la vigilia, y movimientos oculares rápidos. Ocupa el 20-25% del sueño total. El primer episodio de sueño REM surge a los 60-90 minutos del inicio del sueño NREM. Durante la fase REM se identifican dos estados: tónico y fásico. En el tónico hay desincronización del EEG y atonía muscular esquelética; en el estado fásico hay elevación de la presión arterial, la frecuencia respiratoria, y se observan movimientos de la lengua y actitudes de apretar la mandíbula.

Habitualmente, las dos grandes fases del sueño se alternan cada 90 minutos generando entre 4 y 6 ciclos. El REM va aumentando en duración. La fase N3 predomina en el primer tercio del sueño y el sueño REM en el último.

b) *Perspectiva personal*

Desde esta perspectiva, el sueño tiene un patrón (número de horas y distribución a lo largo del día) y una percepción, individual y subjetiva, del propio sueño.

La calidad del sueño, es un complejo concepto que incluye aspectos cuantitativos (latencia, duración, despertares) y cualitativos (profundidad, carácter reparador). Su medida no es fácil pero no hay una relación directa entre la percepción del sueño y las horas dormidas, mientras que sí la hay con el funcionamiento diurno.

Más del 30% de la población general tiene un sueño de baja calidad que se traduce, fundamentalmente, en problemas para iniciar el sueño, dificultades para levantarse tras el sueño nocturno y somnolencia durante el día.

Las causas de una mala calidad del sueño son primarias (alteraciones específicas del sueño) o secundarias (factores que inciden en el sueño bajando su calidad) entre los que destacan los despertares para ir al baño, las dificultades respiratorias durante el sueño, el frío o el calor, las pesadillas frecuentes y los ronquidos.

La baja calidad del sueño suele tener repercusiones físicas (cansancio, enrojecimiento ocular, bostezos frecuentes, etc.), psicológicas (irritabilidad, déficit de atención y concentración, problemas de memoria, cuadros depresivos, etc.) y sociolaborales (bajos rendimientos, errores frecuentes, accidentes, etc.) con costes asociados variables (bajas laborales, menor productividad, conflictividad, secuelas físicas y psicológicas, etc.).

1. Las siglas REM hacen referencia a la expresión inglesa «movimientos oculares rápidos» (Rapid Eye Movement) que señala la existencia de este tipo de movimientos durante algunos periodos del sueño.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

3. El sueño como necesidad

Si bien en el plano neurobiológico, el sueño representa una intensa actividad de reparación, desde el punto de vista de la persona, el sueño es descanso en el sentido más radical de la palabra: desconexión completa del ajetreo cotidiano, el esfuerzo y las preocupaciones. Así, pues, para la persona, el sueño es un tiempo para descansar absolutamente necesario. De aquí la importancia de que el sueño tenga realmente estas connotaciones.

Todo ser humano necesita dormir y alterna el sueño con la vigilia en ciclos de unas 24 horas (ritmo circadiano). Esta necesidad de dormir un cierto número de horas varía según la edad, el tipo de persona, las demandas externas y el estado de salud. Así, el recién nacido duerme entre 14 y 18 horas, en ciclos inicialmente irregulares y anárquicos (en los 3 primeros meses, duerme durante la noche y tiene 2-3 siestas en el día.). A medida que va teniendo más edad, el tiempo de sueño se acorta y tiende a regularizarse (en la etapa escolar, suele estar entre las 11 y 12 horas), se estabiliza durante la vida adulta (7-8 horas) y tiende a acortarse más y a ser más irregular durante la vejez (5-6 horas nocturnas y 1-2 horas diurnas). De hecho, con la edad hay una fragmentación del sueño nocturno, con despertares frecuentes y disminución del sueño profundo, y una disminución del ritmo circadiano endógeno con tendencia a despertarse antes.

A su vez, cada persona tiene unas necesidades generales y específicas de sueño que dependen de factores biológicos, psicológicos y sociales. En general, la mayor parte de las personas adultas necesitan entre 7 y 8 horas de sueño diarias, sin embargo, hay personas con un patrón de sueño corto (5-6 horas: «poco dormilones») y otras con uno largo (9-10 horas: «muy dormilones»). Además, la pertenencia a uno u otro sexo también señala diferencias en el sueño. Así, por ejemplo, las mujeres muestran gran variabilidad del sueño, en función de las situaciones hormonales (menstruaciones, embarazo, menopausia) mientras que los varones suelen tener mayor estabilidad.

El ritmo circadiano también puede marcar diferencias entre las personas en relación a los propios ciclos. Así, hay personas que inician tardíamente el sueño («trasnochadores») y otros que inician tempranamente la vigilia («madrugadores»).

Por su parte, las variables ambientales (entornos físicos, contextos sociales, ámbitos laborales, eventos concretos, etc.) también inducen diferentes necesidades de sueño. Así, por ejemplo, los trabajos que llevan consigo mucha tensión física y/o psicológica, reclaman más descanso.

Por último, entre el sueño y la salud hay una relación estrecha y compleja en la que están implicados los conceptos de calidad e higiene del sueño.

4. Sueño y salud

El sueño es uno de los requisitos para mantener la salud y el estado de la salud influye muy directamente sobre el sueño.

Cuando no se duermen las horas necesarias la salud física y psicológica se resiente. Las primeras manifestaciones son las de cansancio pero transcurridos pocos días sin dormir aparecen síntomas de desorientación, alteraciones perceptivas y trastornos del pensamiento junto con posibles alteraciones en el funcionamiento orgánico: cambios metabólicos, insuficiencia cardiovascular, etc.

Por el contrario, dormir bien, es una cierta garantía de salud. A su vez, la falta de salud, puede condicionar, directa o indirectamente, problemas en el sueño. Desde los dolores, los problemas digestivos y cardiorrespiratorios, hasta las diferentes enfermedades psíquicas (ansiedad, depresión, trastorno obsesivo, alcoholismo, etc.) pueden interferir o alterar el sueño induciendo, a su vez, más problemas de salud. En definitiva, se puede afirmar que mejorar el sueño es mejorar la salud.

a) *Factores que influyen sobre el sueño*

Además de las variables endógenas del sueño, determinadas por características neurobio-

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

lógicas y psicológicas de cada persona, el sueño está condicionado por un amplio número de variables exógenas que podemos agrupar en personales, ambientales y coyunturales.

Entre las variables personales que influyen sobre el sueño, están la situación anímica y el grado de estrés, las preocupaciones y el cansancio acumulados, los hábitos de sueño y la propia actitud y expectativa ante el sueño. La influencia de estas variables puede ser muy diversa, induciendo, interfiriendo o alterando el sueño. Así, por ejemplo, el estado de ánimo bajo puede impedir dormir, fragmentar el sueño o generar somnolencia.

Las variables ambientales hacen referencia a las características del contexto donde la persona duerme: temperatura, ruidos, luminosidad, comodidad, uso horario, etc.

Los factores coyunturales son un amplio grupo de variables que concurren en el momento de dormir: alimentos y bebidas tomadas, grado de relajación personal y del entorno, tipo de actividad previa, etc.

Como en otros aspectos de la salud, hay una serie de actitudes y conductas que pueden mejorar, y entran dentro de las llamada medidas de higiene del sueño, y otras que lo empeoran, y constituyen hábitos negativos de sueño.

b) *Medidas de higiene sueño*

Este tipo de medidas van destinadas a facilitar el inicio y el mantenimiento del sueño e, indirectamente, mejorar su calidad (tabla 1).

En primer lugar, es necesario fomentar hábitos de sueño apropiados: una hora de acostarse y levantarse lo más regular posible, hacer algo de ejercicio físico 3-4 horas antes de dormir pero reducir la actividad física e intelectual 1-2 horas antes, cenar siempre pero con un margen de 1-3 horas antes de acostarse y hacerlo de forma ligera, tomar un vaso de leche si han transcurrido más de 3 horas de la cena, evitar el consumo de alcohol antes de dormir, tener unas rutinas previas, y relajarse y llevar la mente a contenidos inespecíficos y sosegados. En cualquier caso, conviene no irse a dormir sin sueño pero es necesario fomentar llegar con sueño a la hora de dormir.

En segundo lugar, tener un ambiente propicio y específico, con ruidos blancos, colchón apropiado (ni muy duro ni muy blando), temperatura estable y equilibrada y suficiente grado de oscuridad.

En tercer lugar, mantenerse activo durante el periodo de vigilia, cambiando de actividades, evitando los factores que generan somnolencia (monotonía, comidas pesadas, alcohol, entornos poco estimulados, etc.), sin acumular tensión o con vías para liberarla (ejercicio, actividades lúdicas, etc.) y sin siestas o limitándolas a breves «cabezadas.

En el caso de no conciliar el sueño después de media hora, levantarse, tomar un vaso de leche caliente, realizar algo relajante e intentar volver a dormir llevando el pensamiento a temas tranquilos y sin relación con el intento de dormir.

5. Los sueños

Los sueños, ensoñaciones o actividad onírica son vivencias que el sujeto experimenta durante el sueño. Son, pues, manifestaciones somatosensoriales y afectivo-cognitivas, con marcada vivencia de realidad, que se experimentan estando dormido y que ponen de manifiesto que hay actividad mental durante el sueño.

Las ensoñaciones pueden darse en las diferentes fases del sueño. Los sueños de la fase REM suelen ser muy vivos y realistas, con marcado colorido y con características de tipo cinematográfico. Por el contrario, los sueños de la fase NREM, generalmente, se dan en el sueño profundo y son menos perceptivos y más abstractos. El recuerdo de lo soñado depende, fundamentalmente, de la cercanía con el despertar y, en menor medida de la profundidad del sueño y de la viveza de la ensoñación (los sueños de la fase REM se recuerdan mejor).

Los contenidos de los sueños pueden ser muy diversos y tener connotaciones afectivas distintas, tanto negativas (miedo/terror, ame-

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

naza, culpabilidad, incapacidad) como positivas (alegría, satisfacción, plenitud). El origen de los contenidos de una ensoñación depende de muchas variables diferentes en cada caso. Las variables más relevantes son las experiencias, recientes o pasadas, con importante carga emocional para el sujeto, y los factores emocionales del presente (preocupaciones, situaciones de estrés, eventos futuros). Por su parte, la personalidad también ejerce un papel importante en la elaboración de los sueños tanto por tener un grado mayor o menor de capacidad de ensoñación (en la misma línea que la capacidad de imaginación) como por los recursos que tiene el sujeto para afrontar las experiencias y los factores ambientales. Así, las personas con escasa capacidad para exteriorizar las preocupaciones, temerosas e inseguras, es fácil que elaboren ensoñaciones marcadas por el miedo y la angustia. Por el contrario, las personas más despreocupadas y extrovertidas suelen tener menos ensoñaciones y son de contenido más positivo.

El significado genérico de muchos sueños es revivir situaciones emocionalmente intensas, sin una organización lógica ni una conexión directa con los hechos, pero que señalan la existencia de un marcado componente afectivo, en parte, inconsciente o preconsciente. Así, los sucesos con una alta carga emocional, fácilmente y con frecuencia, irrumpen en los sueños, unas veces reviviendo situaciones remotas de gran impacto personal y, otras veces mezclándose con otros contenidos no vinculados temporo-espacialmente pero que refuerzan las connotaciones emocionales.

En bastantes ocasiones, las persistentes ensoñaciones de fuertes contenidos emocionales negativos, son una vía para la identificación y el tratamiento de trastornos de ansiedad, depresivos y problemas de personalidad. Son, pues, indicadores, no siempre presentes ni igualmente significativos, de algunas psicopatologías pero no son la causa de ellas ni todo su contenido traduce un sentido específico.

En definitiva, en la actividad onírica intervienen muchos factores y la interpretación de las ensoñaciones ni es tan mecanicista y unívoca como pretende el psicoanálisis ni en muchos casos hay una auténtica explicación sino que es la suma aleatoria de fragmentos vivenciales acumulados.

6. Trastornos del sueño

A lo largo de un año, el 30-35% de la población general señala haber tenido alguna dificultad para dormirse, y el 10-20% se quejan de tener problemas importantes con el sueño. A medida que aumenta la edad, se acentúan los problemas de sueño: por encima de los 65 años, el 57% sufre problemas de sueño. A partir de los 30 años de edad, la incidencia de problemas de sueño en la mujer es más alta que en el varón (1,3).

Los trastornos del sueño se pueden clasificar (tabla 2) en primarios (debidos a una alteración específica del sueño) y secundarios (las alteraciones del sueño son debidas a otros trastornos).

a) *Trastornos primarios*

Son problemas en el sueño debidos a una alteración en su sustrato neurobiológico sin que se pueda identificar otro trastorno que lo esté motivando. Los trastornos primarios del sueño se dividen en disomnias y parasomnias (tabla 3). Las disomnias recogen un conjunto de problemas relacionados con el ritmo del sueño (inicio, duración, mantenimiento y regularidad) y las parasomnias agrupan fenómenos anómalos que se dan durante el sueño.

El insomnio primario es una reducción notable de las horas de sueño nocturno sin compensación o muy escasa durante el día. La mayor parte de las veces se manifiesta como dificultades en el inicio del sueño pero sin una clara demora para despertarse (insomnio de inicio). En ocasiones, no hay dificultades para dormirse pero se produce un despertar precoz, mucho antes de completar la media de sueño nocturno sin posibilidad de prolongar el sueño (insomnio de final de sueño). Un tercer tipo de insomnio primario se manifiesta como frecuen-

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

tes despertares nocturnos con marcada demora en la conciliación del sueño (insomnio de mantenimiento). Por último, también hay dificultades que afectan a todo el periodo de sueño (insomnio global).

El insomnio primario es raro ya que, generalmente, es posible identificar algunas de las causas del insomnio secundario (personales o ambientales) y una dinámica circular de autoperpetuación: las dificultades para iniciar el sueño activan un alerta en la situación de dormirse que interfiere el sueño, confirmándose el temor a no dormirse y aumentando el grado de activación en el momento del sueño.

Las consecuencias de insomnio son cansancio, bajos rendimientos en las actividades y episodios de somnolencia diurna, nunca suficientes como para compensar la reducción nocturna pero, con frecuencia, son causa de cronificación del problema al generar cambios en el reloj biológico de regulación del sueño y reducir el cansancio previo al momento de dormir.

La hipersomnia primaria representa una excesiva prolongación de la duración del sueño nocturno, no debida a enfermedades concretas ni consecuencia de periodos de insomnio. Conviene diferenciarla de la somnolencia diurna relacionada con la comida (previa o posterior), la toma de alcohol, el cansancio físico o la mala calidad del sueño nocturno.

La narcolepsia es un trastorno de base genética que se manifiesta como episodios de brusca e intensa somnolencia, de carácter irrefrenable, que surgen de forma inesperada en varios momentos del día y que, con frecuencia, se acompañan de un fenómeno de pérdida de tono muscular, que provoca caída al suelo, denominado cataplejía. El diagnóstico de este trastorno se completa con la identificación de un acortamiento en la latencia del REM y la positividad en el estudio genético. El tratamiento farmacológico logra una buena remisión de los síntomas recuperando la calidad de vida.

Los trastornos del ritmo circadiano son problemas en la dinámica del ciclo sueño-vigilia con adelantos, retrasos o fragmentación de las fases. La causa más frecuente es la irregularidad en el horario de descanso nocturno (cambios de turno laboral, vuelta al horario laboral o escolar después de las vacaciones, periodos de estudio nocturno, desorden personal, etc.), cambios de hora estacionales, frecuentes cambios de uso horario (jet lag) y, sobretodo, desplazamiento de la hora de levantarse por retraso en el inicio del sueño (de dormirse – insomnio – o de irse a dormir – hábitos). El tratamiento consiste en ir recuperando el ritmo circadiano con progresivos retrasos o adelantos de la hora de dormirse, evitando dormir en otros momentos, manteniéndose activo en los periodos de vigilia (realizar tareas, luminosidad, estimulación ambiental), creando un entorno favorecedor del sueño (oscuridad y silencio) y, en su caso, utilizando la melatonina como regulador de las fases de sueño.

Los trastornos relacionados con la respiración los constituyen las consecuencias de episodios de apnea durante el sueño. La apnea representa una interrupción de la entrada de aire en los pulmones por falta de inspiración o por un obstáculo en las vías respiratorias. La ausencia del movimiento de inspiración durante el sueño es consecuencia de alguna alteración en las redes neuronales del centro de control respiratorio por lo que se denominan apneas centrales del sueño. La obstrucción de la vía respiratoria, por hipertrofia de las estructuras nasofaríngeas, desplazamiento posterior de la úvula o de la lengua, espasmos laríngeos, etc., causa las denominadas apneas periféricas del sueño que se suelen acompañar de ronquidos que, a su vez, pueden interferir el propio ritmo de sueño.

Las apneas del sueño producen baja calidad del sueño nocturno (cansancio, problemas de concentración, bajos rendimientos en las actividades, etc.) con somnolencia diurna y se asocian a problemas vasculocerebrales. El diagnóstico se confirma realizando un estudio de sueño o polisomnografía. El tratamiento está en función de sus causas y gravedad. Con frecuencia requiere la aplicación de oxígeno durante el sueño (mascarillas de oxigenoterapia con presión positiva) y, en ocasiones, la corrección quirúrgica de la obstrucción de las vías respiratorias durante el sueño.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

Las pesadillas son ensoñaciones o fenómenos oníricos, de marcado contenido negativo (amenazas, temores, etc.) que suelen surgir en alguna fase REM de la segunda mitad del sueño. Con frecuencia, despiertan a la persona en un clima de temor y desasosiego que va remitiendo al percatarse de ser una ensoñación. Los niños suelen llorar solicitando ayuda a los padres o acudir asustados a su habitación. En otros casos, quedan como vagos recuerdos negativos o la vivencia de un sueño no reparador. Son fenómenos que se pueden considerar como normales, particularmente, en la infancia. Sin embargo, cuando las pesadillas son muy frecuentes e interfieren mucho el sueño es necesario identificar posibles factores causales (situaciones conflictivas, traumas psicológicos, abundantes contenidos de miedo en películas o conversaciones, etc.) e intentar corregirlos.

Los terrores nocturnos son episodios de gran ansiedad y pánico, con gritos y llantos, acompañados de intensas manifestaciones vegetativas (sudoración, palpitaciones, hiperventilación, dilatación pupilar etc.) a veces, con un despertar breve y superficial pero, habitualmente, manteniéndose profundamente dormido y con escasos recuerdos posteriores. Generalmente, ocurre en la fase de sueño profundo (N3) del primer tercio del sueño. Es un fenómeno frecuente en la infancia con tendencia a la remisión espontánea. Si se prolonga en el tiempo, aparece en la vida adulta o tiene una intensidad grande, es necesario indagar sobre los posibles factores causales (situaciones traumáticas o de estrés, conflictividad, etc.).

El sonambulismo es otro fenómeno propio del primer tercio del sueño, en la fase de sueño profundo. Se manifiesta por automatismos motores, realizados estando dormido, cuya complejidad va desde simples incorporaciones parciales en la cama hasta deambular por diferentes sitios durante tiempos variables. Al darse durante el sueño profundo, la conexión sensitivo-perceptiva es muy escasa, las respuestas son automáticas y no suele recordarse nada. Es una parasomnia frecuente en la infancia y la adolescencia que no suele tener más implicaciones patológicas que el posible riesgo de lesión por los automatismos motores. Tiene un cierto carácter familiar y puede mantenerse, con menor intensidad, durante la vida adulta.

Los somniloquios son palabras aisladas, frases cortas y, a veces discursos más o menos largos o canciones producidos estando dormido en la fase N3 del sueño lento. Con cierta frecuencia se asocia a terrores nocturnos y sonambulismo.

En bruxismo es el continuo movimiento de la mandíbula, con rechinar de dientes o contracción mantenida de la musculatura maxilar durante el sueño, generalmente, en la fase N2 de sueño lento. Está relacionado con estados de ansiedad (situaciones de estrés) o con rasgos de ansiedad (modos de ser nerviosos) y sus consecuencias suelen ser desgaste de los molares y dolorimiento facial y temporal o cefaleas matutinas. El tratamiento requiere abordar las causas y utilizar prótesis bucales de descarga durante el sueño.

La enuresis nocturna representa la pérdida de control vesical durante el sueño y se puede dar en cualquiera de sus fases. Es frecuente en la infancia relacionado con un moderado y no relevante retraso en el proceso de neuromaduración. Generalmente, se resuelve limitando la toma de líquidos un tiempo antes de acostarse y fomentando el hábito de orinar antes de dormir. En ocasiones, es necesaria una intervención psicoeducativa (refuerzos positivos, avisadores, etc.) por la persistencia del problema y sus consecuencias (cambios continuos de ropa y sábanas, limitación para dormir fuera de casa, baja autoestima, etc.). Más raramente, es necesario el uso de alguna medicación. Cuando la enuresis nocturna aparece en la infancia después de un periodo de adecuado control es necesario considerar factores causales específicos, particularmente, estados ansioso-depresivos. En etapas más tardías, siempre hay que descartar causas urológicas y neurológicas.

Los despertares confusionales son dificultades para orientarse, temporo-espacialmente y con respecto a lo que rodea, en el momento de despertarse pudiendo prolongarse desde unos minutos hasta algunas horas. Durante ese tiem-

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

po, las reacciones y respuestas son torpes, automáticas y paradójicas, a veces, agresivas, y van normalizándose de forma espontánea con un escaso recuerdo de la situación. Su significación es escasa, suelen tener un cierto carácter familiar y están relacionados con despertares «difíciles» que señalan peculiaridades en la arquitectura del sueño.

La parálisis del sueño y las alucinaciones hipnagógicas e hipnapómpicas son parasominas que sugieren pequeñas alteraciones en las fases del sueño. En la parálisis del sueño el sujeto experimenta imposibilidad para moverse unos minutos antes de quedarse dormido o inmediatamente después de despertarse. En esos mismos momentos, pueden experimentarse, respectivamente, alucinaciones hipnagógicas e hipnapómpicas como fenómenos visuales o auditivos muy vivos. Estas parasomnias no suelen indicar nada más que pequeños déficit en la fisiología de alguna de las fases del sueño.

Los trastornos del comportamiento en el sueño REM se relacionan con la pérdida de la atonía muscular propia de esta fase y se manifiesta por movimientos bruscos, amplios y, a veces, violentos de las extremidades con riesgo de lesiones. Este tipo de parasomnia se ha relacionado con enfermedades degenerativas del sistema nervioso central (enfermedad de Parkinson, demencias, etc.) y por lo que siempre requieren un estudio específico.

b) *Trastornos secundarios*

Este tipo de trastornos señalan alteraciones en el sueño debidas a otros problemas. La mayor parte, se manifiestan como insomnios o como hipersomnias, con las mismas características que las primarias pero con un factor causal específico de tipo somático (obesidad, enfermedades metabólicas, endocrinas, neurológicas, cardiorrespiratorias, etc.) o psíquico (ansiedad, depresión, obsesiones, etc.). Con todo, las causas más frecuentes de insomnio son los factores ambientales (temperatura, oxigenación, luminosidad, ruidos, comodidad, etc.), los hábitos inadecuados (ausencia de horario, consumo de sustancias estimulantes o de efectos paradójicos, como el alcohol, cenas copiosas o de difícil digestión, actividades activadoras –lecturas, música, películas, trabajo, etc.–) y algunas características personales (sensibilidad al discreto efecto estimulante de algunos alimentos, como el chocolate, los cítricos o los quesos curados, tendencia a considerar reiterativamente temas, con cierta dificultad para cambiar el contenido del pensamiento, hipersensibilidad a los estímulos ambientales, etc.).

El síndrome de las piernas inquietas se manifiesta por una sensación de molestias inespecíficas en las piernas (pesadez, dolorimiento, hormigueos, etc.) que surgen en reposo, especialmente, al final del día, y que se alivian al mover las piernas impulsando a mantener las piernas en continuo movimiento. En la fase de adormecimiento, la inquietud de las piernas interfiere el sueño. Este síndrome puede darse de forma aislada pero, con frecuencia, se asocia a un déficit de hierro, insuficiencia venosa o enfermedad de Parkinson. También se ha relacionado con los movimientos periódicos de las piernas durante el sueño, si bien, en la actualidad, se considera que son problemas distintos.

Las epilepsias nocturnas del lóbulo frontal son fenómenos que aparecen durante el sueño, con algunas manifestaciones similares a los terrores nocturnos o el sonambulismo pero corresponden a verdaderas epilepsias. El registro electroencefalográfico identifica una actividad epiléptica en las estructuras frontales y suelen remitir bien con el tratamiento farmacológico específico.

7. Tratamiento del insomnio

El punto de partida del tratamiento del insomnio es definir en que periodo del sueño se producen las dificultades. El segundo paso es identificar los factores que intervienen, valorando si son específicos del sueño (primarios) o son debidos a otros problemas (secundarios). Los factores que pueden interferir el sueño son de tres tipos:

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

– Predisponentes: son un riesgo de insomnio pero no suficientes ni absolutamente necesarios. Los más frecuentes son la hiperactivación somática o/y cognitiva (primarias – forma de ser –o secundarias– ejercicio, emociones intensas, estimulantes, etc.), y la reducción de la vía homeostática (menor respuesta de compensación a la baja calidad del sueño antecedente).

– Precipitantes: son un amplio conjunto de factores (endógenos y exógenos, primarios y secundarios) que directamente interfieren el sueño, particularmente, si hay una predisposición: enfermedades somáticas y psíquicas, cambios de ritmo circadiano, consumo de estimulantes, etc.

– Perpetuantes: intervienen manteniendo el problema de sueño para el que existía una cierta predisposición y se desencadenó por la presencia de factores precipitantes. Muchos son hábitos de sueño negativos (excesivo tiempo en cama, irregularidad en los horarios, etc.), otros tienen que ver con los procesos psicológicos de autoperpetuación y algunos son factores ambientales persistentes.

Gran parte de las variables de tipo secundario pueden ser tratadas específicamente (estímulos ambientales, hábitos de sueño, enfermedades concretas, etc.) lo que supondrá una mejoría en el sueño.

El componente primario del insomnio requiere valorar las variables personales y ambientales implicadas e introducir las medidas de higiene del sueño. En el caso de no ser suficientemente eficaces, se debe valorar la necesidad de técnicas de relajación, un reajuste y restricción de las horas de sueño y la conveniencia de utilizar algunos productos naturales para inducir el sueño (melatonina, melisa, valeriana, tila, etc.). Al mismo tiempo, son útiles la introducción de algunas estrategias de manejo de los pensamientos y de desensibilización hacia el insomnio. En esta línea, es eficaz fomentar la intención paradójica que representa ponerse psicológicamente en la postura opuesta, la de no querer dormirse.

Cuando el insomnio está asociado a trastornos del ritmo del sueño o es la causa de un desajuste de fases, es útil realizar una cronoterapia apoyada con fototerapia (sesiones de exposición a la luz).

Si no se logra una mejoría significativa en los problemas de sueño, es necesario utilizar algún fármaco específico, pero siempre bajo prescripción y seguimiento médico. La elección del psicofármaco depende de las características del insomnio y de los factores implicados. Para el insomnio de inicio, se suelen utilizar los inductores del sueño debido a su corta duración dirigida a facilitar el sueño y no a mantenerlo. Un posible efecto secundario es la reagudización del insomnio al retirar el inductor que se evita haciéndolo de forma gradual. Para insomnios de mantenimiento, de final de sueño o globales, se suelen utilizar los hipnóticos que inducen igualmente el sueño pero tienen una acción más prolongada. Los efectos secundarios de estos fármacos suelen ser la somnolencia diurna, algunos problemas de memoria y manifestaciones de abstinencia al retirarlos bruscamente.

En el tratamiento del insomnio, convienen tener presente que el primer objetivo es regularizar el sueño no eliminar los psicofármacos, por tanto, su retirada está supeditada a la mejora del sueño. En este sentido, es preferible asegurar el sueño, que es una garantía de la salud, aunque sea apoyándose en la medicación que evitar los fármacos y no lograr regularizar el sueño. En cualquier caso, el uso de la medicación en el insomnio siempre debe partir de fomentar la higiene del sueño y de abordar los factores negativos.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

Tabla 1

Higiene del sueño

Horario estable de acostarse y levantarse
Actividad física 3-4 horas antes de dormir
Disminución de la actividad física y psíquica 1-2 horas antes
No consumo previo de alcohol
Cenas equilibradas y ligeras
Rutinas previas
Ambiente apropiado
Pensamientos sosegados, inespecíficos y no relacionados con el sueño
Activación durante la vigilia

Tabla 2

Trastornos del sueño

Primarios	***Secundarios***
Disomnias	Ambientales, sustancias activadoras
	Consumo sustancias activadoras
Parasomnias	Enfermedad somática
	Enfermedad psíquica
	Síndrome de piernas inquietas
	Epilepsia nocturna del lóbulo frontal

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

Tabla 3

Trastornos Primarios del Sueño

Disomnias	***Parasomnias***
Insomnio primario	Pesadillas
Hipersomnia primaria	Terrores nocturnos
Narcolepsia	Somniloquios
Trastorno del ritmo circadiano	Sonambulismo
Relacionado con la respiración	Bruxismo
No especificado	Enuresis nocturna
	Despertares confusionales
	Parálisis del sueño
	Trastornos de conducta en el sueño
	Alucinaciones hipnagógicas e hipnapómpicas

Bibliografía

Cabanyes, J., *Dormir y soñar,* EUNSA, Pamplona 2015.

Lee-Chiong, L., *Sleep medicine*, Essentials. Wiley-Blackwell. New Jersey 2009.

Gonzalo, LM., *Dormir mejor: causas y tratamiento del insomnio*, EUNSA, Pamplona 1991.

Lugaresi, E. y Omicini, L., *El sueño, los sueños, un mundo misterioso*, EUNSA, Pamplona 1999.

Miró, E. y Buela-Casal, G., *Trastornos del sueño*, en: Álava-Reyes MJ, *La psicología que nos ayuda a vivir*, La Esfera de los Libros. Madrid, 755-772. 2007.

Velayos, JL., *Medicina del sueño. Enfoque multidisciplinario*, Editorial Médica Panamericana, Madrid 2009.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

21

Trastornos psiquiátricos en la infancia y en la adolescencia

César Soutullo Esperón, Carlos Chiclana Actis, Pilar Gamazo Garrán, Azucena Díez Suárez, Inmaculada Escamilla Canales y Ana Figueroa Quintana

El conocimiento de las distintas etapas del desarrollo es importante para evaluar los comportamientos y nivel de adquisiciones (cfr. Cap. 10). Conductas que a una edad son normales, tienen una interpretación distinta en otra. El niño no está excluido del riesgo de padecer enfermedades psiquiátricas, aunque la expresión y características de la psicopatología difiere respecto al adulto.

La prevalencia de psicopatología en la población infantil y adolescente se encuentra en torno al 15%. La detección precoz permite mejorar el pronóstico y proporcionar un tratamiento temprano y ajustado a la patología para así devolverle a su nivel de funcionamiento previo.

Para evaluar la psicopatología de un niño se ha de obtener información tanto de los padres y del ambiente escolar, como del niño. Puede generar temor o incertidumbre que el niño tenga que «hablar con un psiquiatra», por si puede quedar «traumatizado» o pensar que «está loco». De acuerdo con la edad, madurez y comprensión de los síntomas, se le explicará por qué se va a ver al médico.

El niño y el adolescente se mueven en distintas áreas de funcionamiento (hogar, familia, colegio y amigos) y su exploración psiquiátrica requiere de varias evaluaciones, con especial atención a la perspectiva familiar así como al entorno desde el cual surge la demanda.

1. Exploración psicopatológica

a) *Entrevistas individuales*

Con los padres: se les preguntará el motivo de consulta y todo lo relacionado con el desarrollo y evolución de su hijo. No deben preocuparse si han acudido antes a otros profesionales; es algo habitual y no molesta al buen profesional. Puede ocurrir que presenten sentimientos de preocupación, vergüenza, culpa y ambivalencia (amor-frustración) hacia el «hijo difícil», que teman ser juzgados o dañar la relación con el hijo por acudir a consulta. Conviene que pongan estos temores en conocimiento del médico, que les dará las orientaciones adecuadas. Es habitual que se valore la dinámica familiar en todos los casos, no porque se sospeche algo en particular. El médico evaluará al niño y a la familia a fondo, con numerosas preguntas que pueden parecer «excesivas y repetitivas», pero son necesarias para la correcta atención del niño.

Con el niño: debe evaluarse siempre individualmente, para explorar su punto de vista. Un adolescente quizás preferirá hablar primero con el médico sin la presencia de los padres. Sin embargo, en general es preferible entrevistarle después de haber obtenido la historia de los padres en presencia del niño. Al principio es frecuente que no quieran hablar por varios mo-

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

tivos: no sabían nada de la consulta, no saben el motivo, no querían venir a ver al psiquiatra, les cuesta hablar con extraños. Se debe pasar algún tiempo intentando establecer una relación terapéutica, pues con frecuencia el niño desconfía y tiene miedo. Facilitará la entrevista si, quien lo lleve a la consulta, lo prepara mínimamente explicándole alguno de los motivos por los que acude al médico y advirtiéndole que le preguntarán muchas cosas sobre la familia, el colegio, relaciones individuales y colectivas, relaciones sociales y rendimiento académico, aficiones, amigos, o que le pedirán que dibuje o que haga alguna prueba.

Se explorará también la apariencia física y el comportamiento, la relación y cómo reacciona a la separación de sus padres, el nivel de cognición (inteligencia y memoria), el afecto y el humor (tristeza, enfado, euforia, sentimientos de culpa, autoestima, desesperanza), así como la forma y contenido del pensamiento, la presencia de síntomas psicóticos, de ansiedad, obsesiones y compulsiones, o las ideas de suicidio. Valorará también el nivel de fantasía o deseos, y la conciencia de enfermedad («insight») o capacidad de juicio sobre la situación. Recogida de información colateral (ej.: el Colegio): se evalúa el comportamiento, rendimiento académico y relaciones sociales con compañeros y con adultos.

Utilización de instrumentos estandarizados como cuestionarios y test.

Pruebas complementarias como analítica, EEG, imagen cerebral, etc.

Evaluación psicológica que incluya pruebas de inteligencia, personalidad y neuropsicología.

Todo esto nos permitirá realizar una «formulación biopsicosocial» que incluirá factores biológicos (desarrollo del niño, problemas médicos, carga genética y factores congénitos), psicológicos (temperamento del niño, inteligencia, interacción con los padres, dinámica familiar) y sociales (quién vive con el niño, amigos, educación, ocupaciones, vivienda, nivel económico, religión, etnia, emigración).

Se tendrá en cuenta que, en la mayoría de los casos, son los padres quienes traen al niño buscando ayuda, por lo que es importante mantener una actitud de respeto y comprensión hacia sus necesidades, que en ocasiones es necesario redirigir. El ambiente familiar ejerce una importante influencia sobre el niño y los problemas de relación del matrimonio, problemas psicológicos o médicos de hermanos y familiares que conviven con el paciente; y el estilo de disciplina de los padres puede tener una gran repercusión sobre él.

Es esencial distinguir si un comportamiento es normal o no según la edad. Según el estado evolutivo en que se encuentra el niño se deben valorar las expectativas familiares y escolares respecto al rendimiento y al funcionamiento del niño en esos entornos.

b) *Diagnóstico y tratamiento*

El diagnóstico incluye trastornos clínicos, problemas incipientes de la personalidad, inteligencia, enfermedades médicas, problemas psicosociales y ambientales, rendimiento académico y la evaluación de la actividad global.

El tratamiento dependerá del diagnostico y se hará un plan terapéutico para abordar la situación desde los diferentes ámbitos: farmacológico, de apoyo escolar, psicoterapéutico, terapia familiar, etc.

c) *Confidencialidad en niños y adolescentes*

A veces, puede haber una tensión entre la necesidad de «confidencialidad» del niño, y la de los padres de conocer qué le ocurre a su hijo. En el caso de los grave o serio (suicidio, homicidio obligado compartir la información con los padres.

d) *Ingreso hospitalario de menores en Psiquiatría*

A veces es necesario para evaluar los síntomas, para intervención en crisis o estabilización. Se proporcionarán ambiente, cuidados y programas de atención adecuados para su edad. Supone una separación de los padres, lo que puede ser un aspecto positivo (en caso de disfunción

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

o riesgo en el ambiente familiar) o de dificultad (en casos de gran apego familiar). La familia ha de dar su consentimiento por escrito de que aceptan el ingreso de su hijo. Si no acepta y existe un riesgo para el niño, se recurriría, en su caso, a la Jurisdicción de Menores, aunque, dependiendo de las diferentes legislaciones, se deba comunicar al juez el ingreso de un menor (así sucede, en concreto, en España).

Durante la hospitalización, se someterán –si es necesario– a un tratamiento farmacológico y ambiental –terapias grupales, ocupacionales o recreacionales– y un tratamiento de psicoterapia individual.

e) *Consideraciones generales*

Los padres, profesores, tutores, orientadores y directores espirituales de instituciones educativas con sus alumnos, así como los párrocos con sus feligreses y alumnos de catequesis, etc., han de ser prudentes, pues, a veces, se puede enjuiciar desde el punto de vista moral una conducta patológica que, en vez de una recomendación moral, requiere un tratamiento médico o, en ocasiones, ambas cosas.

Aunque hay síntomas claros que a cualquiera le harían aconsejar un reconocimiento médico, como, por ejemplo, alguien que afirmara que «se le aparece Dios Padre para decirle que es un elegido para ser el nuevo Cristo y renovar el mundo», hay otras manifestaciones más sutiles que exigen de las personas que trabajan con niños y adolescentes formación, estudio y petición de consejo. Algunas de estas manifestaciones pueden ser la tendencia a la melancolía, una timidez excesiva, un carácter rígido y perfeccionista, una afectividad variable y lábil, un impulso sexual exagerado, etc. Algunos de estos temas han sido tratados en otro lugar y pueden ser detectados en edades tempranas para facilitar que se corrija el rumbo y se pongan los remedios oportunos cuanto antes.

Consideramos aquí algunas ideas generales que pueden resultar de utilidad:

1. «Cuando el río suena, agua lleva»: ningún niño se levanta de la cama con el proyecto de «fastidiarse la vida», llevarse mal con sus padres, fracasar en los estudios, tener pocos amigos y ser solitario, estar amargado y no disfrutar, pelearse con la gente, destrozarse el cerebro con droga, etc. Ante circunstancias así se podría pensar que «él es así», «lo hace porque quiere», «le falta voluntad, es un vago», «ya cambiará cuando madure con los palos que da la vida», etc., o podemos tratar de ayudarle y de poner remedio a sus problemas, sean de voluntad y pereza, sean de enfermedad y medicina. Hay que evitar que nuestra primera hipótesis diagnóstica sea siempre que la causa de los problemas del niño son los padres o el ambiente. Generalmente, la mayoría de los padres lo hacen lo mejor que pueden.

2. Enferma quien puede, no quien quiere. No conocemos a ningún niño que haya enfermado por ir al médico, pero sí por no acudir. Es preferible que pase vergüenza o cierta intranquilidad por tener que visitar al psiquiatra para descartar la presencia de una patología, que enfermar y deteriorarse por evitar ese mal trago, o detectar un problema sólo si se convierte en grave. Negar la realidad no aporta soluciones

3. Lo raro es raro, y además suele acabar mal. En las conversaciones con los niños o padres, profesores, tutores, orientadores, etc., pueden salir a relucir comportamientos, pensamientos o formas de sentir que llamen la atención. Es más prudente preguntar entonces y darle una importancia proporcionada, que dejarlo pasar a ver si cambia solo o si se diluye por arte de magia.

4. Ante la duda, consultar. En caso de duda, es más prudente consultar a un especialista, que no hacerlo por temor a parecer ignorante o por creerse sabios. Por ejemplo, lo normal es que el director espiritual o educador, orienten espiritual o académicamente, pero no es su obligación saber medicina y es peligroso aventurarse por terrenos desconocidos

5. «A Dios rogando y con el mazo dando». También los padres, tutores, etc., habrán de actuar con prudencia en el discernimiento de la vocación, cuando algún adolescente con síntomas psiquiátricos muestre inquietudes de este

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

tipo. Se ha de ayudar a la persona a encaminarse hacia Dios por la vía más adecuada y proporcionada a sus circunstancias personales, sin cargarle con pesos que no podrá llevar, por ciertas características patológicas de su personalidad u otros síntomas. Tampoco sería conveniente aconsejarle un modo de vida en el que se piense que es más fácil pasar inadvertido, porque prevea o perciba –consciente o inconscientemente– que ahí su existencia será más llevadera o soportable. Es verdad que las personas pueden cambiar, pero hay que recordar que Dios no pide lo que no se puede dar.

2. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)

El TDAH es el trastorno psiquiátrico más frecuente en la edad pediátrica (2-12% de los niños), fue descrito hace más de un siglo y, desde 1994, se llama así. La frecuencia máxima (8%) ocurre entre los 6 y 9 años. Se da en todas las zonas del mundo y es más frecuente en varones. Con frecuencia, aparece acompañado de otros trastornos. Se desconoce su causa, aunque hay componentes genéticos y medioambientales.

Hay tres tipos: combinado, inatento e hiperactivo-impulsivo. La relación niño/niña es de 4:1 para el tipo hiperactivo-impulsivo y 2:1 para el tipo inatento.

a) *Descripción clínica*

Es un trastorno psiquiátrico de origen biológico con transmisión genética, que afecta la capacidad para regular el nivel de actividad (hiperactividad), inhibir o frenar sus pensamientos o su comportamiento (impulsividad) y prestar atención a las acciones que realizan (inatención).

Los niños con inatención tienen muchas dificultades para mantener una actividad, no completan los trabajos ni atienden a detalles, por lo que tienen malos resultados académicos. Suelen ser poco populares entre sus compañeros porque no atienden y no cumplen las normas de los juegos. En las tareas aburridas o repetitivas no obtienen buen rendimiento y se distraen con facilidad con estímulos irrelevantes.

La hiperactividad consiste en un movimiento continuo, sin motivo, fuera del sitio adecuado, con dificultades para permanecer sentados durante mucho tiempo. Esto molesta e interrumpe a los que se encuentran a su alrededor, produciendo consecuencias sociales negativas. Otras veces, dicen que se sienten inquietos o nerviosos. Son ruidosos y hablan en exceso. Esta actividad física es variable según las situaciones y el grado de desarrollo del niño, ya que, con la edad, la hiperactividad tiende a disminuir y se convierte en movimientos finos de manoseo, movimiento continuo de los pies mientras están sentados, etc.

Los niños impulsivos tienen dificultades para inhibir o modular sus respuestas o reacciones inmediatas ante un estímulo. Les resulta difícil no hacer lo primero que se les ocurre o esperar su turno, y no reflexionan sobre las consecuencias de sus actos. La impulsividad persiste en la edad adulta, por lo que se ven con mayor frecuencia involucrados en actividades peligrosas como accidentes de tráfico.

Otros síntomas del TDAH son:

– Dificultad para las relaciones con otros niños y adultos. No ajustan su respuesta a la situación (por ejemplo: pasar de los juegos y bromas del recreo al trabajo de clase). Por ello suelen ser impopulares con los padres, hermanos y profesores, y tienen pocas amistades duraderas.

– Bajo rendimiento escolar. Desarrollan problemas de aprendizaje por dificultades para la organización, mala memoria secuencial, déficit en actividades psicomotrices finas y gruesas, y habilidades cognitivas improductivas.

– Baja autoestima. Debido a tener pocos amigos, a meterse en problemas con padres, hermanos, profesores, y al mal rendimiento escolar, tienen una sensación crónica de fallar en todo.

– Comorbilidad. No suele aparecer aislado, en más del 50% de los casos se asocia a otros trastornos, y es más frecuente que estos aparezcan cuanto más tarde se realice el diagnóstico y se aplique un tratamiento adecuado. Los

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

principales problemas a los que se asocia son: fracaso escolar, dificultades en las relaciones con los compañeros, accidentes (traumatismos craneales, fracturas, accidentes de tráfico…) y otros trastornos psiquiátricos como el trastorno oposicional-desafiante, los trastornos del humor (depresión o enfermedad bipolar y los trastornos de ansiedad). Otros menos frecuentes son: trastornos del aprendizaje, de la coordinación, trastornos por tics (motores y/o vocales-fónicos), y trastornos del espectro autista. Cuando se acompaña de otros trastornos, se complica el diagnóstico, suele tener una evolución más crónica y una peor respuesta al tratamiento.

b) *Diagnóstico*

Es clínico y, en ocasiones, resulta difícil porque los síntomas pueden cambiar con la edad. Ha de realizarse una historia clínica detallada sobre los síntomas del trastorno, la historia del desarrollo, otros antecedentes personales médicos y datos sobre su escolarización, ambiente familiar, social, etc. Es importante descartar la presencia de TDAH u otros problemas psiquiátricos en familiares, así como la existencia de conflicto entre los padres, factores estresantes, cambios recientes, y el estilo y la comunicación de los padres para el manejo de los problemas.

Generalmente son los padres, profesores, psicólogos escolares, pedagogos o pediatras los que primero sospechan un posible TDAH. Un pediatra con experiencia y formación puede hacer un diagnóstico inicial e incluso iniciar un tratamiento. Pero generalmente son los especialistas (psiquiatra infantil, neuropediatra) los que harán el diagnóstico definitivo. Luego se establece un plan de tratamiento, que incluye también la participación de un psicólogo, pedagogo, profesor de apoyo, y otros profesionales.

En cuanto a las exploraciones complementarias, pueden ser útiles las indicaciones de la Tabla 1, siempre con la indicación médica precisa y en el contexto de ese niño en concreto.

Todas las pruebas médicas y exámenes psicológicos sirven para descartar otras causas de hiperactividad e inatención diferentes al TDAH y para ayudar a realizar el diagnóstico de TDAH.

c) *Clasificación*

Según el sistema diagnóstico DSM-5, hay tres presentaciones del TDAH: el hiperactivo-impulsivo, el combinado y el inatento.

Los pacientes que presentan el tipo combinado consultan en preescolar o educación primaria por mal comportamiento, hiperactividad, agresividad, dificultades para controlarse, interrupciones en clase, impulsividad, etc. Tienen una mayor disfunción global y un menor C.I. estimado, desarrollan problemas de comportamiento y agresividad, y en su evolución aparecen más problemas de oposicionalidad y delincuencia.

Tabla 1

Diagnóstico del TDAH. Evaluaciones ordenadas según necesidad

1. Imprescindible: Entrevista con los padres. Entrevista y evaluación del niño. Información de los profesores, tutor… (ambiente escolar). Uso de criterios DSM-IV o CIE-10. Cuestionarios de TDAH. Exploración física. Evaluación del Cociente Intelectual (C.I.)
2. Muy Recomendable: Pruebas de visión y audición. Tests de atención. Diferencia entre C.I. verbal y manipulativo.
3. Recomendable: Evaluación pedagógica y pruebas de aprendizaje. Analítica general.
4. Necesarias si se sospecha otro problema: Electroencefalograma (EEG). Resonancia Magnética Cerebral. Análisis genético.
5. Innecesario: Pruebas de alergias alimentarias. Pruebas de reeducación auditiva.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

El TDAH tipo inatento es más frecuente en niñas, que no muestran hiperactividad o impulsividad: cometen errores por no prestar atención a los detalles, no mantienen la atención en tareas largas, parece que no escuchan, tienen dificultad en completar órdenes complejas, evitan cosas que requieran esfuerzo mental, son desorganizados, pierden cosas, son olvidadizos y se distraen con facilidad. En ocasiones este tipo de pacientes es remitido al pediatra para descartar alteraciones de vista, oído, crisis de ausencia o depresión. Los niños, y especialmente las niñas, con TDAH tipo inatento pasan inadvertidos en clase porque no molestan y suelen acudir a la consulta en cursos más avanzados de primaria, porque muchas veces no suelen presentar problemas académicos hasta que inician la secundaria, a partir de los 12 años.

d) *Etiología*

La etiología es multifactorial, y la mayoría de los factores que se han relacionado con su aparición son prenatales o perinatales. Entre las causas más importantes se encuentran: la genética, prematuridad, bajo peso al nacer, adversidad psicosocial, consumo de tabaco y/o alcohol durante el embarazo. Aproximadamente el 75% de la causa del TDAH es de origen genético.

Aunque algunos factores del entorno del niño pueden ser perjudiciales, el TDAH en ningún caso se produce por factores desfavorables en la dinámica familiar como desacuerdos, separación o divorcio de los padres, cambio de domicilio o de centro escolar, nacimiento de un hermano menor, etc. Es importante destacar que estas circunstancias no tienen relación de causa-efecto con el TDAH, ya que con frecuencia las familias de estos niños tienen sentimientos de culpabilidad por los problemas de sus hijos.

e) *Evolución y pronóstico*

La evolución es variable, la remisión sólo sucede en algunos casos, y un porcentaje alto de niños con TDAH (30-50%) mantendrá síntomas durante la adolescencia hasta la adultez. Algunos síntomas están presentes toda la vida, y otros mejoran o se transforman hasta no resultar problemáticos con el tiempo y el tratamiento. La hiperactividad disminuye con la edad, transformándose en movimientos más finos como mover los pies, golpear con las manos, sensación de intranquilidad interna, etc. La inatención, y especialmente la impulsividad, persisten en adolescentes y adultos. Las estimaciones de los padres y personas que viven con el paciente son más precisas que las del propio paciente, que a veces minimiza o no se da cuenta de sus síntomas.

Los adolescentes con TDAH suelen ser desorganizados en sus trabajos escolares, les cuesta mucho acabar las tareas que emprenden y les resulta difícil trabajar de forma independiente. Son más proclives a tener comportamientos de riesgo por su impulsividad (fumar, consumir drogas, tener accidentes, contactos sexuales tempranos o de riesgo, embarazos en adolescentes…), presentan autoestima baja, y dificultades y enfrentamientos con las figuras de autoridad (padres, profesores, entrenadores…).

En el adulto continúa una sensación interna de inquietud, con poca planificación y organización, mala memoria, malestar emocional, frustración y mal carácter, con enfados frecuentes. Suelen tener un rendimiento académico y ocupacional, y un trabajo inferior a sus capacidades reales. Tienen más problemas familiares, como separaciones, divorcios, varios matrimonios, y más accidentes de tráfico, comportamientos que rompen las reglas (multas por exceso de velocidad o conducción temeraria…). En algunos casos, tienen más frecuentemente problemas serios de conducta, comportamientos antisociales (mentir, robar, faltar a clases, engañar a otros…) y debe considerarse un problema crónico que requiere valoración y tratamiento a largo plazo, pues son frecuentes otros problemas psiquiátricos asociados como depresión.

f) *Tratamiento*

Un diagnóstico correcto y temprano es el primer paso para un adecuado tratamiento y

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

para la prevención de sus complicaciones. Incluye el empleo de medicaciones, apoyo escolar y psicosocial.

La certeza científica indica que el tratamiento farmacológico con estimulantes es más eficaz que la psicoterapia conductual. En el caso de niños con «TDAH simple», el tratamiento con medicación debe usarse desde el principio. La combinación de psicoterapia con fármaco no es mejor que usar sólo el fármaco. La medicación ha de emplearse todos los días de la semana, y también durante los períodos de vacaciones, ya que el tratamiento no es necesario únicamente para las actividades académicas, y la vida social del paciente puede afectarse asimismo por los síntomas.

En caso de comorbilidad (negativista – desafiante, trastornos de ansiedad), la combinación de psicoterapia y medicación es la mejor opción. En ningún caso se recomienda psicoterapia psicoanalítica.

La psicoeducación, que consiste en el entrenamiento a los padres, mediante sesiones de terapia familiar e individual, y el aprendizaje de habilidades y técnicas para controlar el comportamiento del niño, resulta muy útil en el tratamiento. Algunas recomendaciones para padres se detallan en la tabla 2.

En el ámbito escolar no se precisa disminuir la exigencia, pero existen estrategias de apoyo que mejoran la eficacia del niño a la hora de obtener buenos resultados: organizar las tareas del niño de forma secuencial, reconocer los comportamientos positivos, reducir las actividades inapropiadas, establecer una rutina predecible, supervisión directa (colocarle enfrente del profesor), etc.

3. Trastorno negativista desafiante

Es una forma moderadamente severa de un problema de comportamiento que aparece en la infancia y en la adolescencia temprana. El niño discute las órdenes, es desafiante y hace con frecuencia lo contrario de lo que se le manda, pero sin producirse violaciones serias de los derechos de otros ni de las normas sociales. Se comporta de forma obstinada, negativista y provocativa, intentando buscar puntos de fricción con los padres, provocando, y discutiendo sus normas.

Tabla 2

Recomendaciones para padres de niños con TDAH

–Definir reglas claras de consecuencias y premios para ciertos comportamientos
–Dividir las tareas en pasos menores para facilitar que las acaben
–Aumentar la estructura y el orden de la casa
–Establecer rutinas estables y predecibles para estructurar el tiempo
–Eliminar ruidos y distracciones
–Modificar la conducta del niño
–Definir el problema de forma positiva
–Establecer metas razonables
–Avanzar en pequeños pasos
–Motivar al niño mediante un sistema de puntos
–Aumentar la disciplina haciendo que el niño sufra las consecuencias de saltarse las normas
–Ayudar al niño a obedecer mejor
–Emplear el «tiempo fuera»
–Prestarle atención positiva

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

Este comportamiento tiene lugar varias veces a la semana o con regularidad, y dura al menos 6 meses de forma continuada, lo que lo diferencia de los «problemas normales» de la adolescencia, que pueden durar unas semanas y luego mejorar, para volver a empeorar según el ambiente.

Con frecuencia se mantiene, aunque sea en su propio perjuicio, y supone enfados explosivos, riñas frecuentes con adultos, desafío de las reglas, molestar a los demás intencionalmente, culpar a los demás de sus errores, estar muy sensible a los comentarios de otros, y ser muy resentido y vengativo. Aproximadamente entre un 3 y un 8% de los niños tienen este problema, que es entre 2 y 3 veces más frecuente en niños que en niñas. El trastorno oposicionista desafiante sucede con más frecuencia en niños con TDAH y debe diferenciarse de éste cuando no obedece porque no recuerda las órdenes recibidas, se despista, o está demasiado hiperactivo para escuchar o terminar ninguna tarea. Otra situación que se debe descartar en los casos en los que se da este comportamiento es el abuso de alcohol o drogas, especialmente marihuana.

Hasta un 40% de los niños con trastorno oposicionista desafiante desarrolla una forma más de comportamiento disruptivo llamada trastorno de la conducta. Especialmente niños con nivel intelectual bajo, antecedente de enfrentamientos o peleas frecuentes, y resistencia a la disciplina paterna. Estos pacientes incumplen repetidamente las normas sociales y no respetan los derechos de los demás, pudiendo llegar hasta situaciones de delincuencia. Para realizar el diagnóstico se requiere que estén presentes al menos tres de los siguientes comportamientos durante al menos 1 año:

– Agresión a personas o animales: intimidan o amenazan a otros, provocan peleas, han usado armas para agredir, son crueles con otras personas o animales, han robado con intimidación o forzado a tener actividad sexual.

– Destrucción de objetos: han incendiado cosas deliberadamente para causar daño, han destrozado deliberadamente la propiedad de otros.

– Engaños o robos: se ha metido en la casa o en el coche de alguien para robar, miente con frecuencia para obtener beneficios, ha robado cosas valiosas sin enfrentarse a la víctima.

– Violaciones serias de las normas: pasa la noche fuera de casa a pesar de las prohibiciones de los padres (antes de los 13 años), se ha escapado de casa al menos dos veces sin volver en varios días, no va al colegio o falta a clases antes de los 13 años.

El tratamiento incluye medidas conductuales con normas claras con consecuencias si no se cumplen. A veces, es preciso el ingreso hospitalario. Para reducir la agresividad y la impulsividad pueden usarse medicaciones como antipsicóticos o eutimizantes.

4. Trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia

Los miedos y la ansiedad son frecuentes en la infancia y adolescencia. Los conceptos básicos relativos a la ansiedad se revisarán en el capítulo 23. La ansiedad se considera patológica cuando es desproporcionada respecto a la situación y, en la infancia, cuando da lugar a un comportamiento no adecuado para el nivel de desarrollo del niño. El clínico tiene que diferenciar la ansiedad patológica de expresiones transitorias y propias del desarrollo normal. Además es posible que bajo un cuadro de ansiedad se esconda otro trastorno psiquiátrico diferente, o que el cuadro de ansiedad se acompañe de otro trastorno psiquiátrico comórbido.

a) *Ansiedad normal*

El miedo forma parte del desarrollo normal y los niños más pequeños son capaces de referir sólo una cantidad de información limitada respecto a sus miedos y ansiedades. Su escasa capacidad para entender el concepto de futuro les protege frente a algunas fuentes de ansiedad.

A la edad de 7-8 meses son capaces de mantener un objeto en su mente cuando éste no está presente, por ejemplo la imagen de sus

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

padres. Por ello a esta edad aparecen los primeros miedos a los extraños, a situaciones nuevas o cuando son separados de personas cercanas. Estos miedos tienen su pico alrededor de los 18 meses, después se suelen hacer menos intensos o aparecer en momentos concretos como el comienzo en la guardería, el colegio, o situaciones estresantes.

Entre los 3 y 5 años los miedos aparecen en respuesta a la presencia de animales, la oscuridad y situaciones o animales imaginarios.

De los 6 a los 11 años son frecuentes los miedos a perder a los padres, caer enfermos, hacer el ridículo, a ladrones, castigos o a perder el control. Ésta es una edad en la que tienen que aprender a manejar sus dificultades.

En la adolescencia, de los 12 a los 18 años, adquiere gran importancia la opinión del grupo, comparaciones respecto al cuerpo, la ropa…, apareciendo ansiedad y miedo a hacer el ridículo, o parecer o actuar como diferentes a los demás.

La ansiedad se va a manifestar de manera similar a la de los adultos, con ambos componentes psíquico y físico, aunque en los niños es bastante común su expresión a través de síntomas físicos.

b) *Trastorno de ansiedad por separación*

La prevalencia de este trastorno está en torno al 4% y es más frecuente en niñas. Más de la mitad de los niños que se presentan con ansiedad en la consulta padecen un cuadro de ansiedad por separación. En la etiología están implicados factores genéticos, familiares y ambientales.

La principal característica es la presencia de una ansiedad excesiva, persistente e inapropiada para la edad de desarrollo del niño, por verse separado de sus padres o de las figuras a las que se halla más vinculado, causando un importante estrés y un perjuicio en las relaciones sociales, a nivel académico y en otras áreas de funcionamiento. El inicio puede ser agudo o insidioso, y a menudo sigue a un episodio estresante como una enfermedad o pérdida.

Los niños más pequeños, de 5 a 8 años, suelen tener miedo a algo aterrador como monstruos o fantasmas, por lo que les cuesta mucho separarse de sus padres y tienen problemas para ir al colegio o dormir fuera de casa. También suelen tener problemas para dormir solos y tenderán a intentar dormir con padres o hermanos. Las pesadillas también suelen aparecer a esta edad.

A los 9-12 años pueden volverse más introvertidos, apáticos, irritables, tristes y con desinterés social. La asistencia al colegio y el rendimiento académico pueden resultar afectados y, a menudo, aparecen quejas somáticas. En la adolescencia los síntomas físicos, como cefaleas o dolores abdominales, son los más frecuentes y también repercutirán en el rendimiento escolar y la asistencia al colegio; es frecuente la negativa a asistir al colegio.

Es importante hacer un diagnóstico diferencial respecto a la fobia social y a otros trastornos de ansiedad, así como descartar que se trate de una ansiedad normal dentro de las etapas del desarrollo.

En general se resuelve con un tratamiento adecuado, salvo cuando en ocasiones persiste en la edad adulta, se trata de adultos muy dependientes, o con mayor incidencia de otros trastornos como agorafobia, depresión u otros problemas de ansiedad. Respecto al tratamiento es importante que los niños no dejen de ir al colegio, realizar una desensibilización progresiva, enfrentándoles a la experiencia de la separación a la vez que se les da seguridad. En ocasiones puede ser eficaz una terapia cognitivo-conductual. En algunos casos, para reducir la ansiedad se acude a la medicación.

5. Trastorno obsesivo compulsivo (TOC)

Las obsesiones y compulsiones ocurren frecuentemente en el desarrollo normal del niño, y son consideradas como supersticiones o hábitos, popularmente llamadas «manías». Estas deben considerarse patológicas únicamente cuando causen un estrés importante en el niño.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

La prevalencia del TOC en niños y adolescentes está entre un 0,3-1,9%, su edad media de comienzo son los 7-10 años y es igual para niños y niñas. Está infradiagnosticado, ya que los niños tienden a mantener en secreto sus síntomas o dificultades. El inicio del cuadro suele ser insidioso y difícil de detectar en sus primeras manifestaciones.

Las compulsiones y rituales más frecuentes son de lavarse o de limpieza, y de repetición y comprobación. Son frecuentes las obsesiones sobre el temor a la contaminación y al contagio de enfermedades, temor a peligros potenciales, preocupación extrema por el orden y la simetría, y escrúpulos de tipo religioso o moral. Es importante hacer el diagnóstico diferencial con los rituales obsesivos y compulsivos normales en la infancia; estos suelen ser egosintónicos, subclínicos con una finalidad de práctica o lúdica y no interfieren en el funcionamiento normal del niño.

El TOC es una patología que tiende en muchos casos a la cronicidad, causando dificultades en los que lo padecen y con un cuadro clínico cambiante a lo largo de su evolución. Entre los adultos que padecen un TOC, la mitad o una tercera parte (33-50%) comenzaron con el trastorno en la infancia.

El tratamiento se basa en una adecuada psicoeducación del paciente y sus padres, farmacoterapia adecuada (similar a la del adulto), y se complementa en algunos casos con Terapia Cognitivo-Conductual. El objetivo de esta terapia es que el niño tome el control de la enfermedad y no que la enfermedad controle al niño, lo cual implica la exposición, prevención de respuesta, educación cognitiva y técnicas de relajación.

6. Trastornos del humor en niños y adolescentes

Los trastornos del humor se clasifican con criterios diagnósticos similares a los utilizados en los adultos, excepto distimia y ciclotimia. Sin embargo, es importante tener en cuenta que la expresión clínica es diferente (Tabla 3).

Tabla 3

Presentación clínica de depresión de niños y adolescentes

Prepuberales (antes de 11 años)	***Postpuberales (de 11 a 16 años)***	***Adolescentes***
• Problemas de comportamiento • No responden a las reglas • Rabietas frecuentes • Más agitación • Alteraciones del apetito y del peso • Más llorosos y aparece ansiedad por separación • Alteraciones del sueño (se despiertan por la noche, pesadillas) • Quejas físicas • Desarrollo parece enlentecerse (regresión a una etapa anterior)	• Dificultades en la atención y concentración • Rehúsan ir al colegio • Pierden interés en las tareas e intereses (juego) • Se sienten aburridos o solos • Más irritables • Mayor dificultad para controlarse • Pérdida de confianza y autoestima • Alteraciones del sueño y del apetito • Ideas de suicidio	• Fluctuaciones en el ánimo • Más irritabilidad • Abandonan hobbies e intereses • Problemas de concentración a la hora de realizar tareas • Se abandonan en su higiene personal • Se aíslan de amigos y de la familia • No comen mucho o comen demasiado • Presentan baja autoestima • Duermen mal o demasiado • Uso de drogas y alcohol • Ideas e intentos de suicidio

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

a) *Depresión*

El niño puede sentirse triste de manera normal en situaciones de estrés o de tristeza como la pérdida de un ser querido o problemas en el colegio. Sin embargo, si estos sentimientos continúan durante mucho tiempo e interfieren con su funcionamiento normal, pueden indicar que hay una enfermedad que, sin un tratamiento apropiado, afectará a su desarrollo a nivel académico, social, personal y en la edad adulta.

La prevalencia de la depresión en niños es 0,5%-2,5% y en adolescentes 2%-8,3%. Aproximadamente un 5% de los niños y adolescentes tendrá un episodio depresivo antes de cumplir los 19 años. No hay una causa concreta y se deben considerar distintos factores (Tabla 4). Los episodios suelen durar entre 7 y 9 meses, la mayoría mejora a los 1,5-2 años y menos del 10% de los casos siguen un curso crónico. Además, el 20-40% de los adolescentes con depresión mayor desarrollarán una enfermedad bipolar en 5 años.

Con las pruebas oportunas en colaboración con el pediatra o el médico de cabecera, debe descartarse la presencia de problemas médicos que simulen la depresión en su presentación clínica o que la estén generando. En adolescentes debe realizarse analítica de tóxicos en orina (aunque nieguen el consumo de sustancias).

Tabla 4

Factores etiológicos de la depresión de niños y adolescentes

Edad: aumenta a partir de la pubertad hasta los veinticinco años.
Género: tanto en la adolescencia como en adultos, las mujeres están más afectadas (2:1)
Antecedentes psiquiátricos familiares: los antecedentes de depresión o enfermedad bipolar aumentan el riesgo hasta diez veces más que en la población general.
Dinámica familiar: La disfunción familiar como la desarmonía en el matrimonio aumente el riesgo de padecer una depresión.
Antecedentes psiquiátricos personales: la presencia de un episodio previo de depresión aumenta el riesgo de tener un segundo.
Abuso de sustancias: sobre todo en adolescentes; puede estar asociado a una consecuencia de la depresión o como resultado de ella.
Presencia de otros trastornos psiquiátricos: los Trastornos de Ansiedad se asocian frecuentemente a la depresión.
Historia de abusos: los niños que han sufrido algún tipo abuso (físico, psicológico o sexual) tienen mayor prevalencia de ansiedad, depresión y suicidio.
Presencia de una enfermedad física: el riesgo de tener una depresión asociada es mayor si la enfermedad es crónica, severa o tiene mal pronóstico.
Acontecimientos vitales: la pérdida de un ser querido, el acoso escolar, las discusiones o los problemas académicos pueden preceder a un episodio de depresión.
Alteraciones endocrinológicas, hormonales y de neurotransmisores.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

b) *Distimia*

Se caracteriza por la presencia de humor depresivo o irritable, durante al menos un año (en los adultos la duración mínima es de dos años) que aumenta el riesgo de desarrollar una depresión en los próximos años.

Los síntomas son similares a los de la depresión mayor, pero con intensidad menor, y no interfieren tanto en su vida diaria como sucede con la depresión. En el 30% de los niños el episodio depresivo mayor aparece sobre una distimia (depresión doble) o ésta subyace a un trastorno de ansiedad.

c) *Enfermedad bipolar*

Los criterios diagnósticos de la enfermedad bipolar (BP) en el niño son los mismos que en el adulto (ver capítulo 30). La ciclotimia, incluida en el espectro bipolar, se caracteriza por la presencia de síntomas de intensidad leve, que no cumplen los criterios de manía ni de depresión, y que, en niños y adolescentes, deben estar presentes durante al menos un año (en los adultos, dos años).

La prevalencia estimada de la BP en el adolescente es similar a la del el adulto (1%) y es inferior en la edad infantil. Estudios en adultos con BP han demostrado que el 20-40% de ellos habían sido diagnosticados antes de los 20 años de edad.

El riesgo de conversión a enfermedad bipolar parece mayor cuanto más joven sea el paciente con depresión (20% en adolescentes y 32% en niños menores de 11 años). El riesgo de desarrollar BP aumenta en hijos de pacientes con BP.

La presentación de la BP es diferente a la de adultos. La BP que comienza en la infancia y adolescencia temprana se caracteriza por: 1) predominio de síntomas mixtos; 2) ciclación rápida, con menor tiempo de recuperación interepisódica; 3) mayor frecuencia de síntomas psicóticos y 4) elevada comorbilidad con otra patología psiquiátrica. Los síntomas suelen ser variaciones bruscas y episódicas del humor, sueño, la energía y capacidad de tolerancia a la frustración. Estos niños frecuentemente son diagnosticados erróneamente de TDAH o trastorno de ansiedad. Un diagnóstico de BP debe ser considerado en cualquier niño o adolescente con deterioro funcional severo asociado a síntomas del humor o a síntomas psicóticos. Debe realizarse una valoración pediátrica para descartar problemas médicos con presentaciones similares a la manía, y las pruebas complementarias precisas según la presentación clínica. La BP en niños no tiende a seguir el curso de recaídas y remisión observado en adultos, sino que presenta síntomas continuos. Diagnosticarla y tratarla en los primeros brotes, evita el inicio de una ciclación cada vez más rápida y más resistente al tratamiento.

d) *Tratamiento*

El tratamiento de los trastornos del humor se hace combinando el uso de medicación y el tratamiento psicológico.

En los niños con depresión se emplean también las medicaciones y no hay que tenerlas miedo. Este tratamiento lo debe realizar un especialista en psiquiatría infantil y adolescente, monitorizando el estado mental e ideas de suicidio, sobre todo al principio del tratamiento. La respuesta clínica no debe valorarse hasta después de cuatro semanas. El tratamiento debe mantenerse unos 9-12 meses cuando hayan desaparecido todos los síntomas.

En el trastorno maniaco, los fármacos más utilizados son en el litio y valproato.

En cuanto a la psicoeducación, los objetivos son: 1/ ayudar a los padres y al niño/adolescente a tener una mejor comprensión de la enfermedad, 2/ explicar las posibles causas y el tipo de tratamiento, 3/ identificar precozmente los síntomas prodrómicos, 4/ aprender estrategias de afrontamiento ante los síntomas, 5/facilitar ciertos cambios en actitudes y conductas (controlar el estrés, evitar uso y abuso de sustancias) y 6/lograr regularidad en el estilo de vida.

En el tratamiento psicológico la terapia cognitivo-conductual y la terapia interpersonal han

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

demostrado ser efectivas en el tratamiento de la depresión en adolescentes en episodios leves. En ocasiones, la terapia familiar está indicada con el objetivo de reducir cualquier situación de estrés en la familia que pueda contribuir a que se perpetúe el episodio, y también como apoyo para que los padres puedan expresar sus dudas, frustraciones o esperanzas sobre la enfermedad y el tratamiento.

El ingreso en una unidad de psiquiatría está indicado cuando hay alto riesgo de suicidio, si la respuesta al tratamiento ambulatorio es incompleta, si están presentes síntomas psicóticos, manía o agitación grave, o si se necesita realizar una nueva valoración. La Terapia Electroconvulsiva se utiliza muy poco en niños y adolescentes y se recomienda su uso en episodios depresivos o maniacos muy severos en los que no hayan resultado eficaces ninguno de los tratamientos previamente referidos.

7. Esquizofrenia y otras psicosis no afectivas en niños y adolescentes

La prevalencia en la edad prepuberal es de 2:100.000. Es muy rara por debajo de los 7 años de edad e infrecuente por debajo de los 13 años. Los niños parecen estar más afectados que las niñas. En la adolescencia la prevalencia es similar a adultos (1%), pero la presentación clínica varía con la edad.

Antes de los 6 años, el diagnóstico de esquizofrenia es muy raro y es prácticamente imposible demostrar la presencia de delirios, pues faltan los conceptos de lógica. Es una etapa de fantasía y desarrollo incompleto de la realidad, con frecuente presencia de amigos y personajes imaginarios.

Puede haber alucinaciones transitorias normales, habitualmente visuales (animales e insectos amenazadores) y/o táctiles (sensación de insectos arrastrándose por la piel). Suelen aparecer súbitamente, por la noche o en épocas de ansiedad, en ocasiones relacionados con un sueño, aunque pueden persistir durante unos días. La presencia de habla descarrilada, las asociaciones libres y el pensamiento ilógico y mágico son frecuentes en estas edades. Es difícil valorar la presencia de alteraciones del pensamiento y del lenguaje propias de la esquizofrenia. De los 6 a los 13 años, la presencia de alucinaciones y delirios pueden indicar la presencia de cuadros médicos o tóxicos de psicopatología grave (depresión, enfermedad bipolar, esquizofrenia).

El inicio de la enfermedad puede seguir tres patrones: agudo, sin aparentes signos premórbidos (con mejor pronóstico); insidioso con deterioro gradual del funcionamiento (más frecuente), o insidioso con exacerbación aguda. El curso clínico se caracteriza por la presencia temprana de problemas del desarrollo, del comportamiento y psiquiátricos, seguidos de la aparición gradual de los síntomas psicóticos (dos o tres años más tarde) y finalmente del debut de un síndrome clínico completo que tiende a ser crónico.

Para un diagnóstico correcto en un niño o adolescente con posibles síntomas psicóticos, hay que realizar una historia completa y descartar el uso de tóxicos, la presencia de cualquier otro cuadro orgánico o psiquiátrico que se asemeje a la esquizofrenia y la comorbilidad asociada.

El abordaje terapéutico debe hacerlo un equipo multidisciplinar. Para la psicoeducación, la terapia familiar y la hospitalización se siguen criterios similares a los indicados para los cuadros afectivos. El tratamiento farmacológico es similar al de adultos.

Hay pocos estudios sobre el curso de la psicosis en niños, pero se estima que un 10% sufrirán un deterioro considerable en todas las áreas después del primer episodio; un 50% tendrán un deterioro significativo en las habilidades sociales, y aproximadamente el 20% tendrán un único episodio con mínimo deterioro. La existencia de un precipitante y un Cociente Intelectual alto son factores de buen pronóstico. El inicio temprano, los problemas neurológicos y los síntomas negativos son factores de mal pronóstico. El suicidio ocurre en el 10% de los afectados.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

8. Suicido e intento de suicidio

Es poco frecuente antes de los 12 años, y más frecuente a partir de esa edad. En EE.UU. el suicidio es la tercera causa de muerte en jóvenes entre 15-24 años y la sexta en niños entre 6 y 14 años de edad. Los datos de EE.UU., Europa y España son similares. El intento de suicidio es más frecuente en mujeres, aunque los hombres lo consuman más a menudo y utilizan métodos más violentos. El método más común es la sobredosis de pastillas. El 2-10% de los jóvenes han intentado matarse y muchos lo han intentado varias veces; de hecho los intentos de autolisis son 100 veces más frecuentes que el suicidio en niños y adolescentes. Los pensamientos o ideas de suicidio son frecuentes: uno de cada diez adolescentes ha tenido ideas de suicido en el último año, aunque sólo una mínima proporción lo intentará. No pretendemos asustar con estos datos, sino informar para llamar la atención sobre una realidad, para que quienes convivan o trabajen con niños que sufren un episodio depresivo actúen en consecuencia y se puedan prevenir muertes.

Los niños y adolescentes que se autolesionan deben ser valorados por un equipo de psiquiatría infantil, estudiar la situación con los padres, valorar las circunstancias del episodio y la severidad del intento, y sus pensamientos sobre la letalidad de su intento (por ejemplo, pueden pensar que una dosis grande de paracetamol no es peligrosa).

Deben buscarse factores precipitantes, que pueden identificarse en 2/3 de los casos de intento de suicidio dos días antes del intento (peleas con los padres o amigos, resultados académicos malos). Nos podríamos adelantar si tenemos en cuenta la presencia de factores predisponentes como historia de enfermedad mental y suicido en la familia, episodio depresivo previo y abuso de sustancias. En cualquier caso, se debe asumir que en todo intento de suicidio hubo un deseo de morir, aunque fuera transitorio, y generalmente un intento de cambiar una situación difícil. Debe preguntarse abiertamente al paciente sobre las ideas de suicidio y debe tenerse en cuenta que la desesperanza ante el futuro y un alto grado de impulsividad son signos de alerta en una persona que ha cometido un intento de suicidio. Aproximadamente, el 10% de los jóvenes que se autolesionan lo volverán a hacer en el año siguiente. Los factores de riesgo a tener en cuenta son: ser varón, haber presentado más de un episodio de autolisis, presencia de psicopatología en la familia, padecer un trastorno psiquiátrico y existencia de un desajuste social. El 1% de los jóvenes que han intentado suicidarse, se matará en un intento posterior.

9. Autismo y otros trastornos del espectro (TEA)

Los TEA se caracterizan por la presencia de alteraciones cualitativas en tres áreas del neurodesarrollo: 1/ la interacción social (limitaciones importantes en la relación con los demás), 2/ la comunicación (alteración grave en el modo de comunicarse) y 3/ los intereses y actividades (conductas repetitivas y restricción notable de los intereses). La causa más frecuente de estos trastornos es de tipo genético, si bien, aún no están identificadas las alteraciones específicas. Las manifestaciones clínicas aparecen tempranamente aunque el diagnóstico precoz no siempre es fácil. La evolución es crónica pero está muy condicionada por el cuadro clínico concreto y la intensidad de los síntomas. Anteriormente, este grupo se denominaba Trastornos Generalizado del Desarrollo e incluía el autismo, el síndrome de Asperger, el síndrome de Rett y el trastorno Desintegrativo infantil. Actualmente, se considera que el autismo y el síndrome de Asperger están dentro de un continuo con diferencias cuantitativas más que cualitativas.

El autismo es el TEA más característico. Su prevalencia es baja (2/10.000). La proporción es de 4-5:1 niños respecto a niñas. En la actualidad, es posible sospechar, con bastante fiabilidad, el diagnóstico de autismo a los 18 meses del nacimiento. Las manifestaciones más tempranas son: escasa reactividad a los estímulos y a la llamada por el nombre, ausencia de la sonrisa

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

de interacción social del bebé, limitaciones en otras conductas de interacción, falta de seguimiento ocular de los objetos y carencia de las conductas tempranas de compartir el interés por algo. Cuando los niños cumplen 2-3 años son más evidentes las alteraciones en las tres áreas comentadas.

En la comunicación, presentan retraso o ausencia total del desarrollo del lenguaje hablado que no se acompaña de intentos de compensar este déficit mediante el lenguaje no verbal. Pueden presentar dificultad en la comprensión del lenguaje hablado e inusual uso de la palabra, fracaso en iniciar o mantener una conversación, con dificultad para comunicar algo, pudiendo tener tendencia a hablar libremente sólo sobre algunos temas específicos, y ausencia de juego social imitativo a edades tempranas. Con frecuencia presentan ecolalia, utilización de un vocabulario inadecuado para la edad y el grupo social del niño, y se refieren a sí mismos como «tú», «ella» o «él». Presentan una alteración cualitativa de la interacción social recíproca, con fracaso en la utilización adecuada del contacto visual, de la expresión facial, de la postura corporal y de los gestos para la interacción social; fracaso del desarrollo de la habilidad de relacionarse con otros niños que implique compartir intereses, actividades y emociones; respuesta alterada o anormal hacia las emociones de otras personas.

En niños más pequeños, puede ser un signo de alerta su incapacidad para imitar acciones, la pérdida de interés por otros niños, mínimo reconocimiento de la alegría o estrés de otros, limitado juego imaginativo, fallo para iniciar juegos con otros niños o participar en ellos, y preferencia por juegos en soledad. En niños más mayores se presentan también muchas de las dificultades descritas anteriormente y además no son capaces de reconocer las normas en clase, establecen relaciones anormales con adultos (demasiado intensas o distantes) y tienen reacciones desproporcionadas ante la invasión de su espacio personal.

Presentan también formas restrictivas, repetitivas y estereotipadas del comportamiento, los intereses y la actividad en general. Estos niños muestran interés excesivo y restrictivo a uno o más comportamientos u objetos. También tienen fijación inflexible a rutinas o rituales específicos sin propósito aparente; manierismos motores estereotipados y repetitivos con palmadas o retorcimientos de las manos o movimientos completos de todo el cuerpo; preocupación por partes aisladas de los objetos o por una particular característica sensorial de ese objeto, tales como su olor, color, el tacto de su superficie o el ruido de vibración que producen.

En niños pequeños se puede ver una hipersensibilidad a sonidos o tacto, con respuestas anormales a estímulos que pueden confundir al medico sobre la posibilidad de que el niño sea ciego o sordo. La respuesta a estímulos visuales incluye fascinación por los contrastes de luz. Presentan dificultad ante los cambios, juegos repetitivos y acciones como apagar y encender la luz de forma repetitiva. En la edad escolar muestran preocupaciones o especial interés por mapas, reportajes del tiempo u horarios de transportes, por ejemplo. Los padres frecuentemente se muestran confusos sobre si ellos deben acomodarse a dichos comportamientos o intentar modificarlos.

El 75% tienen asociado un retraso mental en grados variables. Una minoría de estos niños muestra unas capacidades o habilidades especiales, como habilidades numéricas, sobre cálculos en el tiempo o en el área de la música o el arte. Cerca de un 30% de los casos sufren crisis epilépticas que, habitualmente, responden mal al tratamiento antiepiléptico.

El rechazo del contacto físico mejora con el tiempo, sin embargo el déficit en la habilidad del juego reciproco con niños de su edad se mantiene sin cambios en la mayoría de ellos. Durante la adolescencia puede haber un aumento de la agresividad y cambios bruscos en el humor, pero esto suele disminuir al final de esta etapa.

A día de hoy, el tratamiento del autismo sigue estando muy limitado, si bien la intervención psicoeductiva, el apoyo familiar y el empleo de algunos fármacos para modificar sín-

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

tomas concretos (agitación, estereotipias, autoestimulaciones, etc.) puede lograr un aceptable grado de integración.

El síndrome de Asperger comparte muchas de las características que definen el autismo pero se diferencia por la ausencia de retraso mental, la mayor frecuencia de alta capacidad en algunas áreas (música, matemáticas, memoria, etc.) y la normalidad en la adquisición y el desarrollo del lenguaje si bien, el uso que hacen de él suele ser anómalo o peculiar (tienden a manejar el lenguaje literalmente –les cuesta entender las metáforas o las ironías– y a utilizar vocablos rebuscados o no plenamente apropiados, limitando su carácter comunicador).

El síndrome de Rett presenta también muchas de las características del autismo pero se da preferentemente en niñas. Suele tener un periodo inicial de absoluta normalidad en las pautas del neurodesarrollo, se asocia a alteraciones importantes en la columna vertebral y, actualmente, se ha identificado una alteración genética que da más precisión a su diagnóstico.

En conjunto, los TEA suponen una importante fuente de estrés y frustración familiar que siempre hace necesario facilitar apoyos personales y soporte institucional. En muchos casos, las asociaciones de padres de personas con TEA representan gran parte de esas ayudas.

10. Retraso mental (RM)

Representa el desarrollo incompleto o limitado de las funciones cognitivas de la persona. El grado se estima mediante test de inteligencia estandarizados que proporcionan un Cociente Intelectual (CI), que se puede complementar con escalas que miden la adaptación social. Por debajo de 70 empieza el rango de retraso mental. Entre 90 y 110 es un CI normal-medio, y entre 70 y 89 es normal-bajo. El RM puede ser leve (CI 50-69), moderado (CI 35-49), grave (CI 20-34) o profundo (CI > 20).

Es importante señalar que el retraso mental está asociado con mayor frecuencia con la presencia de enfermedades psiquiátricas, pero el retraso mental en sí no se considera como una enfermedad psiquiátrica.

Entre sus causas se señalan:

Factores prenatales: genéticos, enfermedades infecciosas y otras causas (alcoholismo, tabaquismo, consumo de drogas por parte de la madre).

Factores perinatales o intranatales (lesiones cerebrales en el parto, prematuridad…).

Factores posnatales (traumatismos, infecciones, etc.).

En personas con retraso mental es frecuente atribuir todo lo que le pasa al hecho de que tienen retraso mental, y por ello un deterioro físico o psicológico frecuentemente es pasado por alto, no acudiendo con la suficiente celeridad a los servicios sanitarios. Algo similar sucede con los ancianos, en los que un estado mental alterado, falta de memoria o deterioro físico se atribuye a la edad. Por ello, es fundamental obtener información de los familiares sobre el estado físico y mental del paciente en su estado basal, para compararlo con su estado actual, y que no se pasen por alto problemas metabólicos, endocrinos, infecciosos, neurológicos o psiquiátricos.

Dimensión antropológica

Quien padece retraso mental, por muy profundo que éste sea, no deja de ser persona, de similar manera –salvando las distancias– al ojo, que no deja de serlo por el hecho de tener alguna alteración que impide la visión. Por tanto, su dignidad no sólo no está mermada sino que reclama un respeto y una atención mayores por las limitaciones que tiene en su autonomía personal. De este modo, en la medida de lo posible, deben integrarse en la vida familiar, social y laboral. Particularmente, el trabajo supone un estímulo y una vía de desarrollo personal, así como una forma de rehabilitación y participación social.

Como con cualquier persona, las necesidades, responsabilidades, libertad, etc. de los que padecen RM hay que valorarlas de forma individualizada. Se debe evaluar su capacidad de comprender y de adaptarse a los requerimientos

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

del entorno para valorar su libre arbitrio, las responsabilidades consecuentes y su capacidad de asumir actividades o funciones.

De forma orientativa, puede ayudar saber que un CI de 50 corresponde a una edad mental de 8 años, un CI de 75 a una edad mental de 12 años. Así podemos calcular la edad mental (si es de 50, la edad mental es del 50% de 16 (8 años), y si es de 75, sería el 75% de 16, es decir 12 años) y hacernos una idea aproximada de qué es capaz de entender.

Para evaluar si la persona puede tomar decisiones se debe valorar si es capaz de entender las opciones que se le están planteando, las consecuencias de realizar o no una determinada acción, las alternativas posibles, y además debe ser capaz de decidir libremente.

El concepto de incapacidad mental es un concepto legal, que implica que la persona no está capacitada para tomar decisiones por sí misma, y estas decisiones deben ser tomadas por un tutor designado legalmente. El hecho de padecer retraso mental no implica automáticamente que la persona sea incapaz de tomar una decisión. Esta incapacitación es un concepto legal que debe ser determinado por un juez. De la misma manera, el concepto de «no culpable por razón de trastorno mental» es otro concepto legal para defender la posible falta de responsabilidad legal (civil o penal) de una persona que realiza un acto delictivo en un momento (transitorio o permanente) de «enajenación mental». El hecho de que una persona padezca retraso mental tampoco implica necesariamente que sea irresponsable de sus actos, pero debe tenerse en cuenta la edad mental del paciente a la hora de valorar hasta dónde puede comprender las consecuencias de sus actos.

En el ámbito estrictamente moral, hay que tener en cuenta que los elementos que configuran la responsabilidad moral son conocimiento y voluntad/libertad. Para juzgar la responsabilidad moral (y también otras cuestiones como la conciencia de pecado) de las personas con RM, hay que evaluar si conocen y son capaces de entender las consecuencias de sus acciones, y las alternativas, y si están obrando con libertad y voluntad o no.

También debe valorarse individualmente si la persona con retraso mental es capaz de participar en la liturgia, hacer oración, recibir los sacramentos, etc. Obviamente, la expresión de la vida espiritual de estas personas estará limitada por su capacidad de comprensión pero para animarles a llevar a cabo algunas prácticas simples de vida de piedad basta con que tengan una cierta idea de Dios-Padre como muestra la experiencia de algunos grupos que trabajan con ellos[1].

1. En Italia, un grupo de la Comunidad de San Egidio hace catequesis «con» los discapacitados, no «para» los discapacitados: cfr. http://www.sanegidio.org/it/amini.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

Bibliografía

American Academy of Pediatrics, Committee on Quality Improvement and Subcommettee on ADHD. *Clinical practice guideline: diagnosis and evaluation of the child with ADHD*. Pediatrics 2011;128(5):1-18.

Barkley, RA., *Your defiant child*. The Guilford Press, New York, 1998

Biederman, J., Spencer T. *Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) as a noradrenergic disorder. Biological Psychiatry* 1999, 46: 1234-1242. Biederman J, Spencer T. Non-stimulant treatments for ADHD. European Child & Adolesc Psychiatry 2000;9:51-59.

Cabanyes, J. y García-Villamisar, D.. *Identificación y diagnóstico precoz de los trastornos del espectro autista*. Rev Neurol, 2004;39(1):81-90.

Del Barrio, MV., *Depresión infantil*. Ariel, Madrid. 1997.

March, JS, M. D., MPH., *Terapia Cognitivo-Conductual del trastorno obsesivo-compulsivo pediátrico*.

Mardomingo, MJ. *Tratados de psiquiatria del niño de del adolescente* Ediciones Díaz de Santos. Madrid. 2015.

Martin, A., Scahill. L., Charney, DS., Leckman, JF.. *Pediatric Psychopharmacology. Principles and Practice*. Oxford University Press, New York, 2003. www.oup-usa.org

MTA Cooperative Group, *A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for ADHD*. Arch Gen Psychiatry 1999;56:1073-1086

MTA Cooperative Group, *Moderators and mediators of treatment response for children with ADHD*. Arch Gen Psychiatry 1999;56:1088-1096

Narbona-García, J., Sánchez-Carpintero, R., *Neurobiología del trastorno de la atención e hipercinesia en el niño*. Revista de Neurologia 1999, 28 Supl 2: S160-S164.

Soutullo Esperon, CA., *Convivir con niños y adolescentes con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)*. Editorial Médica Panamericana, Madrid 2004.

Soutullo Esperon, C.A., *Depresión y enfermedad bipolar en niños y adolescentes.*, EUNSA, Pamplona 2005.

Cobo, R., *Mi hijo es hiperactivo*, Ediciones Internacionales Universitarias, Madrid 2006.

Schlatter Navarro, J., *Supera la ansiedad y el estrés de tu vida diaria*, Everest, León 2005.

Lahortiga Ramos, F., Cano Prous, A., *Trastornos de la conducta alimentaria, Anorexia y Bulimia Nerviosas*, Everest., León 2005.

De interés:

Confederación Autismo España: www.autismo.org.es

Libro blanco del TDAH. Hacer visible lo invisible. feaadah.org/medimg83

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

22

El estrés en la vida cotidiana

Domingo García-Villamisar

1. Estrés, distrés, burnout

a) *Breve recuerdo de viejos conceptos*

Quizá uno de los términos clave para conocer el origen del estrés podría ser el concepto «milieu intérieur» (el ambiente interno del cuerpo) que fue acuñado por el fisiólogo francés Claude Bernard (1813-1878). Según este autor, el equilibrio dinámico en el interior del cuerpo es indispensable para la supervivencia. Por ello, los cambios en el ambiente o las fuerzas exteriores que influyen en ese equilibrio interior deben ser compensados o reequilibrados por el organismo para sobrevivir. Por su parte, otro eminente biólogo, Walter Cannon (1871-1945), acuñó en 1928 el término homeostasis para describir con mayor precisión el concepto de equilibrio dinámico. Este autor también reconoció que los estresores, tanto psicológicos como físicos, cuando amenazan al organismo, suelen provocar en éste una reacción de afrontamiento o de huida (fight of flight response).

Hans Selye (1907-1982) es reconocido internacionalmente como uno de los padres de la Teoría del Stress. Este endocrinólogo nació en Viena y vivió gran parte de su vida en Montreal (Canadá). Estudió Medicina en la Universidad de Praga y en las de París y Roma. La mayor parte de su vida transcurrió como profesor y director del Instituto de Medicina Experimental y Cirugía en la Universidad de Montréal. El Dr. Selye desarrolló su concepto del estrés mientras estudiaba el segundo año de Medicina en la Universidad de Praga, en 1926. Observó que la mayoría de los pacientes, con independencia de su enfermedad, mostraban un comportamiento semejante caracterizado por escasa fuerza muscular, incremento de la tensión arterial, pérdida del apetito y de la ambición.

Aunque fue Cannon el pionero en aplicar el término estrés a la medicina, sin embargo, Selye fue quien lo popularizó a partir de los años 50. En sus publicaciones previas en revistas científicas, tales como *Nature* (Selye, 1936), no aparece el término stress, ya que no fue admitido por los revisores por ser un término inespecífico y poco científico. En este artículo de 1936, Selye describió las respuestas de las ratas expuestas a un frío intenso, operaciones quirúrgicas, etc. La conducta de estos animales de laboratorio fue progresando de una respuesta de alarma general, no específica, a una fase de adaptación, para terminar mostrando una respuesta desadaptativa con el resultado final de muerte. Hacia 1950, como decíamos, se recupera el término estrés para denominar esta respuesta del organismo (Selye, 1950) y se acuña la palabra estresor para referirse a los estímulos que disparan la respuesta de estrés. A partir de esta fecha, se realizaron

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

numerosas investigaciones sobre este problema, constituyendo uno de los temas de mayor aceptación por parte de los investigadores en psicología clínica.

b) *Alcance y significado de algunos términos referentes al estrés*

El estrés se puede definir como el resultado del impacto de un conjunto de estímulos (estresores) en un individuo cuyo cerebro, al analizar o evaluar su fuerza o gravedad, emite una respuesta de alarma o de activación no específica que, a su vez, dispara una serie de respuestas adaptativas a través de la huida o afrontamiento de la situación.

Estresor. Un estresor es cualquier estímulo que provoca una respuesta de estrés. Hay estresores de muy diversa naturaleza, tanto biológicos como psico-sociales, siendo estos últimos los que revisten un mayor interés para lo que aquí nos ocupa. El mayor o menor impacto de los estresores está determinado en gran medida por la evaluación que hace el propio sujeto de su importancia. Esta valoración está basada tanto en las experiencias previas de afrontamiento vividas por la persona como en las expectativas del resultado de la estimulación. Este balance parece que es en última instancia el factor que explica el que unos estímulos sean aversivos para ciertas personas e inocuos para otras.

La experiencia de estrés aparece cuando la persona evalúa los estresores como nocivos o negativos (Ursin & Eriksen, 2004). Esta sensación se vive habitualmente como una impresión de tensión, malestar o preocupación por los posibles perjuicios que tal situación de estrés pudiera suponer para la salud o la integridad física. A través de cuestionarios y entrevistas se puede evaluar con cierta precisión el grado de malestar que producen los estresores a los que está sometido el individuo.

La respuesta de estrés. El organismo puede reaccionar ante los diversos estresores con una respuesta de alarma no específica que provoca una incremento de la consciencia personal y de la activación cerebral y una serie de respuestas específicas para afrontar las causas de la alarma. Esta activación se manifiesta en la mayoría de los órganos del ser humano.

El feedback a la respuesta de estrés. El tramo final del análisis de la respuesta de estrés corresponde a la interpretación o valoración que el cerebro realiza de estas respuestas a la situación de estrés, que se traducirá en la puesta en marcha de las estrategias de afrontamiento necesarias para alterar la situación que dispara o provoca el estrés.

c) *Distrés*

Desde una perspectiva global, al referirnos al estrés le asignamos un valor negativo o nocivo, tal como hemos visto. Es decir, cuando un organismo está expuesto a una situación de estrés durante cierto tiempo, sufre un gran malestar denominado distrés. Este distrés es nocivo para el organismo y, a la larga, es muy posible que produzca daños difíciles de reparar en el sustrato neurobiológico de las personas afectadas. Pero no todo el estrés que sufrimos desemboca necesariamente en el malestar. Cabe apelar al «eustress», término acuñado por Selye para referirse a un tipo de estrés que es bienadaptativo y que es algo así como la sal de la vida, al impulsarnos a la acción para la conquista de los objetivos establecidos en nuestros planes.

d) *Burnout*

Desde una perspectiva general, tanto el burnout como el estrés son patologías que sufren con mayor frecuencia las personas que trabajan en el campo de los servicios sociales o que realizan tareas de servicio o apoyo a personas mayores con demencia, con problemas psiquiátricos o trastornos del ámbito propio de la discapacidad intelectual.

El síndrome del burnout saltó por primera vez a los medios de comunicación a principios de los años 70 para describir y publicitar las sensaciones que experimentaban muchos profesionales del ámbito de la salud y de los servicios sociales. La mayor parte de las descripciones y

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

de los artículos publicados en la prensa indicaban la situación de «queme profesional» que sufrían estos profesionales. Este malestar tuvo una amplia acogida por parte de los sindicatos y de los directores de empresas, y paulatinamente fue adquiriendo un cuerpo sólido de contenido clínico. El burnout representa un estado de agotamiento que es el resultado de trabajar demasiado intensamente sin preocuparse de las propias necesidades. En otras palabras, este síndrome caracteriza a aquellos individuos que han debido pagar un precio muy alto por su excesivo celo de ayudar a los demás.

Freudenberger creó este término para describir los sentimientos, los afectos y la salud de ciertos colectivos, tales como profesores, enfermeras, asistentes sociales, policías, médicos, terapeutas, etc. En sentido amplio, el burnout es una respuesta psicológica a un estado de tensión crónica provocado por la prestación de servicios a personas necesitadas. Sin embargo, a pesar de los poco más de 40 años transcurridos desde la aparición del término hasta la actualidad, todavía no disponemos de una definición comúnmente aceptada por los especialistas. En lo que parece haber coincidencia es en la naturaleza multidimensional del burnout, comprendiendo al menos tres componentes: despersonalización, agotamiento emocional y escasa realización personal en el trabajo; y comprende síntomas de diversa naturaleza, tales como fatiga, estrés crónico, insatisfacción laboral, etc.

El concepto de burnout es más comprensivo en cuanto a amplitud se refiere, que el de estrés o el de la simple fatiga. Estos dos últimos estados psicológicos afectan parcialmente a la persona y se producen en general como una consecuencia de la discrepancia entre las exigencias que se le hacen a una persona y los recursos de que dispone para afrontar tales exigencias. Por el contrario, el burnout es una reacción emocional muy intensa que afecta a la persona en su totalidad, en forma de ansiedad, depresión, inseguridad, despersonalización, agotamiento, desesperanza… El burnout es de carácter crónico, en tanto que el estrés o la fatiga suelen tener una naturaleza más puntual. En este sentido, el burnout se va desarrollando paulatinamente a lo largo de varios años e incluso décadas.

e) *El perfil psicopatológico de la respuesta de estrés*

El perfil psicopatológico del estrés es de naturaleza multidimensional, al estar implicados tanto los componentes neurobiológicos como psicológicos. A nivel neuronal, la respuesta de estrés está mediatizada por tres ejes neuronales: sistema nervioso simpático, sistema nervioso parasimpático y sistema nervioso neuromuscular. Estos sistemas se activan automáticamente ante la presencia de los estresores. A nivel neuroendocrino, la respuesta de estrés es muy amplia, ya que afecta a diversas funciones, tales como la tensión arterial, flujo sanguíneo, arritmias, etc. A nivel psicológico, la respuesta de estrés es también muy amplia y son varios los parámetros conductuales, cognitivos y emocionales implicados. A modo de ejemplo, señalamos algunos indicadores: desde el punto de vista conductual: problemas de sueño, fatiga, pérdida del deseo sexual, temblores, dificultad para respirar, cambios de apetito, incremento del consumo de alcohol, drogas, tabaco, hiperactividad, inquietud, etc.; desde el punto de vista cognitivo se puede observar: falta de concentración, lapsus de memoria, dificultad para tomar decisiones, confusión, desorientación. Por último, desde el punto de vista emocional se aprecia con suma frecuencia melancolía, tristeza, impaciencia, agresividad, labilidad emocional, etc.

De singular interés al estudiar la respuesta de estrés es el Síndrome General de Adaptación ideado por Selye (1956), que consta de las siguientes fases:

Estadio 1: Reacción de alarma: Constituye una especie de shock somático generalizado y una especie de activación de los mecanismos de defensa del organismo.

Estadio 2. Fase de resistencia. Durante esta fase se produce una reducción notable de la respuesta de alarma y el organismo empieza a afrontar la situación de estrés a través del mecanismo de la homeostasis.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

Los estadios 1 y 2 pueden repetirse muchas veces a lo largo de la vida de un individuo. No obstante, si el estresor persiste durante largo tiempo, los mecanismos de respuesta de carácter adaptativo de la fase 2 sufren un desplome y el organismo entra en la tercera fase, o Estadio 3.

Estadio 3. Fase de agotamiento. En esta fase, los órganos afectados por el agotamiento entran en un estado de depleción cuyo resultado final es la lesión o enfermedad de ese órgano. Si este agotamiento afecta al cuerpo humano en su totalidad, la situación de estrés puede terminar con la vida del individuo.

2. Algunas modalidades de estrés en la vida cotidiana

Estos acontecimientos vitales, siguiendo a Pelechano, pueden agruparse en tres categorías: pequeños inconvenientes que aparecen con cierta frecuencia en la vida cotidiana, pero son de escasa o mediana intensidad y que se refieren como fastidios diarios (daily hassles). En segundo lugar, otros sucesos vitales de intensidad media o alta que acontecen de forma más esporádica pero que provocan un gran impacto en el organismo, tales como la muerte de un ser querido, ir al a cárcel, el paro forzoso, el desarraigo, la separación conyugal, etc. Y, en tercer lugar, otras situaciones de estrés de gran intensidad que aparecen muy excepcionalmente y que dejan una huella imborrable en el ser humano, tales como secuestros, violaciones, asaltos, catástrofes naturales, ataques terroristas, etc.

a) *Los fastidios diarios*

No es imaginable una vida sin contratiempos. A veces, las dificultades provienen del interior de individuo, tales como las preocupaciones frecuentes, las rumiaciones por sucesos pasados que dejaron cierta huella en la persona, molestias físicas, cansancio, problemas de sueño, etc. Lo más habitual es que los fastidios surjan en el espacio exterior del sujeto y de manera imprevista, de tal modo que el individuo tiene que hacer un esfuerzo adaptativo para afrontar la nueva situación problemática. Kanner et al. (1981) elaboraron una escala de fastidios diarios, entre los que destacan el ruido ambiental, falta de tiempo, escasez de dinero, decidir qué vestir, levantarse por la mañana, qué apariencia mostrar a los demás, poco tiempo para dormir, arreglarse el pelo por la mañana, etc. También producen cierto desconcierto a nivel de estrés algunas experiencias positivas inesperadas, tales como la visita de un ser querido, las demostraciones de afecto, la concesión de un premio, un reconocimiento en el trabajo, etc.

b) *Acontecimientos vitales*

Se entiende por acontecimientos vitales estresantes los sucesos acaecidos en la vida de una persona y que le han dejado una profunda huella. Holmes & Rahe, en 1967, fueron los pioneros en estudiar esta vasta problemática y, a través de un instrumento de autoinforme denominado *Social Readjustment Rating Scale*, elaboraron una lista de acontecimientos ordenándola por el rango de su impacto. Los principales acontecimientos resultaron ser la muerte del cónyuge, divorcio, la muerte de un miembro de la familia, contraer matrimonio, embarazo, etc.

c) *Estresores extraordinarios*

Son una serie de estresores excepcionales, tales como los denominan Pelechano (2000) y Everly (2002), y que están constituidos por acciones muy intensas de carácter límite, tales como la violencia interpersonal expresada en su máximo grado de intensidad (violencia, secuestro, amenaza de muerte, etc.) catástrofes naturales (terremotos, inundaciones, incendios, etc), catástrofes producidas por el hombre, tales como las guerras, ataques terroristas, etc. Se trata, como decíamos, de situaciones de gran impacto emocional, de carácter incontrolable, que dejan una profunda huella que clínicamente se manifiesta en forma de trastorno por estrés post-traumático, cuya descripción excede el propósito de estas páginas. Especial mención

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

cabe realizar a la supervivencia a estas situaciones traumáticas. El lector interesado en ampliar esta visión puede acudir a revisiones actualizadas.

d) *Estrés y trabajo emocional*

Diversos trabajos y ocupaciones requieren de los trabajadores la expresión de unas determinadas emociones como parte de su trabajo. Las aerolineas exigen a sus azatas una sonrisa y un comportamiento amable. Los hosptiles requieren a sus médicos y enfermeras delicadeza y compasión, etc. La lista podría continuar con otras profesiones, tales como vendedores, peluqueros, trabajadores sociales, agentes de funerarias, etc. a los que se les exige una conducta a la altura de las circunstancias. Por el contrario, otros profesionales, tales como policías, guardias de seguridad, vigilantes, etc, deben mantener una cara seria y a veces agresiva para hacerse respetar. Estas emociones expresadas por exigencia laboral pueden generar una disonancia con respecto a las emociones reales que siente la persona en ese momento. Esta disonancia a medio plazo puede resultar en una importante fuente de estrés y malestar. García-Villamisar y Freixas han realizado una puesta al día de esta cuestión a nivel internacional. Remitimos a dicha publicación a quienes deseen obtener una información ampliada.

3. Situaciones específicas de estrés en una economía globalizada

a) *Paro involuntario*

El paro involuntario es una situación bastante frecuente en la dinámica actual del mercado de trabajo. El impacto psicopatológico del paro varía mucho de persona a persona, siendo muy diversas las variables que interactúan y que justifican estas diferencias individuales. El grado de formación profesional alcanzado, la edad, el estatus socioeconómico, el estado civil, el sexo, el apoyo social, los recursos personales con los que cada persona cuenta para hacer frente a los contratiempos que van apareciendo a lo largo de la vida, etc., son algunas de las variables moduladoras del impacto del estrés provocado por el paro.

Cuando un trabajador sufre un despido laboral y, como consecuencia, pasa a una situación de paro involuntario, experimentará a buen seguro un estado de estrés como efecto de la nueva experiencia aversiva que le sobreviene. Sin embargo hay notables diferencias entre los afectados en cuanto al grado de malestar o distrés que se experimenta en esa situación. Una variable importante a tener en cuenta es el resultado de la evaluación que cada individuo hace de la situación de estrés. Algunas personas valorarán la pérdida de trabajo como algo que les sobrepasa, mientras que otras juzgarán esta pérdida como una adversidad que pueden afrontar, debido a que disponen de los recursos necesarios para superar ese revés. Hay personas que considerarán irrelevante el despido laboral, pues creen que podrán encontrar con cierta facilidad una nueva ocupación, o bien disponen de recursos económicos extraordinarios que les permiten afrontar el tiempo de paro laboral –una cierta solvencia económica, por ejemplo– de no tenga especial impacto en los individuos que lo sufren. Es más, en ciertos casos, la situación de paro laboral se evaluará de forma positiva, pues se considerará como una nueva oportunidad para mejorar la carrera profesional. Como es obvio, la situación de paro no tendrá efectos muy nocivos a nivel emocional.

En cualquier caso, la situación más problemática se produce cuando la persona no sabe afrontar esa adversidad, cree que no tiene salida y que la situación de paro persistirá a lo largo del tiempo al margen de los medios puestos en marcha para subsanarla. En estos casos, se carece de recursos para salir de la situación de paro, y el resultado será una respuesta de estrés.

Entre las principales variables que modulan la respuesta de estrés ante la situación de paro laboral involuntario, se pueden distinguir las siguientes:

Edad. La investigación ha demostrado que la edad juega un papel crítico a la hora de res-

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

ponder a una situación de estrés motivada por el paro involuntario. Los trabajadores con edades comprendidas entre los 20 y los 50 años son más sensibles a la pérdida de empleo que los trabajadores más jóvenes o con edades que rondan los 60 años. Los más jóvenes pueden soñar con nuevas oportunidades de empleo y creer que tendrán una coyuntura favorable en un futuro inmediato. Por el contrario, las personas mayores de 50 años creerán que la situación de paro es irreversible y que tendrán grandes dificultades para encontrar un nuevo trabajo.

Sexo. Las diferencias en función del sexo son importantes a la hora de valorar el impacto del estrés. En general, puede afirmarse que la mujer supera la situación de paro con más facilidad que el varón, pues las ocupaciones domésticas habituales le hacen sentirse útil en su familia y menos culpable de la situación. La flexibilidad familiar es muy importante para facilitar la vuelta de la mujer al trabajo. El varón necesita más apoyo en la faceta de la resolución de problemas relativos a la búsqueda de empleo; por el contrario, la mujer suele requerir más apoyo emocional y ciertas estrategias para la búsqueda activa de empleo.

Educación/Formación. Numerosas investigaciones han demostrado que cuanto mayor es el grado de educación y de formación, más probabilidades hay de que esa persona tenga un nuevo empleo, sufra menos estrés y experimente un mayor grado de bienestar general durante el proceso de paro.

Apoyo social. Muy diversos trabajos han demostrado que el apoyo social es muy favorable para hacer frente a la situación de estrés. En relación con el desempleo, los expertos concluyen que la familia y los amigos pueden ser un factor muy favorable para facilitar un nuevo trabajo. Por el contrario, la ausencia de apoyos sociales o personales determinará unas reacciones mucho más negativas ante el estrés que el desempleo supone.

Apoyo económico. En la mayoría de los casos, una de las consecuencias de la pérdida del empleo es la drástica disminución de los recursos económicos, lo cual supone un importante contratiempo financiero, pues los gastos se mantienen al mismo nivel que cuando estaba en activo. Diversos estudios han demostrado que cuantos menos recursos tenga un individuo, más amenazante percibirá la situación de desempleo. Por el contrario, cuanto más recursos disponibles tenga la persona, más probabilidades tendrá de salir adelante y hacer frente a las consecuencias negativas que se derivan del desempleo. En todo caso, los seguros sociales y otras fórmulas económicas de apoyo al desempleo pueden paliar en gran medida esa situación.

Nivel económico regional. Por otro lado, a nadie se le escapa que la situación de desempleo está muy relacionada con el estatus socioeconómico de ciertas regiones geográficas. Cuanto mayor pujanza económica tenga un determinado país, una región, una ciudad, más probabilidades existirán de que una persona obtenga un nuevo empleo.

b) *Cómo afrontar las situaciones de paro*

La situación de paro involuntario acompañada de malestar emocional, estrés, desesperanza, etc., conviene afrontarla siguiendo las estrategias comunes que describiremos en el siguiente apartado. Algunas medidas son especialmente recomendables para enfrentarse con la situación de paro laboral.

De acuerdo con el grupo de Lazarus, las estrategias para hacer frente al estrés proceden por una doble vía: solucionar los problemas que motivan la situación de estrés y atender al malestar emocional que la situación de paro produce.

Las estrategias focalizadas en la solución de problemas se dirigen, obviamente, a la búsqueda activa de un nuevo empleo. A tal efecto, se deberían poner en marcha las estrategias comunes en estas situaciones: enviar currículum, dar a conocer la disponibilidad para nuevo empleo a las agencias de colocación, fomentar los contactos interpersonales con agentes del sector, etc.

Las estrategias centradas en el afrontamiento de las emociones se enfocan hacia la regulación de las respuestas emocionales en relación al pro-

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

blema del estrés. Un grupo de estas estrategias consiste en aliviar el malestar emocional asumiendo nuevos pensamientos de carácter más positivo, minimizar la situación, distanciarse de ella, prestar atención a otros asuntos, establecer comparaciones positivas, etc. En otros casos, muy escasos, lo más conveniente es agravar más la situación emocional, puesto que hay personas que si no tocan el fondo del pozo no son capaces de reaccionar ante una situación de esta naturaleza. En todo caso, desde la perspectiva emocional, la estrategia más comúnmente utilizada es el distanciamiento de los problemas; es decir, se aconseja aliviar el malestar emocional estableciendo una razonable distancia entre el momento del despido y la puesta en marcha de las estrategias para la solución del problema suscitado. Se trata, por consiguiente, de reenfocar de nuevo la situación estresante poniéndola en perspectiva, distanciándose de ella en el tiempo, o valorando cómo otras personas en condiciones semejantes han resuelto con éxito una situación parecida. En todo caso, este distanciamiento al que hacemos referencia no se debería confundir con el escape experiencial o la negación del problema. Entendemos por escape experiencial asumir estrategias poco razonables, de carácter impulsivo, cuyo único propósito es salir o evitar el malestar emocional que la situación de estrés provoca, pero que no van dirigidas a la solución del propio problema. Entre estas estrategias, podemos citar el consumo de alcohol y de drogas, crear una situación conflictiva con gran impacto emocional cuyos efectos anulen el malestar provocado por el paro, tal como un conflicto conyugal, etc. Por otra parte, ignorar el problema no contribuye en absoluto a su solución, y, a la larga, empeorará la situación.

c) *Desarraigo*

Probablemente, una de las características definitorias de la sociedad actual sea su movilidad y dinamicidad, motivada en gran medida por una economía global, causa de los principales movimientos migratorios que se observan en la actualidad.

La situación de desarraigo comporta para mucha gente un notable nivel de estrés, razón por la cual tiene un espacio en este capítulo. Esta situación afecta de forma muy distinta a las personas que sufren esta experiencia. Veamos algunos ejemplos. En el mundo occidental hay gente que nunca tuvo la oportunidad de salir del lugar donde han nacido. Por el contrario, otras personas, en el transcurso de su vida, se han visto obligadas a cambiar varias veces de lugar de residencia. Hay quienes consideran un valor su arraigo en las tierras que le han visto nacer; por el contrario, otras personas tienen como objetivo el cambiar de aires de cuando en cuando, para conocer nuevas culturas, nuevas experiencias, nuevas lenguas. Ciertas personas se ven obligadas a cambiar de lugar de residencia una vez que han echado raíces en un determinado lugar; sin embargo, cuando llegan al nuevo destino, tienen muchas dificultades para adaptarse a la nueva situación, bien sea por razones culturales, por el nuevo idioma, por las relaciones interpersonales, etc. Por el contrario, hay otras personas que tiene mucha facilidad para adaptarse a las nuevas situaciones; es como si llevasen sus raíces a cuestas y las plantasen en cada uno de los lugares en los que van a residir. Para muchas familias, el cambio de residencia, casi siempre forzado por razones de trabajo, supone una situación de intenso estrés familiar pues, en la mayor parte de los casos, la promoción en la carrera profesional de uno de los cónyuges, supone la suspensión de la carrera del otro, y, a veces, un serio deterioro en los estudios y en el nivel de confortabilidad de los hijos.

En definitiva, son muy variados los factores que pueden empujar a una persona o a una familia a cambiar de lugar de residencia y, potencialmente, experimentar una situación de estrés por desarraigo. Entre estos factores podemos señalar: evitar los ambientes donde proliferan el consumo de drogas, la delincuencia, cambiar de estilo de vida, evitar la rutina, satisfacer el deseo de cambio, el cambio de trabajo, viajar, conocer una nueva experiencia cultural, aprender una nueva lengua, buscar la promoción personal, hacer nuevos amigos, ampliar la familia, etc..

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

En todo proceso de movilidad se pueden distinguir, entre otros, las siguientes dificultades: afrontar los problemas derivados de la naturaleza de la decisión, quién decide y la preparación del desplazamiento al nuevo lugar de residencia. Todas estas etapas, como es sabido, conllevan un nivel considerable de estrés, razón por la cual vamos a analizarlas más pormenorizadamente.

En cuanto a la decisión de desplazarse a un nuevo país o una nueva zona geográfica, las posibilidades son muy diversas. En muchos casos la decisión es sumamente fácil y no conlleva ningún tipo de tensión; en otros, la decisión está sometida a un alto nivel de presión, por la incertidumbre que encierra. Otra variable importante a tener en cuenta se refiere a quién toma la decisión. En la mayor parte de los casos es la propia empresa la que motiva el desplazamiento; en otros casos, es la persona afectada quien lo decide, y, en el caso de las personas casadas, la decisión suele ser conjunta de la pareja, a veces también con la participación de los hijos. Por lo que se refiere a la preparación del traslado, hay que tener en cuenta que normalmente supone un incremento del estrés. Cuando alguien decide cambiar de trabajo, país, región, etc. normalmente se comenta con los allegados y se procura obtener a través de los medios de comunicación y de publicaciones especializadas acerca de la lengua, la cultura, de la historia, de la economía, de las costumbres del nuevo país en el que se va a residir. Todas estas medidas de carácter preventivo aminoran la incertidumbre, gracias un mayor conocimiento de lo que supone un traslado de esta naturaleza.

Son diversos los factores que favorecen el desarraigo. El idioma supone una de las principales dificultades juntamente con la nueva residencia y la resolución de los pequeños problemas cotidianos que se presentan. En la mayor parte de los casos, se presentan dificultades objetivas para establecer relaciones personales con los habitantes propios del lugar. Necesariamente ha de pasar un tiempo para que estas relaciones, poco a poco, se vayan formalizando. No obstante, el hecho de que en la mayor parte de los casos uno se encuentre alejado de la familia, sin amigos íntimos, sin personas con las que establecer un mínimo de relación interpersonal, favorece la aparición de un cierto sentimiento de soledad. Además de lo anterior, pueden surgir otras dificultades añadidas, tales como la vasta problemática referida a la escolarización de los hijos, problemas en el trabajo, problemas económicos, horario demasiado exigente, etc. Por otra parte, contribuye a ese sentimiento de malestar sentirse rodeado de gente con unos valores morales diferentes, no tener una raigambre social, sentirse extranjero, no tener control sobre lo que va a ocurrir con la propia vida, sentir altas dosis de incertidumbre, echar de menos a otra gente, a otros amigos, a otros ambientes, a la propia nación de origen. Cuando estos factores hacen acto de presencia y se aglutinan en torno a una persona surge de forma natural un notable sentimiento de desarraigo, fuente y origen de estrés y de desestabilización emocional. Para remediar esta situación, se recomienda distinguir claramente entre lo que son problemas reales de los pseudo-problemas. Los pseudo-problemas, a menudo, carecen de datos explícitos que permitan una solución operativa, por lo que en la mayor parte de los casos no admiten ninguna solución. Es más, la prueba evidente de que un pseudo problema es tal es que, si se ignora, no se deriva ninguna consecuencia negativa para el individuo. Con frecuencia, las situaciones de desarraigo arrastran tras de sí muchos pseudo-problemas, tal como veremos en el epígrafe siguiente.

4. El afrontamiento del estrés

Las situaciones de estrés no parecen del todo objetivas, pues se aprecian muchas diferencias individuales en cuanto a las respuestas que cada individuo emite ante las diversas formas de estrés que debe afrontar. Al igual que la belleza, el estresor está en los ojos del espectador. Es decir, hay estresores que afectan a un determinado tipo de personas pero que, sin embargo, dejan indiferentes a otras muchas. Es la interpretación que hace una persona de lo que le rodea, lo que

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

convierte un estímulo, en principio neutral, en algo nocivo o molesto. En cualquier caso, la última palabra en relación con el impacto psicológico de los estresores la tiene el propio individuo, pues, parafraseando a Eleanor Roosevelt, al igual que nadie puede hacer que uno se sienta inferior sin el propio consentimiento, el impacto de los estresores depende de la valoración que de ellos hace cada individuo.

El concepto de afrontamiento (*coping*, en lengua inglesa) no aparece en la literatura psicológica hasta 1967 y comienza a tener un significado técnico a comienzos de la década de los setenta. Se popularizó ese término a partir de las investigaciones llevadas a cabo por el grupo de Folkman & Lazarus, a principios de los ochenta. De acuerdo con estos autores, el afrontamiento es un proceso que requiere una serie de estrategias de afrontamiento o de resolución de problemas; no es, por lo tanto, un estilo o forma de ser. Es decir, el afrontamiento se refiere a lo que el individuo tiene que hacer para enfrentarse a una situación incómoda; no se trata, por ello, de lo que el individuo haría en esa situación en el futuro. En consecuencia, el afrontamiento o «coping», para estos autores, se puede definir como los esfuerzos cognitivos y de comportamiento constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excesivas o desbordantes en relación a los recursos del individuo (Cfr. Lazarus, 1990). En términos generales, se trata de reducir las condiciones estresantes a nivel ambiental y maximizar la probabilidad del dominio sobre esas condiciones; tolerar los eventos negativos; mantener un auto-concepto positivo y un cierto equilibrio emocional; establecer unas relaciones satisfactorias con los demás de forma continua, etc.

a) *Estilos de afrontamiento*

Los estilos de afrontamiento se pueden definir como la forma habitual que una persona tiene de solucionar los contratiempos de la vida diaria; es decir, los estilos se refieren a una manera general de proceder ante una serie de circunstancias muy específicas, no siendo necesario apelar a estrategias singulares en esa situación. Se trata, por lo tanto, de formas de actuar ante las contrariedades que están en gran medida automatizadas y que no exigen un gran esfuerzo al individuo.

En la literatura sobre «coping» se han conceptualizado diversas tipologías que relacionan los rasgos o estilos de personalidad y el «coping». En este sentido, se habla de dos tipos de personalidad (tipo A vs tipo B), caracterizados por un diferente estilo de afrontamiento: directivo-desatento, represor-insensible, primario-secundario, activo y pasivo, aproximación-irritación y evitación, directo-indirecto, orientado a la sociedad-retirado de ella.

El patrón del tipo A, muy vinculado con el estrés, se activa preferentemente ante estímulos nuevos e incontrolados, y se caracteriza por los siguientes elementos: lucha competitiva, con gran sentido de urgencia e impaciencia y agresividad-hostilidad. Se ha demostrado que el patrón de conducta tipo A hace más esfuerzos para controlar una situación que el patrón tipo B.

b) *Procesos de afrontamiento*

Cuando una persona se enfrenta a una situación estresante suele realizar dos tipos de evaluaciones: primaria y secundaria. La evaluación primaria se refiere a una valoración de la situación de estrés, cuyo resultado puede ser de tres clases: positiva, irrelevante y estresante. Una evaluación positiva se produce cuando el individuo percibe que puede afrontar esa situación con los recursos disponibles; si observa que en esa situación no gana ni pierde nada, juzgará esa situación como irrelevante; finalmente, si enjuicia la situación como amenazante y superior a sus propios recursos, la valoración será de carácter estresante. La evaluación secundaria se realiza una vez que una situación ha sido juzgada como amenazante para el individuo y consta de dos componentes: de una parte, el individuo valora si tiene recursos o estrategias suficientes para hacer frente a la situación; y, en segundo lugar, analiza si será capaz de llevarlos a cabo.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

Puede ocurrir que una persona disponga de los elementos necesarios para hacer frente a una adversidad, pero, no se atreve a aplicar esas estrategias en esa situación. A veces esta inhibición se produce porque la persona duda del éxito que pueda alcanzar con esas estrategias. Esta última consideración es muy importante, pues aun disponiendo de los recursos necesarios para solucionar un determinado problema, las bajas expectativas de lograr un resultado aceptable truncarán cualquier iniciativa por muy eficiente que ésta pueda parecer.

c) *Estrategias de afrontamiento*

Son muy variadas las formas o estrategias de afrontamiento de situaciones de estrés, aunque no disponemos de un catálogo que permita ofrecer un elenco de ellas que sea más o menos aceptado por los especialistas en este campo. La escuela de Lazarus distingue dos grandes formas de estrategias: las dirigidas a la solución de los problemas y las enfocadas al alivio de malestar emocional.

La primera forma de estrategias se orienta fundamentalmente a aquellas situaciones en las que el individuo tiene un amplio control de la situación y piensa que puede afrontarla con éxito. En tanto que el segundo grupo configura un conjunto de estrategias encaminadas a paliar o aliviar el malestar que toda situación estresante naturalmente produce. Se trata, por tanto, de una serie de medidas dirigidas a conservar la esperanza y el optimismo, a no tener que aceptar lo peor, a actuar como si lo ocurrido no nos importara, a negar lo sucedido o las implicaciones que este acontecimiento tiene en la propia vida, etc.

d) *Estrategias enfocadas a la solución de los problemas.*

El afrontamiento de situaciones problemáticas se puede realizar, al menos, bajo dos perspectivas: la solución de problemas propiamente dicha y los cambios en las disposiciones del individuo para afrontar esa situación. Por lo que se refiere a la solución de problemas, lo esencial es definir el problema de una manera racional, analizando todos los datos pertinentes y buscando las fórmulas más eficaces, al menos teóricamente, para su solución. Una vez determinada una cierta fórmula que se juzga prioritaria, hay que aplicarla al problema en cuestión y realizar un seguimiento para valorar la eficacia del procedimiento seguido. Las restantes formas de solución tales como la inhibición ante los problemas o las soluciones de carácter impulsivo no suelen ser eficaces en la mayor parte de las situaciones. Por otra parte, en muchos casos no basta disponer de los recursos necesarios para solucionar los problemas y afrontar el estrés que estos conllevan, sino que requiere un cambio de actitud de la propia persona, tal como hacer nuevos planes, fomentar su optimismo y esperanza, etc.

e) *Estrategias encaminadas al alivio del malestar emocional.*

Por lo que se refiere a las estrategias encaminadas al apaciguamiento del malestar emocional vinculado al estrés, el grupo de Lazarus ha propuesto diversas fórmulas al respecto: distanciarse en el tiempo del propio problema, con el fin de que disminuya la reactividad emocional; reevaluar la situación estresante con el objeto de disminuir su importancia, y justificar así un aplazamiento de su solución; en otros casos, se requiere una reevaluación de la situación para incrementar la gravedad de la situación con el fin de justificar una actuación urgente e inmediata; manipular la atención fijándose sólo en aspectos parciales de la situación con el fin de extraer una valoración positiva de esa situación, tal como ocurre en las situaciones de enfermedades graves o de crisis económicas muy serias; buscar distracciones y actividades satisfactorias tales como el ejercicio físico, leer algún libro interesante, ir al cine, ver algún programa de televisión, participar en tertulias, planear alguna actividad divertida con algún amigo, etc.

En apretada síntesis, y aun a sabiendas de que no existe un catálogo de recursos y estrategias disponibles aceptado por los especialistas,

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

siguiendo a Falkum y sus colaboradores, ofrecemos a continuación un resumen de algunas estrategias que, con frecuencia, se usan para afrontar el estrés. Comenzamos ofreciendo una breve exposición de las estrategias negativas, y por lo tanto, en absoluto recomendables.

Una de las posibles respuestas que una persona puede dar en una situación de estrés es auto-defenderse de la situación que le está amenazando. Entre las varias fórmulas disponibles se pueden destacar, estimular la fantasía, soñar despierto, esperar un milagro, imaginarse un final feliz, pensar que las cosas saldrán bien, etc. Una persona puede defenderse de la situación de estrés negando la situación o evitándola a través de conductas tales como ignorarla, olvidarla, fumar, beber o comer en exceso, evitar a los demás, dormir más horas, etc. Otra forma de afrontamiento del estrés es culpabilizarse en exceso de la situación a través de la autocrítica, desear ser más fuerte en esa situación, sobrevalorar los propios defectos, desear cambiar la situación, sentirse mal por no haber evitado el problema, etc.

Entre las estrategias positivas que se pueden poner en práctica para afrontar el estrés podemos destacar las siguientes:

– Buscar apoyo interpersonal: la persona muy estresada, a través de las relaciones interpersonales, puede hablar de sus problemas, buscar comprensión y apoyo, hablar de sus propios sentimientos, aceptar la empatía y la ayuda de los demás, etc.

– Acomodarse la situación: buscar y aceptar nuevos pensamientos y sentimientos, aceptar los sentimientos negativos, no actuar de forma hostil, no abordar todos los asuntos al mismo tiempo, etc.

– Pensamiento positivo: madurar como persona, pretender ser mejor, concentrarse en lo positivo, buscar cambios en la propia persona que apunten a una vida mejor, etc.

– Ejecutar un plan de acción: finalmente, pasar a la acción parece ser la estrategia más interesante y puede consistir en buscar ayuda profesional, poner en marcha determinadas estrategias de solución, negociar lo más posible, considerar diferentes soluciones, trabajar duramente en la solución seleccionada, hablar con los demás acerca de la situación planteada, luchar por el logro de los objetivos, etc.

En todo caso, adoptar una actitud de fortaleza (hardiness) ante las dificultades, junto a una disposición positiva ante la vida con la esperanza de que siempre hay disponible una jugada mejor, predispone a la gente a no desesperarse ante las situaciones de estrés y a superar las contradicciones que toda vida bien vivida siempre comporta.

5. Entrenamiento en vacunación de estrés

El entrenamiento en vacunación de estrés fue desarrollado para ayudar a la gente a enfrentarse con las situaciones posteriores a una fuerte situación de estrés y a sentar las bases preventivas para inmunizar al individuo frente a futuros estresores.

El entrenamiento consta de tres fases de intervención: conceptualización, adquisición y ensayo de habilidades, y, por último, aplicación y seguimiento. Describiremos cada una de estas fases con más en detalle.

Fase uno: Conceptualización

La primera fase está destinada a recoger la máxima cantidad de datos posibles y ofrecer a la persona afectada una definición conceptual de su problema. La recogida de datos supone la identificación de los determinantes del problema a través de entrevistas, cuestionarios, observación conductual, etc. Distinguir entre la falta de habilidades y el fracaso en su utilización, caso de que aquellas estuvieran conservadas. Ayudar a las personas a analizar sus problemas de forma objetiva e independiente.

Fase dos: adquisición y ensayo de las habilidades adquiridas

En esta fase se enseña a las personas destinatarias del programa ciertas habilidades de

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

afrontamiento de carácter instrumental, tales como comunicación, asertividad, solución de problemas, habilidades domésticas, habilidades de estudio, etc. Entrenamiento en habilidades de afrontamiento de tipo paliativo, tales como ver los asuntos en perspectiva, apartar la atención de los estímulos problemáticos, buscar apoyo social, aprender técnicas de relajación, hacer demostraciones de afecto adaptativas, etc. Se procurará proporcionar un amplio repertorio de recursos de afrontamiento para facilitar respuestas flexibles en función de cada situación.

Fase tres: aplicación y seguimiento

En esta fase, se entrena a las personas interesadas en hacer frente a diversas situaciones de estrés a través de la imaginación, tomando como base otras experiencias de estrés que se hayan tenido en el pasado. Esta estrategia permitirá anticiparse a las situaciones estresantes, de tal manera que cuando éstas se presenten, los seguidores del programa ya estarán preparados para afrontar esa situación. Al mismo tiempo, se harán exposiciones en vivo ante pequeños estresores con el fin de fortalecer las habilidades de afrontamiento aprendidas. Por último, el programa persigue el mantenimiento de las habilidades aprendidas y la generalización de estas habilidades a otros contextos diferentes de los entrenados a lo largo del programa. En este sentido, conviene alentar a las personas afectadas a incrementar sus expectativas de auto-eficacia con respecto al afrontamiento de aquellas situaciones que se perciben como de mayor riesgo. Conviene desarrollar estrategias para recuperarse de los pequeños fracasos o de las recaídas que pueda haber durante la fase de afrontamiento del estrés.

Resumiendo, el afrontamiento del estrés, con independencia de sus raíces o causas, requiere una doble perspectiva de afrontamiento: psicológica y médica, cuando el deterioro físico así lo aconseje. En todo caso, la ayuda profesional facilita la superación de las situaciones de estrés de forma rápida, de tal modo que el deterioro que toda situación de estrés a menudo conlleva se reduce considerablemente. Por otra parte, como hemos visto a lo largo de estas páginas, el apoyo social y de la familia es determinante para amortiguar el impacto de las diversas situaciones de estrés que la vida cotidiana conlleva consigo.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

Bibliografía

Cooper, C.L. & Dewe, Ph. (2004), *A brief history of Stress*. Blackwell.

Cox, T. & Mackay, C.J. (1981), *A transactional approach to occupational stress*». En: E. N. Corlett y J. Richardson. (Eds.), Stress, work design and productivity. Chichester: Wiley.

García-Villamisar, D. & Freixas, T. (2003), *El estrés del profesorado. Una perspectiva internacional*. Promolibro. Valencia.

Karasek, R.A. (1979), J*ob demands, job decision latitude and mental strain: implications for job redesign*. Administrative Science Quarterly, 24, 285-308.

Kobasa, S.C. (1982), *The hardy personality: toward a social psychology of stress and health*. En: G. S. Sanders y J. Suls: The Social Psychology of health and illness, hillsdale. LawrenceErlbaum.

Labrador, F.J. (1995), *El estrés. Nuevas técnicas para su control*. Temas de hoy. Madrid.

Lazarus, R.S. (1990), *Stress, coping and illness*. In H.S. Freidman (Ed.). Personality and disease. Wiley.

Mason, J.W. (1975), *A historical view of the stress field*. Journal of Human Stress, 1, 6-12.

Milsum, J.H. (1985), A *model of the eustress system for health/illness*. Behavioral Science, 30, 179-186.

Robles, H. y Peralta MI. (2006), *Programa para el control del estré*s. Ediciones Pirámide. Madrid.

Schlatter Navarro, J. (2005), *Supera la ansiedad y el estrés de tu vida diaria*. Editorial Everest. León.

Selye, H. (1975), *Stress and distress*. Compr. Therapy, 1, 9-13.

Selye, H. (1978), *The stress of life*. Nueva York: McGraw Hill. (Original publicado en 1956).

Serrano, A. (2006), *Acoso y violencia en la escuela: cómo detectar, prevenir y resolver el bulling*. Ariel. Madrid.

Gándara, de la, J. (1999), *Estrés y trabajo. El síndrome de burn-out*. Ed. Cauces de Opinión. Madrid.

Sánchez Sánchez, A. (2003), *Estrés. Pórtico de la depresión*. San Pablo. Madrid.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

23

Conflictos familiares

María del Rosario González Martín

Introducción

El seno familiar es el lugar propio del desarrollo de la persona. De su equilibrio depende, en gran medida, el bienestar y la salud de los que la componen: hijos, esposos, abuelos… Para bien o para mal la familia es importante: puede ser un buen recurso o un escollo a la hora de encarar los problemas.

Conocer a la familia de una persona es conocerla más profundamente. En cierto modo, es conocer su intimidad, y nos explica muchas cosas: por ejemplo, cómo una persona inteligente se puede considerar tonta (por haberse comparado continuamente con un hermano), o cómo una persona se siente bien consigo misma y confiada, aunque no sea ni guapa ni capaz, frente a otra guapa y capaz que se siente como un trapo y sin sentido en la vida…

La familia es un don que recibimos y que no elegimos, pero que nos configura. Nos configuran las personas que la componen, y también las relaciones que establecemos en ella. La existencia de conflictos importantes en estas relaciones puede ser causa de múltiples problemas. Está estudiado y comprobado que el conflicto crónico intrafamiliar es un elemento gravemente perjudicial para la persona. Por esto es importante gestionar adecuadamente los conflictos.

1. Conflictos familiares

a) *Diagnóstico familiar acertado*

Los conflictos familiares son ocasionados por diversas fuentes. Poder discriminar su origen es importante para que la intervención y la solución sean adecuadas.

Las fuentes principales son externas o internas, como la dificultad, externa o interna (tensión, enfermedad psíquica o física), que sufre un miembro de la familia, y problemas relacionales entre miembros de la familia.

Las fuentes externas se pueden abordar intentando eliminar esa fuente de estrés, pero a veces desencadenan crisis internas. Éste es el caso de las dificultades laborales o escolares de alguno de los miembros de la familia.

En este capítulo nos centraremos en los conflictos internos de la familia, tanto si son el origen del problema como si fueron originados por desencadenantes externos que desataron otros internos.

El modo en que diferentes personas y familias llevan un mismo problema es muy distinto. Nuestra misión no es juzgar, sino ayudar a buscar el modo más saludable de vivir. Aprender y enseñar a gestionarlos, capacitar a la familia para que salga de ellos más confortada y fuerte.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

Es decir, cuando ayudamos en un problema, personal o familiar, no sólo tenemos que ayudar a solucionarlo, sino favorecer la capacitación para que la próxima vez una dificultad semejante no genere tanto inconveniente o que, al menos, el problema lo pueda resolver la familia por sí misma. Por ejemplo, si hay una dificultad de comunicación entre los cónyuges, no sólo hay que resolver esa comunicación concreta, sino dar las estrategias para que los cónyuges no vuelvan a generar ese conflicto de comunicación o que, al menos, aprendan a encauzarlo y solucionarlo sin intervenciones de un tercero.

Este último punto es muy importante: en la resolución de problemas no debemos crear gente dependiente, sino capacitarles, ayudarles a desarrollar por sí mismos aquellas destrezas que favorezcan la solución.

b) *Quién les debe ayudar*

Ante un conflicto familiar, lo primero que debemos plantearnos es la gravedad del problema y examinar si estamos capacitados para intervenir en él. A veces, las personas comentan las dificultades, en primera instancia, a amigos, sacerdotes, profesores, y estos intentan ayudar. Si el problema es sencillo y tenemos sensatez, logramos prestar esa ayuda; pero si no, lo agravamos. Les hemos creado unas expectativas de solución que son falsas, y esto conlleva decepción, aumento de la preocupación y cansancio. Por ello, es clave discernir si estamos capacitados para intervenir y si no es así, la mejor ayuda es acudir a un profesional. De todas maneras lo más probable es que podamos ayudar apoyando el trabajo del profesional.

Más allá de la capacitación, aun dando ésta por supuesta, debemos preguntarnos quiénes somos nosotros para esa persona y para esa familia. A veces, por el tipo relación existente, no es adecuado que la ayuda parta de mí. Supongamos, por ejemplo, que intento mediar en un problema de un matrimonio y yo soy muy amiga de la mujer. Si en algún momento debo cuestionar la conducta del marido, lo más probable es que él crea que yo me he puesto de parte de mi amiga y no se fíe de la indicación que le doy. Por ello, a veces es más eficaz ayudarse de un tercero, ya que en los conflictos no es adecuado ser juez y parte o, simplemente, parecerlo. Por supuesto que en ocasiones y con determinadas personas sí podría darse esta ayuda. Pensemos en un hermano pequeño que tiene envidia de su hermano mayor porque saca mejores notas. Pedirle a ese hermano que le ayude en los estudios puede ser bueno si se cambia la relación de rivalidad; si no, será, probablemente, desastroso. Como vemos, la relación, el quién soy yo para el otro, es importantísima en la gestión de los conflictos personales y más aún en los familiares.

Por tanto, detectar una necesidad de ayuda no implica que sea yo quien deba intervenir directamente.

c) *En qué ayudar*

Es importante preguntarnos *en qué hay que ayudar*. Debemos clarificar el diagnóstico, diferenciar los distintos elementos del conflicto, y responder a varias preguntas:

- ¿Cuál es el problema? Las diferencias de enfoque entre los afectados nos indican de dónde viene el conflicto: puede ser por las diferentes visiones o porque no se ponen de acuerdo en la clave del problema, se echan las culpas mutuamente, o porque este problema está despertando conflictos más profundos.
- ¿Por qué no resuelven este problema y otros sí, por qué tropiezan con éste en concreto? Esta pregunta abunda en clarificar qué es lo que esconde el conflicto generado, y a la vez nos ayuda a ver los puntos fuertes de la persona o la familia para poder apoyarnos en ellos y trasladar esas capacidades al problema actual.
- ¿Cómo describen la secuencia de génesis del problema? Nos ayudará a descubrir sus hipótesis y el funcionamiento mental y relacional de la familia, a qué le dan importancia, qué ignoran…
- ¿Por qué piden ayuda en este momento preciso y no en otro?, ¿qué ha ocurrido para que sea en este momento? Nos dará la clave también de cómo son y de su funcionamiento.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

• ¿Quién es el que pide ayuda? y ¿a quién la pide?, ¿qué busca con ello? A veces la intención es ser curado, a veces sólo se busca un aliado que corrobore la versión, que mantenga la forma de actuar.

• ¿El problema es de contenido o de relación?, ¿lo provocan las ideas o las relaciones? No es nada fácil responderlo, pues puede ser que no se sienta querida por su marido y no sea capaz de reconocerlo, y lo único que haga sea cuestionarle todo para ver si le da la razón y en ello cifre la medida de su amor. Esto provoca una tensión continua. En definitiva, se está desplazando un problema relacional a uno de contenido y será imposible solucionarlo en el ámbito del contenido: hay que pasar necesariamente al de la relación.

• ¿El problema es reciente, antiguo o de siempre?

• ¿Cómo influye el problema en los demás miembros de la familia?, ¿quiénes están implicados? Es rarísimo que no influya, aunque lo aseguren. El modo de implicación es importantísimo para que el problema se mantenga o se resuelva.

• ¿El conflicto ha generado beneficios secundarios? Por ejemplo, por el conflicto uno tiene más tiempo libre, puede ver más a su familia de origen, un hijo hace lo que le da la gana. A veces, lo que realmente se buscaba era el beneficio secundario y, hasta que no se afronte de verdad qué es lo que pasa con éste, el problema se mantendrá. Imaginemos un padre que sufre un dolor de espalda crónico o una depresión, y cuando tiene el dolor de espalda o la depresión son los únicos momentos en que los demás le atienden y hacen caso. Lógicamente, cada vez que se sienta solo o sin ayuda le dolerá la espalda o tendrá depresión.

• ¿Qué comunica este síntoma? El síntoma (físico o psíquico), o su modo de desarrollarse, siempre comunica algo: hay que saber escucharlo a fondo. Comunica algo que es difícil o imposible de decir a las claras, o que uno no se permite decir, por ejemplo, desarrollar una enfermedad cuando un hijo se va a ir de casa, padecer verdadero dolor de cabeza cuando no se sabe cómo decir al cónyuge que no se desea hacer algo (tener relaciones, ir a casa de los suegros, etc.).

• ¿El problema manifiesta una pauta de comportamiento o es un acontecimiento único? Por ejemplo, dos hermanos ¿están en conflicto continuamente o es la primera vez que han discutido? Sería un fracaso intentar solucionarlo del mismo modo.

• ¿Qué intención tienen al pedir ayuda? Puede ser que simplemente quieran desahogarse sin pretender que nada cambie. Lo más normal es que esto no sea bueno. Puede ser que quieran que se les dé la razón, que se tome partido por uno de los miembros. Esto a veces es dañino y otras necesario. Muchas personas sólo se dejan ayudar en la medida que sienten que se comprende su perspectiva, sólo cuando se les da la parte de razón que tienen, con tranquilidad, con paz. Confirmando que se ha comprendido de veras su punto de vista, pueden escuchar la parte de razón que no tienen. Hay otras personas que sólo ven el punto de vista de los otros, se compadecen de los demás pero no de sí mismos, se exigen demasiado y nunca piensan que han hecho algo bien. Con ellos hay que tener cuidado de no cargar las tintas más aún, podemos aumentar su sentimiento de culpabilidad y su autoexigencia, promoviendo la ansiedad o la depresión.

Después de esta serie de preguntas, es conveniente que nos adentremos en comprender la dinámica familiar sana y las alteraciones principales que pueden surgir cuando hay conflictos.

d) *Dinámica familiar*

En las relaciones dentro de una familia, podemos decir que existe un marco relacional, es decir, un modo justo de establecer una relación; una dinámica familiar, el modo concreto en el que se establece una relación; y un momento relacional, que sería una interacción concreta.

El conjunto de interacciones concretas, de momentos relacionales, configuran una dinámica familiar. La dinámica familiar puede ser acorde con el marco familiar, con el modo jus-

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

to de establecer una relación y entonces ésta es sana. Puede ser que no se ajuste al marco y por lo tanto sea insana.

e) *Los marcos relacionales*

En cuanto al *marco relacional conyugal*, su justicia supone una relación de amor y respeto, de igualdad en cuanto a la dignidad y valoración de ambos cónyuges, en las diferencias de cada uno. La relación conyugal ha de ser una relación de comunión, de igualdad en la diferencia, por lo tanto pretender que la unión se ha de dar por la igualdad, por la coincidencia, es una falsedad, una falacia. También ha de brotar una conciencia de matrimonio, es decir, los cónyuges en su conciencia ya no se perciben como una individualidad separada, sino que su conciencia percibe que ha de velar por un «nosotros», ya no puede plantearse «su bien» a secas, sino «nuestro bien». Este bien considera el bien de cada uno, pero articulado armónicamente en el bien de un «nosotros». La relación conyugal supone y requiere una preferencia mutua respecto a cualquier otro amor, una preferencia real por parte de los dos. Necesita, a su vez, velar por la unión de ambos, y esto requiere custodiar el respeto y el amor. Uno no puede permitirse faltarle al respeto al otro, pero tampoco que se le falte a uno mismo. Debe velar de este modo por el amor mutuo. Cualquier idea de sacrificio, renuncia o humildad que lleve a consentir una falta de respeto provocará, a la larga, una herida en la unión, más grave que lo que se trató de evitar al no reaccionar.

Si este es, a grandes rasgos, el marco relacional conyugal la dinámica familiar debe responder a estas características. Si vemos que no responde a alguna, ya tenemos por donde encaminar la solución del problema.

Hay que distinguir claramente un acto que va en contra del marco relacional, de una «pauta transaccional» que va en contra del marco relacional. En toda relación entendemos que hay momentos en los que se atenta de alguna manera contra lo que es propio de una relación: gritos al cónyuge, tratarle con impaciencia, mirarle con desprecio, faltarle al respeto. Estos son momentos relacionales, actos esporádicos, que han de detectarse y corregirse, pedir perdón y reparar, pero no se puede decir que estos cónyuges estén mal, es parte de la vida del día a día, de la debilidad, del cansancio… El problema principal viene cuando una actitud dañina se convierte en pauta en la relación, es decir, se asienta, se convierte en un modo admitido y habitual de tratarse, lo cual es muy grave.

Cuando esto ocurre hay que intentar cambiar esta pauta procurando mirar cómo se ha llegado a instaurar y a qué razones profundas obedece. Por supuesto que ayuda a erradicarla el intentar evitarla y realizar actos concretos que sean contrarios a esa mala pauta, pero hay que mirar más al fondo. ¿Por qué trata mal a la persona que ama? Si no descubrimos el fondo del problema, esos actos «buenos» no llegarán a calar en el corazón. Sus acciones serán mejores, incluso buenas, pero el corazón puede seguir herido, brotando de él ponzoña, y alejando así su corazón de la realidad de sus actos y, por lo tanto, de su vida. En estos casos, a veces ocurre que, de repente, cuando todo parecía que iba mejorando, uno de los dos dice que abandona, que no quiere al otro y tira todo por la borda.

Pero este marco relacional conyugal, no es el único que genera conflictos en una familia. Existe también el *marco relacional parental*, el de los padres. Se basa en el marco relacional conyugal y por lo tanto posee sus mismas características en relación a sí mismos, pero en relación a los hijos posee una relación de asimetría, un posicionamiento superior, relativo a la protección que deben otorgarles, a la actitud solícita hacia ellos, y a la preferencia de los padres hacia los hijos respecto a otras relaciones (sobrinos, amigos, trabajo…). Por tanto, ha de existir una adecuada jerarquía en la familia.

Sin embargo, a veces encontramos madres que no dejan intervenir a sus maridos en temas de educación; o maridos que se desentienden de los hijos; o maridos que se sitúan a la altura de los hijos, como si ellos mismos fueran un hijo de su esposa. O, al contrario, madres muy de-

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

pendientes e infantiles respecto al marido. Hijos que se *parentalizan*, es decir, que se sitúan respecto a los demás hermanos como si fueran padres, o padres que descargan sus responsabilidades sobre los hijos mayores cargándoles con una responsabilidad excesiva. Madres que se desahogan con sus hijos de sus problemas conyugales, padres que descargan la tensión marital en agresividad hacia los hijos. En este punto debemos tener en cuenta también lo dicho respecto a las pautas transaccionales: la diferencia entre lo que sucede una vez, y lo que es una forma habitual de relacionarse.

Lo anterior nos lleva de la mano al *marco relacional filial*, que debe situarse en una posición asimétrica, y con las características que se derivan de lo dicho. Si lo complementamos con lo que supone el *marco relacional fraternal*, es importante destacar que éste ha de caracterizarse por una igualdad básica o simétrica, es decir, no es adecuado que uno de los hijos se *parentalice* o se considere el mejor. Cada hijo es único y comparte el amor de los padres, descubriendo así que existen otros «*tus* como *yo* en el mundo», es decir, que siendo único no se considera el único. Por tanto, que ha de velar por su hermano, atendiendo a lo que le pregunta Yahvé a Caín: «¿dónde está tu hermano?». Este velar es un «velar en igualdad» y respetando la individualidad. Veamos algunos ejemplos: pedir explicaciones a un hermano del comportamiento de otro no es justo, otra cosa es juzgar el comportamiento que ha tenido él mismo con su hermano, esto es justo; castigar a un hijo porque el hermano tiró la comida es distinto a preguntarle por qué no ayudó a su hermano pequeño a comer; cuando los hijos ya son mayores y dejaron la casa de los padres, es muy bueno que entre ellos se apoyen, y no lo es, por ejemplo, que el mayor se sienta «responsable» del pequeño.

La relación entre hermanos se debate entre la compañía y los celos, entre el bien de tener alguien como tú o el competir por el amor de los padres. Muchos hermanos viven la relación como competencia y muchos padres lo fomentan, a veces, sin darse cuenta. En esto también debemos tener en cuenta la cuestión de las pautas transaccionales: una cosa es que haya celos en alguna ocasión o en un momento evolutivo, y otra cosa muy distinta es que la dinámica relacional cristalice en los celos, en la necesidad continua de demostrar que se es buen hijo o el mejor hijo.

f) *Ampliar el foco*

Cuando valoramos una dinámica familiar debemos tener en cuenta tanto la relación concreta que está alterada, como la relación con el resto de la familia.

Toda alteración en una de las relaciones familiares repercute, de algún modo, en el resto de la familia. Y tales repercusiones hacen que esas relaciones alteradas tiendan a mantenerse o a mejorarse. No podemos mirar una relación de manera aislada, tenemos que ampliar el foco, moverlo hacia los alrededores para comprender qué ocurre colateralmente. Esto es importantísimo. No nos puede atrapar el conflicto de tal manera que no podamos mirar más allá.

En esta ampliación del foco o giro hacia los alrededores no podemos olvidarnos de las familias de origen. En ocasiones nos mostrarán las causas de fondo de muchos conflictos.

g) *Las familias de origen*

Cuando una familia comienza es necesario que aclare y establezca los límites adecuados con las familias de origen de los dos cónyuges. Esto supone demostrar la preferencia hacia el cónyuge frente a otras relaciones. Requiere el ser capaces de crear una nueva familia de forma novedosa y creativa teniendo en cuenta a los dos cónyuges, su historia, sus creencias y su perspectiva. Al crearla conjuntamente, la nueva familia no es la prolongación o la continuidad de ninguna de las familias de origen. Hay muchos casos de conflictos familiares en los que interviene la idea de que mi familia es mejor, sabe afrontar mejor las cosas… Es decir, lo que prima en los esposos es la pertenencia a la familia de origen, no la novedad de la familia que han formado, y se convierte en una lucha de poder entre «los

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

García o los Fernández, los Martínez o los Morales».

En otras ocasiones, los límites con la familia de origen en general están bien establecidos, pero hay algún miembro que se resiste a la nueva relación o quiere continuar manteniendo el protagonismo en la vida de los hijos casados. Estas intromisiones generan muchas alteraciones, celos, luchas de preferencias. Normalmente se le pide al cónyuge que elija entre la madre o la esposa, lo cual es dramático, y nunca se debería pedir a nadie. Por lo tanto, en estas situaciones habría que ser comprensivos siempre, y ayudarle a que sea él quien que ponga el límite a la madre, pero afirmando y respetando el amor que la tiene. El problema en estos casos surge cuando llega al punto de viciarse la relación, enrareciéndose de una manera grave, o cuando intervienen aspectos patológicos en las personalidades: madres posesivas, hijos dependientes o narcisistas…

Aunque los límites estén bien establecidos externamente, es también necesario que lo estén en el interior de cada cónyuge.

h) *La estructura familiar*

También hay que tener en cuenta la estructura de la familia, que es una *estructura jerárquica*, con asimetrías que deben ser respetadas, principalmente la que corresponde a la autoridad sana de los padres respecto a los hijos. Es importante que los límites estén bien establecidos, es decir, que no se mezclen relaciones: que los hijos parezcan padres, los padres hijos, que los hijos sepan intimidades matrimoniales, o los abuelos se entrometan en decisiones educativas. Aun con la mejor intención, nada de esto es bueno. Una madre no debe desahogarse con su hija contando problemas conyugales, un hijo no debe ejercer de padre, un buen abuelo no se entromete en la educación de los nietos…

Existen otros elementos estructurales: las alianzas, las coaliciones y las triangulaciones.

Las alianzas son relaciones estrechas y bien avenidas entre dos miembros de la familia. Éstas son buenas y enriquecen la vida familiar, son puntos fuertes que pueden ayudar a la hora de presentarse una dificultad en la familia. Debemos respetar esta vinculación especial y cuidar que sea siempre sana.

Las coaliciones son relaciones estrechas entre dos miembros de la familia pero contra un tercero o excluyéndole siempre. Las coaliciones son malas, enrarecen las relaciones familiares, las alteran y hay que tratar de desahacerlas de un modo adecuado.

Las triangulaciones surgen cuando un miembro de la familia tiene un problema con otro y trata de comunicarse con él a través de un tercero, ya que no pueden comunicarse directamente y esto se convierte en la pauta de relación. La triangulación es siempre mala, debemos afrontar la relación alterada y poder dejar la dinámica de *triangulación* destructiva. Ocurre cuando matrimonios que se llevan mal resuelven problemas a través del hijo, cuando suegra y yerno se dicen cosas terribles a través de los nietos… Es de capital importancia tener en cuenta estos elementos estructurales.

2. Comunicación

a) *La claridad en la comunicación*

Lo primero que hemos de tener en cuenta es que es imposible «no comunicar». Siempre comunicamos algo aun cuando no queremos. Aunque callemos, podemos estar diciendo que «no queremos decir nada», que no hemos prestado atención, que no merece la pena ni escucharlo, que estábamos atentos a otra cosa… Este punto es importantísimo en la comunicación familiar. En ocasiones escuchamos con reproche: «¿No me dices nada?». Esta pregunta refleja que «no diciéndome nada me estás demostrando algo», que «echo de menos tu atención, tu dedicación a mí». Mucha gente niega que estos silencios signifiquen algo, pero verdaderamente tienen su valor. Es más, de hecho, igual que las mujeres son artistas en el manejo de la palabra, en no callar, los hombres son maestros en el si-

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

lencio, en callar, en usar la fuerza del silencio. Es un arma interesante, porque es muy difícil acusar de un silencio, ya que la interpretación siempre será subjetiva y por lo tanto manipulable. Un marido puede callar en una pelea, o cuando un hijo le grita a su madre, o cuando viene del trabajo…; la mujer interpreta ese silencio, le pone palabras y el marido puede negarlo todo, acusarla de deformar la realidad, de ser mal pensada, de juzgarle, tenga o no razón la mujer.

Si queremos fomentar una buena comunicación es importantísimo ser claros, y evitar ambigüedades que lleven a interpretaciones manipulables. Si callamos y nos cuestionan el silencio deberíamos clarificar lo que significa, enfrentarnos a la realidad de lo que queremos comunicar, ser sinceros. Puedo haber comunicado que «estoy cansado», que «me agota entrar en conflictos con los hijos a estas horas», que «estoy enfadado»… Si no llegamos a decir adecuadamente lo que nos ocurre será imposible solucionar los problemas. Si hablamos de ello con claridad podremos llegar a dejar un espacio propio al cónyuge cuando llega cansado, dejar los problemas graves con los hijos, en la medida de lo posible, para otro momento, podremos hablar de lo que ha molestado…

Cuando hay ambigüedad en la comunicación podemos salir ganando, porque podemos negar cosas que realmente pensábamos, podemos acusar al otro de malinterpretar, es decir, puede salir ganando el «yo», pero rara vez saldrá ganando el «nosotros». Las personas veraces y nobles no temen la claridad en la comunicación, porque no tienen nada que esconder: cuando se equivocan saben pedir perdón y rectificar, y son capaces de dar la razón al otro.

La dificultad de interpretación que ocurre en los silencios también sucede con la comunicación no verbal: los gestos, los tonos, las miradas… Y también en esto es importante la claridad y la veracidad. Hay problemas en la comunicación derivados de una mala interpretación de un gesto y es importante aclararlo. Existen otros casos en los que el problema viene de una disociación entre lo que se dice verbalmente y lo que se expresa con los gestos. Por ejemplo, «te digo que me alegra tu ascenso en el trabajo», pero lo digo con cara de desagrado. En estos casos es necesario aclararse con uno mismo, reconciliarse con la situación: «me cuesta que él ascienda porque yo no he sido capaz, pero sé que esto brota de mi envidia, poco a poco debo aprender a alegrarme, porque sé que su éxito es gracias también a mi apoyo, aunque quisiera que él también me apoyara, para que pueda yo lograr este otro cambio». Una vez aclarado lo que le pasa a uno por dentro, puede expresarlo con paz y sin agresividad al cónyuge, pidiendo con cariño y aprecio aquello que cree necesitar.

Si llegara la situación en la que la disociación de los gestos y las palabras fuera continua, se convirtiera en pauta, se llegaría a dañar gravemente la relación y a la otra persona. En el fondo, tendría que negar su propia percepción de los gestos del otro para creer lo que dice, o dejar de creer en sus palabras. La primera solución es muy grave para la salud psicológica del que la sufre, y la segunda supone, prácticamente, el romper la relación. Sólo la claridad y la veracidad pueden generar relaciones sanas y constructivas.

b) *Puntuación de la secuencia de los hechos*

Otro problema de comunicación bastante común es la diferencia de interpretación de los hechos que han ocurrido, junto a lo que clásicamente se ha llamado la diferencia en la puntuación de la secuencia de los hechos. Es decir, o que no se ponen de acuerdo en qué es lo que ha pasado o que no se ponen de acuerdo en qué o quién originó el conflicto. A veces se aprecia esto en problemas de fidelidad conyugal. Estas situaciones sólo es posible solucionarlas si se cae en la cuenta de que muchas conductas son circulares. Es decir, son conductas en cadena que se retroalimentan, unidas a otros problemas de relación o comunicación. Por ejemplo, uno está una temporada mal de ánimo y se muestra frío, no quiere preocupar al otro y, por amor, se calla. El otro no entiende qué le pasa y se siente rechazado. El primero cree que el otro no le presta

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

atención suficiente, porque, si no, se hubiera dado cuenta de que lo está pasando mal, y se aleja más. El otro piensa que ya no se aman como antes… Cuando intentan hablar no se ponen de acuerdo y se reprochan mutuamente, estando los dos verdaderamente dolidos. Se hubiera podido solucionar fácilmente al principio, poniendo claridad en lo que sentían. Pero, en este momento, el principio de la solución pasa por poner algunas bases claras comunes (nos queremos, nos hemos herido los dos mutuamente, hemos hecho los dos cosas mal, queremos luchar por nuestro amor) sin hacer referencias a los desacuerdos, y entonces clarificar qué cosas pueden hacer para renovar su amor y no caer en los mismos errores.

c) *Escalada simétrica*

Otros problemas de comunicación se originan cuando dos personas tienen que demostrarse continuamente que son iguales y ninguna puede destacar porque de lo contrario parecería que la otra es menos. Es lo que llamamos la escalada simétrica. Si uno destaca, el otro inmediatamente tiene que destacar en otra cosa, si un hijo prefiere un día a uno, el otro tiene que «hacerse preferir» al día siguiente. Este tipo de relaciones son agotadoras. Lo importante es dejar esta competitividad, y alegrarse los dos por lo de cada uno, sin competiciones, juicios o valoraciones continuas.

d) *Complementariedad rígida*

El problema contrario se da cuando cada uno tiene un papel asignado, complementario el uno del otro, y no se permite que ninguno de los dos cambie esa posición. Por ejemplo, uno es el fuerte y el otro el débil, nunca puede mostrarse débil el fuerte ni fuerte el débil. Esto también es agotador. Hay que romper esta complementariedad rígida y comprender lo bueno que es ser débil y dejarse cuidar, aunque uno sea fuerte, y lo bueno que es apoyar al otro cuando se es débil. La gente que establece relaciones de este tipo es muy resistente al cambio, pero es importante quebrar tal equilibrio y reestablecer otro nuevo y más sano.

e) *Evitar la comunicación*

Cuando la relación va mal, tiene problemas o cuesta la comunicación, se tiende a evitarla. Raramente se evita directamente, sino que se ponen excusas: trabajo, hijos, padres… Otras veces se contesta con monosílabos, no permitiendo que se ahonde en la comunicación y generando agresividad en el cónyuge, en el hijo, o en los padres. Es importante detectar a tiempo estos vicios, y afrontar el problema cuando tiene solución. Ser perezosos en esto puede suponer el deterioro irremediable de la relación.

Entre esposos merece una atención cuidadosa la comunicación a través de las relaciones conyugales. Evitarlas habitualmente, o el miedo a la desnudez en la intimidad conyugal, revela un problema de saberse acogido, de poder ampararse confiadamente en el otro y es importante tratarlo a tiempo. Sólo en el amor se revela el misterio de la persona. Si cesa la intimidad, también física, algo está pasando con el amor.

f) *Ideas y mitos familiares*

En las relaciones también intervienen las ideas, creencias y mitos que se tengan sobre ellas. Por ejemplo, pensemos en una mujer que tiene la idea de que siempre debe estar guapa para su marido. Esta creencia le lleva a no poder estar tranquila y relajada en su propia casa. Cuando el marido llega y no le dice nada, piensa que ya no resulta atractiva, y se agobia y se tensa aún más exigiéndose para estar aún más «perfecta». El marido se siente agobiado de tener que estar siempre admirándose de su mujer, y de no poder disfrutar de su compañía con tranquilidad. Otro prejuicio puede ser el de un hombre que pensase que las mujeres son caprichosas y derrochonas, y por ello no permite que su mujer se haga cargo de las cuentas. La mujer, al no saber el dinero que hay, y al no estar pendiente de los gastos, no puede calibrarlos, y el marido confirma su idea de que es una derrochona ca-

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

prichosa que no sabrá nunca llevar la economía de la casa.

Estos ejemplos son muy simples, pero muchos problemas, con la complejidad de la vida real, siguen esta dinámica. Las creencias y mitos relacionales entrañan muchos miedos que impiden hablar claramente de ellos y fomentan una actitud ansiosa que aviva, aún más, la alteración de la relación o la comunicación. Pensemos, por ejemplo, en el miedo que una esposa pueda tener a la infidelidad del marido con alguna mujer del entorno laboral. Cuando le pregunte por temas de la oficina, le preguntará de manera recelosa, con lo cual fomentará la actitud defensiva del marido, actitud que aumentará, a su vez, el recelo de la mujer… y puede que se desencadene una discusión importante sin que haya ocurrido realmente nada.

Es un error pensar que este tipo de problemas basados en creencias –a veces irracionales–, los miedos, temores o deseos más profundos, se solucionarán en el ámbito de la racionalidad. Son problemas emocionales y sólo se podrán arreglar acertadamente en el ámbito de la afectividad. En gran medida, la solución es la escucha comprensiva, que no juzga y que, a la vez, ayuda a calmar el miedo o a mostrar que todo el amor no se puede medir solamente atendiendo a un acto concreto. Siguiendo los ejemplos anteriores, lo importante es que el marido se dé cuenta del miedo que tiene su mujer a que no le sea fiel. Esto tiene más que ver, en muchos casos, con la inseguridad de su mujer y con el miedo a perderle, que con las dudas que ella pueda tener de su fidelidad. Si el marido puede comprender las razones profundas irracionales, que todos en algún momento tenemos, cuando la mujer le comience a interrogar ansiosa, él podrá calmarla, hablándola del amor que siente por ella, y despejando con cariño las dudas que ella pueda tener. De este modo romperá el círculo vicioso de la crispación, de la acusación mutua que aumenta la desconfianza y los miedos. Si la mujer es capaz de comenzar a identificar su duda y darse cuenta de que es fruto de su inseguridad, aclarará las próximas conversaciones, en las que, incluso, podrán comenzar a tenerse con un cariñoso y respetuoso sentido del humor. Lo mismo puede ocurrir con el tema del miedo del hombre a que la mujer gaste demasiado. Lo importante es clarificar que existe ese miedo y que no corresponde tanto a la realidad como el marido cree, que la mujer, sólo responsabilizándose, puede calibrar adecuadamente los presupuestos, y que es bueno compartir la preocupación económica desde el principio, porque de lo contrario los conflictos suelen aumentar. La mujer tiene que aprender a no sentirse juzgada, sino a hablar con cariño y respeto de la inseguridad de él, sabiendo que ella también tiene sus propios miedos, y que en eso consiste el matrimonio, en acogerse con los miedos y los deseos. Ayudarle entonces a perder el miedo, dándole muestras de confianza que no sean plegarse a su modo concreto de hacer las cosas, sino que entienda que hay otros modos convenientes de llevar las cuentas o la administración de la casa. Este es el modo de ir acogiéndose el uno al otro.

Se podría decir que en esto hay diferencias entre hombre y mujer. Cuando la mujer se siente acogida y comprendida afectivamente suele aparecer la racionalidad con tranquilidad. Al varón le suele costar confesar que el problema sea irracional, que exista un miedo al desastre económico… Por ello, hay que ir pasando de la comprensión afectiva al diálogo racional, alternándose.

3. Enfermos en la familia

Con la enfermedad de un miembro de la familia surge una fuente de estrés y un importante cambio en las relaciones. La enfermedad, física o psíquica, va a producir cambios en la forma de funcionamiento y de comunicación en la familia.

En estos casos, influirá el carácter de la enfermedad, si incapacita o no, si es muy molesta o no, si va a suponer un problema duro de afrontar para quien la sufre y para los que le rodean. Despertará temores, miedos, problemas en todos los miembros de la familia, no sólo en el enfermo. Y va a poner en juego recursos que

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

ya se tienen y habrá que crear otros: ayuda mutua, capacidad de sacrificio, trascendencia.

Según el miembro de la familia que enferme, los cambios en la familia, con sus posibles alteraciones, serán unos u otros, más graves o más asumibles. Por ejemplo, el que enferme un hijo no influye tanto en la estructura de la familia como la enfermedad de uno de los padres.

Se harán muy cercanos a la familia profesionales que van a influir de una manera decisiva. El que la familia haya sido abierta y tenga apoyos externos será decisivo para que pueda gestionar mejor el cambio y se adapte de una manera menos costosa.

A continuación podemos preguntarnos: ¿qué es lo que necesita, qué recursos debe tener una familia con un enfermo?

- Es importante que escuche el sufrimiento y el dolor, que no huya de él, que se duela del dolor moderadamente. Una vez escuchado, será necesario tratar de aplicar la solución que se pueda, personal y familiar; que se acepte lo que es irremediable, viviéndolo con paz y trascendiéndolo, y que se luche y busque remedio a lo que se pueda solucionar. La familia debe reordenarse teniendo en cuenta que existe una enfermedad. Pensar que todo sigue igual, sería una falacia.
- Debe buscar los beneficios secundarios sanos de la enfermedad, y no aferrarse a beneficios secundarios insanos.
- Debe prestar atención a las necesidades de los miembros con buena salud. La enfermedad no puede anular la vida familiar, ni la de cada miembro de la familia. Es conveniente desplazar el foco de la vida para no estar siempre viviendo lo limitador de la enfermedad, sino lo que todavía es posible conseguir.
- Hay que ver al que padece la enfermedad como persona: el enfermo es más que su enfermedad.
- Cada enfermedad plantea su propio juego en la familia, y hay que saber controlar el juego de la enfermedad, y no que ella lleve el control de la familia.

En definitiva, hay que adaptarse a la nueva situación, sabiendo desahogar explicitamente el sufrimiento que conlleva, luchando contra lo que se pueda luchar y aceptando lo que no quede más remedio que asumir. Hay que superar la fase de «familia enferma», y trascender, desde la fe y desde todas las posibilidades vitales. Hay, por tanto, que ser creativos, ajustar las metas y los deseos a la nueva realidad y dar profundidad a lo que se está viviendo sin amargarse. Se debe ser también muy cauteloso a la hora de usar expresiones como que la enfermedad es una bendición: el dolor es malo, y el sufrimiento no es deseable. Esa expresión es un modo adecuado, acertado y rápido de referirse a algo muy profundo que hay que poner a la gente en condiciones de entender: la misteriosa unión que se establece entre Cristo y quien sufre. La respuesta libremente amorosa ante el dolor, la sobreabundancia de gracia junto con la paz que puede dar Dios, son es una bendición y una ocasión para profundizar en el amor (cfr. capítulo 11).

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

Bibliografía

Borghello, U., *Las crisis del amor*, Rialp, Madrid 2002.
Castillo, G., *La realización personal en el ámbito familiar,* EUNSA, Pamplona 2009.
Consejo Pontificio para la Familia, *Sexualidad humana: verdad y significado*, 1996
González Martín, MR., *Matrimonio: amor de comunión entregado al hijo*. Teología y Catequesis, nº 79, 2001. 67-81.
Martín-López, E., T*extos de sociología de la familia*, Rialp, Madrid 2004.
Melendo, T-, Millán-Puelles, L., A*segurar el amor*. Rialp, Madrid 2006.
Minuchin, S., *Familias y Terapia Familiar*. Gedisa, 1986.
Polaino-Lorente, A., *Sexo y cultura. Análisis del comportamiento sexual,* Rialp, Madrid 1992.
Polaino-Lorente, A., *Cómo mejorar la comunicación conyugal*, Rialp, Madrid 2004.
Polaino-Lorente, A. y Martínez-Caro, P., *Evaluación psicológica y psicopatológica de la familia*. Rialp, Madrid 2006.
Ríos González, J.A., *Manual de orientación y terapia familiar*. Fundación Instituto de Ciencias del Hombre 1994.
Sayés, J.A., *Moral de la sexualidad*, Edice, Madrid 2000.
Vallejo Ruiloba, J., *Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría*, 8.ª ed. Masson, Barcelona 2015.
Viladrich, PJ., *El amor conyugal entre la vida y la muerte*, EUNSA, Pamplona 2005.
Watzlawick, P., *Teoría de la Comunicación Humana*, Herder, 1971.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

24

Trastornos de ansiedad

María Luz Mediano Cortés

1. ¿Qué es la ansiedad?

La palabra ansiedad se utiliza generalmente en el lenguaje coloquial asociando su significado al contexto psiquiátrico, o al menos al contexto de la medicina en general, en el sentido de que una persona que dice tener ansiedad, se entiende como que se siente mal y se ve aconsejable que busque ayuda médica. En el Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua (2001) se dice: *«ansiedad (…)1. Estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo.2. Med. Angustia que suele acompañar a muchas enfermedades, en particular a ciertas neurosis y que no permite sosiego a los enfermos».* El Diccionario de uso del Español (María Moliner, 2002) nos aporta algo más: *«ansiedad: 1. estado del que ansía. 2. preocupación o impaciencia por algo que ha de ocurrir. Angustia (se emplea específicamente en medicina). Ansiar: Desear alguien una cosa tan importante para su bienestar o felicidad que su no posesión le causa sufrimiento».*

El Diccionario ideológico de la lengua española (Julio Casares, 1999) define así el término: «ansiedad: estado de desasosiego o agitación del ánimo. Pat.: Angustia que suele acompañar a muchas enfermedades. Ansia: malestar o desasosiego. Aflicción del ánimo».

Vemos así que la palabra ansiedad tiene una acepción como estado normal de la persona ante algunas circunstancias, y en otras acepciones introduce el término en el contexto psicopatológico (angustia, enfermedad, neurosis, sufrimiento, afección del ánimo, etc.) Por lo tanto podemos decir que en la persona, hay «niveles» de ansiedad que son normales en algunas circunstancias, y que en muchos otros casos, ésta puede tener una función positiva y útil para espolear a una acción necesaria. Es decir, una respuesta de ansiedad no siempre es patológica

En su sentido médico más amplio, la ansiedad consiste en una repuesta psicofísica (fisiológica, emocional, cognitiva y conductual) de la persona, caracterizada por un estado de alerta ante circunstancias y acontecimientos externos o internos, que requieren un máximo rendimiento de su organismo para afrontar y/o acometer situaciones de peligro o amenaza que pueden ir, desde una auto-exigencia personal, una exigencia de otra persona o del entorno ambiental, hasta situaciones en las que se percibe miedo, peligro, daño o alguna necesidad vital, ante las que es preciso reaccionar con actitudes de defensa, huida o ataque. Por lo tanto, la ansiedad se considera «normal» cuando es una respuesta proporcional a las circunstancias, y es necesaria para abordar una situación particular. Aunque lo proporcional o no, depende de la personalidad del sujeto que padece ansiedad, y en el caso de un observador externo, de la subjetividad a

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

su vez de éste (familiar, amigos, personas con las que se convive, educadores, etc.).

Sabemos, por propia experiencia, que cuando sentimos un aumento de ansiedad ante un estímulo interno (pensamiento, emoción, etc.) o externo (peligro, agresión, etc.) hay unos síntomas psíquicos (miedo, temor, inquietud, etc.) que van acompañados de un correlato de manifestaciones físicas de diversa intensidad (sudoración, aceleración del ritmo cardiaco, sequedad de boca, temblores, etc.) que son la respuesta de nuestro Sistema Nervioso Autónomo (simpático) y nos facilitan la respuesta apropiada al estímulo excitante (p.ej., ante un examen, o una actuación en público) Lógicamente, se puede tener una respuesta de ansiedad, no sólo ante estímulos «negativos» (situaciones desagradables) sino también ante estímulos «positivos» (situaciones agradables).

Desde el punto de vista psicológico, se puede decir que cuando el nivel de ansiedad de una persona se eleva ante una situación, la maneja a nivel inconsciente, e intenta controlarla mediante diferentes «mecanismos de defensa», que en cierta medida, serán los que vayan modelando su personalidad a lo largo de la vida.

2. La ansiedad como síntoma de enfermedad

Por otra parte, además considerar la ansiedad como un estado emocional «normal» ante determinadas circunstancias, el término ansiedad se utiliza en el ámbito médico, para referirnos a los síntomas de esa índole que se presentan en multitud de enfermedades, no sólo psicopatológicas (que serían los trastornos de ansiedad) sino médicas (como las enfermedades tiroideas, diabetes, crisis comiciales o epilépticas, cardiopatías, síndromes de abstinencia, etc.) De éstas últimas no trataremos aquí. En este capítulo se hablará, de los síndromes y trastornos psiquiátricos específicos caracterizados por el predominio de la ansiedad como síntoma nuclear.

La frontera entre lo que podemos aceptar como una respuesta de ansiedad «normal» y las respuestas patológicas de ansiedad, está determinada en gran parte, por el grado de afectación a nivel funcional de la persona que la padece.

De manera natural cualquier persona reacciona con ansiedad cuando, «algo» o «alguien», aparece ante ella de una manera que pone en peligro su equilibrio personal (psíquico y/o físico) parcial o totalmente. Si la ansiedad es tal que no se puede dar una respuesta apropiada al estrés de la vida diaria (el trabajo, las relaciones interpersonales habituales sociales o familiares, etc.) es decir, cuando se altera el nivel funcional habitual de la persona, entonces se puede considerar que estamos ante una reacción, síndrome, o trastorno de ansiedad, ya sea producido por una causa externa o interna al propio individuo. Este será el momento oportuno de solicitar la ayuda médica. En nuestro medio, ya es habitual que la persona acuda su Médico de Familia cuando detecta un nivel de ansiedad perturbador, y el Médico de Familia será el que deberá valorar el grado de ansiedad, dando un remedio al paciente, bien pautando algún tratamiento farmacológico ansiolítico, o bien derivándolo al Médico Psiquiatra

3. Clasificación de los trastornos de ansiedad

Refiriéndose a las enfermedades en general, Letamendi, acuñó la célebre frase: «no hay enfermedades sino enfermos». Sobra decir que esta realidad antropológica se debe subrayar en el caso de las enfermedades psiquiátricas. El modo de enfermar es diferente en cada ser humano, aunque se trate de la misma dolencia, no sólo desde el punto de vista físico, sino vivencial, emocional, afectivo, en una palabra: psíquico, en el sentido más amplio del término. Este hecho explica que las enfermedades psiquiátricas se resistan a cualquier intento de clasificación. Pero las clasificaciones son necesarias para facilitar la comunicación entre los médicos de las distintas especialidades, los psiquiatras y los psicólogos clínicos; por un lado, para poder establecer predicciones clínicas evolutivas y

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

terapéuticas, y por otro, para servir como base imprescindible en la investigación médica.

Aunque podemos encontrar descripciones de las manifestaciones de ansiedad desde Hipócrates, es en 1896 cuando Kraepelin clasifica los trastornos psiquiátricos en trece categorías, y en la XI, bajo el epígrafe «neurosis psicógenas», se encuentran las primeras aproximaciones a la clasificación de los trastornos de ansiedad. Beard (1868) utilizó por primera vez el término «neurastenia» que engloba fundamentalmente a pacientes ansiosos, depresivos no psicóticos, fóbicos y obsesivos. En 1894, Freud, define nosológicamente la «neurosis de ansiedad» desgajada del término más amplio de neurastenia que abarca todas las formas de ansiedad patológica, elevando por tanto la ansiedad, hasta entonces concebida como inespecífica y generalizada a un sinnúmero de trastornos, a la categoría de síndrome (conjunto de síntomas y signos que existen a un tiempo y definen clínicamente un estado de enfermedad determinado).

A nivel internacional, hay dos clasificaciones de las enfermedades mentales y del comportamiento que destacan sobre las demás: la última revisión de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) CIE-10 («Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades: Trastornos Mentales y del Comportamiento» (1992) cuya próxima revisión está planteada para el año 2017, y la DSM-5 *(«Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders»*, elaborada y revisada en mayo de 2013 por la American Psychiatric Association (A.P.A.) Ambas son las clasificaciones mundialmente reconocidas y más utilizadas, tanto por los clínicos como por los investigadores, y pese a sus diferencias, mantienen un paralelismo conceptual.

En la última revisión de la CIE-10, se definen y codifican los trastornos psiquiátricos que, de una manera u otra, y en mayor o menor grado, tienen el síntoma de ansiedad, bajo el epígrafe de **Trastornos neuróticos, secundarios a estresantes y somatomorfos (F40-F49).** Recogemos a continuación el índice de esta sección:

F40: Trastornos de ansiedad fóbica. F41: Otros trastornos de ansiedad. F42: Trastorno obsesivo-compulsivo. F43: Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación. F44: Trastornos disociativos (de conversión). F45: Trastornos somatomorfos. F48: Otros trastornos neuróticos (neurastenia).

Este capítulo se centrará en los denominados **«Trastornos de ansiedad fóbica» y «Otros trastornos de ansiedad».** El resto de los trastornos asociados con la ansiedad son tratados específicamente en otros capítulos de este libro.

El propio manual explica en su introducción que presenta agrupados estos trastornos que acabamos de citar, debido a su relación histórica con el concepto de neurosis. Hasta hace poco más de una década, tanto en los Tratados de Psiquiatría y Psicopatología, como en los Manuales de estas materias, e incluso en las clasificaciones internacionales de las que hemos hablado anteriormente, el término ansiedad, se utilizaba muy poco.

El término **neurosis** fue empleado por primera vez por el médico escocés Cullen (*First Lines of the Practice of Physick*, 1777) aludiendo a una disfunción nerviosa de origen biológico. Posteriormente, el término ha sufrido profundos cambios en su conceptualización, en los que no podemos entrar aquí. A finales del siglo XIX el cuerpo de las neurosis quedó reducido a la psicastenia o neurosis obsesiva, histeria, la hipocondría y la neurastenia. Por esta época se producen las aportaciones más importantes al concepto de neurosis. Janet consideraba estos trastornos: «como secundarios a un descenso de la tensión psicológica, producida por agotamiento cerebral, lo cual altera la realidad psíquica del sujeto». Pero será Freud en 1893, quien se decante por una interpretación firmemente psicologicista –para quien esto escribe, reduccionista– de algunas neurosis (psiconeurosis) al considerar que su causa se encuentra en traumas psicosexuales producidos en épocas tempranas de la vida. Así las cosas, el término neurosis ha ido recogiendo a lo largo del siglo XX una serie de connotaciones que lo han convertido en algo difuso y de límites inciertos, en cuanto a su conceptualización. En la actualidad, a nivel médico-psiquiátrico, el término «neurótico» persiste

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

sólo para un uso ocasional en las Clasificaciones Internacionales de Trastornos Psiquiátricos.

La mayoría de los trastornos considerados como neurosis, por quienes siguen utilizando este concepto, están bajo el encabezamiento de Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos, con excepción de las neurosis depresivas (CIE-10, 1992). Aunque en este capítulo nos vamos a guiar por la clasificación de la CIE-10, para hacer más sencilla la explicación hay que dejar muy claro que sería un grave error pensar que estos manuales (CIE-10, DSM-5) son Tratados de Psiquiatría. Por lo tanto sólo serán bien utilizados e interpretados correctamente por los profesionales dedicados a fondo al estudio de la mente humana y sus posibles modos de enfermar (médicos especialistas en Psiquiatría y en su caso, los Psicólogos clínicos) que serán quienes emitan, en su caso, los diagnósticos clínicos, y apliquen los tratamientos adecuados a los pacientes.

4. Descripción psicopatológica de los trastornos de ansiedad

Los Trastornos de ansiedad constituyen las enfermedades psiquiátricas más frecuentes y provocan un deterioro funcional y un sufrimiento considerables, tanto al individuo que los padece, como a las personas con las que convive. Los avances recientes en la investigación han influido notablemente en nuestra comprensión de los mecanismos subyacentes que explican la enfermedad y la respuesta al tratamiento. Una explosión de investigaciones ha originado avances espectaculares en el entendimiento y el alivio de las diversas formas de ansiedad, y ha transformado los trastornos de ansiedad en un campo prioritario en el quehacer clínico de la psiquiatría actual.

Al plantear el tratamiento en los pacientes que presentan alguna forma de trastorno de ansiedad, se deben considerar los grados de disfunción que se ven afectados en el paciente, tanto en sus relaciones familiares, sociales, o profesionales, como en sus relaciones interpersonales en general, para valorar la necesidad de algún tipo de tratamiento farmacológico y/o psicoterapeútico, como veremos más adelante. En opinión de quien esto escribe, es de suma importancia que el tratamiento farmacológico vaya siempre acompañado, en el caso de los Trastornos de ansiedad, al menos, de una psicoterapia de apoyo orientada hacia los síntomas principales y hacia las áreas de la vida de estos pacientes que se vean más afectadas (fundamentalmente en lo que se refiere al auto-concepto y la aceptación de sí mismo, así como a su relación con los demás) Con el cumplimiento de estos dos aspectos del tratamiento, se puede conseguir que muchos de estos pacientes puedan alcanzar un nivel de rendimiento más elevado, y mayor satisfacción con la propia vida.

La psiquiatría del siglo XX y lo que llevamos del siglo XXI, ha hecho y sigue haciendo importantes progresos en relación al diagnóstico y al tratamiento de estos trastornos, y en la articulación del modelo bio-psico-social como modelo explicativo de los trastornos de ansiedad. Este modelo ha ayudado a entender las interacciones causales complejas que relacionan los factores biológicos con los psicológicos y con los sociales.

A continuación, describimos brevemente los trastornos de ansiedad más frecuentes en la práctica médica: Trastornos de ansiedad fóbica (F40); Trastornos de pánico (ansiedad paroxística episódica) (F41.0); Trastorno de ansiedad generalizada (F41.1); Trastorno mixto ansioso-depresivo (F41.2).

a) *Trastornos de ansiedad fóbica*

Las fobias pueden definirse como un temor angustioso, desproporcionado, incontrolable e inexplicable para el propio sujeto, por lo general de naturaleza patológica, ante una situación, persona, animal u objeto que actúa como estímulo desencadenante específico. Como consecuencia, la persona tiende a evitar ese estímulo y todo lo relacionado con él. En este trastorno, la ansiedad sólo aparece cuando la persona se expone al estímulo, aunque también cabe la ansiedad previa o anticipatoria a una futura exposición.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

Entre los distintos tipos de fobias destaca la fobia específica, que representa el modelo más típico y genuino de fobia. En este caso el miedo se desencadena por objetos o situaciones concretas, específicas, como pueden ser un determinado animal o alguna cosa (cuchillos, tijeras, etc.), algún fenómeno natural (tormentas, viento…), miedo a las heridas o a las inyecciones, a contraer alguna enfermedad, a contextos determinados (sitios cerrados, alturas, aviones, etc.). Y además un amplio elenco de estímulos concretos más difíciles de clasificar: la **fobia social** (o ansiedad social) que sería el miedo intenso y persistente a situaciones sociales o actuaciones en público, en las que la persona está expuesta a ser juzgada por otras personas (por ejemplo, hablar o escribir ante otras personas, comer o hablar por teléfono delante de alguien, presentarse a un desconocido, etc.); la **agorafobia**, o temor patológico a padecer una crisis de angustia o síntomas relacionados con ella en situaciones en las que parece difícil escapar o puede resultar embarazoso, o en las que no se puede disponer de ayuda. Algunos autores hablan del «miedo al miedo» como el componente básico de este tipo de fobia.

El problema fundamental que lleva consigo la fobia es la espiral negativa en la que la persona se puede acabar metiendo y que depende del tipo de estímulo fóbico y del desarrollo de ansiedad anticipatoria y conductas de evitación. Si el estímulo es perfectamente controlable y poco relevante en la vida cotidiana, la fobia no lleva consigo limitaciones importantes. Sin embargo, si el estímulo fóbico es frecuente o está directamente relacionado con la actividad habitual de la persona, la dinámica negativa que se genera puede terminar colapsándola. Esto ocurre, particularmente, con la fobia social que puede acabar relegando a la persona a un ámbito reducido y limitar notablemente sus capacidades y posibilidades de desarrollo personal.

b) *Trastorno de pánico*

Su característica esencial es la presencia de crisis recurrentes de ansiedad grave (pánico) no limitadas a ninguna situación o conjunto de circunstancias particulares. Son imprevisibles. Como en otros trastornos de ansiedad, los síntomas varían de un caso a otro, pero es frecuente la aparición repentina de palpitaciones, dolor precordial, sensación de ahogo, mareo o vértigo y sensación de irrealidad. Suele haber un temor secundario a morirse, a perder el control o a enloquecer.

La crisis puede durar unos minutos o persistir más tiempo. Si esto tiene lugar en una situación concreta (autobús, o multitud de gente, etc.), la persona puede, en el futuro, tratar de evitar esa situación. Frecuentes crisis de pánico llevan a tener miedo a estar solo o a ir a sitios públicos. Se pueden dar también los típicos cuadros de ansiedad insertados en una depresión desencadenada por acontecimiento vital estresante y mantenido por un tipo de vida estresante. Este tipo de persona es la candidata a padecer un ataque de pánico (taquicardia, hiper-sudoración, dificultad respiratoria, sensación de muerte inminente y un gran terror).

c) *Trastorno mixto ansioso-depresivo*

En éste están presentes síntomas de ansiedad y de depresión, pero ninguno de ellos predomina claramente ni tiene la intensidad suficiente como para justificar un diagnóstico por separado. Sólo cabe decir, que la ansiedad y la depresión tienen algunas semejanzas a pesar de ser trastornos diferentes, y que con mucha frecuencia van juntos. Ambos trastornos son los más frecuentes de la vida afectiva y ambos representan las formas más frecuentes de experimentar las emociones.

d) *Trastorno de ansiedad generalizada (TAG)*

La característica esencial de este trastorno es una ansiedad generalizada y persistente, que no está limitada y ni siquiera predomina en ninguna circunstancia ambiental en particular, es decir se trata de una «angustia libre flotante». Los síntomas predominantes son muy variados, pero lo

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

más frecuente son quejas de sentirse constantemente nervioso, con temblores, tensión muscular, sudoración, mareos, palpitaciones, vértigos y molestias epigástricas (zona del estómago). A menudo, se ponen de manifiesto temores a que uno mismo o que un familiar tenga una enfermedad o un accidente (ideación mórbida) junto con otras preocupaciones y presentimientos muy diversos negativos. Este trastorno parece ser es más frecuente en mujeres y está a menudo relacionado con un estrés ambiental crónico. Su curso es fluctuante y crónico.

En cuanto a la evolución en el TAG no se suele constatar un único acontecimiento que lleve al paciente a solicitar ayuda. Parece que estos pacientes sólo reconocen que su tensión crónica, hiperactividad, preocupación y ansiedad son excesivas con el transcurso del tiempo. Suelen afirmar que no recuerdan un solo momento de su vida en el que no se hayan sentido ansiosos.

Se puede decir, que los pacientes con TAG que manifiestan síntomas de ansiedad de forma precoz, en las dos primeras décadas de la vida, tienen una limitación general más importante, experimentan una ansiedad más grave y no precipitada por un acontecimiento estresante determinado, y refieren antecedentes de más miedos durante su infancia, entornos familiares alterados o ajuste social inadecuado. Algunos estudios manifiestan que es frecuente el alcoholismo y el consumo de ansiolíticos. La comorbilidad con la depresión es muy elevada.

Coincidimos con Rojas (2006), en que las personas que padecen este tipo de trastornos, van a encontrar a lo largo de su vida una serie de factores predisponentes y factores desencadenantes: sentimientos reiterados de frustración, agresividad, escasez de trabajo o trabajo impersonal y anónimo (no gratificante) pequeñas y continuas situaciones ambiguas y contradictorias emocionalmente, problemas afectivos no resueltos, personalidad «sin hacer» (que no ha tenido un modelo de identidad y que por tanto no se ha encontrado a sí misma) problemas económicos persistentes, etc.

Se puede afirmar que la ansiedad nace de cada una de esas circunstancias. La ansiedad está ahí, en forma de inseguridad, temor, etc. En estos casos se trata de algo concreto que tiene un perfil negativo. Al persistir los hechos negativos, el miedo real se mete en otros planos de la vida personal, la invade y la envuelve, terminando por convertirse en una «ansiedad libre y flotante». Los diversos acontecimientos vitales que van sucediéndose a lo largo de la vida de una persona encaminándola hacia la ansiedad, son circunstancias fluctuantes que terminan produciendo temores difusos, cada vez más frecuentes, llegando a desencadenar un trastorno.

Cuando la ansiedad va empapando la biografía de una persona, en cualquier momento puede surgir una circunstancia o factor precipitante que dé lugar a la aparición del síndrome o del trastorno. Hay ya un fondo persistente, un terreno abonado en el que es fácil que prosperen sentimientos angustiosos ante ciertas circunstancias, produciéndose entonces «explosiones» de ansiedad. En estas circunstancias pueden «aglomerarse» todos los contenidos psíquicos que antes apuntábamos, pero con un nuevo matiz: llegan en el momento preciso, irrumpen sobre un edificio ya resquebrajado, actúan como detonantes serios. Por eso, en esos instantes se puede perder el control de todo y llevar a cabo, incluso, una amenaza contra uno mismo: el intento de suicidio.

Desde el punto de vista de la relación interpersonal, en los trastornos de ansiedad, lo social ha tomado hoy una gran importancia. Los aspectos más llamativos en este sentido son el individualismo, el asilamiento afectivo, la falta de comunicación, la competitividad, la soledad, tipos de vida excesivamente monótonos, el paro laboral o una actividad laboral intermitente, y un largo etcétera.

Esto lleva a estos pacientes a un tipo de vida monótono, con escasas y pobres relaciones interpersonales, que suelen ir acompañadas de un trato diario conflictivo al que no ven posible solución. Cuando estas situaciones persisten en el tiempo puede suceder, con relativa frecuencia, que la ansiedad se vaya somatizando, lo que produce una hipocondrización de la personalidad, lo que suele ser frecuente en aquellos cuadros

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

clínicos en los que la ansiedad no puede canalizarse de otra forma, sumándose al retraimiento social que antes mencionábamos. Este conjunto de factores sociales pueden desembocar en la angustia vital[1].

5. Repercusión de la ansiedad en la vida cotidiana

Todos sabemos por experiencia personal y ajena cómo, padecer una enfermedad física (desde un cuadro gripal leve, hasta una diabetes insulino-dependiente grave) aunque esté bien diagnosticada y tratada por los médicos especialistas correspondientes, y el paciente sea colaborador y buen cumplidor de los consejos de su médico, dicha enfermedad física y sus cuidados, «afectan», ineludiblemente, el transcurrir del día a día en la vida del paciente, tanto a nivel personal como a nivel de su relación con los demás, fundamentalmente en la convivencia familiar, social o comunitaria.

Esta reflexión, evidente para cualquiera de nosotros en el caso de una enfermedad física, es preciso no perderla de vista e incluso acentuarla, en el caso de un trastorno psiquiátrico, ya sea éste un episodio de ansiedad leve o un trastorno de ansiedad generalizada.

Evidentemente, el modo y el grado de afectación del trastorno psíquico en la vida diaria del paciente y sus relaciones interpersonales, dependerá mucho de cuál sea el diagnóstico y el tratamiento consiguiente, pero lo que se quiere señalar aquí, es la importancia de asumir, aceptar y comprender que cualquier estado mórbido (de enfermedad) ya sea éste físico o psíquico, va a llevar consigo una serie de «alteraciones» y «actitudes» más o menos perturbadoras en la vida del paciente y en su relación con los demás, que requieren una actitud abierta y de cierta flexibilidad, tanto de éste como de las personas con las que convive, para ir afrontando las dificultades, grandes o pequeñas, de manera natural no como algo extraño y sorprendente que surge de repente. Esta actitud previa puede evitar algunas tensiones innecesarias. Se puede decir, que es una manera de «desdramatizar» el propio trastorno y sus consecuencias. Subrayamos, que esta actitud es especialmente importante en los Trastornos de ansiedad. Los desajustes de las personalidades ansiosas se manifiestan en dos planos fundamentalmente: el de la relación de la persona consigo misma y el de la relación interpersonal. Lógicamente, si el individuo no llega a un equilibrio interno y a una aceptación personal, su contacto con los otros tiene que resultar inadecuado. En general, son personas con poca naturalidad, pues su inseguridad les hace adoptar posturas defensivas que impiden una relación fluida.

Otro aspecto esencial de los trastornos de ansiedad es que cuando se presentan siempre están implicados, tanto en su presentación como en su evolución y en su tratamiento, a variables de carácter psicológico (carácter, temperamento, personalidad) como de naturaleza biológica (neurovegetativos) y a variables de orden social (estrés, acontecimientos vitales); por tanto, aunque señalaremos algunos rasgos comunes en la vida de estos pacientes nos parece de transcendental importancia no olvidar que cada persona es diferente, y lo que más nos ayudará a acertar en la solución de los problemas que vayan surgiendo en la vida diaria, será conocer bien el modo de ser de la persona que padece el trastorno, en el sentido más amplio de la expresión (importa más conocer a la persona que conocer el trastorno, esto corresponde al psiquiatra) y tener en cuenta las circunstancias en las que se mueve en cada momento, porque si contamos con esto, hay muchas probabilidades de acertar en nuestra ayuda a estas personas.

El psiquiatra sabe que muchas veces los pacientes con trastornos de ansiedad perciben las actitudes de comprensión, empáticas, o la simple escucha por parte de sus médicos, como los elementos terapéuticos que más les han ayuda-

1. López-Ibor, JJ. *La angustia vital.* Ed Paz Montalvo. 1950.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

do; estas actitudes, si se perciben desde el entorno familiar o comunitario y en las personas más significativas para el paciente, predisponen a una convivencia más fluida y a una resolución de las situaciones conflictivas más rápida y eficaz.

Sin embargo, con esto no se quiere decir, que se les deba dar siempre la razón en cuanto a sus percepciones, o que esperen que sus reacciones sean siempre justificadas; estas actitudes «paternalistas» pueden hacer cristalizar reacciones patológicas y perjudicar al paciente, además de generar sufrimiento en las personas con las que se convive más estrechamente. Este difícil «punto medio» se puede conseguir cuando el paciente se sabe querido con su trastorno, pero también sabe que se le quiere ayudar desde fuera estimulándole (exigiendo) a ser mejor persona. Lo más eficaz suele ser que habitualmente le atienda en este sentido la misma persona. Hay que señalar que los rasgos de personalidad que definen los distintos tipos de trastornos de ansiedad, deberán ser analizados al describir cada trastorno en particular. Sin embargo existen unas características circunstanciales en este tipo de personas, que nos permite plantear una serie de rasgos comunes.

Lo que en la psiquiatría clásica se entiende por el carácter neurótico y que en la actualidad denominamos trastorno de ansiedad, es expresión de un intenso conflicto interno. El sujeto tiene un mal control de su *vida instintiva* (agresividad: mal control de los impulsos, cuadros de inhibición o reacciones desproporcionadas; alimentación: pérdida de apetito o incremento de éste; sueño: insomnio, pesadillas; sexualidad: generalmente, en ambos sexos, pérdida de la apetencia sexual) y de su *vida afectiva* (angustia: de la que emergen otros síntomas como la irritabilidad, disconformidad, ambivalencias emocionales, «no sabe lo que quiere», déficit de concentración-atención, inquietud psicomotora; pesimismo ante lo propio y lo ajeno; etc.) por lo que la persona está sometida a una lucha pulsional que le ocasiona constantes y penosas tensiones internas y frecuentemente con repercusión en su entorno.

No logra armonizar sus deseos con las normas dictadas por su conciencia y con su realidad externa. Para algunos autores[2] el drama neurótico (ansiógeno) estriba en no ser capaz de identificarse con el personaje que todos intentamos representar por constituir el ideal de nuestro Yo, por imposibilidad de llevarlo a cabo, porque tal identificación le ocasione una angustia intensa, o tal vez porque intente solucionar el problema a través de artimañas, como «mecanismos de defensa» con escaso éxito. De cualquier forma, la persona que padece un trastorno de ansiedad, no tiene ni puede tener una buena imagen de sí misma, por lo que frecuentemente no se acepta y se rechaza como persona. Todo este conflicto apunta a un tipo de persona insegura, con notables sentimientos de inferioridad y tendencia a las vivencias de culpa y autopunición (autocastigo). La ansiedad se erige en el centro de su vida, lo que hace que pueda encontrarse con facilidad ante importantes obstáculos en su vida cotidiana, que le lleven a tener sentimientos de fracaso por no lograr realizarse existencialmente.

Acertadamente Castilla del Pino[3] señaló la *rigidificación* como un mecanismo de protección, empleado frecuentemente por estos pacientes, en el que éstos repiten, sin apenas variación, las mismas pautas de conducta, intentando eliminar así la posibilidad de que nuevos estímulos perturben su precaria seguridad, aun a costa de un empobrecimiento existencial, ya que tienden a permanecer impermeables a toda situación que intuyan como desestabilizadora. El empleo de mecanismos de defensa del Yo en estos pacientes es, por otra parte, abusivo y sistemático. En este sentido, se puede afirmar que, si genera poca ansiedad, la persona empleará estas artimañas defensivas eventualmente, pero si genera

2. Ey, H., Bernard, P. y Brisset, C.H., *Tratado de psiquiatría*, Ediciones Toray-Masson, Barcelona. 1978.

3. Castilla del Pino, C. *Un estudio sobre la depresión.* Fundamentos de antropología dialéctica. Península, Barcelona. 1974.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

mucha, vivirá instalado en ellas y sobrevivirá, aunque penosamente, gracias a ellas.

En cuanto a la actividad profesional de estas personas, generalmente está entorpecida por este modo peculiar de existencia y rinde a menudo por debajo de sus posibilidades. Sin embargo, en ocasiones las personas con estos trastornos pueden sobrecompensar sus problemas personales a través de éxitos profesionales, y, en este caso, el trabajo pasa a ocupar la meta final de estas personas, convirtiéndose en el objetivo de su existencia, más que en una actividad potencialmente enriquecedora. Un fracaso profesional representa un descalabro psicológico en estos casos, ya que el eje existencial de estos sujetos gira en torno a la cuestión profesional.

Estudios biológicos señalan en el plano somático algunas características de las personas con ansiedad importante, como la rigidez perceptivo-motora y el escaso control postural. Podríamos añadir especial sensibilidad al frío, la mala resistencia al esfuerzo y la fácil fatigabilidad, éstos son «síntomas-signos» somáticos derivados del estado de hiperactivación neurofuncional de estos pacientes (los obsesivos son una excepción) cuya expresión más frecuente es la neurovegetativa (palpitaciones, sudoración, etc.) Aunque hay que ser prudentes en estas interpretaciones, estos datos señalan una insuficiencia energética general y un estado de hiperactivación, propio del estrés, pero en absoluto valorable en el momento de aclarar la etiología de estos trastornos.

Por último, cabe señalar que somos de la opinión, con autores como Vallejo (1989), de que los trastornos de ansiedad no son tanto problemas categoriales como dimensionales. Es decir, cuando la ansiedad es el núcleo del trastorno psíquico, habrá personas con un grado de ansiedad que no llegue a perturbar su equilibrio psíquico, o lo hagan ocasionalmente, y habrá personas con un alto nivel de ansiedad en las que ésta se convertirá en un trastorno psiquiátrico que afecte su vida cotidiana, en los planos físico, psíquico y espiritual.

Atendiendo y compartiendo esta concepción dimensional de la ansiedad, es defendible (también por algunos autores como Eysenck[4]) que todas las personas pueden manifestar una clínica de ansiedad mórbida si las circunstancias ambientales constituyen un problema suficientemente importante para el sujeto como para romper sus mecanismos de equilibrio del Yo. Lo que ocurriría es que las personas con un alto grado de ansiedad, se descompensarían con facilidad ante situaciones que apenas entrañan conflicto o amenaza, mientras que los anteriores sólo llegarían a tener manifestaciones clínicas de un trastorno de ansiedad en circunstancias altamente traumatizantes.

Desde la línea conceptual de los Trastornos de ansiedad como problemas dimensionales, estos pacientes se van a sentir afectados en la dimensión física, psíquica (cognitivo-intelectual, afectiva, conductual y relacional) y espiritual.

Debido a la «globalización» socio-cultural que estamos viviendo en esta primera década del siglo XXI y las importantes migraciones entre distintos países y continentes, el tema de la religión, desafortunadamente olvidado en la última mitad del siglo XX, se ha impuesto hoy como una realidad para tener muy en cuenta en psiquiatría, tanto desde el punto de vista clínico como en investigación. Con esto se quiere advertir de la importancia de saber informar al psiquiatra de las circunstancias especiales que vive una persona por motivos de su vida religiosa, o de la importancia que para dicha persona tiene su vida religiosa. Como es lógico, este aspecto también es muy aconsejable que se tenga en cuenta a la hora de solicitar asistencia psiquiátrica.

6. Tratamiento de la ansiedad

Función de los fármacos: Es lógico que el médico-psiquiatra utilice los ansiolíticos como tratamiento de primera línea, pero es difícil valorar

4. Eysenck, HJ. *Experimentos en terapia de conducta. Inhibición recíproca.* Editorial Fundamentos, Madrid. 1979.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

la efectividad de estos fármacos a largo plazo, ya que la ansiedad tiende a variar por otras razones, distintas de los fármacos.

Podemos contar con los ansiolíticos puros (acción sobre receptores de la serotonina): buspirona; y los ansiolíticos y sedantes (acción sobre receptores del GABA): benzodiazepinas. Éstas tienen una actividad ansiolítica excelente, por lo que resultan eficaces frente a cualquier tipo de ansiedad, incluso la asociada a depresión. Son fármacos de garantía, pero su dosis y pauta, debe estar siempre controlada por el médico (dependencia física). Se agrupan según la duración del efecto.

Planteamiento terapéutico de las crisis de angustia/pánico aguda: Muchos de los síntomas de la crisis de ansiedad son debidos a la hiperventilación que genera una alcalosis metabólica, por lo que puede resultar útil hacer respirar al paciente su propio aire exhalado en una bolsa de plástico. Además, hay que intentar tranquilizarle sobre la inexistencia de un riesgo físico o mental, pero sin decir que no le ocurre nada, sino que se trata de una crisis de ansiedad. En caso de no ser suficientes estas medidas generales, se puede administrar una benzodiazepina como el lorazepam o alprazolam de forma sublingual para mayor rapidez. Todo esto debe ser realizado por el médico

Planteamiento terapéutico de la ansiedad fóbica: El papel de los fármacos en las fobias es fundamentalmente de apoyo. Se pueden emplear ansiolíticos en la ansiedad anticipatoria al estímulo y betabloqueantes (como el propranolol) en algunos casos de fobia social. También se podría plantear en algunos casos el empleo de un antidepresivo de tipo serotoninérgico para disminuir la sensibilidad a la ansiedad.

Planteamiento terapéutico de la ansiedad crónica: Cuando la ansiedad no aparece asociada a pensamientos como obsesiones o fobias, se manifiesta de forma permanente y no predomina ninguna circunstancia ambiental particular (ansiedad flotante). Si el trastorno es leve, se utilizan técnicas conductuales de relajación cuando predomina la hiperactivación vegetativa, o técnicas cognitivas si lo hace el pensamiento circular con tendencia a la preocupación. La venlafaxina, el escitalopram y la duloxetina, pueden ser tratamientos útiles en el manejo de los síntomas de ansiedad crónica, pudiéndose disminuir o no las benzodiacepinas.

Función de la psicoterapia: Se puede decir que psico-terapia es la forma de tratamiento de los trastornos psíquicos por medio de técnicas, métodos o procesos psicológicos, que de una manera u otra, a través del psicoterapeuta, se quieren dar a conocer, aliviar y resolver, los conflictos más íntimos de la mente humana que subyacen en todas las manifestaciones patológicas del modo de enfermar psíquico. No es este el momento de explicar todas las formas de psicoterapia que se han ido elaborando hasta ahora: conductistas, conductuales, cognitivas, psicoanalíticas, antropológicas (logoterapia) y algunas más. Pero sí el de dejar claro que no todas, incluso las más divulgadas como las psicoanalíticas, tienen rigor científico y son eficaces. Hay que ser muy prudentes en este asunto, porque las consecuencias pueden ser muy negativas para el paciente.

Interesa saber que no sólo el psicólogo puede hacer psicoterapia, sino también el médico-psiquiatra. Y según las patologías, puede ser conveniente combinar la consulta del psiquiatra con la psicoterapia del psicólogo.

En los trastornos de ansiedad es muy aconsejable que el tratamiento farmacológico vaya acompañado de psicoterapia, a ser posible con el propio psiquiatra. La psicoterapia cognitivo-conductual puede ser necesaria en los casos más complejos, pero de modo habitual, lo mejor para el paciente es una psicoterapia de apoyo orientada hacia los síntomas, basada en un buen conocimiento del paciente por su psiquiatra y una buena relación entre ambos. En las fobias, aunque haya también un componente cognitivo, dominan los aspectos conductuales sobre todo en lo referente a la exposición progresiva a los estímulos temidos, a la vez que se aprende a moderar la respuesta ansiosa. En la fobia social, suele ser útil ayudar a modificar las ideas erróneas que la persona tiene sobre sí misma y sobre las actitudes de los demás, al tiempo que se potencian habilidades asertivas. Las técnicas de

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

relajación, pueden ser también un buen complemento en el tratamiento de todos los trastornos de ansiedad. En esta línea cabe mencionar el *Mindfullnes*, o la Hipnosis, siempre que se tenga una referencia que de garantía de rigor científico en los profesionales que lo imparten. El propio psiquiatra que trate al paciente podrá orientar en este sentido.

7. Algunas orientaciones prácticas

Quizá lo primero que hay que decir, aunque parezca evidente, es saber reconocer cuándo es oportuno acudir a la consulta del psiquiatra.

Es cierto que no siempre es fácil tomar esta decisión, y una vez tomada, elegir el psiquiatra adecuado. Pero aunque no siempre es fácil, sí es posible, y el esfuerzo por decidirse y conseguir la consulta, puede ser muy importante.

Puede minimizar nuestros prejuicios no olvidar que nadie tiene el cien por cien de salud física, ni psíquica. Es decir, todos tenemos un «punto» especialmente vulnerable, en este caso psíquico, susceptible de producirnos alteraciones psicopatológicas. El momento de tomar la decisión de acudir al especialista será cuando empecemos a ser conscientes de que ese rasgo (o síntoma) empieza a limitar nuestra actividad habitual (nuestra manera de «funcionar»), en todos o en algún aspecto de nuestra vida (interior, de relación interpersonal, profesional, laboral, o de convivencia, etc.). También será eficaz que ponderemos esta decisión, cuando no seamos nosotros, sino una persona cercana y que nos conozca (familiar o no) quien nos advierta sobre la conveniencia. Lo que vamos a ganar con esta consulta, por supuesto con el psiquiatra adecuado, es mucho más de lo que se puede pensar a simple vista. Retrasar la visita al especialista, sólo hará que el síntoma o el trastorno vaya a más.

Dicho esto, lo primero que se debe tener en cuenta son las circunstancias concretas de la persona (edad, sexo, capacidad intelectual, nivel de formación cultural y profesional, capacidad de relacionarse con los demás, etc.) y el entorno de convivencia que tiene (no es lo mismo vivir con un familiar como puede ser la madre entrada en años, o un hermano de sangre, que en una comunidad de cinco, treinta o cien personas) Según el caso, habrá que aconsejar momentos de esfuerzo por relacionarse con otras personas, o por el contrario, cuándo deben «desconectar de estar con los demás». Conviene saber que, por su inseguridad y rigidez, necesitan pautas concretas, que es aconsejable consensuar y dejar muy claras, entre el psiquiatra, el paciente y la persona que le atienda más directamente. Mencionemos algunas.

– Hay que hacerles ver y recordar de vez en cuando, la percepción negativa que suelen tener de sí mismos (autoestima baja, quejas somáticas, fatiga excesiva generalmente secundaria a una situación de sobreesfuerzo e hiperexcitación debida a una autoexigencia excesiva e infravaloración) y ayudarles a ver lo bueno que tienen en su personalidad y en su actividad.

– Determinar cómo, cuándo y con qué, ese paciente concreto debe descansar: horas de sueño nocturno; si es necesario un descanso después de comer; tiempo de ejercicio físico, etc. Si es necesario algún entretenimiento manual o intelectual, y ver el mejor momento.

– En momentos de «crisis», saber escuchar, sin excederse en largas conversaciones que no suelen resultar eficaces. Analizar objetivamente y «desdramatizar», evitando banalizar lo que le inquieta o lo que ha sucedido. En lo posible, dar soluciones (perdonar o pedir perdón, acercarse al otro, aclarar algo, etc.).

– Al ser personas inseguras, tienden a desarrollar unos «moldes rígidos» de lo que, en cada circunstancia, puede ser una persona ejemplar desde la perspectiva de su vida religiosa. Esto suele derivar en actitudes interiores de autoexigencia personal, luchando exhaustivamente por ajustarse al modelo ideal. Esta lucha ascética, al depender en exceso de la voluntad, retroalimenta la tensión emocional y por tanto la ansiedad interna, produciendo un cansancio psico-físico importante. Hay que ayudarles a no olvidar la limitación personal y ajena, verla como algo natural y de la que pueden derivarse muchos bie-

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

nes. Hacer hincapié en saber no dar demasiada importancia a los resultados, y a fijarse más en la intención y en la actitud de lucha.

– Con respecto a la sensibilidad que presentan, insistir en atender más a los aspectos positivos que a los negativos de toda persona o circunstancia. Y que, muchas veces, «lo mejor, es enemigo de lo bueno». Evitar que se consolide la tendencia al perfeccionismo.

– Es habitual que al mismo tiempo que se valora y aprecia en mucho la conducta ejemplar de los demás, al detectar en su entorno conductas menos exigentes o ejemplares, se produzca desasosiego, sentimientos de agresividad, canalizando ésta hacia uno mismo (culpabilizándose) o hacia los demás, fundamentalmente enjuiciándoles interiormente. En estas situaciones hay que ayudarles a ver lo enriquecedor de la comprensión de la flaqueza humana y la rectitud de intención.

– La tendencia al aislamiento o retraimiento afectivo, debe ser orientada hacia la pérdida del miedo que suelen tener en este tema, y ayudarles a desplegar su afectividad hacia los demás, contando con la limitación y la idiosincrasia de las personas.

– Por último, se debe mantener el contacto que esté previsto con su psiquiatra, y seguir con regularidad el tratamiento farmacológico y las sugerencias psicoterapéuticas.

Bibliografía

American Psychiatric Association, *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-5,* Panamericana, 2014.

Organización Mundial de la Salud, CIE-10, *Trastornos mentales y del comportamiento,* Meditor, 1992.

Calkins AW, Bui E, Taylor CT, Pollack MA and cols., *Anxiety disorders,* Stern TA, Fava M, Wilens TE, Rosembaum JF eds., Massachusetts General Hospital Comprenhensive Clinical Psychiatri, 2 end. Philadelphia, PA, Eselvier, 2016: chap 32.

Clark K., Beck. A., *Terapia cognitiva para los Trastornos de ansiedad*, Descleé de Brouwer, Bilbao, 2011.

Furer P., Walker J. y Stein M., *Treating health anxiety and fear of death,* Springer, London, 2007.

Abramowitz, J.S., *Trastorno obsesivo compulsivo*, El Manual Moderno, Mexico, 2007.

Cervera, S.; Roca, M. y Bobes, J., *Fobia social.* Ed. Masson, Barcelona 1998.

Frankl ,V.E., *La idea psicológica del hombre.* Rialp, Madrid 2003.

Frankl,V.E., *Teoría y Terapia de las Neurosis. Iniciación a la logoterapia y al análisis existencial.* Herder, Biblioteca de Psicología, Barcelona 1997.

Hollander, E., Simeon, D., *Trastornos de ansiedad.* Elsevier, 2004.

Montgomery, S., *Ansiedad y Depresión.* Wrightson Biomedical Publishing LTD, 1992.

Protocolos Clínicos MEDICINE, *Enfermedades Psiquiátricas*, DOYMA, 2004.

Roca, M., Leal, C., Baca, E., Cervera, S., Vallejo. J., Giner, J., Cuenca, E., *Trastornos Neuróticos.* Ars Medica, 2002.

Stephen, B., *Directorio de Fármacos Psicotrópicos.* Quay Books División 2000.

Vallejo, J., Bulbena, A., González, A., Grau, A., Poch, J., Serrallonga, J., *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría.* 2.ª ed., SALVAT, 1989.

Vallejo J., Gastó, C., *Trastornos afectivos: Ansiedad y Depresión.* SALVAT, 1991.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

25

Trastornos de adaptación

Adrián Cano Prous y Alfonso Osorio

1. Adaptarse a los acontecimientos

Afortunadamente la vida está llena de acontecimientos que nos hacen sentir vivos a cada instante. No es posible imaginar una vida sin renovación constante de información. Basta con analizar un día cualquiera de nuestra vida para darnos cuenta de la cantidad de situaciones nuevas y acontecimientos que suceden. La mayoría de estas nuevas situaciones no significarán nada en nuestra existencia, y ésta seguirá su curso como si tal cosa. Un pequeño número de estas situaciones nos importarán, nos producirán cierto desasosiego, nos preocuparán, distraerán o incluso nos quitarán el sueño. Pero, a pesar de esta vivencia un tanto desagradable, a los pocos días o semanas buscaremos con paciencia y serenidad las mejores soluciones, trataremos de ponerlas en práctica y afrontaremos el futuro con optimismo, dispuestos de nuevo a que la hermosa vida nuestra nos vuelva a sorprender. Este tira y afloja que mantenemos con la realidad y que nos mantiene expectantes, vivos, también a veces nos pasa factura. En algunas ocasiones, la renovación continua y constante para afrontar las dificultades que nos presenta el mundo nos agota. A veces, el decaimiento que invade nuestro cuerpo cada vez que sufrimos una contrariedad nos desgasta e impide que seamos capaces de encontrar y aplicar las soluciones adecuadas. El sufrimiento que nos produce el acontecimiento adverso nos domina, nos atrapa y nos atenaza, dejándonos sin fuerzas ni ganas para salir adelante. En otras situaciones, no es el agotamiento por el desgaste continuo el que nos lleva a esta horrible situación, sino que no somos capaces de afrontar la envergadura del acontecimiento, o cuando lo hacemos no surte el efecto deseado. Esta situación nos devuelve de nuevo a la realidad de nuestra existencia de sufrimiento y renovación continua, aunque las fuerzas con las que le hacemos frente son ciertamente distintas. Los trastornos adaptativos o de adaptación hacen referencia a estas dos situaciones: alteraciones fundamentalmente del estado de ánimo secundarias y relacionadas con un factor estresante psicosocial identificable.

Estos trastornos son una entidad muy frecuente, aunque en la mayoría de las ocasiones el proceso se resuelve, bien por la pericia de un familiar cercano o amigo, por la misma desaparición del estresor causante, o bien por la capacidad de reacción de la propia persona. Generalmente, el proceso se resuelve antes de los seis meses, perdurando si el factor estresante es crónico o si tiene una repercusión en el paciente a largo plazo. En otras ocasiones, la alteración afectiva no es superada en ese plazo y los pacientes acuden en busca de ayuda a los médicos de atención primaria. Son éstos los pri-

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

meros que perciben el malestar de su paciente y los que deben intentar ponerle remedio. Sólo en el caso de que el médico de familia no sea capaz de resolver el trastorno anímico mediante el empleo de un tratamiento correcto, el paciente debe ser remitido al especialista en Psiquiatría. Éste deberá valorar en su justa medida los factores que concurren en la génesis del malestar del paciente y determinar si el cuadro es debido a una determinada dificultad para asumir el acontecimiento precipitante, o si, por el contrario, la aparición del cuadro ha sido secundario a un acontecimiento vital psicosocial estresante identificable pero concurren otros factores como los analizados anteriormente. Hoy día no es posible saber si la detección y el inicio de un tratamiento temprano puede incidir en el menor sufrimiento psicopatológico de nuestros pacientes, pero sí parece claro que el seguimiento cercano y frecuente de un proceso anímico adaptativo puede ayudar a diagnosticar de forma temprana la evolución de este proceso «menor» hacia otro más severo y complejo.

2. Desarrollo de los trastornos

Datos epidemiológicos

Los trastornos de adaptación de cualquier tipo son muy frecuentes, tanto en Atención Primaria como en Salud Mental. El porcentaje de pacientes ambulatorios de Salud Mental disgnosticados de estos trastornos oscila entre un 5 y un 20%, mientras que en la consulta psiquiátrica hospitalaria, a menudo es el diagnóstico más común alcanzando cifras del 50%. Además los Trastornos de Adaptación suponen entre el 10% y el 30% de todos los trastornos psíquicos atendidos en las consultas del médico de cabecera. También son muy frecuentes en los pacientes hospitalizados por problemas médicos o quirúrgicos. Un estudio reveló que se detectó en el 5% de los sujetos hospitalizados, y hasta la mitad de los pacientes con enfermedades médicas con un factor estresante específico fueron diagnosticados de trastorno adaptativo. Además, representan el 12% de todas las interconsultas que se solicitan a los servicios de Psiquiatría en los hospitales generales.

La prevalencia de la enfermedad oscila entre un 2% y un 8%. Se diagnostica el doble de veces en mujeres que en hombres, aunque esta preponderancia por el sexo femenino desaparece en población infanto-juvenil. La población femenina soltera es la más prevalente. El trastorno puede aparecer a cualquier edad, si bien es en la adolescencia cuando se diagnostica con mayor frecuencia. En este grupo de edad, los acontecimientos estresantes que actúan más habitualmente como desencadenantes son los problemas escolares, el abuso de sustancias, el rechazo o el divorcio de los padres. En los adultos, los factores estresantes psicosociales causantes de la sintomatología más habituales se centran en los problemas conyugales, el divorcio, las mudanzas y los problemas económicos. Por este motivo, no es infrecuente que en las unidades de terapia conyugal y familiar el diagnóstico más frecuente sea el trastorno adaptativo. También se pueden diagnosticar estos trastornos después del fallecimiento de un ser querido cuando las reacciones de duelo superan en intensidad, calidad o persistencia lo que normalmente cabría esperar, teniendo en cuenta las normas culturales, religiosas o apropiadas para la edad. No obstante, se denomina trastorno del duelo complejo persistente cuando aparecen un conjunto de síntomas más específicos relacionados con el duelo.

Causas

Como hemos apuntado anteriormente, la aparición de un trastorno de adaptación está relacionada cuanto menos con un factor estresante. No obstante, no todos los factores estresantes son iguales, ni tampoco lo son las personas que los sufren. Por tanto, en el desarrollo de un trastorno anímico secundario a un acontecimiento de nuestra vida, tendremos que tener en cuenta variables como la intensidad del factor estresante, el tiempo de duración, la cantidad de estresores, la reversibilidad de los mismos y, sobre

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

todo, el entorno donde se produzcan y las características personales del sujeto que los padece. No es lo mismo quedarse sin trabajo teniendo cincuenta años, esposa y siete hijos, que siendo soltero, sin compromiso y viviendo todavía en casa de los padres, aunque todo dependerá también de las características de la forma de ser de cada uno. Quizás el esposo es optimista, emprendedor y tras unos días de decaimiento sale al encuentro de un nuevo empleo. En el caso del joven, puede sentirse muy afectado porque pensaba que era el trabajo de su vida, medio para conquistar a su amada y el dinero necesario para independizarse de sus padres.

Otras variables a tener en cuenta ante la desproporción de la respuesta al factor psicosocial estresante tienen que ver con la coincidencia en el tiempo de varios de ellos, la afectación individual o grupal de los mismos o las circunstancias más o menos catastróficas del propio acontecimiento. Cómo no, también pueden influir factores como el sentimiento de compartir el dolor o el perjuicio, o la capacidad individual de sentirse entendido o acompañado en el sufrimiento. La mayoría de las personas son más vulnerables en los momentos de cambio de etapa del ciclo vital individual o familiar, y es precisamente ahí cuando algunos acontecimientos vitales pueden suponer para nosotros un factor estresante mayor de lo habitual. Por ejemplo, no supone lo mismo el fallecimiento de la esposa cuando todavía el marido está en activo, rodeado de sus hijos adolescentes, que si el fatal desenlace se produce cuando acaba de irse de casa el pequeño de los retoños y él acaba de jubilarse (Tabla 1).

No obstante, diversos estudios todavía por corroborar apuntan a la posibilidad de que determinadas personas predispuestas genéticamente presentarían un mayor riesgo de sufrir determinados acontecimientos vitales estresantes que indujeran un trastorno adaptativo. Además se apunta también que las personas con antecedentes psiquiátricos responden de forma diferente al factor estresante y que el hecho de tener habilidades adaptativas disminuye la frecuencia de aparición de sintomatología afectiva ante determinadas situaciones estresantes. Finalmente, los autores parecen coincidir en que una serie de factores estresantes coincidentes con el inicio de un deterioro físico o la aparición de una enfermedad y con alteraciones del soporte sociofamiliar pueden conducir más fácilmente a la aparición de un trastorno de adaptación.

Descripción del trastorno

Dejando de lado algunas diferencias diagnósticas, según se utilice una clasificación de trastornos mentales u otra, está claro que para que se pueda diagnosticar un trastorno adaptativo de cualquier tipo es necesaria la presen-

Tabla 1

¿Qué debemos valorar ante un trastorno de adaptación?

Intensidad del factor estresante
Duración del factor estresante
Cantidad de estresores que concurren
Reversibilidad del factor estresante
Entorno en el que se produce el factor estresante
Características personales de quien padece el factor estresante
Afectación grupal o individual del factor estresante
Posibles consecuencias catastróficas del factor estresante
Necesidades afectivas de quien padece el factor estresante

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

cia de un factor estresante para el sujeto o su entorno. Como se ha explicado anteriormente, la capacidad de adaptación al agente estresante psicosocial identificado dependerá, entre otras circunstancias, de la vulnerabilidad del sujeto que lo padece, del momento en que se produzca y de sus consecuencias. Para diagnosticar a alguien de un trastorno de adaptación es necesario:

– que el acontecimiento estresante se haya producido en los tres meses previos a la aparición de los síntomas;

– que se resuelva en los seis meses siguientes a la desaparición del estresante, perdurando durante más tiempo si el acontecimiento vital estresante propiciador de la sintomatología o sus consecuencias directas se mantienen por más tiempo;

– que exista una alteración del funcionamiento habitual del sujeto, con un menor rendimiento social, laboral o académico;

– finalmente, que la sintomatología presente no sea una exacerbación de un trastorno psiquiátrico existente ni la severidad suficiente como para ser diagnosticado de un trastorno mental mayor (trastorno depresivo mayor, trastorno de ansiedad, trastorno de personalidad antisocial, etc.).

Los síntomas presentes en estos trastornos presentan una gran variabilidad, aunque generalmente están relacionados con alteraciones afectivas o del comportamiento. Estas últimas generalmente se dan con mayor frecuencia en niños y adolescentes, mientras que las alteraciones afectivas recaen sobre todo en adultos. Las alteraciones afectivas se sitúan en el rango de la presencia de síntomas depresivos o ansiosos, mientras que las alteraciones del comportamiento pueden estar relacionadas con conductas antisociales o de riesgo. Las clasificaciones de los trastornos mentales distinguen varios subtipos de trastornos de adaptación, dependiendo de la sintomatología predominante:

– con estado de ánimo depresivo: generalmente la sintomatología asociada a este tipo de trastorno adaptativo remeda un síndrome depresivo menor. Se caracteriza por la disminución del estado de ánimo, con presencia de ocasional o ligera tristeza asociada a sentimientos ocasionales de desesperanza. Pueden presentar apatía, desgana, falta de ilusión por las cosas, desinterés y anhedonia. Generalmente se muestran más sensibles y lloran en ocasiones. Les cuesta concentrarse, pueden tener dificultades para retener información nueva, lo que les hace menos eficaces en su actividad profesional. Refieren que su pensamiento está enlentecido, y la ejecución de tareas, sobre todo mentales, se retrasa. En ocasiones, dependiendo del factor estresante causal, pueden sentir impotencia, insuficiencia, incapacidad, e incluso perder el sentido de la vida. Al igual que sucede en los trastornos depresivos mayores, puede haber una disminución de la sociabilidad y, a diferencia de éstos, se da un empeoramiento vespertino de la sintomatología. Generalmente presentan asociado al cuadro psicopatológico una disminución del apetito, alteración del sueño con insomnio de conciliación o despertar precoz y disminución de la libido. Es característico que aparezca este tipo de trastorno ante situaciones que suponen una pérdida personal para el individuo, como puede ser la muerte de un familiar querido o tras una separación o divorcio.

– con ansiedad: en este tipo de trastorno adaptativo predomina la sintomatología psicopatológica de los cuadros de ansiedad. El paciente manifiesta sensaciones de ansiedad y angustia, con presencia de intranquilidad interna y nerviosismo ante circunstancias que anteriormente no habrían supuesto ningún problema. No es infrecuente que los pacientes refieran tener menor capacidad de autocontrol, con presencia de irritabilidad e incluso episodios de pseudoagresividad. El pensamiento se caracteriza por estar acelerado y ser rumiativo, pudiendo incluso alcanzar la categoría de obsesivo. Pueden presentar además diversas quejas corporales o físicas, que en muchas ocasiones son la primera muestra de la alteración psicopatológica. Así, pueden darse una variedad de síntomas que van desde las frecuentes molestias digestivas difusas con maldigestión, acidez de estómago, naúseas e incluso vómitos, hasta cefaleas occipitales de

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

origen tensional, mareos con o sin caídas, visión borrosa, palpitaciones o sensación de opresión en el pecho, piernas cansadas, sensación cambiante de frío o de calor, hipersudoración corporal o sólo de manos y temblores. También es habitual que estos pacientes tengan la sensación de que se les acaba el tiempo, por lo que no pueden parar de hacer cosas, con mucha inquietud psicomotriz. Generalmente no tienen afectada la relación social, aunque pueden mostrarse incómodos en ciertos ambientes. El apetito puede ser oscilante, también en función de la sintomatología digestiva reseñada anteriormente, aunque lo habitual es que o bien no tengan nada de apetito o éste sea voraz, con ingesta rápida y a veces de forma poco educada. Habitualmente pueden padecer insomnio de conciliación por el tipo de pensamiento que presentan, aunque es habitual que se despierten varias veces a lo largo de la noche y no puedan volver a dormirse por dar vueltas una y otra vez a las mismas cosas. En estos pacientes la libido suele estar baja. Este tipo de trastornos aparecen generalmente asociados a factores estresantes que afectan tanto al sujeto que los padece como a las personas cercanas a él. Por ejemplo, es típico ante la pérdida de un empleo, la adquisición de deudas a las que no se puede hacer frente o la enfermedad de un hijo.

– mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo: este es el tipo de trastorno de adaptación más frecuente. En los procesos mentales de características afectivas es difícil observar cuadros psicopatológicos depresivos o ansiosos aislados. Lo que predomina es la presencia de sintomatología de ambos, siendo difícil en ocasiones discernir qué síntomas pertenecen a cada grupo. Los pacientes que presentan esta sintomatología expresan con nitidez la disminución de su estado anímico, con tristeza, ganas de llorar y pocas ganas de vivir. Pueden presentar apatía y desgana, incluso infelicidad. A su vez, se muestran ante determinadas circunstancias ansiosos, angustiados, nerviosos e intranquilos, con miedo al futuro y sin capacidad para adaptarse a las situaciones novedosas. Es frecuente que presenten ligeros síntomas físicos a los que, por lo general, no prestan demasiada importancia. Pueden tener dificultades para concentrarse, por lo que dejan de leer o ver la televisión y se encierran en ellos mismos. Su pensamiento está enlentecido y le dan vueltas a todo, lo que les genera más sentimientos de insuficiencia e inseguridad. En la mayoría de los casos se muestran introvertidos y no tienen ganas de estar con nadie, aunque aprecien los gestos de afecto y cariño hacia ellos. Generalmente, el sueño está alterado, con presencia de insomnio de conciliación, despertares frecuentes asociados a insomnio de mitad de noche y despertar precoz. El apetito suele estar disminuido, al igual que la libido. Estos cuadros psicopatológicos, muy frecuentes en la consulta diaria, están muchas veces relacionados con acontecimientos estresantes que tienen que ver con la aparición inesperada de una enfermedad grave. En pacientes diagnosticados recientemente de un cáncer no es infrecuente la aparición, con diferente intensidad, de síntomas como los que se han descrito más arriba.

– con trastorno del comportamiento (alteraciones disociales): en determinadas ocasiones, las alteraciones del comportamiento pueden estar escondiendo una sintomatología ansiosa o depresiva. Por ejemplo, no resulta infrecuente que un adolescente que sufre una situación estresante por el fallecimiento de uno de los progenitores manifieste su alteración afectiva, mediante alteraciones del comportamiento. No obstante, este tipo de trastornos adaptativos se diagnostican cuando la principal manifestación del paciente radica en un conjunto de conductas que violan los derechos de los demás o de las normas y reglas sociales apropiadas a la edad. Así, dentro de estas conductas pueden observarse acciones vandálicas, faltas de respeto hacia las demás personas o dejación de las actividades propias del sujeto con abandono de sus responsabilidades familiares o profesionales. También puede ser frecuente que los pacientes adopten conductas de riesgo como, por ejemplo, una conducción irresponsable, inicien un consumo de tóxicos o alcohol o éstos se acrecienten o mantengan conductas sexuales de riesgo. En

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

ocasiones, el factor estresante también puede provocar conductas violentas, y el sujeto que padece el trastorno estar involucrado en peleas o grupos vandálicos. Generalmente, este tipo de trastorno se da ante factores estresantes de pérdida en niños y adolescentes, que no han desarrollado todavía una madurez personal y afectiva suficiente para entender y comprender el acontecimiento vital estresante que les ha tocado vivir.

– mixto, con alteraciones de las emociones y el comportamiento: como decíamos anteriormente, en la mayoría de las ocasiones en las que se presenta un factor estresante en la niñez o la adolescencia, pueden darse alteración del comportamiento difícil de distinguir de una alteración afectiva del paciente. En estas circunstancias, es frecuente que los pacientes padezcan una alteración de su estado afectivo que se manifieste con síntomas de depresión o ansiedad como los reflejados en los primeros tipos, junto con algunas de las características de alteración de la conducta descritas en el párrafo anterior.

– síntomas no especificados: por último, este tipo de trastorno de adaptación es como un cajón de sastre en el que los clínicos diagnosticamos cuando la respuesta al factor psicosocial estresante no se puede encasillar dentro de cualquiera de los epígrafes anteriores. En este apartado estarían presentes aquellas personas que ante un factor estresante, por ejemplo, presentan una inhibición social severa sin tener una alteración de su estado afectivo. También se deben diagnosticar en este apartado las respuestas inapropiadas o paradójicas ante el diagnóstico de una enfermedad o la negativa a cumplir el tratamiento que pone en riesgo la vida del paciente, o la negación absoluta de un acontecimiento ocurrido. No es fácil apreciar factores estresantes que provoquen reacciones de este tipo, ya que las reacciones que se generan son difíciles de predecir y no siguen ningún patrón específico. A pesar de todo, es más frecuente que estas situaciones ocurran en personas adultas como respuesta a acontecimientos estresantes muy inesperados y traumáticos por sí mismos, y por las consecuencias que generen.

Con independencia de lo expuesto anteriormente, los trastornos adaptativos pueden también clasificarse en agudos o persistentes (crónicos). En el primer grupo, la alteración dura menos de 6 meses, mientras que en el segundo ésta dura 6 meses o más.

Diferencias con otros trastornos

Tras la descripción de los cuadros clínicos que se incluyen en los trastornos adaptativos, parece evidente que en primer lugar deba distinguirse este trastorno de un cuadro afectivo, bien sea un trastorno depresivo mayor, bien sea un trastorno de ansiedad generalizada. Es evidente que si el paciente cumple los criterios para cualquiera de estos trastornos deberá ser diagnosticado de los mismos, a pesar de que exista un factor relacionado con el inicio de los síntomas. Por este motivo, adquiere un gran valor el juicio clínico, ya que la distancia entre estos trastornos es más sutil que real. Otros trastornos que se han de tener en cuenta para realizar un diagnóstico ajustado a la realidad son los trastornos de la personalidad. Cada persona ante un factor psicosocial estresante responderá según su manera de ser, y puede que nos parezca en ocasiones una respuesta exageradamente llamativa y desproporcionada. No obstante, tenemos que tener claro que la modificación temporal de nuestro modo de actuar ante una circunstancia determinada no modifica nuestros rasgos principales de personalidad. Así, si la personalidad estaba alterada previamente a la aparición del estresor, permanecerá igual cuando éste o la sintomatología desaparezcan. Otros procesos psiquiátricos que se deberán tener en cuenta en el diagnóstico son el trastorno psicótico agudo, que generalmente presenta características del último tipo, el trastorno por somatización, que dadas sus características básicas puede confundirse con el tipo ansioso, el trastorno inducido por tóxicos o el consumo exagerado de éstos, los trastornos del comportamiento, el déficit en el control de los impulsos o los problemas de estudio e identidad, relacionados todos ellos con el trastorno adaptativo con alteraciones del

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

comportamiento o mixto, con alteraciones de conducta y de las emociones.

Hay que prestar especial atención en el diagnóstico diferencial de estos cuadros con el duelo no complicado, la reacción a estrés agudo y con el trastorno de estrés post-traumático. El primero de estos cuadros hace referencia al sentimiento de pérdida que se experimenta generalmente ante el fallecimiento de un ser querido. La diferencia con los trastornos de adaptación estriba principalmente en que la alteración del funcionamiento personal, social, laboral o familiar en la reacción de duelo es proporcional y se mantiene dentro de los límites esperados propios de la reacción ante la pérdida de un ser querido. Esta «normalidad» en la reacción afectiva ante una pérdida personal no provoca un cuadro sintomático excepcional y se resuelve en poco tiempo. En ocasiones, no obstante, esta reacción «normal» de duelo puede cronificarse en el tiempo, evolucionando entonces hacia un trastorno adaptativo con las características descritas anteriormente o hacia otro tipo de trastorno psiquiátrico más complejo. La reacción a estrés agudo puede ocurrir entre los tres días y un mes en respuesta a un estrés físico o psicológico excepcional, que remite normalmente en días. En este cuadro los síntomas suelen ser cambiantes con una alteración inicial del campo de la conciencia, pérdida de la atención o desorientación, cursando además con signos autonómicos de ansiedad. Por último, el trastorno de estrés postraumático se presenta como consecuencia de haber vivido poco tiempo antes (como mínimo un mes antes) una situación especialmente amenazante o catastrófica. Además de presentar síntomas afectivos, se caracteriza porque el paciente típicamente puede revivir o presentar «flashbacks» del trauma, sueños o pesadillas, que se producen en medio de una sensación de embotamiento emocional. Además, puede existir una sensación de desapego de los demás, falta de respuesta al entorno, dificultad para sentir placer, evitación de actividades evocadoras del trauma, hipervigilancia e insomnio. (Tabla 2)

Evolución del trastorno

Cuando el diagnóstico se realiza con prontitud y el tratamiento es correcto, generalmente la evolución del trastorno adaptativo es favorable, cediendo los síntomas y recuperando el nivel de actividad previo en el plazo de unos tres meses. No obstante, si el factor estresante se mantiene en el tiempo, la sintomatología puede persistir. Los trastornos de adaptación que padecen los adolescentes pueden evolucionar a trastornos del estado de ánimo o al consumo de sustancias, y en ocasiones los adolescentes tardan más tiempo en recuperarse.

3. Orientaciones y tratamiento

Ha quedado claro que es preciso que exista un factor estresante para que se desarrolle un trastorno adaptativo en función de las características tanto del estresor como de la persona y sus circunstancias. Suele ser alguien cercano –un amigo, un familiar– a quien se dirige la persona que se ve afectada por la situación estresante en busca de apoyo. A veces no ocurre de esta manera y es alguien externo quien adquiere conciencia de lo que le supone a su amigo o familiar una circunstancia determinada. En el primer caso, deberemos escuchar y atender las

Tabla 2

Diagnóstico diferencial del Trastorno de adaptación

Reacción de duelo no complicado
Reacción a estrés agudo
Trastorno por estrés postraumático

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

explicaciones acerca del problema que le afecta. Deberemos mostrar respeto e interés por la situación, aunque nos parezca banal. Preguntaremos y nos interesaremos por las posibles soluciones que nos plantea. Nuestra mejor actitud será ofrecerle una visión realista de la situación, intentando mostrar la problemática con objetividad y ofreciendo algunas soluciones sensatas que a menudo no habrán sido valoradas por nuestro amigo, el cual, sumido en la complicación de su cuadro afectivo no ha sido capaz de plantearse. No deberemos mostrarnos distantes, irrespetuosos, y ni mucho menos quitaremos importancia al estresor, porque para el que lo sufre es la situación más desagradable que le ha tocado vivir. No obstante, también deberemos mostrarnos firmes en el ejercicio de la objetividad y es nuestra obligación, con cariño y prudencia, dar una visión real de la situación.

En la segunda propuesta también deberemos ejercitar ante todo la virtud de la prudencia, sin perder de vista lo fundamental que resulta en estas situaciones tener una alta capacidad empática. Es preciso que seamos claros a la hora de mostrar una visión real de la situación que está atravesando nuestro familiar o amigo, y las repercusiones que sus actitudes pueden tener para sí mismo, sus familiares y/o amigos. Deberemos plantear nuestro punto de vista de la situación y de su estado, ofreciendo siempre una visión positiva de la misma, dejando una puerta abierta por la que entrar y tratar de solucionar la situación. Al igual que en la situación anterior, mostrar una visión real, alejada de cualquier muestra de subjetividad y con empatía, ofrecer nuestro punto de vista y posibles soluciones, puede descargar de mucha tensión y preocupación a nuestro amigo o familiar. En ninguna de las situaciones deberemos mostrar una visión de la vida y sus circunstancias excesivamente positiva y optimista, porque esto podría herir a la persona que sufre ante una situación determinada y propiciarle una sensación mayor de insuficiencia e incapacidad. En el caso de niños y adolescentes, trataremos de mostrarles todo nuestro apoyo y atención, haciéndoles ver mediante nuestras acciones que estamos a su lado, que pueden contar con nosotros y que participamos de su sufrimiento. Deberemos mostramos comprensivos con ellos sin permitirles ninguna acción que no sea pertinente. En estas circunstancias, es difícil que si ofrecemos compañía, ayuda, comprensión y cariño no obtengamos una respuesta positiva. (Tabla 3)

En los casos en que nuestra ayuda no sea suficiente para mitigar las repercusiones afectivas del factor estresante, deberemos remitirlos al médico de cabecera o al especialista. Los especialistas parecen estar de acuerdo en que el tratamiento de elección del trastorno de adaptación

TABLA 3

Recomendaciones prácticas ante un Trastorno de adaptación

Acompañar en el dolor a la persona que sufre por cualquier acontecimiento
Escuchar y atender a quien padece un factor estresante
Mostrar respeto e interés por la situación y las soluciones que nos plantea
Mostrar una visión realista y objetiva del problema, sin parecer distantes ni poco comprensivos
Ofrecer soluciones sensatas
Evidenciar las consecuencias que pueden acarrear algunas actitudes para uno mismo, su familia y/o amigos
Ofrecer una visión optimista y positiva, sin excesos, de la situación
Indicar la visita a un médico en el caso de que no se supere la situación

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

es la psicoterapia. No obstante, no faltan pocas voces que afirman que como el trastorno se debe a un factor estresante, es cuestión de tiempo que el paciente se adapte a la nueva situación o que el factor desencadenante desaparezca. Estos autores además argumentan que la intervención psicoterapéutica puede generar en el paciente un beneficio secundario, ya que el rol de enfermo puede ser gratificante para algunas personas. La atención, comprensión y empatía generada por el terapeuta como medio para conseguir el éxito del tratamiento puede reforzar los síntomas de la enfermedad y provocar en el paciente una «liberación de responsabilidades» favorecida por el rol de enfermo que nunca antes había experimentado.

A pesar de todo, hoy en día se siguen aplicando medidas psicoterapéuticas para el manejo de estos pacientes, ya que pueden ayudar a la persona a adaptarse mejor a los factores estresantes que no son reversibles o limitados en el tiempo, y convertirse en medidas preventivas si el factor estresante psicosocial no desaparece. Aunque se puede aplicar psicoterapia grupal en aquellos casos en que un conjunto de pacientes han soportado una experiencia estresante común (por ejemplo el diagnóstico de una enfermedad), en la mayoría de las ocasiones se utiliza la psicoterapia individual. A veces los terapeutas prefieren aplicar técnicas de intervención en crisis de inmediato tras la detección del cuadro sintomático mediante la utilización de técnicas de apoyo, recuperación de confianza, modificación del ambiente, sugestión e incluso, en casos más graves, hospitalización por un período corto de tiempo. La mayoría de las veces la psicoterapia individual trata de identificar el significado del factor estresante que motiva el cuadro de modo que puedan descubrirse traumas pasados que entren a formar parte del trauma actual. La aplicación de una técnica psicoterapéutica u otra dependerá del especialista que la trate: la terapia cognitiva tratará de modificar el trastorno mediante un proceso de aprendizaje; la terapia conductual propondrá una modificación de algunas conductas relacionadas con el afrontamiento del factor estresante; la psicoterapia dinámica establecerá unos parámetros de adaptación previos y tratará de identificar los significados preconscientes e inconscientes del agente estresante, ayudando al paciente a conocerse mejor y a reconocer el significado de su conducta inadaptada. En algunas ocasiones, principalmente cuando el trastorno de adaptación se produce en adolescentes con alteraciones del comportamiento, se aplica psicoterapia familiar.

Cuando el trastorno de adaptación se acompaña de sintomatología depresiva, generalmente se suele asociar al tratamiento psicoterapéutico –o para favorecerlo– tratamiento antidepresivo. Los fármacos de este grupo que generalmente se utilizan son los inhibidores de la recaptación de la serotonina, aunque últimamente los antidepresivos llamados duales (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina) también se utilizan con frecuencia por su acción en el componente ansioso del cuadro. La ansiedad presente, si no es demasiado intensa, se maneja con fármacos ansiolíticos. Otros síntomas más complejos como los cuadros psicóticos deberán ser tratados con fármacos antipsicóticos, mientras que algunas alteraciones del comportamiento con psicoestimulantes.

Independientemente de que se deba o no tratar al paciente con psicoterapia, psicofármacos o con ambos tratamientos, es fundamental en este tipo de trastornos la adecuada relación médico-paciente. En ocasiones, el profesional de la salud no es del todo consciente del sufrimiento que puede generar un determinado acontecimiento vital para la persona y debería estar atento para realizar un diagnóstico y tratamiento tempranos. Interesarse por aquellas situaciones por las que atraviesan nuestros pacientes explorando qué sienten, si se sienten acompañados, qué les preocupa, qué apoyos tienen, como afrontan las dificultades o los problemas, o mostrando empatía, en la mayoría de las ocasiones también son cuestiones de gran valor terapéutico.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

Bibliografía

Barcia Salorio, D., *Tratado de Psiquiatría*. Arán Ediciones. 2000.

Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5). 5 ª edición. Editorial Médica Panamericana. 2014.

Sadock, B.J., Sadock, VA., *Sinopsis de Psiquiatría*. 9ª edición. Waverly Hispanica. 2004.

Sarrais, F., *Psicopatología*. EUNSA. Pamplona. 2016.

Vázquez Barquero, J.L., *Psiquiatría en atención primaria*. Aula Médica. 1998.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

26

Trastornos de la personalidad

José Luis Besteiro González y Ángel García Prieto

1. Concepto y clasificación

La línea divisoria entre personalidad normal y anormal y los criterios de decisión no son claros; sin embargo, se han establecido habitualmente criterios de tipo estadístico y social (cfr capítulo 7). El criterio estadístico supone una variación cuantitativa basada en un punto de corte, mientras que el criterio social, siendo igualmente cuantitativo, se basa en el hecho de que el sujeto experimente algún sufrimiento por su propia personalidad u ocasione sufrimiento a otras personas[1].

Tradicionalmente, el criterio fundamental de las psicopatías (trastornos de la personalidad), sería la ausencia de trastorno mental, es decir, la conservación intacta del estado mental del individuo psicopático. Durante la primera mitad del siglo XX, se descartó la posibilidad de una alteración fisiopatológica y la investigación de los trastornos de la personalidad permaneció fuera del alcance de los métodos científicos al uso. En consecuencia, el estudio de la personalidad fue entonces asumido casi en exclusiva por las nuevas teorías psicoanalíticas, y por aproximaciones de carácter más filosófico[2].

En el último tercio del siglo XX, las dos principales clasificaciones oficiales (CIE y DSM) han mantenido una mezcla de modelos teóricos. Ambos sistemas clasificatorios se basan en la utilidad clínica (y no en datos empíricos), para la selección de los criterios clasificatorios y la definición de cada categoría de trastorno de la personalidad. Estos sistemas hacen de cada uno de los trastornos de la personalidad una síntesis de atributos operativos desligados de modelos teóricos específicos.

Además, ambos sistemas coinciden en que existe un criterio general de patrones desadaptativos presentes desde la adolescencia, así como la condición de que deben dar lugar a tensión, malestar personal o deterioro social. Consecuentemente, los trastornos de personalidad quedan definidos por un patrón de pensamientos, sentimientos, interacción social, sistemas de gratificación y de autocontrol y conductas, generalizado y permanente, que es claramente desadaptativo y ocasiona sufrimiento a la perso-

1. Costa, P. T. y McCrae, R. R. (1990). Personality disorders and the five-factor model of personality. *Journal of Personality Disorders*, 4, 362-371. Coolidge, F.L. y Segal, D.L. (1998). Evolution of personality disorder diagnosis in the Diagnostic and Statiscal Manual of Mental Disorders. *Clinical Psychological Review*, 18 (5), 585-599.

2. Besteiro, J. L., Pérez, M., Martínez-Sierra, G. y Lemos, S. (2003). Psiquiatría clásica y cultura moderna en los trastornos de la personalidad. *Psiquis*, 24(4), 197-207.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

na y/o a los demás. Por tanto, desde el punto de vista práctico, se podría decir que hay un trastorno de personalidad cuando ese modo de ser es abiertamente problemático (para él y/o para los demás), y que simplemente es una forma de ser peculiar cuando no genera esos conflictos aunque tenga singularidades que se apartan de la media. Con todo, es una cuestión debatida que plantea el dilema de si los trastornos de personalidad son problemas con límites precisos y diferencias cualitativas con respecto a la normalidad (categorías) o, por el contrario, son entidades abiertas diferenciadas cuantitativamente de la normalidad (dimensiones). En cualquier caso, es el especialista quién establecerá si esas «peculiariedades» en la forma de ser corresponden a un trastorno de personalidad.

Desde un enfoque categorial, el DSM-5 reconoce diez tipos de trastornos de la personalidad (además de un Trastorno de la Personalidad no especificado) reunidos en tres grandes grupos[3]:

Grupo A: sujetos raros o extraños (Trastornos paranoide, esquizoide y esquizotípico), definidos por un comportamiento raro o excéntrico, del espectro esquizofrénico.

Grupo B: sujetos inestables o emocionales (Trastornos antisocial, límite, histriónico y narcisista). Personalidades inmaduras, caracterizadas por comportamientos de tipo dramático o emocional, del espectro psicopático.

Grupo C: sujetos ansiosos o temerosos (Trastornos por evitación, por dependencia y obsesivo-compulsivo), caracterizados por comportamientos de ansiedad y temor, del espectro neurótico.

El propio DSM-5 recoge también un planteamiento dimensional de los trastornos de personalidad haciéndose eco de la controversia entre delimitar tipos de trastornos de personalidad o considerar que comparten y se solapan muchas de sus características. Ésta es una cuestión abierta por lo que aquí seguiremos con el clásico enfoque categorial.

Por otra parte, las causas y las vías –la etiopatogenia– por las que se desarrolla un trastorno de personalidad son siempre múltiples e interactuantes. Resumidamente, los trastornos de personalidad suponen una alteración en el desarrollo de la personalidad que dificulta la adecuada integración socio-familiar y condiciona un modo de estar en el mundo anómalo que se traduce en un sufrimiento personal y/o de los demás. Se considera que es debida a una compleja alteración en las variables biopsicosociales y espirituales que intervienen en la configuración de la personalidad y/o en la interacción entre ellas (cfr capítulo 7). Aún queda mucho por ahondar en la etiopatogenia de los trastornos de personalidad; sin embargo, se intuye que algunos trastornos tienen un perfil etiopatogénico predominantemente biológico, otros más de tipo psicológico y otros con una fuerte carga social, incluyendo aquí, el grado y las características de las variables espirituales que están presentes en el entorno y las vías y formas de su transmisión.

Desde el punto de vista terapéutico, los resultados son muy variables en función del tipo de trastorno y de los factores que le acompañan (biografía, entorno familiar, apoyos sociales, contextos socioculturales, etc.). En la mayor parte de los casos, las estrategias de intervención se centran en la psicoterapia, que logra mejorías importantes en el grupo C y, en menor medida en los otros dos grupos. El tratamiento farmacológico puede ser útil para reducir algunos síntomas y facilitar la psicoterapia pero no resuelve las cuestiones nucleares del trastorno.

2. Personalidades raras o extrañas (grupo A)

Incluye a personas (extraños, excéntricos) que se caracterizan por su incapacidad para es-

3. En la descripción de las características clínicas de cada tipo de trastorno hemos seguido, fundamentalmente, lo señalado por S Lemos T Millon (en la referencia bibliográfica y en *Personality disorders in modern life*. New Jersey: John Wiley & Sons. 2004) y el grupo de M Roca.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

tablecer y mantener relaciones interpersonales debido a su falta de sintonía y resonancia afectiva, mostrándose como raros o extravagantes ante los que les rodean, y con dificultades para desarrollar habilidades sociales elementales.

En líneas generales, este grupo tiene una gran estabilidad en su evolución, sin presentar cambios importantes en las manifestaciones clínicas (ni empeoramientos ni mejoras), y con una respuesta limitada a las estrategias de intervención.

a) *Personalidad paranoide*

El rasgo central de la personalidad paranoide es la suspicacia, la desconfianza, el recelo y actitud defensiva frente a los demás. Estas suspicacias y recelos van más allá de la precaución normal, hasta el punto de ver habitualmente actitudes malintencionadas en el comportamiento de los demás. Este rasgo se puede manifestar en la convicción de que los demás siempre quieren aprovecharse o engañar al sujeto, en que tienen una desconfianza permanente con los demás y en la dificultad para olvidar las injurias. En consecuencia, tienden a malinterpretar las acciones de los demás y a responder con ira a lo que consideran engaño o traición.

Una de las características definitorias de este trastorno es la falta de elasticidad y la reducción de sus habilidades de afrontamiento, que determina una estructura obstinada e inconmovible y que hacen de este trastorno uno de los que presentan mayores déficits estructurales. Estas personalidades, a menudo, trasforman acontecimientos insignificantes en algo que presenta referencias personales a ellos mismos y, progresivamente, esta interpretación del mundo interior se comienza a imponer al mundo real.

Las características clínicas del prototipo paranoide se podrían simplificar de la forma siguiente:

– Ansiedad por vinculación: detestan depender de otro, no sólo porque implica debilidad e inferioridad, sino porque no son capaces de confiar en nadie.

– Estilo cognitivo suspicaz: la falta de confianza que impregna sus percepciones, pensamientos y recuerdos.

– Actitud vigilante y hostil: en alerta constante, movilizados y preparados para cualquier amenaza.

– Mecanismos de defensa: no reconocen sus rasgos y los atribuyen a los demás (proyección).

– Estado de ánimo/temperamento frío, irascible y sin sentido del humor.

Se podrían diferenciar dentro de la personalidad paranoide una forma activa y otra pasiva. En la forma activa destacaría la hostilidad, la susceptibilidad y la desconfianza con actitudes violentas, de defensa permanente de los propios derechos, actitud vigilante extrema y preocupación por supuestas injusticias. Este tipo de personas pueden compensar estos rasgos en la vida social, pero difícilmente logran conseguirlo en la vida familiar, donde podrán ser muy destructivos. En la forma pasiva destacaría la sumisión y humillación como estilo de afrontamiento, este estilo determinará la convicción de que todo cuanto pueda suceder será perjudicial, lo que determinará susceptibilidad, autorreferencia y desconfianza. Estos sujetos, por contra, aceptarán pasivamente lo que entienden que será inevitable.

Estrategias de intervención

Dados los hábitos y actitudes profundamente arraigados de las personas con personalidad paranoide y la invasión de la totalidad de su funcionamiento, el panorama no es demasiado prometedor. Las estrategias en la relación con estos pacientes procurarán conseguir que bajen la guardia en sus relaciones interpersonales y que obtengan en ellas satisfacción y refuerzo. Las pautas de actuación son las siguientes:

– Establecer un nivel suficiente de confianza en la relación con el paciente.

– No desarrollar un estilo de relación excesivamente cálido o íntimo ya que tiende a percibir el trato amistoso como engaño.

– No enfrentarse de forma directa con sus creencias.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

– Fomentar que explique las razones de su suspicacia.

– Evitar el contacto excesivo con grupos amplios de personas.

– Tratar de disminuir la ansiedad ante la crítica, liberando al paciente de la desconfianza que le permita compartir sus inquietudes sin temor a humillación o maltrato.

– Tratar de ayudar a que aumente su sentimiento de capacidad, para que sienta menos necesaria la actitud hipervigilante y la posición defensiva.

b) *Personalidad esquizoide*

Estas personalidades se caracterizan por su indiferencia hacia las relaciones sociales y su alcance restringido de la experiencia emocional. Estos sujetos tienen un profundo defecto en la habilidad para establecer relaciones sociales. Son típicamente solitarios, social y emocionalmente desarraigados, aislados y retirados de los demás, aun cuando vivan en sociedad. Tienden a trabajar en tareas que requieren poca o ninguna interacción social, destacan por su excesiva introversión, bajo gregarismo (falta de necesidades sociales, casi siempre eligen actividades solitarias), bajas emociones positivas, indiferencia hacia la alabanza o crítica de los demás, frialdad emocional y baja apertura hacia los sentimientos.

El mundo interior del esquizoide está plagado de vivencias autorreferenciales, fobias y mecanismos psicológicos de evitación y disconformidad con la autoimagen. Todo ello les reduce a la soledad y les hace vulnerables a estados depresivos, reacciones desadaptativas, consumo de tóxicos o episodios delirantes de corta duración.

Estrategias de intervención

– Contrarrestar su tendencia al aislamiento, estimulándoles a que mantengan alguna actividad social y llevando a cabo un entrenamiento en habilidades sociales.

– Modificar las creencias distorsionadas, ayudando a identificar los pensamientos automáticos, eliminando los pensamientos negativos sobre sí mismos y su preferencia por la soledad.

– Favorecer el contacto interpersonal en grupos pequeños que permita el desarrollo de habilidades para un estilo interpersonal más eficaz: evitando que se retiren de las situaciones incómodas, desarrollando la capacidad para captar las señales interpersonales y evitando que se aparten del conflicto y de la interacción problemática.

c) *Personalidad Esquizotípica*

La persona con un trastorno esquizotípico es aquella que se podría definir como extravagante o excéntrica. El pensamiento mágico, las ideas de referencia, las ilusiones o la despersonalización son característicos de estos sujetos. Los rasgos esenciales de este trastorno son un patrón general de déficits sociales e interpersonales, caracterizado por un malestar agudo y una capacidad reducida para las relaciones personales, así como distorsiones cognoscitivas o perceptivas y excentricidades del comportamiento. El trastorno esquizotípico y el esquizoide son muy similares. Ambos están fuertemente caracterizados por una excesiva introversión, pero diferenciados por el relativo énfasis en la anhedonía social y física en el esquizoide, y el relativo énfasis en aberraciones cognitivo-perceptivas en el esquizotípico: ideas de referencia, creencias extrañas y pensamientos mágicos, experiencias perceptivas inhabituales, conducta extraña, pensamientos o lenguaje raros.

Los rasgos clínicos de la personalidad esquizotípica representan una zona límite entre la personalidad esquizoide y la esquizofrenia. Teóricamente los sujetos esquizotípicos se diferenciarán de los esquizoides por la presencia de conducta, pensamiento y comunicación extraños. Muchas de estas aberraciones podrían representar una faceta más de neuroticismo que caracterizaría a los esquizotípicos[4]. Parece que el neuroticismo

4. Widiger, T. A. y Trull, T.J. (1992). Personality and psychopathology: An application of the five-factor model. *Journal of Personality, 60*, 363-394.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

puede incluir una disposición a creencias irreales e irracionales, además, de la ansiedad, depresión, impulsividad, hostilidad, vulnerabilidad y autoconcienciación[5]. Los pacientes esquizoides y esquizotípicos están fuertemente diferenciados por sus respectivos grados de neuroticismo: el esquizoide prototípico desarrolla baja hostilidad y baja autoconcienciación, mientras que el esquizotípico presenta una desmesuradamente alta autoconcienciación, con rasgos asociados de ansiedad excesiva, depresión y vulnerabilidad. Igualmente ambos trastornos pueden ser diferenciados respecto a su relativo grado de apertura a la fantasía y a las ideas. Las aberraciones del esquizotípico pueden reflejar una notable mal adaptada apertura a inusuales fantasías e imaginación. En la medida que una persona excesivamente introvertida también despliegue un extraordinario neuroticismo y apertura a la fantasía e ideas, el diagnóstico debería ser de esquizotipia.

Respecto a la ideación paranoide que también caracteriza a este trastorno, es necesario resaltar que los individuos esquizotípicos no son negativistas, desconfiados e irritables, que son características de los paranoides. Además, pueden mostrar una apertura excesiva a ideas y fantasías aberrantes, mientras que el paranoide mostrará una notablemente baja disposición a lo estético. No obstante, ambos trastornos se caracterizan por introversión, ansiedad y cerrazón a las emociones.

Estrategias de intervención:

El objetivo básico de la relación con los esquizotípicos es conseguir que, respetando sus sensibilidades particulares, aprendan a reconocer sus atributos positivos, asegurando que su percepción refleje la realidad:

– Desarrollar la capacidad para que comprendan que realizan excentricidades, procurando que se adapten a la realidad.

– Intentar que sea capaz de evaluar sus pensamientos frente al entorno y no frente a sus sentimientos, de forma que las emociones ya no sean «evidencias» de la realidad.

– Tratar de que sea capaz de reconocer cuándo está distorsionando la realidad, eliminando sus cogniciones emocionales disfuncionales.

– Desarrollar estrategias prácticas que mejoren la vida mediante el aprendizaje de la higiene personal, la búsqueda de trabajo o el inicio de relaciones sociales.

3. Personalidades inestables o emocionales (grupo B)

Estas personalidades (teatrales, emotivas y volubles) se caracterizan por la presencia de conductas descontroladas y socialmente inapropiadas, labilidad afectiva y una emotividad peculiar. Presentan una marcada tendencia a los cambios del estado de ánimo, que son rápidamente reversibles, y se muestran extremadamente sensibles a los acontecimientos ambientales.

Como grupo, suelen mostrar gran inestabilidad en la evolución, con periodos de mejoría notable y otros de claro empeoramiento, y las respuestas a la intervención pueden ser buenas pero muy condicionadas por la aceptación de las medidas terapéuticas.

a) *Personalidad antisocial*

Las personas con trastorno antisocial (o disocial) suelen tienen largos historiales de violación de los derechos de los demás[6]. Son descritos como agresivos y ajenos a las preocupaciones de

5. Costa, P.T., McCrae, R.R. y Bush, C.M. (1986). Evaluating comprehensiveness in personality systems: The California Q-set and the five-factors model. *Journal of Personality*, 54, 430-446.

6. Widiger, T.A. y Corbitt, E.M. (1995). Antisocial personality disorders. En W.J. Livesley (Ed.), The DSM-IV personality disorders (pp. 103-126). New York: Guilford Press.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

los demás. En general, los criterios para el diagnóstico de este trastorno reflejan un muy bajo sentimiento de culpa o responsabilidad por los propios actos y una escasa sensibilidad a las necesidades de los otros. En este sentido, tienden a mostrarse desganadas, relajadas, negligentes y hedonistas. El prototipo de trastorno disocial es la ausencia de escrúpulos, la manipulación y explotación de los demás, la venganza fría y los actos criminales despiadados o sin sentimiento de culpabilidad.

Con frecuencia han sido descritos[7] como personas con encanto superficial y buena inteligencia; ausencia de delirios y otros signos de pensamiento irracional; ausencia de nerviosismo y otras manifestaciones psiconeuróticas; irrealidad; falsedad y falta de sinceridad; falta de remordimientos o vergüenza; conducta antisocial motivada de forma inadecuada; mal juicio e incapacidad para aprender por experiencia; egocentrismo patológico e incapacidad de amar; pobreza general en reacciones afectivas importantes; pérdida específica de insight (autoevaluación), irresponsabilidad en las relaciones interpersonales, conducta fantástica y desinhibida, y vida sexual impersonal, trivial y mal integrada.

En el DSM-5 se requiere para el diagnóstico de la personalidad antisocial un mínimo de 18 años de edad y un comienzo anterior a los 15 años y, al menos, tres de los siguientes síntomas: fracaso en la aceptación de normas sociales (manifestado en conductas delictivas), irritabilidad y agresividad, generalmente física, irresponsabilidad persistente (incapacidad para mantener un trabajo estable o para responder a las obligaciones económicas), impulsividad o falta de capacidad de planificación, tendencia al engaño, incluyendo aprovecharse de los demás en beneficio propio; conducta temeraria; y falta de remordimiento e indiferencia.

El rasgo esencial es la falta de respuesta afectiva de la que se derivarán otras conductas, como son la incapacidad para establecer vínculos afectivos duraderos, incapacidad para aprender de los errores y ausencia de culpabilidad y de empatía, menor respuesta ante los estímulos y sucesos que son emocionalmente provocativos; de ahí que con frecuencia experimenten sentimientos de aburrimiento que les empuja hacia la búsqueda de excitación y de estimulación.

Es interesante considerar que, en gran medida, el núcleo de este trastorno es una carencia del sentimiento de culpabilidad. Este sentimiento se desarrolla de una manera natural con la percepción de los límites en el propio actuar que surgen del equilibrio entre los deseos personales y el respeto a las necesidades de los demás. Desde pequeño, el ser humano tiene que irse dando cuenta y asumir que no todo lo deseable es posible ni todo lo posible se debe hacer o tener. El estilo educativo es esencial en la adquisición de esta vivencia, lo que explica el incremento de los trastornos disociales en las sociedades en las que los límites educativos se han diluido.

Estrategias de intervención:

Es importante diferenciar aquellos sujetos en los que se sospecha una importante base biológica de los que muestran conductas disociales pero no parece estar tan presente esa variable. En los primeros suele existir un historial disocial muy precoz, con antecedentes familiares, más o menos, claros y sin la presencia de desencadenantes socioculturales especialmente significativos. En estos casos, las estrategias terapéuticas son casi ineficaces y se encuentran prácticamente limitadas a intervenciones en régimen internamiento y sólo cuando se cuenta con un cierto grado de aceptación del tratamiento. En los otros casos, la intervención tiene unas expectativas algo mayores porque suelen conservar una cierta capacidad para vincularse emocionalmente y aceptar una reeducación, si bien, suele tiene un cierto carácter manipulativo o de instrumentalización. De hecho, en la actualidad, se consi-

7. Cleckley, H. (1982). *The mask of sanity*. St. Louis: Mosby.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

dera que este tipo de pacientes sólo empiezan a manejar su agresividad cuando se encuentran en entornos muy cerrados, con escasa movilidad y una estructura normativa muy rígida que impida la descarga impulsiva. Con todo, las pautas de intervención son:

– Introducción paulatina de pensamientos adecuados entre el impulso y la acción.

– Aprender las consecuencias de sus acciones aumentando la posibilidad de anticiparse y evitarlas.

– Aprender a conectar sus acciones con estados emocionales internos (ira, angustia, etc.). Particularmente, esta confrontación se centrará en el momento inmediato de la acción cuando trate de sobrepasar un límite.

– Las personas con las que convive deben mantenerse firmes en las pautas a seguir y los límites establecidos, sin dejarse influir por las estrategias manipulativas ni las coacciones.

b) *Personalidad límite*

Los sujetos con una personalidad límite manifiestan una extraordinaria inestabilidad en la afectividad, conducta y autoimagen. En general, muestran un escaso control de los impulsos, notable labilidad afectiva con alta sensibilidad a los factores socio-ambientales, respuestas e ira y hostilidad que pueden alternar con las de temor y apocamientos. Iracundos, y con gran inestabilidad en los planteamientos personales y en la interacción con los demás. Con todo, es un trastorno aún poco definido en el que, en la actualidad, posiblemente se están incluyendo problemas diversos. De hecho, pocos casos son prototípicos; algunos se caracterizan por una notoria inestabilidad afectiva, otros por impulsividad y otros por intensa ira y hostilidad.

En un intento de definir mejor el trastorno límite, se pueden considerar las siguientes manifestaciones clínicas:

– Estados de ánimo muy extremos e inestables en respuesta siempre a variables externas: experimentan periodos de abatimiento y desilusión, interrumpidos por breves episodios de irritabilidad, actos autodestructivos y cólera impulsiva, y combinados con otros periodos de gran simpatía, entusiasmo y actitudes cooperativas.

– Conductas autodestructivas frecuentes precedidas por acontecimientos externos frustrantes o por emociones intensas.

– Una amplia variedad de actos impulsivos autodestructivos (gasto incontrolado, abuso de sustancias, conducción temeraria, etc.) relacionados con la labilidad afectiva y la baja tolerancia a la frustración.

– Al mismo tiempo, se muestran dependientes y hostiles, lo que determina relaciones conflictivas con los demás. No soportan la soledad lo que determina una búsqueda frenética de compañía, lo que puede llevar a la promiscuidad o a la aceptación inmediata de los extraños.

– Presentan un patrón de relaciones interpersonales inestable, alternando la idealización y la devaluación de los demás.

Estrategias de intervención:

El trastorno límite es especialmente complejo de tratar, e intentar reorganizar su personalidad es una tarea difícil. Además existe una gran heterogeneidad de tipos dentro de este trastorno dependiendo, en gran medida, del apoyo familiar o del carácter destructivo del ambiente en el que vivan. Con todo, las recomendaciones para reorganizar la estructura de la personalidad límite son:

– Informar de manera empática sobre las consecuencias negativas de sus comportamientos.

– Enseñar estrategias de afrontar situaciones más adaptativas, moderadas y estables.

– Mostrar los comportamientos que perpetúan el problema y enseñar alternativas.

– Ayudar a contener la ansiedad que lleva consigo el cambio a comportamientos más adecuados.

– Tratar de fortalecer la autoconfianza, reduciendo el temor al abandono y los comportamientos desadaptativos.

– Ayudar a lograr un estilo de vida estable y a salir de la percepción dicotómica (blanco-negro; éxito-fracaso; amor-odio) de la realidad.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

c) *Personalidad histriónica*

Los rasgos característicos de las personalidades histriónicas son la dramatización, el comportamiento teatral, el afán de llamar la atención y una relación social centrada en sí mismo. Estas personas expresan sus emociones de manera exagerada, suelen mostrar actitudes egocéntricas y vanidosas, y tienen un alto grado de sugestionabilidad[8].

En las relaciones interpersonales muestran una capacidad limitada para experimentar afectos profundos y para expresarlos, por lo que suelen ser vistos por los demás como poco «verdaderos» aunque superficialmente encantadores. Su estilo cognitivo se caracteriza por la tendencia a ver las situaciones de forma general, sin profundizar en los detalles[9].

El trastorno histriónico representa una variación extrema de extraversión cuyas características prototípicas son: expresión exagerada de las emociones, marcado anhelo de excitación y estimulación, tendencia a crear numerosas relaciones superficiales (alto gregarismo) y presencia de actitudes de seducción y afectos inapropiados. Por tanto, las manifestaciones clínicas fundamentales del trastorno histriónico son:

– Comportamiento dramático: son hiperreactivos y provocadores. Se manifiestan habitualmente de manera atractiva y teatral. Expresan con facilidad sus pensamientos y sentimientos mediante su capacidad para el drama y para llamar la atención sobre sí mismos.

– Búsqueda de atención: solicitan activamente elogios, manipulan a los demás para obtener reafirmación y aprobación. Son exigentes, exhibicionistas y seductores.

– Estilo cognitivo frívolo: evitan la introspección, son sugestionables, dando la imagen de falta de autenticidad y superficialidad.

– Autoimagen gregaria: se consideran sociables, amigables y agradables (niegan el estrés y la hostilidad que les generan las relaciones sociales).

Estrategias de intervención:

Las ayudas terapéuticas deben ir destinadas a corregir su tendencia a satisfacer todas sus necesidades recurriendo a los demás, sin valerse por sí mismos:

– Intentar que dejen de buscar gratificaciones en el entorno, favoreciendo que canalicen su tiempo y energía en abandonar actividades externas y busquen contextos más personales.

– Tratar de que desarrollen la introspección –la reflexión sobre lo que reclama su estar en el mundo–, evitando que se centren exclusivamente en los acontecimientos externos.

– Impedir que manipulen o seduzcan a los demás y facilitar que experimenten satisfacción en la verdadera intimidad.

– Intentar que desarrollen habilidades comunicativas más asertivas (adecuada expresión de sus intereses y necesidades).

d) *Personalidad narcisista*

Los sujetos con personalidad narcisista se definen por rasgos de grandiosidad, arrogancia, vanidad y baja cordialidad; sin ser particularmente hostiles o físicamente agresivos, tienden a la explotación de los demás por actitudes de infravaloración del resto de las personas. En general, tienden a mostrarse excesivamente autoconfiados y con una exagerada autovaloración positiva.

Las manifestaciones clínicas características de la personalidad narcisista son las siguientes[10]:

8. Pfohl, B. (1995). Histrionic personality disorder. En W.J. Livesley (Ed.), *The DSM-IV personality disorders* (pp. 173-192). New York: Guilford Press.

9. Shapiro, D. (1965). *Neurotic styles.* New Cork: Basic Books.

10. Kernberg, O. (1989). The narcisistic personality disorder and the differential diagnosis of antisocial behavior. *Psychiatric Clinics of North America*, 12, 553-570. Kohut, H. (1989). *Análisis del self. El tratamiento psicoanalítico de los trastornos narcisista de la personalidad.* Buenos Aires: Amorrortu.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

– Falta de sentido del humor, ausencia de empatía, tendencia a una ira incontrolada y a la mentira patológica y, con cierta frecuencia, a la presencia de manifestaciones hipocondríacas.

– Además, presentan una gran tendencia a la grandiosidad, la vivencia de sí como poseedor de derechos especiales, una exagerada exhibición de los propios logros y una sobrevaloración de las aspiraciones personales, junto con dependencia excesiva de la admiración ajena que puede llevar consigo oscilación entre la grandiosidad y los sentimientos de inferioridad.

– En la esfera social, suelen mostrar una tendencia a la inhibición en el trabajo, con una incapacidad para mantener relaciones significativas y estables. Ocasionalmente pueden llevar a cabo actividades delictivas.

– En el ámbito de la conducta sexual, suelen mostrar un claro desinterés pero con la tendencia a presentar fantasías perversas.

Estrategias de intervención:

Es poco probable que este tipo de sujetos se sientan motivados para desarrollar nuevas actitudes, competencias y comportamientos socialmente cooperativos que contribuyan a un mayor grado de adaptación interpersonal. Con todo, las ayudas terapéuticas deben orientarse a intentar desarrollar su capacidad para identificar y asumir sus debilidades y deficiencias, al tiempo que aprender a valorar las cualidades de los demás. En este sentido es útil:

– Intentar que incremente su orientación hacia los demás previendo actividades en esta línea.

– Tratar de que asuma una autoimagen realista.

– Desarrollar una comprensión empática y una interacción cooperativa con los demás.

– Intentar una inhibición de las actitudes egocéntricas.

– Sustituir las ideas y recuerdos pretenciosos por experiencias y representaciones basadas en la realidad.

4. Personalidades temerosas o ansiosas (grupo C)

Se trata de personas extremadamente sensibles a las señales de castigo, a la anticipación subjetiva del peligro y a las consecuencias negativas o aversivas de la conducta. El alto grado de ansiedad que tienen suele estar basado en una hipersensibilidad al castigo que induce actitudes de evitación y conductas de compensación que son claramente desadaptativas.

Este grupo suele mostrar una evolución susceptible de ser modificada con las medidas terapéuticas y una respuesta aceptablemente buena a la intervención.

a) *Personalidad evitativa*

Esta personalidad se caracteriza por inhibición social, sentimientos de inadecuación o incapacidad e hipersensibilidad ante la crítica y la evaluación negativa que puedan hacer los demás. Estos sujetos son introvertidos, están socialmente aislados, a pesar de sus intensos deseos de aceptación por parte de los otros; generalmente, renuncian a establecer relaciones interpersonales por miedo al rechazo o la humillación, salvo que reciban garantías de plena aceptación sin críticas; evitan actividades profesionales que requieran contacto social, así como las relaciones íntimas, a pesar de las notables necesidades de afecto que experimentan; presentan baja autoestima, tendencia a minusvalorar los propios logros o cualidades y a sobreestimar los defectos. Las características clínicas prototípicas se pueden identificar en cuatro niveles:

– Nivel de comportamientao: son sujetos expresivamente ansiosos e interpersonalmente aversivos, que se distancian de actividades que requieran relaciones estrechas con los demás. Aunque busquen la aceptación social, no se implicarán, a menos que tengan la certeza de que serán aceptados y caerán bien.

– Nivel fenomenológico: se caracterizan por:

Un estilo cognoscitivo disperso por la constante búsqueda de posibles amenazas y la exce-

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

siva focalización en pensamientos internos intrusivos (ocurrencias aisladas), lo que dificulta la continuidad de sus pensamientos, la adecuación de sus apreciaciones y la comunicación social.

Una visión de sí mismos como socialmente ineptos e inferiores, que justifica el rechazo y el aislamiento por parte de los demás.

Saturación de imágenes y recuerdos sobre relaciones problemáticas –muchas de ellas tempranas– e incapacidad para evocar situaciones de gratificación.

– Nivel intrapsíquico: notable fragilidad de la idea de sí mismo que logra mantenerse suficientemente cohesionada por el recurso a la fantasía y el desarrollo de las conductas de evitación y huída.

– Nivel biofísico: intensas y persistentes manifestaciones vegetativas de ansiedad que son consecuencia de las constantes vacilaciones entre el deseo de afecto, el miedo al ridículo y a la crítica negativa, el malestar y el embotamiento afectivo.

Estrategias de intervención:

Los patrones de evitación que desarrollan estos sujetos suelen estar fuertemente arraigados. Además, con frecuencia, tienen que desenvolverse en ambientes que les proporcionan pocos apoyos y refuerzos. Cualquier actuación debe ir encaminada a mejorar su autoimagen: – Intentar que se centre de forma activa en los estímulos agradables y que reduzca las respuestas de evitación ante los estímulos que le genera ansiedad.

– Potenciar las habilidades sociales e incrementar el contacto social.

– Estimular el desarrollo de procesos de pensamiento más realistas que permitan enfrentarse con más eficacia al entorno.

– Tratar de modificar los ambientes socio-familiares que favorezcan los comportamientos de evitación introduciendo algunos sistemas de apoyo.

– Desarrollar la asertividad en diferentes contextos sociales y la exposición a experiencias nuevas.

b) *Personalidad dependiente*

El rasgo esencial de este trastorno, como señala el DSM-5, es una necesidad general y excesiva de que se ocupen de uno, que ocasiona un comportamiento de sumisión y adhesión y temores de separación. Estas personas se caracterizan por una marcada necesidad de afecto y de aprobación social, con una acusada tendencia a la renuncia o a la supeditación de sus propias necesidades, deseos y valores a los de los demás, mostrándose extremadamente dóciles, sumisos y sacrificados. Al mismo tiempo, tienen una notable dificultad de iniciar proyectos por un excesivo sentimiento de incapacidad. Las manifestaciones clínicas nucleares de la personalidad dependiente son:

– Falta de seguridad en sí mismo que se traduce en comportamientos excesivamente cooperadores y aquiescentes.

– Actitud sumisa y pasiva que impide manifestar disconformidad con la opinión de las personas de las que depende (y cuyo apoyo necesita) o exteriorizar abierta y directamente necesidades o deseos. La necesidad de conseguir la aprobación de los demás, aunque ello conlleve realizar conductas que no le agradan o con las que no está de acuerdo.

– Estilo cognitivo ingenuo que lleva consigo un exceso de confianza ante los problemas y dificultades interpersonales.

– Malestar por la soledad con marcada necesidad de estar con otros y estrategias para evitar o impedir la situación de estar solo.

– Tendencia a buscar ayuda y afirmación de los demás que implica la necesidad de establecer vínculos de dependencia.

Estrategias de intervención:

El patrón de dependencia sumisa de estos pacientes suele estar fuertemente arraigado y se extiende, generalmente, a todos sus ámbitos. Al mismo tiempo, los demás suelen haber desarrollado una dinámica de relación con él que se autoalimenta. Con todo, sus necesidades de contacto interpersonal son una cierta garantía

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

de respuesta favorable a las siguientes estrategias:

– Estimular la satisfacción de sus necesidades sin requerir el apoyo excesivo de otros.

– Favorecer un cambio en la valoración de sí mismo y de los recursos que tiene para involucrarse en nuevas experiencias sociales.

– Evaluar críticamente sus creencias sobre las consecuencias de su comportamiento.

– Estimular el desarrollo de una identidad personal independiente, reemplazando las representaciones de los demás por otras de sí mismo más realistas.

c) *Personalidad obsesivo-compulsiva*

El rasgo central de este trastorno es su tendencia hacia el perfeccionismo y la inflexibilidad. Destaca, pues, la escrupulosidad, el detallismo exagerado, la rigidez de pensamientos y conductas y, casi inevitablemente, una excesiva propensión hacia el trabajo y su productividad. Son personas con una escasa tolerancia a la incertidumbre y una exagerada especulación acerca de problemas de impredecible aparición; son indecisos porque rumian sobre cuáles son sus prioridades o porque temen cometer un error; como resultado de ello, el tiempo se acaba convirtiendo en su peor enemigo, comenzando a dar largas a sus asuntos y perdiéndose en sus propias dudas. En general, son personas que tienden a ser muy controladoras de sus emociones y posesiones –expresando y dando poco– y su rigidez les lleva a algunos antagonismos o conflictos con los demás. Se definen clínicamente por:

– Comportamiento inflexible y respetuoso con las normas: mantienen una vida regulada, muy estructurada y estrictamente organizada; el perfeccionismo interfiere en la toma de decisiones y en la finalización de las tareas.

– Escrupulosos con el orden social y ético: les aterra la posibilidad de la trasgresión de las normas morales, respetan de manera escrupulosa y persistente los cánones sociales y éticos.

– Cognitivamente constreñido: construyen el mundo en términos de reglas, normas, programaciones de tiempo y jerarquías; son rígidos, obstinados e indecisos, y suelen alterarse mucho frente a ideas y hábitos no familiares o nuevos.

– Mecanismos psicológicos de defensa: buscan excesivamente el control de las situaciones por medio de la anticipación y la verificación.

– Autoimogen hiperresponsable: se consideran entregados al trabajo, aplicados, dignos de confianza, meticulosos y eficientes, excluyendo claramente las actividades de ocio.

Estrategias de intervención:

La ayuda que se les puede prestar debe ir encaminada a buscar el adecuado equilibrio entre el deber y el querer:

– Ayudar a identificar los temores y la ira contenida que experimenta.

– Tratar de diferenciar los propios sentimientos y deseos de los que cree que esperan los demás con el objetivo de que sean capaces de conocer lo que realmente siente.

– Aprender a evitar el perfeccionismo, asumiendo las limitaciones personales y las contingencias, buscando lo bueno y evitando lo óptimo.

– Facilitar que desarrolle un tipo de pensamiento más fluido y creativo que posibilitará su adaptación y ampliará sus experiencias.

5. Consideraciones antropológicas

Los trastornos de personalidad plantean abiertamente el dilema libertad o determinismo en el comportamiento humano. Obviamente, la respuesta que se dé a esta cuestión tiene enormes consecuencias sobre la responsabilidad de las conductas.

Los conocimientos científicos actuales y la educación en salud mental están permitiendo advertir, con relativa facilidad, las interferencias sobre la conducta del paciente que la enfermedad psíquica genera, debidas a los delirios, alucinaciones, bajo estado de ánimo, alteración de la percepción corporal, adicciones, etc. Se admite, pues, que esas manifestaciones limitan

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

o interfieren las conductas de la persona y, en este sentido, condicionan su libertad en lo que hace y, por tanto, su responsabilidad. Así, por ejemplo, cada vez hay menos personas que consideran los síntomas depresivos como falta de esfuerzo o exigencia personal.

Sin embargo, en los trastornos de la personalidad no se advierte tan claramente este hecho ya que hacen referencia al modo de ser de las personas. Es decir, la mayoría de los trastornos psíquicos se podrían considerar como problemas que «les pasan a las personas» (está con una depresión, un brote esquizofrénico, etc.); por el contrario, en los trastornos de personalidad, el problema es que «la persona es así» debido a que no es algo transitorio sino que persiste, no surge en un determinado momento sino que estaba ya presente en etapas tempranas de la biografía de la persona, y no parece que existan limitaciones «importantes» en su actividad psíquica: no hay trastornos graves de la percepción, del pensamiento o del estado de ánimo. En consecuencia, podría parecer que, en los trastornos de personalidad, la libertad no está condicionada y, por tanto, la responsabilidad sobre sus conductas es completa.

Sin pretender abordar las grandes diferencias entre los trastornos de personalidad con respecto al grado de responsabilidad sobre las conductas, es importante hacer las siguientes consideraciones:

Son verdaderos trastornos porque cumplen los criterios de «anomalía» señalados en el capítulo 9. Aunque muchas de sus manifestaciones puedan definirse con categorías morales (difícil, insoportable, manipulador, egoísta, cruel, soberbio, etc.) e, incluso, tengan una cierta génesis en la carencia de algunas virtudes, es necesario no caer en este encasillamiento y no olvidar que son manifestaciones de un trastorno. Sin embargo, gran parte de las estrategias terapéuticas estarán encaminadas a lograr que asimilen adecuadamente las categorías morales positivas y contrarresten algunos de sus patrones de conducta.

La libertad en el obrar está condicionada aunque no determinada (cfr. capítulo 4) y nunca llega al grado extremo de otros trastornos (ej.: esquizofrenia). Sin embargo, lo que más puede condicionar es la escasa capacidad autocrítica que tienen, precisamente, por afectar al modo de ser de la persona del que es difícil distanciarse suficientemente y objetivar los datos.

Es necesario, en cada caso, evaluar el grado de responsabilidad; ésta dependerá del tipo de trastorno, su trayectoria biográfica y las variables del entorno.

En estos trastornos, es aún más importante no caer en la dicotomía radical sano-responsable/enfermo-no responsable. En los trastornos de personalidad, el límite entre lo normal y lo patológico se difumina porque lo que está alterado es el conjunto integrado de características que definen a la persona donde se entremezclan aspectos normales y disfuncionales.

El estilo educativo recibido y los factores socioculturales son variables de gran relevancia en el perfil clínico de los trastornos de personalidad. En este sentido, tienen una alta significación el sistema de valores que se ha ido elaborando, tanto en relación a la idea exacta que se tiene de ellos y su ordenación jerárquica, como al nivel de interiorización que se ha hecho y el grado de impregnación en las conductas. Así, en función de los valores en «alza» en la sociedad y el contenido real de cada uno de ellos, se fomentarán un tipo de trastornos u otros, o se protegerá frente a ellos; el individualismo, el desmedido afán de seguridad, la crisis de la autoridad, la competitividad, la cultura del éxito, etc., se podrían relacionar con rasgos esquizoides, obsesivos, disociales, paranoides o narcisistas. De aquí la gran importancia que tiene fomentar tempranamente virtudes y estructurar la sociedad entorno a ellas.

El sujeto con un trastorno de personalidad, si la terapia logra mejorar su capacidad de autoevaluación, puede encontrar un amplio campo de crecimiento personal por la vía de contrarrestar sus puntos débiles con el ejercicio de las virtudes correspondientes.

Desde la perspectiva de los demás, la convivencia con una persona con algunos de estos trastornos puede suponer (no siempre) un gran

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

ejercicio de virtud, no siempre exigible pero que vuelve a poner de manifiesto que para entender (aceptar) lo inexplicable (lo difícilmente asumible) es necesario recurrir al misterio (la fe).

Bibliografía

American Psychiatric Association, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.,: DSM-5). Washington, DC. 2013.

Barlow, D. y Durand, V.M., *Psicopatología*. Madrid: Thomson 2003.

Carrasco, J.L., *Trastornos de la personalidad*. En Sanidad y Ediciones (Eds.), Psiquiatría 1993, Libro del año. Madrid 1993.

De las Heras, J., *Difíciles de amar*. Espasa Calpe, Madrid 2001.

Kaplan, H.I. y Sadock, B.J., (1982). *Tratado de psiquiatría*. Masson, Barcelona 1992.

La Bruyère, *Les caracteres*, Larouse, París (Orig. 1688) 1971.

Lemos, S., *Trastornos de la personalidad*. En S. Lemos (Eds.), Psicopatología general (pp. 113-138). Síntesis. Madrid 2000.

Millon, T., *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV*. Masson. Barcelona 1998.

Oldham, J.M., y Morris, L. B., *The new personality self-portrait*: Why You Think, Work, Love and Act the Way You Do. Bantam Books. New York 1995

Roca, M. (coord.), *Trastornos de la personalidad*. Barcelona: Ars XXI, Barcelona 2004.

Pichot, P., *Un siglo de psiquiatría***.** Roger Dacosta. París 1983.

Schneider, K., *Las personalidades psicopáticas*. Editorial Científico-Médica. Barcelona 1950.

Valdés, M., *Trastornos de la personalidad*. En J. Vallejo (dir.), Introducción a la psicopatología y la psiquiatría (pp. 541-550). Masson. Barcelona 2006.

http://www.healthsystem.virginia.edu/uvahealth/adult_mentalhealth_sp/person.cfm.

http://usuarios.discapnet.es/border/tlpstart.htm.

http://www.esquizoide.net/index.html.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

27

Trastornos conversivos, disociativos y facticios

Fernando Sarrais Oteo

1. Introducción

a) *Historia y clasificación*

Ya en los primeros papiros egipcios de Kahun (año 1900 a.C) y Ebers (año 1550 a. C.) se hablaba de la histeria como una enfermedad que por su mayor frecuencia en la mujer se atribuyó a la afectación del útero. El médico griego Hipócrates (460-377 a. C.) citó esta enfermedad en varios de sus escritos, y afirmó que era común en las mujeres.

Derivado del vocablo griego «hystera» (útero), la palabra histeria designa, desde el punto de vista clásico, un conjunto de manifestaciones clínicas, muchas veces paradójicas, de causa psicológica (afectiva), enraizadas en el seno de una personalidad característica. Los fenómenos histéricos, capaces de «simular» cualquier trastorno, se muestran caprichosos, cambiantes, incongruentes y fácilmente modificables, y no concuerdan con las características de las alteraciones anatomofisiológicas conocidas.

Durante la Edad Media estos fenómenos histéricos se atribuyeron al influjo de maleficios, poderes supranaturales, posesiones, y las medidas curativas y preventivas se basaron en terapias de carácter místico-religioso.

En el siglo XVII, Thomas Sydenham (1624-89) consideró que esta enfermedad era una afección debida a una alteración del sistema nervioso central. Paul Briquet, en 1859, dedicó una monografía a esta enfermedad: Traité Clinique et Therapéutique de l´Hystérie, y definió la histeria como un trastorno constituido por múltiples síntomas, aparatosos y dramáticos, en ausencia de enfermedad orgánica demostrable. Samuel B. Guze, uno de los creadores del DSM (manual de diagnóstico de la Sociedad Americana de Psiquiatría), en 1970, denominó la histeria con un nombre libre de connotación peyorativa: Síndrome de Briquet, en honor a Paul Briquet.

Relevantes autores como Briquet, Charcot, Janet, Eysenck y Kretschmer defendieron una postura psicobiológica de la histeria, aunque descartaron considerarla una enfermedad neurológica. El término histeria se ha utilizado tradicionalmente para referirse a un trastorno psiquiátrico con múltiples formas de presentación a caballo entre los trastornos neurológicos, los trastornos mentales y la simulación. Con el tiempo ha dado lugar a varios trastornos psiquiátricos recogidos en las distintas clasificaciones de enfermedades.

Sigmund Freud (1856-1939) atribuyó la histeria, y las demás neurosis, a conflictos inconscientes, y describió por primera vez la llamada «ganancia primaria» (resolución de los conflictos psíquicos mediante la expresión de

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

síntomas físicos) y la «ganancia secundaria» (logro de beneficios como consecuencia de la enfermedad), que han sido una explicación de los fenómenos histéricos difundida ampliamente hasta la actualidad. Fue también Freud quien reintrodujo el término de «conversión» para describir el proceso por el que un paciente transforma una vivencia emocional en una manifestación física.

En varios estudios de seguimiento, como los de Slater (1965) y Reed (1975), se ha observado que algunos pacientes inicialmente considerados histéricos tenían una patología orgánica cerebral. Estos hallazgos, junto a la confusión generada por los múltiples usos del término «histeria» (forma de personalidad, histeria de masas, formas conversivas, síndrome de Briquet.), determinaron su exclusión de los sistemas de clasificación de enfermedades y su inclusión dentro de otras categorías, no más claras, como los de la neurosis y la categoría psicofisiológica. Como herederos de este síndrome, en el DSM-IV y CIE-10 se definen dos tipos de trastornos diferenciados según predominen los síntomas psíquicos o somáticos:

–Trastorno disociativo, caracterizado por un estrechamiento del campo de conciencia que da lugar a una pérdida temporal de la identidad del Yo.

–Trastorno conversivo, definido por la presencia de síntomas somáticos de tipo sensorial o sensitivo-motor (parálisis de un miembro, ceguera, etc.) de origen psicógeno o emocional.

En la tabla 1 se exponen los diferentes trastornos disociativos, conversivos y facticios de las dos clasificaciones de las enfermedades más uti-

Tabla 1

CIE 10	***DSM IV***
F40 Trastornos disociativos (de conversión)	300.xx Trastornos disociativos (de conversión)
F44.0 Amnesia disociativa	300.12 Amnesia disociativa (antes amnesia psicógena)
F44.1 Fuga disociativa	300.13 Fuga disociativa (antes fuga psicógena)
F44.2 Estupor disociativo	300.15 Estupor disociativo
F44.3 Trastornos de trance y de posesión	300.15 Trastorno de trance y posesión
F44.4 Trastornos disociativos de la motilidad	300.15 Convulsión disociativa
F44.5 Convulsiones disociativas	300.15 Anestesia y pérdida sensorial disociativa
F44.6 Anestesias y pérdidas sensoriales disociativas	300.15 Trastorno mixto disociativo
F44.7 Trastornos disociativos mixtos	300.15 Trastorno disociativo no especificado
F44.80 Síndrome de Ganser	300.11 Síndrome de Ganser
F44.81 Otros trastornos disociativos	300.14 Trastorno de identidad disociativo (antes personalidad múltiple)
F44.9 Trastorno disociativo sin especificación	300.6 Trastorno de despersonalización
Otros trastornos neuróticos	
F48.1 Trastorno de despersonalización-desrealización.	
Otros trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto	***Trastornos facticios***
F68.0 Elaboración psicológica de síntomas somáticos	300.xx Trastorno facticio
F68.1 Producción intencionada o fingimiento de síntomas o invalideces somáticas o psicológicas (trastorno ficticio)	300.19 Trastorno facticio no especificado
F68.8 Otros trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto especificados	

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

lizadas en el campo médico: la DSM de la APA y la CIE de la OMS.

b) *Visión actual: un acercamiento*

Para entender mejor la patología psicosomática y los trastornos histéricos, es importante tener en cuenta la relación que existe entre la mente y el cuerpo de una persona. Durante siglos, y principalmente en la sociedad actual, predomina una visión disociada del hombre, que es entendido como la unión de una mente y un cuerpo (dualismo antropológico) y no como una unidad constituida por la estrecha relación entre los elementos somático, afectivo, intelectivo y volitivo.

En el ser humano existe un aspecto visible (cuerpo-soma) y otro invisible (espíritu-psique), que interactúan de una manera especialmente compleja dando lugar a las distintas capacidades y conductas propiamente humanas, que le distinguen de los animales. Esta interacción entre lo físico y lo espiritual, que se va desarrollando con la existencia, es un proceso de crecimiento humano denominado proceso de maduración físico-psíquica en el que se entremezclan factores de origen biológico y ambientales, que dejan una huella en la memoria de cada individuo dando lugar a su personalidad. Esta interrelación mente-cuerpo aparece también en la patología psiquiátrica y permite entender la existencia de alteraciones físicas de origen psicológico y alteraciones psíquicas de origen físico.

En la práctica clínica un 25-50% de los pacientes que acuden al médico presentan síntomas físicos para los que no se encuentra una causa orgánica. Con el fin de aliviar estos síntomas se les prescriben distintos tratamientos y, si no mejoran, son enviados a médicos especialistas para estudios más profundos mediante múltiples y costosas exploraciones. Al final de este largo proceso de repetidas pruebas con resultados negativos y sin un diagnóstico claro son referidos al psiquiatra.

Hoy en día se acepta que en la etiología de algunos síndromes y síntomas físicos frecuentes están implicados factores psicológicos. Es el caso de algunos síndromes dolorosos (dolor precordial, cefaleas, dolor facial atípico, dolor de espalda, dolores articulares, enfermedades del tejido conectivo, fibromialgia), dispepsia no ulcerosa, síndrome de colon irritable, alteraciones del ritmo cardíaco, hipertensión arterial, síndromes vertiginosos, tinnitus, disfonía, síndrome premenstrual.

Por otra parte, desde la perspectiva de la psiquiatría se sabe que la mayoría de los trastornos afectivos se acompañan de síntomas físicos que, en algunas ocasiones, dominan y resaltan por su intensidad sobre los síntomas afectivos, como ocurre en la Depresión somática y el Trastorno de ansiedad generalizada.

En este capítulo nos centraremos en un grupo de alteraciones físicas cuyo origen está en las alteraciones psíquicas de los pacientes. Seguiremos las clasificaciones de la CIE-10 y DSM-IV para definir las distintas patologías psiquiátricas. De cada patología explicaremos las características, el curso, el tratamiento, y proporcionaremos algunas orientaciones para un abordaje y manejo eficaz de la enfermedad. Dado que muchas de estas patologías tienen su origen en alteraciones de la personalidad, comenzaremos explicando el trastorno de personalidad que subyace con más frecuencia a esas enfermedades, la personalidad histriónica, para abordar posteriormente los distintos trastornos.

2. Personalidad histriónica (Cfr. Cap. 25, 3, b)

a) *Origen: factores biológicos, psicológicos y ambientales*

La personalidad histérica se denomina en el DSM-V con el nombre de Trastorno histriónico de la personalidad, que agrupa un conjunto de rasgos considerados propios del estereotipo femenino pero con una marcada intensidad (caricatura de la feminidad). Es un trastorno de personalidad que se diagnostica sobre todo en mujeres, se va desarrollando durante la infancia y adolescenciay empieza a manifestarse al principio de la edad adulta.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

Los estudios etiológicos sobre el trastorno histriónico de la personalidad no han aportado resultados concluyentes sobre los factores causales, pero se postula una relación entre factores biológicos que determinan una especial sensibilidad emocional y, por tanto, una mayor vulnerabilidad psicológica, y experiencias negativas repetidas e intensas que pueden ser abuso sexual, físico, psicológico y carencia afectiva durante la niñez y la adolescencia.

b) *Características*

La característica esencial del trastorno histriónico de la personalidad es la emotividad excesiva y el comportamiento de búsqueda de atención. Los sujetos con este trastorno no están cómodos o se sienten despreciados cuando no son el centro de atención, pues necesitan ser «el alma de la fiesta». En general son vivaces, dramáticos, llamativos, y se ganan con rapidez el aprecio de los desconocidos por su entusiasmo, jovialidad y cordialidad. Sin embargo, estas cualidades positivas se van atenuando y haciendo pesadas y negativas a medida con las reiteradas demandas de atención y afecto. Cuando no lo consiguen pueden presentar comportamientos dramáticos, inapropiados o fuera de contexto para atraer la atención sobre sí mismos.

La necesidad de llamar la atención se manifiesta también en su comportamiento con el médico a quien suelen adular y hacer regalos para lograr un trato de privilegio, y reclaman su atención con descripciones dramáticas de los síntomas físicos y psicológicos, que pueden ser reemplazados por síntomas nuevos en cada visita.

El aspecto y comportamiento de estos individuos suelen ser inapropiadamente provocativos y seductores, y dirigidos, no sólo a las personas por las que el sujeto tiene un interés sexual o romántico, sino a la mayoría de las personas con las que se relacionan, y va más allá de lo que es adecuado en cada contexto social.

Estos sujetos utilizan habitualmente su aspecto físico para llamar la atención. Por esta razón emplean una cantidad excesiva de energía, tiempo y dinero en vestirse y engalanarse. Parece que busquen «piropos» por su aspecto físico y se sienten heridos fácilmente ante un comentario crítico sobre su apariencia o ante una fotografía en la que no se ven favorecidos. Esto hace que su estado de ánimo dependa de cómo se sientan con su apariencia física y del aprecio y admiración que perciben en sus espectadores.

Tienen una forma de hablar excesivamente subjetiva y carente de matices. Expresan opiniones contundentes con un natural talento dramático, pero los argumentos en los que se apoyan suelen ser vagos, difusos y no se correlacionan con los hechos reales.

Su expresión emocional suele ser superficial y rápidamente cambiante, con tendencia a realizar demostraciones emotivas exageradas en público, que suelen poner en un compromiso a familiares y amigos: abrazar con demasiada efusión a gente que conocen poco; romper a llorar desconsoladamente por cuestiones sentimentales menores; o tener berrinches de mal genio por cosas insignificantes. Sus emociones se encienden y apagan con tanta rapidez que son consideradas por los demás como personas superficiales y volubles.

Son sujetos altamente sugestionables e influenciables. Sus opiniones y sentimientos son fácilmente inducidos y modificados por los demás y por las modas del momento. Pueden llegar a ser incluso demasiado confiados, especialmente respecto a las figuras de autoridad, de quienes tienden a pensar que les van a resolver mágicamente sus problemas. Son propensos a tener presentimientos y a adoptar convicciones con rapidez basándose únicamente en las primeras impresiones o apariencias.

Acostumbran a considerar las relaciones interpersonales más íntimas de lo que lo son en realidad. Describen como amigo a un recién conocido o tutean a los médicos después de haberles visto sólo una o dos veces en circunstancias profesionales.

Su necesidad de ser admirados y protagonistas les lleva con frecuencia a evadirse de la realidad con fantasías románticas en las que son los protagonistas principales. Su exceso de fantasía y emotividad, y el estar centrados en sí mismos,

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

hace que tengan una percepción de la realidad muy subjetiva, imprecisa y vaga, que carezcan de empatía con las personas de su entorno, se muestren dispersos, con falta de concentración, y que no retengan acontecimientos o hechos importantes. Los criterios diagnósticos de la personalidad histriónica de la CIE-10 se exponen en la tabla 2.

Estos sujetos suelen tener dificultad para alcanzar intimidad emocional en las relaciones afectivas. Sin ser plenamente conscientes de ello, por la costumbre, adoptan con frecuencia un papel de «víctima» o de «princesa» en su trato con los demás, según les convenga para su finalidad de llamar la atención y ser queridos. Por una parte, tratan de ejercer control sobre su pareja mediante la manipulación emocional o la seducción, mientras que por otra muestran una gran necesidad de sentir seguridad dependiendo de ella. Tienen problemas de relación con los amigos de su mismo sexo debido a que su estilo interpersonal sexualmente provocativo puede ser visto como una amenaza para sus propias relaciones de pareja.

Aunque la histeria se ha considerado un trastorno propio de las mujeres, los datos estadísticos hablan de un caso en varón por cada 3-4 casos de mujeres. Los pacientes varones también buscan ser el centro de atención y utilizan para ello el cuidado del aspecto físico, realizar llamativas conductas altruistas y presumir o aparentar tener lo que carecen, y tienen escasa capacidad de adaptación a situaciones que exijan madurez afectiva. Por la connotación de que lo histérico es propio de la mujer, a los varones histriónicos se les ha diagnosticado en ocasiones de personalidad pasivo-dependiente, basándose en sus rasgos de hipersensibilidad y dependencia emocional, actitud temerosa y debilidad generalizada de la voluntad. Los trastornos histéricos se manifiestan en los hombres en forma de malestar físico, lipotimias y dolores, más que como parálisis o crisis de agitación.

La personalidad histriónica se asocia en un 10% a trastornos de conversión/disociación y en un 12,8% a trastornos de somatización. No siempre que se presentan trastornos de conversión/disociación existe una personalidad histriónica de base, y no todos los pacientes con personalidad histriónica padecen síntomas conversivos, disociativos o de somatización. Esto indica que algunas conductas histéricas parecen deberse más a una reacción a acontecimientos emocionales intensos, que ser consecuencia de un trastorno de personalidad subyacente. El trastorno histriónico de la personalidad se ha asociado también al trastorno depresivo mayor y a otros trastornos de personalidad como los trastornos límite, narcisista, antisocial y dependiente de la personalidad.

La experiencia clínica sugiere que estos individuos tienen un riesgo elevado de realizar intentos y amenazas suicidas, con el fin de llamar la atención e influir emocionalmente en quienes se ocupan de ellos. Por esta razón, el riesgo de suicidio es algo mayor que en la población general.

Tabla 2

Criterios diagnósticos para trastorno histriónico de la personalidad

1. Emotividad generalizada, excesiva e inadecuada.
2. Comportamiento de búsqueda y demanda de atención.
3. Se sienten incómodos y despreciados cuando no son el centro de atención.
4. Actitud inapropiadamente provocadora y seductora en sus relaciones sociales.
5. Uso permanente del aspecto físico para llamar la atención.
6. Lenguaje excesivamente subjetivo y carente de matices.
7. Alta sugestionabilidad.
8. Consideran las relaciones interpersonales más íntimas de lo que lo son en realidad.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

c) *Consecuencias en los ámbitos personal, social y laboral*

Estas personas, al ser fácilmente sugestionables e influenciables, aceptan rápidamente lo que les proponen los demás, siempre y cuando sean el centro de atención y ocupen un papel principal en el entorno que les rodea. En el momento en que pierden el protagonismo o no son el punto de mira de los demás, disminuye la intensidad de los lazos de dependencia que mantenían y abandonan sus compromisos. Por lo cual, difícilmente perseveran en responsabilidades y obligaciones en las que no tiene un papel preferente.

Por su discurso egocéntrico, trivial y superficial tienen dificultad para una comunicación sincera, natural, espontánea y enriquecedora con los demás, por lo que es muy difícil que establezcan relaciones interpersonales maduras y perdurables.

Se trata de personas poco autocríticas, impulsivas y volubles ante los cambios y circunstancias que les rodean, debido a ser más afectivas que racionales y volitivas. Su extroversión e impulsividad les lleva con frecuencia a realizar conductas inapropiadas y a invadir el espacio personal y la intimidad de los demás, lo que provoca rechazo y desconfianza. Este rechazo les impulsa a incrementar sus conductas seductoras y manipuladoras creando un círculo vicioso y negativo en su interacción social.

En sus relaciones interpersonales tienden a cansar a su parejas y a sus amigos con sus constantes demandas de atención y de afecto. Por su excesiva sensibilidad son afectivamente ambivalentes: al mismo tiempo que reclaman atención y afecto, los rechazan por miedo al abandono y a la frustración que sienten al ser rechazados. Suelen descuidar las relaciones basadas en compromisos a largo plazo (noviazgo y matrimonio) para dedicarse a la fogosidad y al entusiasmo de nuevas relaciones sin compromiso. Por esta manera de ser, suelen caer en una espiral de dependencia y control de las personas que les rodean, que constituye un modo de vida conflictivo, inestable y falto de la autonomía propia de una personalidad madura. Esto tiene especial repercusión negativa en su capacidad de compromiso para el matrimonio y los contratos laborales.

En el ámbito laboral estos pacientes toleran mal la rutina y necesitan con frecuencia novedades que les estimulen y les produzcan emociones intensas. Suelen sentirse frustrados en las situaciones en las que se retrasa la gratificación de sus buenas acciones, por lo que sus actos suelen estar dirigidos a obtener un beneficio inmediato. Es frecuente que empiecen un trabajo e inicien proyectos con mucho entusiasmo pero su interés se desvanezca rápidamente.

Finalmente, es importante distinguir entre una personalidad con estas características de inmadurez pero aún no establecida o consolidada, y un trastorno de personalidad ya formado, rígido y difícil de modificar. El primero se da en adolescentes y adultos jóvenes que, debido a la edad y a las escasas responsabilidades asumidas, no han llegado a la madurez pero que con el tiempo adquirirán estrategias y habilidades maduras para hacer frente a las dificultades y resolver sus conflictos y vivir una vida feliz. El segundo caso se da en personas adultas que están «atrapadas» en este tipo de conductas inmaduras, que les lleva a sufrir trastornos mentales. Admás, la intensidad de las características de la personalidad histriónica varía de unos sujetos a otros, siendo más difícil de percibir a corto plazo las de menor intensidad.

d) *Prevención*

La mejor manera de prevenir el desarrollo de una personalidad histriónica, y de los trastornos psiquiátricos asociados, es proporcionar a los niños, durante su desarrollo psicológico, un ambiente familiar, escolar y social que apoye los valores y rasgos normales de una persona sana y equilibrada. Para conseguirlo, es importante que los educadores armonicen el cariño con la exigencia, la comprensión con la corrección, y reconozcan y premien las acciones buenas de los interesados por hecho de que son buenas en sí mismas, no con el objeto de ganarse su aprecio o manipularlos emocionalmente.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

En resumen, es preventivo un ambiente familiar y escolar flexible, cálido, que no sea excesivamente protector o permisivo, en el que existan normas claras y se estimule su cumplimiento mediante premios o castigos, aceptando lo bueno y rechazando lo malo. Dicho ambiente debe dirigirse a enseñar a vivir y elegir libremente y con responsabilidad, y a asumir y cumplir los deberes y obligaciones consigo mismos y con los demás.

Es importante estar atentos a los niños y jóvenes para detectar con prontitud conductas que reflejen características de esta personalidad para que, con la colaboración de los educadores, se puedan corregir en la etapa de formación, momento en el que son más fáciles de modificar.

e) *Manejo y tratamiento*

El método principal de ayuda de los sujetos con una personalidad histriónica, o con otros trastornos de personalidad, es la psicoterapia: individual, cognitivo-conductual, gestáltica y sistémica.

La psicoterapia proporciona una ayuda al paciente para conocerse y conocer las consecuencias de su enfermedad. Permite presentarle un modelo de persona equilibrada, libre y segura que le resulte atractivo y le estimule a lograr esa manera de ser. Se le anima a encontrar satisfacción en las situaciones en las que no es protagonista y se le facilita la adquisición de habilidades para expresar sus emociones de manera espontánea y sin recurrir a la dramatización. Se le ayuda a adquirir una adecuada independencia emocional y una mayor tolerancia a la frustración cuando las circunstancias no son como él quiere o cuando se vea desplazado del centro de atención. Y se le intenta enseñar a construir relaciones estables, profundas, desinteresadas, y a distinguir y respetar los límites propios y de los demás en toda relación interpersonal.

En cuanto al mundo interior dominado por la fantasía, se le anima a aprender estrategias de control de la imaginación y de la atención con el objetivo de lograr que el «yo» pase a un segundo plano, y pueda profundizar y descubrir aspectos que son más gratificantes y reales que sus fantasías.

3. Trastornos de conversión y disociativos

a) *Trastornos de conversión*

Características clínicas

Este trastorno se caracteriza por uno o más síntomas relativos al funcionamiento motor o sensorial, que hacen sospechar una patología orgánica (ceguera, parálisis, afonía, diplopia, anestesia). Generalmente se inicia de manera súbita y se acompaña de una falta de resonancia afectiva en el paciente, que consiste en una falta de preocupación por la seriedad y las repercusiones de su enfermedad, que fue denominada por los autores franceses con el término «bélle indifference»[1].

La exploración física de estos pacientes es normal o, si presenta alguna alteración, ésta no explica la disfunción que sufren. Los síntomas no son producidos de manera intencionada (a diferencia de la simulación), ni se explican por la presencia de una enfermedad médica, ni por los efectos directos de una sustancia consumida, y no son comportamientos culturalmente aceptados como normales. Los síntomas pueden ser modificados por sugestión y existen factores psicológicos relacionados con el inicio de los mismos, generalmente intensas emociones negativas. El trastorno provoca en el paciente un deterioro socio-laboral importante.

Aunque en los últimos años ha disminuido su frecuencia, en la actualidadse su ocurrencia se sitúan en torno a 44-50/100.000 habitantes, con una incidencia del 0,01% al 0,02%. La prevalencia en pacientes que acuden a consultas en unidades de hospitalización es de 4% a 15%,

1. Actualmente se sigue utilizando este término de «Belle indefference» para describir la actitud propia de los pacientes que presentan Trastornos conversivos.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

y de 8% a 24% en pacientes neurológicos. Es más frecuente en mujeres (razón de 2-5/1), que suelen tener una personalidad con rasgos histrionicos. La edad de inicio es al comienzo de la edad adulta, pero puede presentarse incluso en la vejez. Aparece en relación con factores estresantes, que actúan como precipitantes, y en personas con gran sensibilidad a los estímulos ambientales. Se observa con más frecuencia en niveles socioeconómicos bajos y en personas con bajo nivel educativo, que suelen reflejar una capacidad intelectual normal-baja. La relación estímulo-emoción-síntomas físicos no es consciente para el paciente, a diferencia de lo que ocurre en el trastorno facticio (fingido).

Las manifestaciones clínicas más frecuentes, según Cummings, son: parálisis, afonía, ceguera, anestesia y amnesia; y son menos frecuentes las crisis convulsivas, la ataxia y la sordera.

Los trastornos de conversión tiene una alta comorbilidad con la depresión (38-85%), los trastornos de ansiedad (10-16%), el trastorno de estrés postraumático (33%) y con los trastornos de personalidad (histriónico, antisocial y pasivo-agresivo). Por otra parte, es frecuente que enfermos neurológicos presenten trastornos de conducta similares a los que se dan en pacientes con trastorno conversivo, lo que dificulta el diagnostico diferencial y ha producido algunos errores de diagnóstico por médicos experimentados.

La evolución de este trastorno es favorable pues sólo un 25% de los pacientes diagnosticados de trastorno conversivo presentaban estos síntomas 15 años después de ser diagnosticados, pero es frecuente que persistan los rasgos histriónicos de su personalidad que les siguen haciendo vulnerables a padecer trastornos mentales.

Tratamiento y orientaciones

El manejo y tratamiento de estos pacientes es complicado. Se trata de pacientes que suelen producir un rechazo en el personal sanitario y en las personas de su entorno porque dan la impresión de estar fingiendo y de utilizar sus síntomas para manipular emocionalmente a los demás.

Aunque inicialmente se utilicen fármacos para aliviar los síntomas que refiere el paciente, es imprescindible un abordaje psicoterápico que incida en las causas que le han llevado a presentar tal sintomatología. Estos pacientes presentan escasa respuesta a los tratamientos habituales (fármacos, psicoterapia, técnicas de relajación) aunque mejoren sus síntomas y disminuyan aparentemente la gravedad del cuadro, siendo la desaparición de las circunstancias ambientales desencadenantes la que hace mejorar el trastorno a corto plazo.

El tratamiento mediante psicoterapia se basa en una relación médico-paciente de gran confianza que evite la confrontación y mantenga una alianza terapéutica a largo plazo. Inicialmente las consultas deben ser breves, frecuentes y fijadas por el médico. El psicoterapeuta deberá centrar la atención en los factores estresantes y no sólo en los síntomas, sin dejar de ignorarlos o negar la realidad de su existencia. Es conveniente minimizar el uso de fármacos y las exploraciones médicas, para evitar el abuso, la dependencia y los efectos secundarios, y asentar el estatus de enfermo.

El pronóstico de los síntomas agudos es bueno (se resuelven totalmente en un 80-90% de los casos) si se realiza un abordaje temprano y adecuado mediante tratamiento farmacológico y psicoterapéutico. Por otro lado, el tiempo de duración de los síntomas se considera un factor pronóstico de la enfermedad. A mayor tiempo de duración peor evolución, ya que los síntomas que se prolongan en el tiempo implican problemas emocionales de base más complejos y más difíciles de resolver. A la hora del abordaje de estas patologías es importante evitar dos extremos: apoyar en estos pacientes la convicción de la existencia de una enfermedad física y lo contrario, etiquetarlos como enfermos imaginarios o simuladores.

b) *Trastornos disociativos*

Características clínicas

La característica común a los diferentes trastornos disociativos es la alteración de las funcio-

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

nes integradoras del yo: memoria y conciencia. Estos trastornos suelen comenzar en la infancia y adolescencia, y guardan relación con acontecimientos traumáticos del pasado: abusos sexuales y físicos, y carencia afectiva.

En ellos se da una ruptura del equilibrio o armonía entre el funcionamiento cognitivo y el emocional, producida por una intensa reacción emocional a estímulos ambientales. La conciencia se encuentra bloqueada o reducida, y el paciente se comporta como un autómata. En este estado puede presentar una disminución de la respuesta emocional a los estímulo ambientales, síntomas de desrealización (sensación de vivir una realidad distinta porque su entorno ha cambiado), ensimismamiento y vivencias de despersonalización (sensación de ser otra persona distinta y haber cambiado). La disociación es un mecanismo de supervivencia psicológico por el que la persona se aísla de las circunstancias donde se ha producido la experiencia traumática (a modo de escape temporal de la vivencia dolorosa).

La prevalencia a lo largo de toda la vida es de un 0,2%, pudiendo aumentar en épocas de guerras o desastres naturales, y es más frecuente en mujeres. Se asocia con frecuencia a otros trastornos psiquiátricos como los trastornos afectivos, trastornos de ansiedad, psicosis y trastornos de personalidad. Y tiene características comunes con el trastorno por estrés postraumático, cuyo origen también se relaciona con acontecimientos vitales estresantes.

Las características psicopatológicas comunes a los fenómenos disociativos son: nivel bajo y fluctuante de atención, desorientación, perplejidad, alteraciones perceptivas visuales y auditivas, conductas pasivas y automáticas, explosiones emocionales (sobre todo de ira y llanto), y amnesia de los episodios. Estas características no se deben a un estado confusional ni a otras patologías cerebrales, y el funcionamiento sensorial no está alterado.

A continuación se explican los trastornos disociativos más frecuentes:

– **Amnesia disociativa**: es el trastorno más frecuente. El paciente es incapaz de recordar información personal del pasado debido al importante impacto emocional negativo que le produjo, y que le volvería a producir si lo recuerda.

– **Fuga psicógena**: consiste en viajes repentinos lejos del hogar o del trabajo. El suceso es brusco, se acompaña de una pérdida de identidad del yo y de la memoria autobiográfica, suele tener una duración de horas o días, y el sujeto presenta amnesia posterior al episodio. Durante la fuga, el paciente es incapaz de recordar el pasado, se encuentra confuso sobre su propia identidad y en ocasiones asume una nueva identidad.

– **Trastornos de la identidad del yo**: es un trastorno muy raro en el que se pierde la conciencia del yo y el sujeto no sabe quién es. El paciente sufre un bloqueo o anulación de la conciencia del yo y, en algunos casos, puede asumir una nueva identidad que satisface las carencias afectivas o evita los sufrimientos de su anterior «yo».

– **Personalidad múltiple**: es un fenómeno raro en el que se dan en el mismo sujeto dos o más identidades, de forma que cada una de ellas presenta pautas de pensamiento, afecto y comportamiento, estables y diferentes.

– **Síndrome de Ganser**: este síndrome, también llamado pseudo-demencia histérica, se caracteriza por un comportamiento y discurso absurdos. Responde a las preguntas de un modo incorrecto pero que sugiere que ha entendido la pregunta y, con menor frecuencia, presenta alucinaciones visuales y/o auditivas y alteraciones de conductas similares a las que aparecen en las demencias. La finalidad suele ser evadir las penas o castigos por comportamientos negativos al ser considerados dementes.

Tratamiento y orientaciones

En su fase aguda los trastornos disociativos y conversivos suelen responder favorablemente a la sugestión. El alejamiento del medio, generalmente conflictivo, y la ausencia de «público»pueden contribuir a disminuir la aparatosidad de los síntomas. Pasado el periodo crítico, cuando existe un trastorno de personalidad sub-

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

yacente, está indicado el tratamiento con psicoterapia para modificar la manera de ser y evitar nuevos episodios de este tipo.

c) *Enfermedades auto-infligidas y simulación*

Características clínicas

Son un grupo de enfermedades provocadas por el propio paciente de modo intencionado por diferentes motivos. Causan una importante morbilidad y mortalidad, gran demanda asistencial y tensión emocional en los pacientes, en las personas que los atienden y en los familiares. Se incluye en este apartado el trastorno facticio, el trastorno facticio por poderes y la simulación. La presencia de un beneficio externo claro diferente al del mantenimiento del rol de enfermo es la clave para diferenciar el trastorno facticio de la simulación.

1. *Trastorno facticio*

El paciente se causa un daño físico intencionadamente, o finge síntomas físicos o psicológicos, con el propósito de ser considerado y tratado como un enfermo, debido a una patológica necesidad de afecto y atención. Con el tiempo realiza una escalada de daño personal, que va siendo cada vez más grave. Los síntomas más frecuentes son los dermatológicos (dermatitis artefacta) y la fiebre de origen desconocido.

Se diferencia de la simulación en que esta última busca una recompensa externa de tipo material o social, y no sólo afectiva e interna.

El trastorno facticio por poderes es la producción de signos o síntomas en otra persona que se encuentra bajo el cuidado del perpetrador.

2. *Simulación*

Estos individuos simulan síntomas físicos y/o psicológicos con la intención consciente de obtener incentivos externos. Los síntomas son vagos, poco definidos, desproporcionados y expresados dramáticamente. Cuando presentan lesiones visibles, al realizar un estudio minucioso surge la sospecha de que son autoinfligidas. El paciente suele mostrarse poco colaborador y reticente a los pronósticos favorables. La existencia de ventajas personales –evitar situaciones dolorosas y desagradables, o responsabilidades–, es la motivación de esta patología y lo que la diferencia del trastorno facticio.

Tratamiento y orientaciones

El examen físico y las pruebas complementarias en estos pacientes son normales. Se debe tratar al paciente como si la enfermedad fuera real pero evitando los tratamientos farmacológicos. Durante la entrevista se debe intentar identificar los beneficios secundarios, alentarle a que hable al respecto y ayudarle a poner en práctica otras estrategias más normales para controlar el malestar que se quiere evitar. Es posible que entonces el paciente se muestre dispuesto a dejar de producir los síntomas.

4. Conclusiones

La personalidad histriónica y los trastornos disociativos y de conversión son más frecuentes en las mujeres, en una proporción de 2-5/1. No se sabe la causa pero se sospecha que tiene relación con la mayor sensibilidad emocional de las mujeres y a que ellas están más expuestas a sufrir experiencias traumáticas durante la infancia (abuso sexual y maltrato físico o psicológico).

Existen diferencias en la expresión de estos trastornos entre el hombre y la mujer. La patología histérica se manifiesta en los hombres como malestar físico, lipotimias y dolores, más que como parálisis, disfunciones sensoriales o crisis de agitación.

Estos trastornos se asocian con frecuencia (más del 50% de los casos) con trastornos depresivos y de ansiedad, y con trastornos de la personalidad.

En la etiología de estos trastornos se sospecha una interacción entre factores biológicos y

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

ambientales. El factor biológico es una mayor reactividad emocional a los estímulos ambientales, por hipersensibilidad emocional o por un fallo de los mecanismos inhibidores cerebrales, o por ambas cosas. El factor ambiental son las experiencias emocionales traumáticas durante la infancia (abuso sexual o físico o carencia afectiva). Ambos factores interactúan durante el desarrollo psicológico de estos individuos y dan lugar a una fragilidad o vulnerabilidad psíquica en su manera de ser.

Aunque los fármacos ayudan inicialmente a controlar los síntomas, la mayoría de los autores proponen la psicoterapia como el tratamiento indicado para los trastornos conversivos, disociativos, trastornos facticios y la simulación, y para la personalidad histriónica.

Bibliografía

American Psychiatry Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, En. 5.ª ed., Washington 2013.

DSM-IV. manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. ed. Masson. S.A. Barcelona 1995.

Organización Mundial de la Salud. The ICD-Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines, En. 1992.

Othmer, E., Othmer, SC., «Conversión y disociación», «Comportamiento facticio» en DSM-IV. La entrevista clínica. Tomo II. El paciente difícil. Ed. Masson. Barcelona 1996, pp. 7-72.

Ronald, L., Martín, M.D., «Trastornos somatomorfos» en: Hales R.E, Yudofsky S.C. Talbott J.A Tratado de psiquiatría. 3.ª ed. Masson; Barcelona 2000, pp. 663-690.

Benjamin, J., Sadock, M.D., «disturbances in interpersonal relationships», «Psychosis, Psichopathy, and neurosis» en: Kaplan & Sadock´s. Comprehensive Textbook of Psychiatry. En. 7th.ed.on CD-ROM. by LIPPINCOTT Williams & Wilkins; 2000.

Leal Cercós, C., Leal Cercós, M.I., «Histeria». en: Miquel Roca Bennasar. Trastornos neuróticos. Ed. Ars médica; Barcelona 2002, pp. 363-375.

Vallejo Ruiloba, J., «Histeria» en: Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. 6ªed. Ed. Masson; Barcelona 2006, pp. 403-417.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

28

Trastornos somatomorfos

Rafael Téllez Moreno

Introducción

Los trastornos somatomorfos (o somatoformes) se caracterizan por la presencia de síntomas referidos a alguna parte del cuerpo, causando importante malestar o deterioro, pero que no pueden explicarse por enfermedades específicas de esos órganos, efectos de alguna sustancia o manifestaciones de otro trastorno psíquico.

A diferencia de la simulación y de los trastornos facticios, los síntomas no son intencionados y, por tanto, no están bajo el control voluntario.

El concepto de trastorno somatomorfo ha evolucionado considerablemente a lo largo del tiempo siguiendo tanto la estela marcada por los condicionantes culturales, como la relacionada con los avances en su conocimiento. El término somatoforme deriva de la noción clásica de neurosis histérica que, después de ocupar un lugar de honor dentro de la psicopatología, ha acabado por ser prácticamente desterrada de la psiquiatría actual.

En la actualidad, se considera el trastorno somatomorfo como un grupo heterogéneo que reúne varias entidades clínicas que comparten la característica señalada de síntomas físicos o preocupaciones corporales sin explicación directa.

De acuerdo con la clasificación que recoge el DSM-5, el grupo de Trastornos Somatomorfos está constituido por los siguientes trastornos:

–Trastornos de somatización.
–Trastorno somatoforme indiferenciado.
–Trastorno de conversión.
–Trastorno por dolor.
–Hipocondría.
–Trastorno dismórfico corporal.
–Trastorno somatoforme no especificado.

1. Manifestaciones clínicas

Todas estas afecciones tienen en común dos características persistentes: 1) manifestaciones somáticas indicativas de enfermedades físicas importantes sin alteración demostrable en ningún órgano y 2) factores y conflictos psicológicos que parecen determinar el inicio, exacerbación y mantenimiento de la alteración. Dicho de otra forma: existen síntomas de enfermedad que no son demostrables y, además, se pueden identificar conflictos internos en el campo de la psicología del individuo.

Debido a sus intensas percepciones corporales y las limitaciones físicas que experimentan como consecuencia de esos síntomas, los pacientes generan ideas de enfermedad y desarrollan el convencimiento de padecer algún problema médico grave. Todo ello contrasta con la negatividad de las pruebas y la ausencia de alteraciones objetivables. Sin embargo, en con-

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

tra de toda evidencia de normalidad, los pacientes siguen mostrando quejas o preocupaciones y mantienen la persuasión de que sus síntomas señalan alguna alteración física no detectada y que no está recibiendo tratamiento.

Pasaremos a describir, someramente, las características clínicas de cada uno de ellos.

a) *Trastorno de somatización*

Este trastorno corresponde a la antigua histeria o síndrome de Briquet. En el trastorno de somatización aparecen múltiples manifestaciones somáticas (gastrointestinales, neurológicos, sexuales, dolor) que generan gran malestar en el paciente, con importante deterioro o condicionamiento, y que requieren atención médica, pero que no se asocian con ningún problema físico. Para poder establecer el diagnóstico, se requiere la presencia de antecedentes de múltiples síntomas físicos de varios años de duración, que se iniciaron antes de los 30 años de vida, y que requirieron tratamiento médico o alteraron de forma importante el estilo de vida del individuo. Obviamente, estos síntomas no son debidos a ninguna otra enfermedad específica.

b) *Trastorno somatoforme indiferenciado*

Este cuadro se caracteriza por una o más manifestaciones físicas sin explicación que duran por lo menos 6 meses. Esos síntomas deterioran algunos aspectos de la vida del paciente y tienen una asociación transitoria con un estresante. Se supone que los factores psicológicos se asocian con el trastorno porque se halló, a lo largo de la evolución del paciente, una relación contemporánea entre el inicio o la exacerbación o empeoramiento de síntomas, y los estresantes y conflictos o necesidades psíquicas. Estas manifestaciones no pueden atribuirse a mecanismos fisiopatológicos conocidos o, si se relacionan con ellos, las alteraciones físicas o el deterioro social y ocupacional que presentan son desproporcinados.

En definitiva, es un cuadro similar al Trastorno de Somatización, pero más restringido en el tiempo, más leve, menos incapacitante y relacionable con una situación específica de estrés.

c) *Trastorno de conversión*

Este es el trastorno más frecuente de todos los trastornos somatomorfos y del que se habla extensamente en el capítulo 26, quedando definido por la presencia de síntomas o déficit en las funciones motoras o sensitivosensoriales que sugieren una enfermedad neurológica (por ejemplo: accidentes cerebro-vasculares, problemas de habla, audición, visión, sensibilidad, etc.) pero sin evidencia de ella y con una alteración que contrasta con lo determinado por la anatomofisiología. Se desarrolla en un contexto de estrés y produce disfunción considerable. Estos fenómenos parecen ser la consecuencia de alguna turbulencia mental que se traduce en manifestaciones corporales. También son frecuentes los síntomas motores (parálisis, temblores), o los problemas de conciencia (pérdida de conciencia, hiperactivación, etc.).

La mayoría de las reacciones de conversión son transitorias (horas o días), aunque algunas pueden persistir produciendo complicaciones permanentes, como contracturas por desuso de un miembro «paralizado» que persisten mucho después de la resolución del conflicto psíquico.

Es importante saber que estos trastornos no son volitivos, esto es, no se someten al control voluntario del individuo y son manifestaciones de una serie de mecanismos inconscientes que sirven como «defensa» de algún tipo de conflicto.

Para su diagnóstico preciso es indispensable la eliminación de otros diagnósticos médicos. Por ello, en ocasiones, se exige la colaboración de diversos especialistas (neurólogos, otorrinolaringólogos, etc.). Se dice, entonces, que el diagnóstico es por exclusión, siendo ésta una condición necesaria, aunque no suficiente.

d) *Trastorno por dolor*

La característica esencial de este trastorno es el dolor, que constituye el síntoma principal

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

del cuadro clínico y que es de gravedad suficiente para merecer atención médica. Los factores psicológicos están íntimamente relacionados con el inicio y el empeoramiento del mismo y, por supuesto, a diferencia de la simulación o el trastorno facticio, no es simulado ni producido intencionalmente.

Algunos ejemplos de las alteraciones producidas por el dolor, son la incapacidad para trabajar o asistir a la escuela, utilización asidua de los sistemas sanitarios, consumo continuado de fármacos, problemas relacionales (conflictos matrimoniales, alteración de la vida familiar) y transformación del dolor en el asunto central de la vida del individuo.

e) *Hipocondría*

La Hipocondría se caracteriza por una gran preocupación y un elevado miedo a desarrollar una enfermedad grave o a haberla adquirido. El temor se debe a la interpretación de que los signos o las sensaciones físicas evidencian enfermedad. Pese a que el examen físico no revela datos positivos y a las palabras tranquilizadoras del médico, el miedo persiste, pero sin la certeza que tendría si fuese un trastorno delirante; es decir, en la hipocondría el individuo puede aceptar la posibilidad de que esté exagerando la magnitud de la enfermedad o de que ésta no exista. Sin embargo, en el trastorno delirante no existe esa posibilidad: el individuo no es capaz de ser autocrítico con su idea delirante. La preocupación por los síntomas somáticos provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del sujeto y persiste durante, al menos, 6 meses.

En la hipocondría, las preocupaciones del enfermo hacen referencia a funciones corporales (por ejemplo: latido cardíaco, sudor o movimientos peristálticos), a anormalidades físicas menores (pequeñas heridas, tos ocasional, etc.) o a sensaciones físicas vagas y ambiguas (como «corazón cansado», «venas dolorosas»…). El individuo atribuye estos síntomas o signos a la enfermedad temida y se encuentra muy preocupado por su significado, su autenticidad y su causalidad. Las preocupaciones pueden centrarse en un órgano específico o en una enfermedad en particular (por ejemplo: miedo a padecer una enfermedad cardiaca). Las exploraciones físicas, repetidas, las pruebas diagnósticas y las explicaciones del médico no consiguen aliviar la preocupación del paciente. Un individuo, verbigracia, con miedo a padecer una enfermedad cardiaca no se tranquiliza aunque sepa que las exploraciones físicas, los electrocardiogramas e incluso las angiografías son totalmente normales. Las personas que sufren este trastorno pueden alarmarse con la lectura o los comentarios sobre enfermedades, con las noticias de que alguien se ha puesto enfermo o incluso por la observación de lo que ocurre en su propio cuerpo. La preocupación sobre la enfermedad se convierte a menudo en la característica central de la autopercepción del individuo, en un tema reiterado de conversación y en una respuesta a las situaciones de estrés.

Una de las dificultades más importantes a la hora de establecer el diagnóstico consiste en establecer bien las diferencias entre el Trastorno de Somatización y la Hipocondría. En la tabla 1 se recogen algunas orientaciones en este sentido.

f) *Trastorno dismórfico corporal*

La característica esencial de este trastorno (conocido antiguamente como «dismorfofobia») es la preocupación por algún defecto en el aspecto físico. El defecto es imaginario o, si existe, la preocupación del individuo es claramente excesiva. La preocupación causa malestar significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo y no se explica por la presencia de otro trastorno mental (como en el caso de la anorexia nerviosa que se asocia a insatisfacción por el tamaño y la silueta corporal).

Los síntomas más usuales se refieren a defectos imaginarios o de poca importancia en la cara o la cabeza, como son: delgadez del cabello, acné, arrugas, cicatrices, manchas vasculares, palidez o enrojecimiento del cutis, hinchazones,

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

Tabla 1

Diferencias entre el Trastorno de Somatización y la Hipocondría

Características	***Trastornos de somatización***	***Hipocondría***
Focalización de las quejas	Síntomas	Implicación de los síntomas (p. ej. enfermedad oculta)
Estilo de queja	Vago, dramático	Preciso, inafectivo
Interacción con el médico	Atento, seductor, agradecido, confiado	Exigente, desagradecido, poco tranquilizador
Edad	20-30 años	30-40 años
Prevalencia de sexo	Mayor en mujer	Hombre = mujer, o mayor en hombres
Rasgos de personalidad	Histriónica	Obsesiva

asimetría o desproporción facial y vello excesivo en la cara. Estos individuos pueden preocuparse también por la forma, el tamaño y otros aspectos de su nariz, ojos, orejas, boca, etc. Sin embargo, cualquier otra parte del cuerpo puede ser igualmente motivo de preocupación (genitales, pecho, nalgas…).

Debido al malestar que les ocasionan las preocupaciones, los individuos con trastorno dismórfico corporal tienden a evitar describir con detalle sus «defectos» y se limitan a hablar siempre de su fealdad. La mayoría de los sujetos experimentan un malestar intenso en relación con su supuesto defecto y, a menudo, describen sus preocupaciones como «muy dolorosas», «torturantes», etc. Les resulta difícil controlar y dominar sus preocupaciones y hacen poco o nada por superarlas. Como resultado, suelen pasar horas pensando en su «defecto», hasta el punto de que estos pensamientos pueden llegar a dominar sus vidas por completo. En muchos casos cabe objetivar un deterioro significativo en muchas áreas de su actividad.

g) *Trastorno somatoforme no especificado*

En esta categoría se incluyen los trastornos con síntomas somatomorfos que no cumplen criterios para un trastorno somatomorfo específico. Los ejemplos incluyen: 1) Pseudociesis: creencia errónea de estar embarazada, con signos objetivos de embarazo como agrandamiento de la cavidad abdominal, flujo menstrual reducido, amenorrea, sensación subjetiva de movimientos fetales, náuseas, etc. Puede incluso aparecer algún cambio de tipo endocrino, pero el síndrome no puede explicarse por la presencia de una enfermedad causante de estas alteraciones endocrinas. 2) Un trastorno que implique síntomas hipocondríacos, pero de corta duración (menos de 6 meses). 3) Un trastorno con síntomas físicos no explicados (por ejemplo: cansancio o debilidad muscular) de menos de seis meses de evolución y que no sea debido a otro trastorno mental.

Como podemos ver, este trastorno constituye una especie de «cajón de sastre» en el que incluir cuadros que no encajen en los anteriores.

2. Causas

En general, la etiología de este grupo de trastornos es bastante desconocida. Por lo que se refiere a las explicaciones psicológicas, en las dos últimas décadas estamos presenciando una notoria proliferación de modelos que se asientan en paradigmas teóricos tan dispares como

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

el fisiológico, el psicodinámico, el psicosocial y el cognitivo. Si bien es cierto que la mayoría de ellos reconocen que los trastornos somatomorfos no obedecen a una causa única, sino a un proceso interactivo de variables de diversa índole, cada modelo ha subrayado la importancia de un elemento frente a los demás.

Los enfoques fisiológicos han planteado que estos trastornos pueden tener su origen en disfunciones biológicas. Desde la perspectiva psicodinámica han sido conceptualizados como una manifestación somática de fuerzas emocionales intrapsíquicas e inconscientes. Las formulaciones de corte psicosocial los han entendido en términos de ganancias asociadas al hecho de asumir el rol de enfermo o como un modo de comunicación interpersonal. Finalmente, las aproximaciones cognitivas los han considerado producto de alteraciones localizadas a nivel perceptivo y/o atencional. Estos modelos, y en especial los de orientación cognitiva, son los que están sirviendo de base para la formulación de propuestas de tratamiento, cuya eficacia está siendo objeto de atención especial y que parecen abrir un camino prometedor.

3. Evolución

El curso y la evolución dependerán del tipo de trastorno concreto que consideremos.

a) *Trastorno de somatización*

En el Trastorno de somatización, por definición, estamos ante una enfermedad recurrente crónica que tiene unas expectativas de curación muy bajas. Comienza a mediados o fines de la adolescencia, pero también en la tercera década de la vida. Los pacientes desarrollan nuevos síntomas en períodos de perturbación emocional. Es poco probable que estos pacientes pasen más de un año sin desarrollar un nuevo síntoma y buscar asistencia médica. Los períodos de perturbación psicosocial parecen coincidir con la aparición de nuevos síntomas o búsqueda de atención médica asociada con alguna alteración previa. Este hecho puede ser muy problemático para los pacientes porque el trastorno altera notablemente su vida social.

b) *Trastorno somatoforme indiferenciado*

También este cuadro, en general, tiene una evolución crónica y recurrente aunque se dispone de pocos datos de investigaciones sistemáticas. Es probable que algunos casos se resuelvan después de un solo episodio. Produce incapacidad sustancial, deterioro laboral y utilización excesiva de los servicios médicos. La disfunción no es tan extensa como en el trastorno de somatización.

c) *Trastorno de conversión*

En este trastorno es donde más complicaciones a largo plazo pueden existir, no por el cuadro en sí mismo, sino por las consecuencias que pueda acarrear. Recordemos que es imprescindible un correcto diagnóstico de cara a no enmascarar una enfermedad neurológica real. En cualquier caso, con un correcto diagnóstico y una terapia adecuada podemos alcanzar cotas muy elevadas de éxito y recaídas en cinco años relativamente pequeñas (25%), aunque estos datos son muy variables.

d) *Trastorno por dolor*

Una vez establecido el tratamiento correcto, la evolución puede ser favorable siempre y cuando el paciente sepa que el apoyo psicoterapéutico continuará aunque los síntomas de dolor mejoren. En pacientes con situaciones de estrés identificadas, sólo cederá cuando se resuelvan o las manejen más adecuadamente. Sin embargo los sujetos con propensión al dolor suelen padecerlo en respuesta a pérdidas o estrés, como una manera de afrontar la culpa no resuelta.

e) *Hipocondría*

La Hipocondría es una enfermedad crónica, recurrente, con síntomas fluctuantes. Los episo-

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

dios duran desde meses a años con períodos de latencia entre ellos; las recurrencias son frecuentes en épocas de problemas psicosociales. Los síntomas producen cierto grado de deterioro psicosocial. La preocupación continua del paciente afecta a las relaciones familiares y maritales. La capacidad laboral puede o no estar afectada.

Siempre se consideró que la hipocondría tenía mal pronóstico, pero esa reputación puede ser errónea. Algunos autores afirman que el 50% de los pacientes mejora y el resto sigue una evolución crónica y fluctuante. No se dispone de ensayos controlados para juzgar estas afirmaciones.

f) *Trastorno dismórfico corporal*

El comienzo de este trastorno suele ser gradual alrededor de la adolescencia. El descontento corporal puede preceder en muchos años a la decisión de someterse a una corrección quirúrgica. Sin embargo, la cirugía no es, evidentemente, la solución. Varias series de control prolongado de pacientes sometidos a cirugía indican que la incidencia de psicopatología más grave es frecuente.

g) *Trastorno somatoforme no especificado*

Existen pocos datos al respecto. Tengamos en cuenta que es un cajón de sastre donde se acumulan diferentes cuadros. Por definición, se resuelven en menos de 6 meses, pero lo que no se ha evaluado hasta ahora es la evolución del problema psicológico de fondo.

4. Tratamiento

a) *Tratamiento médico*

Los tratamientos médicos consisten en un conjunto de medidas físicas que regulan la parte fisiológica del organismo. En este grupo podemos incluir diferentes tipos: fármacos, fisioterapia, inducción eléctrica del sueño, estimulación farádica (mediante corrientes eléctricas), etc.

Algunos de los trastornos aquí recogidos se pueden ver beneficiados por alguno de estos tratamientos físicos, especialmente con los fármacos denominados psicofármacos: fármacos Antidepresivos (Fluoxetina, Paroxetina, Fluvoxamina, Citalopram, etc.), o fármacos Ansiolíticos (Benzodiacepinas) como, por ejemplo, en los Trastornos de Conversión, o en los Trastornos por Dolor. En el resto de los cuadros somatomorfos no parecen encontrarse evidencias de beneficio por parte de estos fármacos. Sin embargo, cuando se asocia alguna otra sintomatología (ansiedad o depresión), cosa bastante habitual, sí se indica el tratamiento psicofarmacológico.

b) *Tratamiento psicológico*

Hemos visto anteriormente cómo algunas de las teorías que intentaban explicar estos cuadros se referían a cuestiones psicológicas. Por esta razón, el abordaje psicoterapéutico puede reportar una gran utilidad. Existen varias corrientes psicoterapéuticas de las cuales tres de ellas pueden proporcionar beneficios en estos trastornos: psicoanálisis, conductismo y cognitivo-conductual. El psicoanálisis está basado en el método introspectivo y busca en el fondo del inconsciente el conflicto regresivo que genera el problema somático. El conductismo se basa en las conductas alteradas en el trastorno y plantea el intento de restablecer una amalgama de conductas más adaptativas para el individuo. El método cognitivo-conductual pretende reorganizar el campo cognitivo, reestructurando, también, el aspecto comportamental.

En estos trastornos se puede utilizar, con mayor o menor eficacia, algún tipo de psicoterapia. Sin embargo hay que considerar la enorme importancia que adquiere la relación médico-enfermo, adaptándolo al tipo específico de trastorno que se considere.

El denominador común de todo este grupo de trastornos es la ausencia de un protocolo terapéutico bien definido. De esta manera, el aspecto más básico es «no perjudicar». Puede ser perjudicial poner sobre aviso, tanto en exceso como de manera insuficiente, acerca de las posibilidades de una causa física subyacente para una manifestación de síntomas amplios y persistentes. A mu-

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

chos pacientes se les practican pruebas médicas y tratamientos innecesarios que suelen generar un importante conjunto de complicaciones. Por otra parte, los sujetos con alguno de estos trastornos, no están exentos de poder desarrollar enfermedades que requieren un diagnóstico y tratamiento. Una vez marcados con la etiqueta de «histéricos», se les suele compadecer muy poco, incluso si presentan síntomas característicos de enfermedades médicas graves. Quizás como consecuencia de todo lo anterior, es frecuente la aparición de cuadros de ansiedad, abuso de sustancias o reacciones depresivas que complican todo el cuadro, y exige su abordaje terapéutico.

Además, muchos de estos trastornos se acompañan, de una manera u otra, de marcados reclamos y demandas de atención (en forma de quejas diversas, búsqueda de ayudas, exigencia de apoyos y soluciones, etc.) que terminan colapsando a las personas que les rodean o generando en los demás rechazo o descalificación. En esta situación, es fácil que se desarrolle una dinámica negativa en la que, a mayor queja, menor atención, que induce un mayor sentimiento de desvalimiento y una mayor demanda de atención. Es esencial aquí lograr combinar el establecimiento de límites y la comprensión.

De manera más concreta y en relación a trastornos específicos, podríamos realizar algunos comentarios:

1) *Trastorno de Conversión*

En el Trastorno de Conversión, se observa una tendencia previa a la sugestionabilidad, que puede predisponer a dicho trastorno. Esta característica puede ser utilizada en beneficio de la terapia. Se puede utilizar la sugestión para tratar de eliminar los síntomas de la enfermedad. Con frecuencia, entonces, el mejor tratamiento de los síntomas agudos consiste en proporcionar una expectativa positiva y una estrategia destinada a salvar las apariencias (por ejemplo: rehabilitación física) para la recuperación del paciente. Los cuadros más crónicos requieren, algunas veces, un tratamiento basado en la rehabilitación física, así como psicoterapia y sugestión. Dado que muchos síntomas suelen presentarse en el contexto de estresantes psicosociales, otros tratamientos efectivos incluyen la manipulación del entorno, el apoyo, el consejo y la enseñanza de habilidades de afrontamiento.

Las psicoterapias basadas en la introspección, como por ejemplo el psicoanálisis, no suelen ser eficaces, incluso a pesar de que los conflictos psicológicos están implicados en la etiología de los síntomas, puesto que estos individuos no suelen considerarlas útiles y, además, pueden responder a las interpretaciones sintiéndose culpables por fingir sus síntomas. Sin embargo, en algunos casos, estas terapias permiten identificar el conflicto subyacente que justifica la presencia del problema.

2) *Trastorno por Dolor*

Cuando el componente fundamental se refiera a un Trastorno por Dolor, se utilizan programas de tratamiento que combinan la enseñanza de técnicas de afrontamiento del dolor y el uso de varios tipos de medicamentos (por ejemplo: analgésicos, agentes antiinflamatorios y antidepresivos). Las técnicas cognitivas y conductuales más eficaces incluyen la distracción, el control del estrés, la reestructuración cognitiva, programa de actividades diarias y el control del sueño. Se debe proponer al paciente que vaya anotando día a día las actividades que ha intentado llevar a cabo y el nivel de dolor asociado a cada una de ellas. El dolor es una experiencia muy real para el paciente y pocas veces será útil indicarle que puede haber factores «psicológicos» implicados. En lugar de poner en tela de juicio la experiencia del paciente, es útil conseguir su cooperación para desarrollar estrategias con el fin de controlar el dolor.

3) *Hipocondría*

Con respecto a la Hipocondría, debe resaltarse la falta de ensayos terapéuticos controlados. El enfoque más sencillo consiste en detectar y tratar otras alteraciones mentales coexistentes como trastornos de ansiedad y depresivos con

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

lo cual mejora la hipocondría. El médico de atención primaria es el encargado de controlar la afección porque los pacientes se resisten a la derivación psiquiátrica. Hasta ahora, las sugerencias descritas en el trastorno de somatización son válidas para la hipocondría. Una vez completados los exámenes médicos, el paciente puede aceptar la derivación psiquiátrica sólo si el médico la plantea en el contexto del estrés asociado con sus problemas médicos o algún otro eufemismo para designar sus síntomas psiquiátricos. También suelen aceptar la derivación para otra afección mental, lo cual puede mejorar la hipocondría. El tratamiento grupal parece ser beneficioso. Se han propuesto terapias grupales cognitivo-educativas que han tenido buenos resultados en los pacientes, tanto hipocondríacos como con trastorno de somatización.

4) *Trastorno Dismórfico Corporal*

Tampoco aquí existen suficientes estudios amplios y controlados sobre el tratamiento. Los datos de los que se dispone se han obtenido de manera retrospectiva o a partir de estudios abiertos. Es poco eficaz tratar de tranquilizar al sujeto diciéndole que su defecto es mínimo o que no existe. Algunos fármacos antidepresivos suelen ser eficaces, y, para que el tratamiento resulte adecuado, es necesario que tenga una duración relativamente larga y a dosis más elevadas que las utilizadas típicamente en la depresión. También son de utilidad las estrategias cognitivas y conductuales, como por ejemplo la terapia de exposición, prevención de respuestas, elaboración de la autoestima, modificación de pensamientos distorsionados, instrucción en estrategias de afrontamiento, etc., siempre combinadamente con farmacoterapia.

5. Repercusiones de los trastornos

a) *Consecuencias personales*

Es evidente que en estos trastornos, existe un elevado grado de sufrimiento y angustia. Los síntomas somáticos o corporales siempre son vivenciados con estupor y percepción de enfermedad real. Hay que tener en cuenta, además, que el entorno, incluyendo en ocasiones al médico de cabecera, intentará quitar importancia a los síntomas, por lo que el sufrimiento, la incomprensión, la desconfianza y la frustración podrán implantarse de manera crónica en estas personas.

Consejos «bondadosos» del estilo de «aparta el problema, no es real, sólo está en tu cabeza», no conseguirán resolver el problema y, sin embargo, hundirán la autoestima del paciente, cuestionando incluso su salud mental («¿me estaré volviendo loco?»).

b) *Consecuencias sociales*

En el entorno de los individuos se puede generar un proceso de estigmatización, a través del cual, el paciente queda etiquetado como «persona frágil, de poca salud, etc.» Con el tiempo puede sufrir un proceso de minusvaloración social.

Además, en muchas ocasiones se genera un mecanismo de victimización como forma de obtener ganancias secundarias en su círculo social. Esto puede llegar a ser interpretado como una forma de chantaje emocional con el consiguiente rechazo que puede llegar a generar en las personas de su entorno.

La autorreferencialidad y la focalización en sus dolencias constituyen también dos elementos que afectan severamente a su círculo social.

Todo ello puede conducir a una situación de aislamiento que genera angustia y puede activar los mecanismos de victimización cerrándose el círculo vicioso por el que se pueden reforzar los síntomas todavía más.

c) *Consecuencias laborales*

Una de las consecuencias negativas de estos trastornos se refiere al ámbito laboral. Estos individuos se pasan el día preocupados por sus síntomas, a veces intensos, perdiendo eficacia, laboriosidad y disponibilidad, recurriendo re-

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

petidamente a los servicios sanitarios buscando soluciones terapéuticas. Las bajas laborales se hacen frecuentes, y su integración laboral dificultosa.

Pensemos, también en las consecuencias sociales analizadas anteriormente, las cuales todavía perjudican más la situación laboral.

d) *Consecuencias espirituales*

En algunas personas que padecen estos trastornos, la vida espiritual puede quedar también condicionada. De hecho, estos trastornos modifican muchos ámbitos del funcionamiento personal por lo que podrían entrar en un estado de «desvirtuación de virtudes» y verse como una caricatura de lo que uno fue. Así, es fácil que desaparezca la alegría y que las motivaciones de la propia vida se difuminen, mostrando una actitud aparentemente egocéntrica y poco generosa, con marcada preocupación sobre sí mismo y olvido de los demás. En ocasiones, como consecuencia de la desconfianza hacia el grado de compresión de los demás, pueden llegar a ocultar su estado real.

La imagen que se proyecta al exterior, a través de un proceso recíproco, también se proyecta hacia adentro, con lo cual la percepción de uno mismo se ve también distorsionada. Eso hace que uno se vea especialmente desprovisto de virtudes y con un enfoque muy negativo con respecto a su vida espiritual. Gran parte de las ayudas provienen de fomentar la actitud de abandono tanto en las manos de los profesionales como de quienes le atienden personal y espiritualmente.

6. Orientaciones de manejo

Puesto que cada paciente requiere un tratamiento y unas pautas muy personalizadas, para el adecuado manejo de este tipo de trastornos, conviene tener en cuenta las siguientes orientaciones:

Es clave establecer desde el principio un marco terapéutico constante y bien definido en el que los mensajes sean claros, concretos y sin ambigüedades. Con todo, se debe evitar entrar frontalmente a contradecir la naturaleza de los síntomas.

Es especialmente importante que el manejo de estos pacientes se lleve a cabo por un único médico, preferentemente un médico generalista, familiarizado con todas las especialidades, independientemente de que, puntualmente, puedan visitar a médicos concretos.

Se debe establecer un calendario de visitas regulares cada 4-6 semanas. Las visitas deben ser breves, en las cuales se realizará, por lo menos, un examen físico parcial del sistema de órganos afectados en cada visita.

Es necesario considerar los síntomas como un intento de comunicación emocional y no como signos de una nueva enfermedad. Por lo tanto, el médico debe buscar signos de enfermedad y no centrarse en el síntoma.

Evitar los estudios diagnósticos, de laboratorio y procedimientos quirúrgicos que no sean imprescindibles. También habrá que preparar, por lo menos a determinados pacientes, para una derivación psiquiátrica.

Ante la variabilidad de síntomas que pueden verbalizar estos pacientes, la actitud correcta de las personas que los traten es la de no criticar sus síntomas (ni mucho menos desvalorizar a la persona por padecerlos), pero tampoco aceptarlos sin darles la oportunidad de reinterpretarlos.

Un buen consejo para estos pacientes sería el de la realización de ejercicio físico suave de manera regular, por ejemplo: paseos, bicicleta, footing, etc.

Igualmente, es muy beneficiosa la realización de tareas gratificantes que les aporten sensaciones relajantes y agradables: lectura, pintura, manualidades, etc.

La implicación en grupos de actividades, donde se fomente la comunicación y la puesta en común de experiencias personales, aportará un gran beneficio al paciente.

Es especialmente importante el cuidado de los horarios y de los ritmos en estos pacientes: respetar las horas de sueño que sean necesarias; dedicar una parte del día al trabajo o al estudio

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

con cierta intensidad pero sin excesos; cuidar los descansos, como por ejemplo en la hora de la siesta, etc. Recordemos que los factores desencadenantes más perjudiciales se relacionan con el estrés. Por lo tanto, todo lo que suponga su evitación, será de gran ayuda para este grupo de pacientes. Por decirlo de otra forma: nos encontramos ante personas con una reducida tolerancia al estrés, por lo que habrá que adecuar sus compromisos y obligaciones a esta circunstancia.

También es de ayuda el aprendizaje de técnicas de relajación, como por ejemplo, la relajación de Jacobson o la de Schultz.

Proponer acciones destinadas a pensar en los demás y participar en actividades de ayuda a personas desfavorecidas: ancianos abandonados, enfermos, indigentes…

Las terapias cognitivas han demostrado su eficacia en muchos de estos trastornos por medio de programas que les lleven a confrontar sus creencias disfuncionales básicas.

También puede proponerse la «hora de la preocupación» en la que el paciente evita pensar en sus preocupaciones hasta un momento determinado del día en el que se focaliza intensamente en considerar sus temores, comprobando que no tienen consecuencias.

Bibliografía

American Psychiatric Association, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.: DSM-5). Washington, DC 2013.

Avia, M.D., *Hipocondría*. Martínez Roca. Barcelona 1993.

Belloch, A., Martínez, M.P., *Trastornos Somatoformes*: Hipocondría. Klinik S.L., Madrid 1999.

Kaplan, H.I., Sadock BJ. *Trastornos Somatoformes*. En Sinopsis de psiquiatría (11.ª ed.). Wolters Kluwer Health, 2015, pp. 1177-1196.

Martínez, M.P., Belloch, A., y Botella, C. *Hipocondría e información tranquilizadora*. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 15, 411-430. 1995.

Organización Mundial de la Salud, *Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades*. Meditor. Madrid 1992.

Valdés, M., *Trastornos Psicosomáticos*. En J. Vallejo Ruiloba (Dir.), Introducción a la psicopatología y la psiquiatría, Masson-Salvat. Barcelona 1992.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

29

Trastornos depresivos

Enrique Aubá Guedea y Salvador Cervera Enguix (†)

1. Naturaleza y epidemiología de la depresión

La tristeza es una emoción básica, universal, y tiene una función adaptativa. La depresión es una enfermedad. Conlleva agotamiento, disminución de la energía y tono vital, fracaso del aparato psíquico, disrregulación del equilibrio psicosomático. Son objetivos de este capítulo distinguir tristeza de depresión, así como conocer los tipos de depresión y su manejo.

La depresión es un trastorno frecuente. Su prevalencia a lo largo de la vida está en torno al 20% en mujeres y 10% en varones, variando la frecuencia entre sexos, según edad y según tipo de depresión. LA OMS calcula que la depresión afecta a unos 350 millones de personas, y la considera la principal carga mundial de discapacidad.

La depresión, más que cualquier otra enfermedad mental, tiene una causalidad compleja y es multidimensional. Influyen factores biológicos, factores de personalidad, y factores ambientales. Se estima que la heredabilidad de la depresión es de alrededor del 40% (frente a un 60-70% en el trastorno bipolar), y es mayor en las formas de inicio temprano y recurrentes. Hay personalidades más vulnerables para sufrir depresión, personalidades que están condicionadas tanto por factores temperamentales como por experiencias que influyen en el desarrollo del carácter. E influyen factores ambientales, entre los que tenemos que incluir no solo los acontecimientos adversos en la infancia que condicionan una vulnerabilidad caracterial, sino también los factores estresantes y acontecimientos adversos cercanos a los episodios de depresión, incluidos conflictos más existenciales.

Es interesante hacer notar también que la depresión está modulada culturalmente, lo cual dice mucho de la naturaleza de la depresión. Estudios muestran diferencias importantes en la prevalencia de depresión entre culturas. Las diferencias constitucionales entre razas explican una parte menor de la variabilidad de la presentación de la depresión entre culturas. Es evidente que los sistemas de creencias, valores y significados de cada grupo pueden contribuir de manera diferente a la percepción y procesamiento de los acontecimientos vitales y factores estresantes, modulando por tanto su impacto y la incidencia de los trastornos depresivos. Así mismo, la expresión emocional entre culturas es diferente, y la facilidad de reconocimiento de la depresión varía entre contextos.

2. Tristeza normal y tristeza patológica

El estado de ánimo triste es uno de los malestares psicológicos más frecuentes. Sin embargo, sentirse triste o deprimido no es suficiente

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

para afirmar que se padece una depresión. Este término tiene múltiples significados, porque puede indicar un signo, un síntoma, un síndrome, un estado emocional, una reacción, o una entidad clínica bien definida.

Es importante diferenciar entre la depresión como enfermedad y los sentimientos de infelicidad, abatimiento o desánimo, que son reacciones habituales y adecuadas ante acontecimientos o situaciones personales difíciles. El duelo ante la pérdida de un ser querido es un ejemplo característico de situación que puede ser vivida con normalidad o generar una afectación patológica.

Los diversos modos con que una persona reacciona afectivamente ante un acontecimiento adverso pueden agruparse en tres niveles: 1. Respuesta afectiva normal; 2. Respuesta afectiva desproporcionada; y 3. Trastorno depresivo, según una categoría diagnóstica.

En la respuesta afectiva normal nos encontramos con sentimientos transitorios de tristeza y desilusión comunes en la vida diaria. Con frecuencia, los primeros síntomas aparecen como consecuencia del cansancio y de forzar la actividad por encima de las propias capacidades. Esta tristeza, que denominamos normal, se caracteriza por: a) es adecuada y proporcional al estímulo que la origina; b) tiene una duración breve; y c) no afecta especialmente a la esfera somática, al rendimiento profesional, o a las actividades de relación.

La respuesta afectiva desproporcionada es una respuesta con manifestaciones emocionales intensas y persistentes que, por sí mismas, interfieren en la capacidad del sujeto para controlar la situación de estrés origen de esa respuesta.

El trastorno depresivo es un estado patológico en el que se pierde la satisfacción de vivir, la capacidad de actuar, y la esperanza de recuperar el bienestar. Presenta una constelación típica de síntomas, que tienden a emerger simultáneamente, perfilando un síndrome clínico bien definido, no siempre asociado a estrés.

El trastorno depresivo se acompaña de las siguientes manifestaciones clínicas:

Estado de ánimo Está presente la tristeza con pesadumbre, congoja o sensación de soledad. Hay escasa reactividad ante los hechos, sean agradables o desagradables, con pérdida de interés y/o placer, apatía, ansiedad e irritabilidad.

Pensamiento. Es notoria la dificultad en la capacidad de concentración, indecisión, pérdida de la confianza en sí mismo, convencimiento de inutilidad personal, sentimientos de culpa, pesimismo, desesperanza, deseo de muerte e ideas suicidas.

Actividad psicomotriz. Existe retardo con lentitud en los movimientos corporales, falta de expresión facial, comunicaciones interpersonales inhibidas, falto de comunicación o agitación con inquietud, impaciencia e hiperactividad incontrolable.

Manifestaciones somáticas. Las funciones básicas están alteradas. Hay insomnio y/o hipersomnia, aumento o disminución del apetito y del peso corporal, disminución del deseo sexual. Está presente también el cansancio, fatiga, disminución de la energía, así como dolores y malestares, cefalea, pesadez en las extremidades. Se observan también síntomas vegetativos como molestias gastrointestinales, cardiovasculares y otras similares a alguna función corporal (vértigos).

Este conjunto de manifestaciones clínicas ponen de manifiesto que nos hallamos ante un estado patológico específico, netamente distinto de la tristeza normal. Y que adquiere formas e intensidades bien definidas.

3. La depresión en los sistemas de clasificación

Desde un punto de vista nosológico, para establecer cuándo una variación del estado de ánimo se convierte en depresión y cuándo no, han coexistido dos posturas:

1. Uso de un criterio amplio que abarca desde los sentimientos de tristeza poco definidos desencadenados por acontecimientos de la vida, y que no repercuten de modo intenso en el sujeto, hasta estados profundos de tristeza e inhibición psíquica que incapacitan a la persona. Aquí se considera que la diferencia es sólo cuantita-

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

tiva, como si existiese un continuum entre las distintas manifestaciones depresivas.

2. Utilización de un criterio ajustado y bien definido de depresión, claramente diferenciado de los episodios de infelicidad, malestar o congoja. En este caso se describe el trastorno de acuerdo con los principios diagnósticos de toda enfermedad y se establecen grupos clínicos que cumplen criterios bien delimitados. Se pone de manifiesto, no sólo el cambio cuantitativo del cuadro, sino también la diferencia cualitativa de los síntomas, especialmente en lo referente a las características y consecuencias de la tristeza.

En los sistemas de clasificación actuales se ha prescindido de la diferenciación cualitativa de distintos subtipos de depresión, que sí han tenido sin embargo importancia en la historia de la Psicopatología. A continuación, seguiremos la estructura de los trastornos depresivos en la última versión de la clasificación de la Asociación Americana de Psiquiatría, la DSM-5 (2013), sabiendo de sus correspondencias con la última versión de la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10, 1992).

Las categorías principales de los trastornos depresivos son: a) Trastorno depresivo mayor, b) Trastorno depresivo persistente (Distimia), c) Trastornos depresivos inducidos por sustancias o debidos a otras enfermedades médicas. Diagnosticamos depresión siempre que estén presentes los síntomas y se cumplan los criterios de depresión, independientemente de la causa. Si la depresión producida por una enfermedad médica, el tratamiento será primero el de la enfermedad médica, pero esto no quiere decir que no haya trastorno depresivo asociado si se cumplen los criterios del trastorno. En otro apartado de la clasificación están los trastornos adaptativos, ya que algunos de ellos cursan con sintomatología depresiva, sin llegar a cumplir los criterios de depresión mayor. Por definición, los trastornos adaptativos comienzan en los primeros tres meses tras un acontecimiento estresante, y no duran más allá de los seis meses de haber cesado el agente estresante.

Nos centramos en las características de la Depresión mayor. Para diagnosticar Depresión mayor, deben estar presentes al menos cinco de los siguientes síntomas, durante dos semanas, suponiendo un cambio de funcionamiento. Uno de los cinco síntomas tiene que ser el primero o el segundo de los señalados: 1) estado de ánimo deprimido, 2) disminución importante del interés o placer por actividades, 3) pérdida importante de peso o aumento de peso sin dieta ni otras explicaciones, 4) Insomnio o hipersomnia, 5) agitación o retraso psicomotor, 6) fatiga o pérdida de energía, 7) sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada, 8) disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, 9) pensamientos de muerte recurrentes.

En DSM-5, el diagnóstico de Depresión mayor puede tener distintos especificadores, que reflejan la naturaleza diversa de la depresión, así como la riqueza sintomática del cuadro depresivo que se ha descrito a lo largo de la historia de la Psicopatología. La depresión puede ser especificada según: a) episodio único o recurrente, b) intensidad: leve, moderada o grave, c) con ansiedad, d) con características mixtas, e) con características melancólicas, f) con características atípicas, h) con características psicóticas, i) con catatonía; j) con el inicio en el periparto, k) con patrón estacional. Describimos brevemente las características mixtas, melancólicas, atípicas, psicóticas y con catatonía.

Depresión con características mixtas. Presenta también síntomas maníacos o hipomaníacos en el mismo episodio depresivo. Estas características de la depresión suponen un factor de riesgo para presentar un Trastorno bipolar, del que se habla en otro capítulo.

Depresión con características melancólicas. En la fase más grave del episodio hay una casi total ausencia de placer y arreactividad ante estímulos positivos. Se suele acompañar de desaliento profundo, desesperanza, sentimiento de vacío, marcado empeoramiento matutino, alteraciones psicomotoras.

Depresión con características atípicas. Presenta reactividad del estado de ánimo, capacidad de animarse ante acontecimientos positivos incluso durante períodos prolongados en que

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

las circunstancias siguen siendo favorables. Se suele acompañar de aumento de apetito y del peso, así como de hipersomnia.

Depresión con características psicóticas. La depresión puede acompañarse de delirios y/o alucinaciones. Estos síntomas psicóticos pueden ser congruentes con el estado de ánimo, cuando el contenido de los delirios es típicamente de insuficiencia, culpa, enfermedad, muerte, nihilismo o castigo. Los síntomas psicóticos pueden no ser congruentes con el estado de ánimo, que implican un mayor grado de ruptura, menor continuidad.

Depresión con catatonía. Cuando la depresión se acompaña de catatonía. La catatonía es un síndrome caracterizado por alteraciones motoras, con un espectro de síntomas entre los que se encuentran inmovilidad, mutismo, posturas persistentes, manierimos, estereotipias motoras. Indica tanto gravedad como un carácter cualitativo distinto.

4. Modelo interpretativo de la depresión

La diferencia entre tristeza normal y tristeza patológica viene dada, por el nivel de afectación. Es una cuestión de grado y de tiempo. En el primer caso se trata de una respuesta adaptada. En los trastornos depresivos, la tristeza es patológica no sólo por ser desproporcionada en intensidad y duración, sino también por la distinta cualidad de la tristeza, y porque interfiere especialmente en la vida del sujeto.

Al analizar el Trastorno adaptativo con estado de ánimo deprimido, lo patológico radica en una mayor sensibilización interior frente a los acontecimientos. Como cuando se recibe una palmada cariñosa en un hombro golpeado: lo que provocaría una reacción normal o alegre, se convierte en dolorosa y genera tristeza. La respuesta es patológica en cuanto a la función –sobrecarga– no en cuanto a la forma. Aquí, la personalidad de cada sujeto impregna la expresión de esa tristeza, que se muestra paciente, pasiva y dolorosa, o plena de impaciencia y rebeldía, malhumorada, irritada, o fanáticamente obstinada. Y establece caminos de superación muy diversos: un mero agotarse y cicatrizar, la simple resignación, la búsqueda de consuelo en otras cosas, el resentimiento desvalorizador, la diversión y el aturdimiento, la actividad profesional constante, o también la conformidad, o la afirmación religiosa.

Cuando se trata del Trastorno depresivo mayor, del Episodio depresivo recurrente, o de la Distimia, los síntomas adquieren una magnitud considerable –distorsión–. La tristeza no consiste sólo en una disminución del estado de ánimo, sino que se acompaña de manifestaciones psíquicas y somáticas características.

La depresión mayor puede estar asociada, tanto a acontecimientos vitales estresantes importantes, como a circunstancias del día a día y el grado de impacto de estos eventos parece estar relacionado con la capacidad del individuo para afrontar dichos sucesos. Esa capacidad va a depender, tanto de los recursos personales de que disponga el sujeto, como del soporte social que reciba.

La Distimia, suele estar relacionada con niveles de estrés crónico y con un mayor número de dificultades diarias. El síntoma central es el humor depresivo, que se describe como una forma desproporcionada de reaccionar o vivir ciertas situaciones personales. Es característica la reactividad a las influencias del medio, con abundantes factores precipitantes, ausencia de síntomas vegetativos, índices elevados de neuroticismo o problemas crónicos de personalidad y respuesta imprecisa a los tratamientos biológicos. La reactividad al medio explica las variaciones del cuadro, tanto en su intensidad, como en sus fluctuaciones clínicas.

Lo concerniente a la Depresión mayor melancólica, Depresión delirante y Trastorno bipolar encierra un significado distinto, que supone un incremento cuantitativo del cuadro depresivo y un verdadero salto cualitativo. Este hecho clínico pone de manifiesto una ruptura interior, con síntomas netamente diferentes respecto de los otros trastornos depresivos.

La característica esencial de un episodio melancólico es la pérdida de interés y placer

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

en todas o casi todas las actividades, o una falta de reactividad a los estímulos habitualmente placenteros. Estamos ante un síndrome con un patrón distinto de signos y síntomas en el que son importantes los factores genéticos y biológicos. La cualidad de la tristeza es notoriamente diferente. Es una tristeza que parece brotar de la entraña misma de la persona y que repercute en el núcleo de la percepción sensible de sí mismo. Hay ausencia absoluta de sentido del propio valor y, por tanto, del sentido de la vida que todavía está por vivir. Esta experiencia sensible puede ser compatible con un convencimiento intelectual de su falsedad, o con una seguridad plena del amor de Dios, porque no es, en sí misma, una experiencia que se desarrolle en el nivel intelectual, ni en el religioso, sino en el afectivo orgánico, y en el ámbito de la percepción sensible de sí. Un dolor afectivo que puede saturar la capacidad de aguante del sujeto, igual que lo hace un dolor físico, que induce al desmayo. Otras manifestaciones son encontrarse habitualmente peor por la mañana, con despertar precoz, anorexia significativa o pérdida de peso y enlentecimiento o agitación psicomotriz. También está presente un sentimiento de culpabilidad excesivo o inapropiado. Los hallazgos neurobiológicos hablan a favor de un componente biológico importante.

En conclusión podemos afirmar que los factores que inciden en la génesis de la enfermedad depresiva forman parte de un sistema interactivo, que modula la respuesta a los sufrimientos que generan tristeza. Este sistema interactivo incluye una valoración, un discernimiento interno personal, que otorga significado a lo percibido, con lo que se establece una variedad de expresiones que adquieren muy distintos significados clínicos. En la tristeza o aflicción normal, aunque hay una afectación, ésta no rompe el sentido armónico de la persona, y por eso se produce una respuesta adaptada al propio sujeto y a su entorno. En el trastorno adaptativo la afectación es desproporcionada. En la depresión mayor y en la distimia la afectación de las estructuras es, no sólo intensa, sino distorsionante. Y en el caso de la melancolía, del trastorno bipolar y de la depresión psicótica la respuesta está fragmentada, rota, con una cisura amplia respecto a las demás formas de depresión, pues manifiestan una ruptura interior, que supone un salto tanto cuantitativo como cualitativo.

Consideramos que el principio armónico y de control global al que toda persona tiende, y que es adaptativo, se distorsiona en tres fases, que podemos denominar sobrecarga, distorsión y ruptura. Y no parece que se deba plantear una disyuntiva entre incremento cuantitativo y salto cualitativo. En todos los ámbitos, desde lo inorgánico hasta lo vivo, son muchos los casos en que un incremento cuantitativo del estrés se traduce en un cambio cualitativo, de forma, y de función. Se pueden explicar así algunas de las relaciones y diferencias entre los diversos tipos y niveles de depresión. También aquí, porque el factor nuclear generador de la depresión es el agotamiento, primero de la capacidad de respuesta emocional, después de la capacidad de reaccionar equilibradamente (flexibilidad o rotura) y, por último, de la capacidad de actuar (vivir). La mente humana es unidad de espíritu-cuerpo. Y, en la medida en que es también cuerpo, aún la más fuerte de ellas, ante el ataque continuo o brutal del dolor y del sufrimiento puede llegar a su límite. Primero experimenta una mera sobrecarga, pero luego pasa de ser flexible a doblarse, se distorsiona, y llega por fin a romperse.

5. Tratamiento de la depresión

Los dos abordajes terapéuticos fundamentales de la depresión son el farmacológico y la psicoterapia. Con frecuencia lo más indicado es una combinación de tratamiento farmacológico y psicoterapia. Además, también existen otros tratamientos biológicos ente los que destaca la terapia electroconvulsiva. Como hemos señalado con anterioridad, cuando la depresión se debe a un consumo de tóxicos o a una enfermedad médica, el primer tratamiento es eliminar la sustancia tóxica o estabilizar la enfermedad médica.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

El tratamiento más indicado depende del tipo de depresión, y no debe depender de una preferencia subjetiva a priori por un tipo de tratamiento. Hay situaciones en las que se debe emplear medicación, y otras situaciones en las que un tratamiento de psicoterapia será el tratamiento central. Siempre que haya aspectos de personalidad implicados en el manejo de estrés psicosocial, será útil un enfoque de psicoterapia. De todos modos, debemos ser realistas, y no siempre tenemos posibilidad de acceder o disponibilidad de hecho para determinados tratamientos de psicoterapia, aunque desde un punto de vista teórico podrían ser útiles.

Los fármacos antidepresivos pertenecen a distintas familias, según estructura y mecanismo de acción. Los más utilizados hoy en día son los llamados Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina, pero también hay fármacos que afectan a otras vías de neurotransmisión y con otros mecanismos. Los antidepresivos son eficaces. Hablamos de «respuesta» cuando tiene lugar una reducción de aproximadamente el 50% de los síntomas, y esto sucede en dos tercios de los pacientes. «Remisión» es la desaparición completa de los síntomas, y tiene lugar en un tercio de los pacientes aproximadamente. Los antidepresivos suelen ser bien tolerados, los efectos secundarios suelen aparecer en las primeras de semanas de tratamiento y con frecuencia van disminuyendo. La duración mínima del tratamiento son seis meses, y la retirada del fármaco debe ser gradual. Además de los antidepresivos, hay fármacos de otras familias que también pueden estar indicados en la depresión, sobre todo estabilizadores del humor.

Hay distintos tipos de psicoterapia, que se diferencian en las técnicas que emplean así como en los fundamentos teóricos que las sustentan. Todas ellas suelen incluir aspectos de apoyo psicológico, psicoeducación y adquisición de estrategias de afrontamiento. Para el trastorno depresivo se ha demostrado eficacia definida en la terapia cognitivo conductual y en la psicoterapia interpersonal.

Es importante prestar especial atención a las situaciones de «resistencia» al tratamiento, falta de respuesta a pesar de seguir pautas de tratamiento. Lo primero es cerciorarse y comprobar que hay una correcta adherencia al tratamiento. Las estrategias fundamentales en las situaciones de falta de respuesta al tratamiento son: optimización, aumentando la dosis de antidepresivo; sustitución del antidepresivo por otro; combinación de antidepresivos; potenciación del antidepresivo con otro fármaco con un mecanismos distinto. La «resistencia» habla con frecuencia de la naturaleza de la depresión, pueden estar teniendo más peso factores psicosociales o psicodinámicos, y puede estar indicado asociar psicoterapia si no se había asociado desde el principio. El tratamiento con terapia electroconvulsiva también tiene su indicación en la depresión resistente.

6. Pautas generales de atencion

Una vez instaurado el tratamiento médico es de esperar que –no de forma inmediata pero sí en unas pocas semanas– el cuadro depresivo se vaya controlando, con lo que el paciente irá sintiéndose cada vez mejor. Sin embargo, queda por resolver de qué manera tiene que enfrentarse con las actividades de la vida diaria, de las que probablemente se ha apartado total o parcialmente. Son pues dos los aspectos que conviene tener en cuenta: seguir el plan de tratamiento prescrito y adoptar hábitos de conducta que apoyen su recuperación.

a) *Seguir el plan de tratamiento.* El paciente debe estar convencido de la importancia de seguir cuidadosamente el plan de tratamiento, de procurar poner en práctica los consejos recibidos, tener paciencia porque la recuperación requiere tiempo y no desanimarse si los resultados no son inmediatos. Pero en el caso de que esta haya sido muy rápida no deberá disminuir la medicación o abandonar el tratamiento y menos aun automedicarse. La supresión brusca o inadecuada de psicofármacos puede causar molestias diversas y ante cualquier duda o complicación conviene consultar con el médico responsable del paciente. Después de aliviada la

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

depresión –incluso con una remisión completa de la sintomatología–, habitualmente es preciso continuar un tiempo con el tratamiento, porque pueden ocurrir recaídas. Es pues el facultativo quien deberá establecer las pautas de tratamiento, según el estado del paciente.

b) *Evitar la culpabilidad.* Aunque puede no resultar fácil para el paciente, deberá esforzarse por mantener una perspectiva optimista, no culpándose a sí mismo de su estado. Lo importante es reconocer que necesita ayuda y que ha iniciado el camino de la recuperación. Resulta positivo aconsejarle que no se juzgue, ya que es frecuente que se considere una carga para los demás, que se sienta inútil, que todo lo hace mal, etc. Conviene ayudarle a que valore lo que está pasando y encuentre una forma de dar un giro positivo a sus pensamientos negativos.

c) *Permanecer activo.* También debe mantenerse activo, aunque interiormente considere que no puede hacer nada. Para ello se le debe ayudar a que fije cada día unos objetivos realistas, sin pretender hacer lo que hacía antes. La mayoría puede desarrollar con bastante normalidad un trabajo; es preciso que tenga el tiempo ocupado en cosas asequibles, aunque sean tareas sencillas, con encargos que en lo posible le agraden y los realice con gusto. También es importante el cuidado de la salud física, como el ejercicio, una dieta saludable y horas de sueño adecuado. Todo esto ayuda al enfermo a sentirse mejor, con lo que se incrementa la sensación de bienestar. Con frecuencia, estos enfermos no disponen de recursos personales para organizarse, porque se encuentran abatidos, apáticos, decaídos. Para esto es conveniente que se establezca un horario razonable y que cuente con ayuda de otra persona que sea la que le organice el día.

d) *Cuidar la salud física.* Un ejercicio regular adecuado a sus posibilidades y circunstancias proporciona sentimientos agradables, además de mejorar la salud cardiovascular, mejora el sueño y el apetito, favorece un peso saludable y reduce la irritabilidad o el pesimismo. El tipo de ejercicio dependerá del enfermo, aficiones, etc. Suele ser preferible que lo realice con otra persona y no en plan competitivo o hasta el agotamiento. Se le ha de ayudar a hacer las cosas en el momento oportuno y evitar dilaciones, aun en cosas pequeñas como cuidar de su aspecto (aseo, porte externo), por ejemplo. Cada día conviene que tenga una tarea concreta, que objetivamente pueda realizar.

e) *Modificación de hábitos nocivos.* Suele ocurrir a veces, que a pesar de un buen diagnóstico y tratamiento, la mejoría se retrasa o es poco notoria, dando la impresión de que el paciente se ha «acostumbrado» a estar enfermo. En estos casos es difícil distinguir lo que es causado por su proceso patológico, de lo que podría denominarse el modo personal de vivir la enfermedad. Son ejemplos: fumar mucho; tomar demasiados cafés; comer en exceso, dentro y fuera de las comidas; poco o nulo ejercicio físico; no descansar por las noches y sí durante el día, rompiendo los ritmos de sueño; trabajar sólo en lo que le gusta; sentirse agotado o con cansancio ante tareas que requieren algún esfuerzo; pasar mucho tiempo frente al ordenador o el televisor, etc.

Estos comportamientos suelen ser muy firmes y producen una resistencia a ser modificados, con lo que cualquier intento de ayuda encaminada a su abandono hace que se rebelen o se hundan aún más. Son casos difíciles que hay que intentar resolver positivamente con el consejo médico y la orientación de las personas que conviven con el enfermo.

f) *Evitar tomar decisiones importantes de la vida.* También es prudente hacer ver al paciente que en esas circunstancias no debe tomar decisiones importantes: profesionales, familiares, económicas, de cambio de estado, etc., porque la naturaleza de su enfermedad le lleva a tener una visión distorsionada de la realidad y conviene aplazar la solución de estos problemas para cuando esté totalmente recuperado.

g) *Como manejar los pensamientos y acciones suicidas.* En la enfermedad depresiva pueden aparecer ideas de suicidio. Si surgen, es muy importante que lo sepa el médico que trata al paciente, ya que será él quien valore el riesgo. En la mayor parte de las depresiones esas ideas suelen significar un cierto reclamo de atención, de modo que el riesgo de suicidio es relativa-

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

mente bajo, aunque existe. En otras depresiones el riesgo de suicidio es elevado, por lo que los allegados al paciente deben estar alerta. En ambos casos es importante tomar en serio cualquier mención del suicidio por parte del paciente. Algunas veces dice a otros que piensa suicidarse. Otras, emplea un lenguaje menos claro, como decir que sería mejor si nunca hubiera nacido o si estuviera muerto. Estas manifestaciones son lo suficientemente importantes como para prestarles la debida atención. Y la mejor forma de conocer si tiene pensamientos o intenciones suicidas es preguntar directamente. No hay que temer plantear la idea suicida, pensando que por ello la persona enferma va a sentirse impelida a algo que no tenía intención de hacer. Al contrario, actuando así ofrecemos una oportunidad de hablar y, si el enfermo tiene pensamientos suicidas, la revelación permite poder analizar esa pesadumbre y la negatividad que alimentan sus pensamientos.

La notificación al médico debe ser inmediata, por lo que al deliberar sobre estos temas con el paciente no debemos prometer confidencialidad, incluso si pensamos que es la única forma de hacer que hable. Para obtener ayuda profesional, tendremos que compartir la información con otros. Si prometemos no decirlo y tenemos que romper la promesa, habremos sido desleales a la confianza que el paciente deposita en nosotros y posiblemente disminuirá también nuestra capacidad para ayudar en el futuro.

Conviene no dramatizar ante las ideas de suicidio, pero tampoco banalizarlas. Lo más adecuado es hacer ver al paciente que es un síntoma más de la propia enfermedad y que cederán; mientras, debe confiar en la actuación del médico y su plan de tratamiento, debemos brindarle apoyo y comprensión y tomar las acciones preventivas necesarias

7. Sobre la atención espiritual de personas con enfermedad depresiva

Es de sobra conocido que la presencia de creencias religiosas en el individuo tiene un efecto beneficioso para la salud, ya que pueden ayudar al enfermo a vivir una vida más plena a pesar de sus síntomas. Pero conviene considerar que la espiritualidad hay que entenderla en este caso como una fuerza que ayuda a la curación, y no como un sustituto de los cuidados médicos. Será el tipo de trastorno, su origen y el modo de ser de la persona los que configurarán el plan de tratamiento establecido, y también la manera de orientar, en cada caso, la atención espiritual. Con los datos aportados por el médico se podrá perfilar mejor cómo actuar. La dirección espiritual no busca la salud psíquica del enfermo, que es un objetivo de la medicina; pero como es evidente que influye también en la salud, conviene que se actúe de acuerdo con el médico y en la misma dirección. El intercambio de opiniones e ideas evitará dar consejos contradictorios, que perjudican al enfermo.

Se ha de valorar con el médico el papel que puede tener el interesado en superar algunos síntomas o comportamientos perjudiciales, así como una actitud interior de mantener un determinado nivel de lucha ascética en su relación con Dios. En algunas depresiones – la depresión mayor – es más difícil la lucha personal por parte del paciente, por lo que las orientaciones irán más en la línea de la confianza en Dios y la aceptación de la enfermedad. En otras –la distimia – influye más este componente de lucha, de superación ascética de algunos síntomas de la enfermedad.

Quienes se ocupan de la atención espiritual de esas personas pueden ayudar mucho a sobrellevar la enfermedad, ayudándole a comprender, por ejemplo, que la enfermedad tiene un «tempo» con el que hay que contar: conviene no impacientarse, vivir al día sujetándose al plan previsto. Es imprescindible que el enfermo se sienta comprendido, verdaderamente comprendido. De otro modo resulta imposible ayudarle en su vida espiritual. Interesa aconsejarle que huya de la soledad, de auto compadecerse, pero dándole a la vez soluciones prácticas: ayudarle a ordenarse en el empleo del tiempo, huyendo de grandes sesiones de ordenador, televisión, etc. Estudiar cómo ocupa su tiempo y animarle a aprovechar-

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

lo es parte importante de su dirección espiritual. Pero no se trata de forzar, sino de buscar modos que le resulten agradables.

Importa más escucharle que tratar de ir contestando a cada una de sus preguntas, interrogantes y perplejidades: necesita que le escuchen y sentirse entendido, querido y fortalecido; quizá asimile pocas cosas, como efecto de su enfermedad. Necesita más desahogarse que recibir muchos consejos; es preferible que estos sean pocos, claros, concretos y fáciles de cumplir.

Como marco de esa relación interpersonal, remitimos a los consejos que se dan en el capítulo 17, 5b.

Bibliografía

Cervera, S., *La depresión, entre el malestar y la enfermedad*. XVIII Conferencia Internacional sobre la depresión., Roma, noviembre 2013. Recogido en: Consejo Pontificio para la Pastoral de la Salud *La depresión*, Ed. Palabra, 2004.

Ortuño, F., *Lecciones de Psiquiatría*. Ed. Panamericana. Madrid 2010.

Asociación Americana de Psiquiatría, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (5.ª ed.). American Psychiatric Publishing. Arlington, VA. 2013.

OMS website: *http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/* . Nota descriptiva nº 369, sobre La depression. Actualizada abril 2016. Revisado en septiembre 2016.

Alonso Fernández, F. y Rodríguez Loranga, R., *Depresión. Todas las respuestas para entenderla y superarla*, Ed. Lo que existe, 2016.

Besteiro González, J.L. y García Prieto, A., *Conocer la depresión para poder superarla*, Everest, León 2005.

Cardona Pescador, J., *La depresión, psicopatología de la alegría*, Ed. Científico-Médica, Barcelona 1982.

Conde López, V. y Medina Ojeda, G., *La depresión como reacción normal o como síndrome patológico,* en.Seva Díaz, A (director), *Psiquiatría Humanística*. INO Reproducciones, Zaragoza 2006, pp. 221-238.

Kramlinger, K. (ed.), *Guía de la Clínica Mayo sobre depresión*, Mayo Foundation for Medical Education and Research. Rochester MN, U.S.A., 2001.

Herrán, A.; Cuesta, M.J. y Vázquez-Baquero, J.L., *Trastornos del estado de ánimo,* en *Psiquiatría en Atención Primaria*. Vázquez-Baquero J.L. (Editor), Aula Médica, Madrid 1998.

Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), *Clasificación CIE 10 de los trastornos mentales y de la conducta*. Atención Primaria de la Salud. OMS, Ginebra 1996.

Rojas, E., *Adiós, depresión*, Temas de Hoy, Madrid 2006.

Vallejo, J., *Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría,* Masson, Barcelona 2006.

Vieta, E. y Colom, F., *Convivir con el trastorno bipolar*, Editorial Panamericana, Madrid 2003.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

30

El trastorno bipolar

Manuel Barceló Iranzo

1. Concepto de Trastorno Bipolar

El Trastorno Bipolar pertenece a la amplia categoría de los Trastornos del Estado de Ánimo. Hace varias décadas se le conocía con el nombre de psicosis maníaco-depresiva y, a lo largo de los últimos años no solo se le denomina de manera distinta sino que también ha cambiado de nombre el grupo o categoría diagnóstica a la que se adscribe, anteriormente denominado Trastornos Afectivos. La última clasificación de la Asociación de Psiquiatría Americana (APA), la versión DSM-5 publicada en lengua española en el año 2014, le dedica un capítulo independiente al que denomina: Trastorno Bipolar y trastornos relacionados. La clasificación de la OMS (Organización Mundial de la Salud) para todos los trastornos de la salud se denomina CIE-10 y edita una versión para los Trastornos Mentales muy similar a la DSM-5.

Lo que define esencialmente al Trastorno Bipolar es la presencia de, al menos, un episodio de manía o exaltación patológica del estado de ánimo que se manifiesta como un estado de euforia excesiva o de desproporcionada elevación del estado de ánimo que perturba el normal funcionamiento en todos los ámbitos de su vida (familiar, social y laboral) y que se traduce en conductas inadecuadas al entorno e inapropiadas en relación a su trayectoria biográfica precedente. Por tanto, interesa tener presente que, en psiquiatría, el término manía no representa obsesiones, conductas repetitivas u otras rarezas sino euforia excesiva.

Otra característica importante y típica del Trastorno Bipolar son las paradójicas y contradictorias manifestaciones que tiene a lo largo de la evolución como consecuencia de intercalarse periodos o fases maníacas y depresivas. Así, por ejemplo, durante un periodo determinado, de días o meses, el paciente puede pasar de un estado de euforia (actividad excesiva, locuacidad, autoestima exagerada, pocas horas de sueño, relaciones sociales desproporcionadas) a un estado de desánimo (inhibición, sin apenas comunicación, infravaloración, casi todo el día encamado, desconectado del mundo exterior, etc.). Esta dinámica suele generar un gran desconcierto en el seno de la familia y en el entorno socio-laboral, especialmente al inicio de alguna de las fases, cuando no son tan patentes los síntomas del trastorno y parece tener la intencionalidad de complicar la vida a los demás por su activismo o por su desidia, por sobrevaloración de sus recursos o por su infravaloración. Esto provoca una gran incomprensión por parte de los allegados e indirectamente un incremento de la tensión ambiental. A su vez, estas divergencias crean lo que se denomina una alta expresividad emocional (recriminaciones, aumento del tono de voz,

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

tendencia a culpabilizar, etc.) que complican más la evolución del cuadro clínico debido a la alta sensibilidad que sufren estos pacientes en estas circunstancias. Por el contrario, en estos periodos, se puede dar también un incremento de la creatividad y de la actividad cuyos intentos de frenar por parte del entorno sociofamiliar suelen ser vividos por el paciente como incomprensión y disgusto.

2. Epidemiología del Trastorno bipolar

El Trastorno Bipolar afecta a alrededor del 1% de la población general que es un incidencia claramente más baja que la del trastorno depresivo mayor (5-12% varones y 10-25% mujeres). Con respecto a la incidencia por sexos, el Trastorno Bipolar no parece tener diferencias, en contraste también con lo observado en el trastorno depresivo mayor, si bien, algunos autores consideran que las fases maníacas afectan más a las mujeres y las depresivas a los varones.

La edad de comienzo del Trastorno Bipolar suele ser en la tercera década de la vida. Sin embargo, es posible su inicio en la infancia y al final de la vida adulta. También esto lo diferencia de la depresión mayor que muestra una distribución más homogénea a lo largo del ciclo vital. Con todo, algunos estudios relacionan la prolongación de las estancias hospitalarias por fases depresivas con menor apoyo familiar y ausencia de creencias.

3. Causas de trastorno bipolar

No tenemos aún los conocimientos suficientes para explicar, de modo preciso y consistente, las causas y los mecanismos de producción del Trastorno Bipolar. Sin embargo, a día de hoy, no hay dudas sobre origen neurobiológico y la implicación de diferentes estructuras cerebrales y sistemas de neurotransmisión en el desarrollo de las manifestaciones nucleares del trastorno. Existen evidencias de un trasfondo genético que sugiere, al menos, una predisposición al desencadenamiento del Trastorno Bipolar y que posiblemente tenga aspectos comunes en la predisposición a varios otros de los trastornos del ánimo. Los datos disponibles en la actualidad señalan que si uno de los padres padece un Trastorno Bipolar, la probabilidad de que aparezca en la descendencia es de un 25%. Si ambos padres lo sufren, la probabilidad se encuentra entre un 50 y un 75%. En el caso de gemelos monocigóticos la probabilidad está entre un 30 a un 90% y en el caso de gemelos dicigóticos entre un 5 y un 25%. En la actualidad, los estudios de marcadores genéticos están en etapas muy primitivas y son aún escasos y poco concluyentes, si bien, se han relacionado con los cromosomas autosómicos 5 y 11, y con el cromosoma sexual X. Sin embargo, como parece suceder en otros trastornos psíquicos, la predisposición requiere de factores desencadenantes y de perpetuación que incluyen eventos específicos y variables personales y socioculturales.

De manera un tanto simplista podríamos decir que en el Trastorno Bipolar falla el sistema de regulación del tono vital. Una imagen que podría ilustrar sería la de las lámparas que tienen un regulador de la intensidad de luz que no funciona adecuadamente y pasa de la oscuridad (fase depresiva) a deslumbrar (fase maniaca).

Un grupo de estructuras del sistema nervioso funcionalmente relacionadas con otros órganos del cuerpo humano (eje hipotálamo-hipofisario-suprarrenal) tienen como papel suministrar y regular la energía o el tono vital necesarios para dar respuesta a los estímulos y mantener una conducta determinada. En este complejo sistema intervienen diferentes neurotransmisores, péptidos moduladores y hormonas; y su preciso y adecuado equilibrio depende de factores endógenos (relojes biológicos) y de factores exógenos (ambientales: luminosidad, temperatura, nivel de estrés, etc.). Al mismo tiempo, este sistema de regulación del tono vital está estrechamente relacionado con las estructuras cerebrales implicadas en el procesamiento de las emociones (sistema límbico). Hay numerosos datos científicos (neuroquímicos y de neuroimagen) que señalan alteraciones en las personas

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

que sufren un Trastorno Bipolar junto con las evidencias de eficacia del tratamiento farmacológico en el control y regulación del cuadro clínico. Con todo, aún no hay datos concluyentes como para poder dar una explicación sólida de las bases neurobiológicas del Trastorno Bipolar y las técnicas que aportan estos datos no son lo suficientemente sensibles y específicas como para utilizarlas como pruebas de diagnóstico. Por otra parte, es importante tener presente que si bien la neurobiología puede explicar las manifestaciones nucleares del Trastorno Bipolar y ser la vía de intervención terapéutica fundamental, no da respuesta a todos los síntomas y, por si sola, no permite una comprensión de la persona enferma por lo que siempre es necesario evaluar e intervenir sobre la globalidad de las características personales.

4. Manifestaciones clínicas o síntomas que aparecen en el Trastorno Bipolar

Las fases depresivas pueden durar semanas o meses y pueden alargarse en el tiempo –cronicidad– si no se actúa con un tratamiento adecuado. Los síntomas más frecuentes de esta fase de hundimiento del estado de ánimo pueden resumirse en los siguientes: Depresión del estado de ánimo (sensación subjetiva de tristeza, abatimiento o *«encontrarse hundido»* durante mucho tiempo). Anhedonia (incapacidad para sentir placer). Aislamiento social. Falta de motivación y escasa tolerancia a la frustración. Síntomas vegetativos y de afectación somática o física (pérdida del deseo sexual, adelgazamiento y anorexia –pérdida de apetito-, o lo contrario: aumento de peso y del apetito –hiperfagia o bulimia-, fatiga o disminución de la energía, alteraciones menstruales en la mujer, despertar matutino temprano, dificultades para dormir en la mayoría de los pacientes con depresión, en otros casos exceso de sueño todo el día o hipersomnia, variación diurna o empeoramiento por la mañana). Estreñimiento. Sequedad de boca. Cefalea o dolores de cabeza tensionales. Inhibición o, lo contrario, cierta agitación debido a la ansiedad acompañante. Llanto. Descuido en el aseo personal. En ocasiones, irritabilidad. Tristeza. Lenguaje escaso y tono de voz bajo o monótono, pausas largas ante cualquier pregunta, respuestas escuetas. Ideación de más vale morirse o no vale la pena vivir así (60% de los pacientes, con riesgo de suicidio en un 15%). Rumiación de pensamientos negativos u obsesivos. Ideas y sentimientos de desesperanza, inutilidad y culpa. Preocupación por dolencias físicas. Indecisión. Pobreza en el contenido del pensamiento. En ocasiones, sobre todo en casos muy graves, trastornos en la percepción –alucinaciones– y en el pensamiento –delirios-, que están relacionados con su desgracia –por ejemplo, pensar que están arruinados y les van a desahuciar de su domicilio-. Dificultades de concentración y de atención. Falta de memoria. Alteración del pensamiento abstracto. Dificultades de orientación por distracción.

Según la edad del paciente puede aparecer un predominio de unos u otros síntomas. En la infancia destacan las molestias somáticas, la agitación, los trastornos de ansiedad y las fobias. En la adolescencia, el abuso de sustancias, el comportamiento antisocial, la inquietud, el absentismo escolar, la falta de rendimiento académico, la promiscuidad, una mayor sensibilidad al rechazo y el abandono de la higiene. En los ancianos, las deficiencias cognitivas (pérdida de memoria, desorientación, confusión), la apatía y/o la ansiedad, las preocupaciones por enfermedades somáticas y el funcionamiento del propio cuerpo y una apariencia de falsa demencia.

Las fases maníacas pueden aparecer de inicio o de forma alternante con las fases depresivas. Es frecuente la aparición de fases de tipo maníaco después del tratamiento de una fase depresiva grave como consecuencia de un tratamiento antidepresivo de alta potencia. La opinión de la mayoría de autores es que se trata de un caso con predisposición hacia el Trastorno Bipolar, en mayor o menor grado, que precipita en ese momento concreto y ante una intensa estimulación de los fármacos antidepresivos. Lo importante es reconocer los síntomas que presagian el inicio de esta fase de manía, entre otros: Expan-

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

sión y exaltación persistente del estado de ánimo. Comportamiento errático y desinhibido. Excesos en los gastos o en el juego. Viajes no esperados como por impulsos. Aumento del deseo sexual. Participación exagerada en actividades y responsabilidades. Escasa tolerancia a la frustración con irritabilidad y brotes de ira. Síntomas vegetativos o somáticos (excitabilidad sexual, adelgazamiento, anorexia, insomnio porque no necesitan dormir, energía excesiva). Inquietud. Cambios en el aspecto personal (ropa seductora o llamativa, maquillaje excesivo en el caso de la mujer, escasa atención al aspecto personal o combinaciones poco habituales o grotescas en el vestido). Tendencia al intrusismo, a entrometerse o a disminuir el espacio interpersonal. Apariencia divertida, o amenazadora, con cambios bruscos. Euforia inapropiada. Exigente con los demás. Habla apresurada, pensamiento saltígrado –pasando de un tema a otro sin aparente lógica-, tono de voz alto, llamativo y exagerado. Alto nivel de autoestima y consideración sobre sí mismo. Tendencia a la grandiosidad y a la presunción desmesurada. Egocentrismo extremo e incomprensible en relación a su estado de normalidad. Ideas anormales o delirios de grandeza, poderes personales, valía o recuerdos deformados del pasado, proyectos utópicos en el ámbito personal o profesional –con riesgo de inversiones ruinosas– y tendencia a sentirse perjudicado –ideas paranoides– cuando se le lleva la contraria o se le intenta confrontar con la realidad. Tendencia a la distracción y dificultades de concentración, a la vez asociada a una aparente eficacia en capacidades como la memoria y la intuición. Negación casi absoluta de la enfermedad, tan sólo reconocerán aspectos tangenciales, por ejemplo, que duermen poco o que han adelgazado, lo que complica enormemente su colaboración para acudir al especialista y cumplimentar el tratamiento. Como consecuencia de toda esta retahíla de alteraciones, en mayor o menor grado, el paciente sufre una incapacidad para tomar decisiones organizadas o racionales.

Algunos casos prácticos pueden ilustrar sobre la dramática situación que puede crear un episodio de manía en el entorno familiar.

Caso 1: Varón de mediana edad, casado, dedicado a los negocios que en pocos días su estado de ánimo se transforma de una apatía y abandono de sus obligaciones, pasando casi todo el tiempo dormitando salvo durante las últimas horas del día en que se activa levemente, a un estado de actividad desbordante, se muestra locuaz, hablador, sin necesidad de dormir apenas y con proyectos profesionales desmesurados. Un día le comunica a su familia que acaba de firmar un gran contrato. Ha comprado un barco cargado de escobas que revenderá para conseguir grandes ganancias.

Caso 2: Mujer joven, soltera, a punto de acabar sus estudios universitarios, que después de una situación de estrés académico y abandono de sus rutinas de sueño y descanso, obligada por la preparación de los últimos exámenes de la carrera, comienza a mostrarse muy interesada en contactar con ONGs porque después de unos días de notarse con una energía inusual, un pensamiento desbordante y una locuacidad desconocida para ella, experimenta una revelación por la cual debe organizar una nueva ONG para resolver el hambre de los niños de Somalia. Tiene pensado utilizar una cadena de favores y ha calculado el número de personas implicadas. Dejará de estudiar y recorrerá el mundo como el personaje de *Forrest Gump* para reclutar a gente solidaria.

Caso 3: Mujer de edad media, soltera, que recibe un nuevo tratamiento porque después de varias depresiones el último episodio depresivo se mostraba resistente al fármaco habitual. A la semana de iniciar éste ha girado su estado de ánimo de forma sorprendente. Comienza a arreglarse como si fuera una jovencita, se pinta con colores vivos y de forma desbordante, habla de continuos proyectos y, sin intereses previos, se acaba de echar un novio que ha conocido en el gimnasio al que recientemente se había matriculado, considera que es el hombre de su vida. Su familia le advierte de los riesgos de intimar con un hombre al que no conoce suficientemente, pero ella se muestra irritable y desconsiderada con los familiares que se oponen a su felicidad. No acepta ninguna crítica al respecto.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

5. Presentaciones del Trastorno Bipolar

El Trastorno Bipolar se presenta de varias formas clínicas según el predominio de unas fases u otras. La descripción más conocida es la del Trastorno Bipolar tipo I, que se caracteriza por la alternancia de fases de manía y depresión con síntomas muy marcados en ambas fases. Dentro de este gran grupo de tipo I puede aparecer predominio de fases depresivas, maníacas o de forma alternante. En un número elevado de casos de este tipo I las fases de manía pueden manifestarse con tal intensidad y sin conciencia de enfermedad que requieren hospitalización en una unidad de agudos de un hospital general o en una clínica especializada. Las fases depresivas también pueden ser muy intensas, pero la conciencia de grave enfermedad por parte del paciente facilita su tratamiento ambulatorio, siempre bajo supervisión. En caso de intensa ideación suicida y sin garantías de control domiciliario también requiere hospitalización hasta que se asegure una mejoría clínica estable.

El Trastorno Bipolar tipo II se presenta con un predominio de fases depresivas graves e intensas y, en ocasiones, no frecuentes, fases de hiperactividad, alegría excesiva o euforia, generalmente, de intensidad moderada (*hipomanía*) por lo que se suelen controlar bien de forma ambulatoria. Las fases depresivas pueden presentarse con los mismos riesgos que en el Trastorno Bipolar tipo I.

El Trastorno Bipolar tipo III, reconocido por varios autores, sería un tipo de trastorno depresivo recurrente refractario que, ante un tratamiento antidepresivo intenso y/o en combinación con varios fármacos cicla o vira hacia un cuadro de manía franca. Esta respuesta puede poner en alerta al psiquiatra para tratar con estabilizantes y evitar en posteriores recurrencias depresivas el uso de antidepresivos de alta potencia o de determinado mecanismo de acción.

La Ciclotimia se puede considerar como el trastorno bipolar *minor* o menos grave, puesto que las características de las fases depresivas son de intensidad leve o moderada y las fases de euforia son catalogadas como de manía leve o hipomanía.

Otras presentaciones más raras, que resultan más complejas de tratar por parte de los especialistas, son la aparición de síntomas mixtos en una misma fase: quejas depresivas y alteraciones propias de la manía; manía irritable: dónde predomina la excesiva actividad, la irritabilidad, una cierta rebeldía y la ausencia de conciencia de enfermedad; la ciclación rápida: en donde aparecen cambios bruscos, en periodos cortos de tiempo, horas o días, entre estados de depresión y de manía.

La indicación de ingreso hospitalario está determinada por la nula conciencia de enfermedad, la intensidad de los síntomas, el riesgo de suicidio o de conductas de riesgo para la salud física o la merma patrimonial y la falta de colaboración del paciente en la adhesión y continuidad del tratamiento.

6. Tratamiento del Trastorno Bipolar

El tratamiento farmacológico de fondo del trastorno bipolar son los *estabilizadores* que, como su nombre indica, buscan estabilizar el estado de ánimo, evitar las fluctuaciones hacia las fases maníacas/hipomaniacas o depresivas.

Desde hace décadas, el carbonato de litio, o sales de litio, se emplea en el tratamiento del Trastorno Bipolar por su capacidad de prevención de los ciclos. El mecanismo de acción aún no es del todo conocido. Se teoriza que su acción moduladora la ejerce desde el interior de la neurona, más allá de los receptores de membrana, en lo que se denomina segundo mensajero. Regula un tipo de proteínas o sustancias implicadas en la actividad de la neurona, también se considera que actúa en la expresión génica a través de la modulación de determinadas enzimas necesarias para la producción de proteínas. Es decir, su acción es la de regular las señales químicas y la elaboración de moléculas en el interior de la neurona.

El litio ayuda a controlar las fases de manía y, a su vez, previene la aparición de episodios re-

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

currentes de la enfermedad bipolar. Se considera que es muy efectivo en el 50% de los casos. Pero requiere continuos controles de su nivel en sangre debido a la necesidad de vigilar por un lado los rangos terapéuticos y por el otro la aparición de efectos secundarios a corto y a largo plazo, sobre todo conviene controlar la función tiroidea y la renal. Se realizan análisis varias veces al año como medida preventiva. Si la tolerancia es buena desde el inicio del tratamiento, no suelen aparecer problemas importantes. En la actualidad se considera que el litio puede tener un papel importante en la protección cerebral por su potencial capacidad para actuar como regenerador neuronal.

Otros fármacos, también utilizados en la epilepsia, se han mostrado eficaces en la prevención de la ciclación, en concreto algunos anticonvulsivos (ácido valproico, carbamacepina, lamotrigina, topiramato y otros). Su mecanismo de acción es a través de otros receptores de la membrana neuronal, en los llamados canales iónicos (sodio, potasio, calcio), consiguiendo controlar neurotransmisores implicados en la excitación (glutamato) o activando la acción inhibitoria de otros (GABA). En ocasiones, pueden asociarse a sales de litio ante la falta de respuesta a un tratamiento exclusivo o en monoterapia. En situaciones de agudeza del cuadro maníaco también prescriben los especialistas fármacos de acción antipsicótica de nueva generación para neutralizar la excitación, los delirios o los trastornos de la percepción.

Todos estos tratamientos requieren periodos muy largos de utilización para que sean eficaces. En la mayoría de los casos necesitan los pacientes un mantenimiento con aquellos estabilizantes que hayan demostrado capacidad de control de las fases. Si ponemos en una balanza los beneficios a un lado, con sus efectos secundarios, y al otro el Trastorno Bipolar, siempre consigue un mayor peso específico los fármacos, a pesar de los inconvenientes, habitualmente controlables. En casos de difícil control, por mostrarse resistente tanto la fase depresiva como la de manía, está indicada, en las Guías Clínicas y Terapéuticas más reputadas a nivel científico, el uso de la Terapia Electro-Convulsiva (TEC). Esta técnica consigue mediante un efecto de neuromodulación cerebral –efecto *antikindling* o anti-autoencendido o anti-hiperexcitabilidad neuronal de los circuitos tanto excitadores como inhibidores implicados en el trastorno bipolar– un cambio clínico favorable con escasos y por lo general leves efectos secundarios en menor tiempo que los tratamientos farmacológicos. Es un tratamiento por lo general de uso hospitalario y avalado por la colaboración de especialistas en Anestesiología y Reanimación.

Obviamente, en las fases depresivas es necesario recurrir a medicación antidepresiva y en las fases de manía o hipomanía a medicación que frene la situación de euforia y activismo que habitualmente son fármacos del grupo de los neurolépticos. La mayor dificultad está en no provocar el cambio de fase con el tratamiento de una de ellas. Los estabilizadores son una ayuda eficaz pero es imprescindible el seguimiento cercano para ajustar las dosis y el tiempo de prescripción de los fármacos.

7. Recomendaciones en la vida laboral y social

Las personas que sufren un Trastorno Bipolar pueden experimentar recaídas y recurrencias cuando se enfrentan a situaciones de alto estrés emocional. No solamente ante situaciones de pérdida o desgracia, también en otros momentos de cambio positivo o alegrías desmesuradas. Es lo que se denomina «alta sensibilidad al estrés emocional». Por ello, es conveniente no exponerse a estas situaciones o que las exigencias de la familia sean valoradas en su justo término. Por ejemplo, no cargar de exigencias a la persona predispuesta a sufrir estas ciclaciones en el ámbito laboral o social. En ocasiones, incluso conviene recomendar un cambio en la actividad profesional, suavizar las responsabilidades que implican un cargo o una actividad exigente, o descargar de compromisos sociales a la persona enferma. Esta medida se alargará más o menos en el tiempo dependiendo de la respuesta al tra-

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

tamiento, de la gravedad de la enfermedad o de las secuelas globales que pueden generar las fases de la enfermedad (alteraciones cognitivas, habilidades sociales u otras). En los casos más graves puede ser necesario recurrir a la incapacidad laboral permanente. En las formas juveniles del Trastorno Bipolar, debido a la gravedad de las mismas y la incidencia en las etapas claves de la formación y capacitación académica y/o profesional, estas limitaciones pueden obligar a reorientar compromisos de alto nivel de exigencia.

8. Consejos para los pacientes con Trastorno Bipolar

Las recomendaciones para las personas que sufren esta enfermedad, en opinión de los expertos, estarían enfocados a dos grandes objetivos, claves para una evolución favorable de la enfermedad. El primero sería la concienciación y aceptación de la enfermedad. El segundo objetivo la disciplina y la adhesión al tratamiento. Esto último resulta difícil porque durante periodos, a veces largos de tiempo, el paciente tiene la impresión de estar curado y funcionar con total normalidad, pero todos los estudios de seguimiento demuestran que la ciclación aparecerá en cualquier momento, que los síntomas de inicio no serán captados por el interesado, tampoco aceptará con humildad la opinión de los cercanos y la enfermedad tendrá más difícil control, requerirá más dosis y asociación de fármacos, y a largo plazo tenderá a la cronicidad.

Los consejos prácticos que siguen a continuación se encaminan en esta línea de prevención y reconocimiento de síntomas de ciclación, recaída y recurrencia:

– Conoce la enfermedad todo lo profundo que tus capacidades te lo permitan. Conocer a tu enemigo siempre te dará ventajas.

– Recoge los interrogantes y las preguntas que te vengan a la cabeza, mejor por escrito, y plantéalas en la consulta con tu médico.

– Trata de rechazar las actitudes derrotistas y piensa que sufres una enfermedad de buen pronóstico con los tratamientos adecuados y un estilo de vida sano y ordenado. A lo largo de la historia grandes personajes de las artes, la literatura, la política, la economía y el pensamiento en general han padecido el trastorno y no les impidió aportar grandes avances en su etapa biográfica tanto en lo personal como en lo social y cultural.

– Siempre piensa en tu familia. Todos estamos implicados en la felicidad de otros, sobre todo los cercanos y allegados. Si el enfermo fuera otro miembro de la familia lo admirarías y le pedirías que aceptara la enfermedad como motivo de crecimiento colectivo.

– Apóyate en las personas de confianza adecuadas. El papel del psiquiatra, en colaboración con un psicólogo experto en estos temas, es crucial. Acude a los controles con la frecuencia que ellos te indiquen.

– Los medicamentos son absolutamente imprescindibles. Nunca te los olvides en los viajes, en vacaciones o cuando salgas de tus rutinas. Busca ayuda en algún familiar que sea el «supervisor enfermero doméstico» si te cuesta el orden. Pídele a tu médico que te simplifique la posología o el fraccionamiento de la medicación si mantienes una actividad laboral o social.

– Cuida la regularidad en el sueño y el tiempo necesario –alrededor de 8 horas-. Si es posible respetando la hora de acostarse y la de levantarse.

– No tomes decisiones en cualquier momento de la enfermedad, tanto en una fase de depresión como de euforia, no evaluarás bien las circunstancias y el alcance del problema. Y en los periodos de normalidad no fomentes el estrés, el exceso de competitividad y la búsqueda de sensaciones fuertes.

– Renuncia a la ingesta de alcohol y estimulantes como la cafeína en dosis excesivas. Abstente de cualquier droga. Puede originar daño cerebral y poner en marcha la ciclación.

– Acepta algunas limitaciones en la vida social y laboral. Realiza ejercicio físico moderado y con regularidad. Mantén tu mente activa (lee, pinta, modela, aprende tareas nuevas y útiles para tu vida cotidiana, sólo por el placer de aprender y para activar circuitos cerebrales).

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

– Realiza ejercicios de relajación o de contemplación (*mindfulness)* de algunos minutos de duración. Como si contemplaras la belleza de la creación apartando de tu cabeza el pasado y el futuro.

– La mejor autoestima es aquella que nace de la humildad para progresar con la ayuda de los demás y apoyado en los valores y las creencias. Un pensamiento como el que sigue puede abrir horizontes de esperanza: «Desde la realidad ascenderé hasta las cotas más elevadas de dignidad personal y daré un ejemplo a otros de superación ante la adversidad».

9. Recomendaciones para la familia y los cercanos al paciente diagnosticado de Trastorno Bipolar.

– Nadie es capaz de dominar todo el conocimiento humano, ni todo el conocimiento está vigente en un momento de la historia. La sabiduría es acumulativa y su última razón de ser puede intuirse pero no abarcarse en su totalidad. Esto es muy aplicable al Trastorno Bipolar porque a veces es difícil entender que existan estas enfermedades que transforman al ser querido como si fuera un extraño. Pero la persona trasciende a su enfermedad. Quien estuvo está detrás de la máscara de la enfermedad y el objetivo del tratamiento es recuperarlo.

– Entender las limitaciones del paciente es ayudarle en su recuperación.

– Acompañarle a pesar del desafecto es el mayor acto de generosidad y la mayor garantía de amor.

– Relevarle en su auto-cuidado –control de la medicación, acompañamiento a las revisiones, adaptación de horarios familiares, etc.– es la más noble de las acciones del buen samaritano.

– Es muy importante la coordinación con los especialistas –psiquiatra, psicólogo, enfermero especialista en salud mental-, ante cualquier duda es imprescindible contactar con ellos y pedir consejo.

– Por último una recomendación de un artista que también pudo sufrir la enfermedad o alguna de sus variantes: *«Ama tanto como puedas, porque ahí reside la verdadera fuerza, y el que ama mucho desempeña muy bien su labor y puede conseguir muchas cosas. Lo que se hace con amor se hace bien» (Vincent van Gogh).*

Bibliografía

American Psychiatric Association. DSM-5, *Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.* Panamericana. 2014.
Kaplan and Sadock, *Sinopsis de Psiquiatría.* Ed. Lippincott W. & Wilkins. Barcelona 2015.
Sthal, SM., *«Psicofarmacología esencial en la depresión y trastorno bipolar».* Ed. Ariel. Madrid 2001.
Wedding, D. y cols., *«El cine y las enfermedades mentales».* Ed. Ediciones Médicas. Barcelona 2005.
Vieta, E., *«Abordaje actual de los trastornos bipolares».* Ed. Masson. Barcelona 1999.
Amador, X., *«¡No estoy enfermo, no necesito ayuda!».* Ed. Mayo. Madrid 2008.

Webs informativas:

www.bipolarweb.com
www.bipolarneuro.com
www.bipolars.org
www.avtbipolar.org
www.trastorno-bipolar.org/
www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000926.htm
www.asociacionbipolar-demadrid.com/
www.forumclinic.org/trastorno_bipolar
www.puedoser.es/
www.janssen-cilag.es/disease/detail.jhtmlitemname=bipolar_about
www.fisterra.com/guias-clinicas/trastorno-bipolar/
www.bipolarclinic.org/cast/index.html
www.trastornobipolar.org.mx/
www.psiquiatria.com/areas/trastorno_bipolar/
www.lillypro.es/trastorno-bipolar

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

31

Trastornos psicosexuales

Ricardo Zapata y Jorge Plá

La conducta sexual humana constituye un complejo proceso en el que, sobre la base fisiológica de los sistemas reproductor y neuroendocrino, y bajo la influencia de factores socioculturales de todo tipo, participan los diferentes componentes –cognitivos, impulsivos, afectivos, etc.– de la vivencia y las dimensiones –vitales, individuales y trascendentes– de la personalidad. A todo ello se añade, en caso de activación del aparato genital, la necesaria reacción, en interacción con los sistemas nervioso y endocrino, del sistema vascular. Cualquier alteración que afecte a estos componentes, dimensiones y sistemas, puede producir trastornos y disfunciones sexuales. Sobre su prevalencia hay muy pocos datos, y los que existen muestran una gran variabilidad, probablemente debido a las diferencias de los métodos de valoración, de las definiciones empleadas y de las características de la población estudiada.

1. Normalidad y anormalidad de la conducta sexual

Desde un punto de vista estrictamente biológico, una función sexual normal supone tanto la normalidad de los biorritmos neuroendocrinos responsables del funcionamiento del aparato reproductor y del apetito sexual, como la normalidad de los procesos fisiológicos implicados en la realización del acto sexual. Pero este punto de vista quedaría incompleto si se olvida que la sexualidad humana no es meramente, como ya se ha dicho, una función biológica, sino una capacidad que permite manifestar un amor íntimo y total mediante gestos corporales, habilitando a los seres humanos para ser padre o madre.

Por eso, un ejercicio de la sexualidad normal, es decir, que promueve y beneficia a la salud global (biológica, psíquica y moral) de la persona, va más allá de la mera biología. La vida sexual, la conducta sexual, es normal y saludable cuando no sólo respeta los procesos biológicos, sino también las características biopsicosociales de la persona, moviéndola a comportarse de manera verdaderamente humana. Es decir, cuando la pulsión sexual está bajo el autocontrol del sujeto para mantenerla integrada y al servicio de su capacidad de amar. Se podría decir, por eso, que una conducta sexual no es saludable y predispone al trastorno sexual en la medida en que o bien altera los biorritmos y procesos sexuales, o bien condiciona la capacidad de autogobierno sexual de esa persona.

El ser humano puede realizar voluntariamente –y encontrar atractiva y «satisfactoria»– cualquier tipo de conducta sexual, también las que son no saludables, sin que ello signifique

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

estar enfermo o padecer un trastorno psicosexual. Sólo se habla de trastorno si se ve significativamente alterada la biología sexual o el autocontrol sexual. Significativamente quiere decir que la afectación es persistente y recurrente e interfiere con las actividades ordinarias del sujeto provocándole, por lo general, malestar intenso[1], dificultades interpersonales y deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la vida.

En cuanto a la moralidad del comportamiento sexual alterado[2], tanto en las alteraciones de la función como, sobre todo, en los trastornos de autodominio sexual, se puede decir que tales actos son moralmente responsables en la medida en que son libres. Podrían darse situaciones extremas de total falta de voluntariedad del sujeto, lo que anularía su responsabilidad moral subjetiva. En general, las conductas y decisiones concebidas bajo la presión del trastorno-base tendrán una valoración moral acorde con el grado de conocimiento y voluntariedad del sujeto.

En la práctica, a la hora de ayudar a prevenir las conductas sexuales de abuso o de trastorno hay que proponer como meta la abstinencia absoluta de la conducta problema. Para ello el propio interesado ha de llegar a la convicción de su absoluta y total indeseabilidad (sin subterfugios, ni racionalizaciones o justificaciones de la misma), y tomar la firme decisión de evitar la aparición de dicha conducta problema, mediante la prevención de cualquier antecedente de la misma. En definitiva, estas personas deben poner todos los medios bio-psico-sociales (y espirituales, en su caso) como si todo dependiera de ellos, sabiendo que en medicina los resultados no dependen siempre y del todo de dichos medios y que pueden producirse recaídas.

2. Tipos de trastornos

Cada persona nace con un determinado sexo genético y durante su desarrollo va madurando, aprendiendo y configurando los diferentes aspectos de su sexualidad –identidad, sensibilidad y autocontrol eróticos, funcionamiento de los órganos genitales, etc.– de forma integrada con los demás elementos de la personalidad. Como ya se ha señalado, la madurez de la psicosexualidad va a depender en gran medida de que la pulsión sexual pueda ser informada e integrada dentro de la vida amorosa de la persona.

En este proceso, la primera dimensión que se puede alterar es la identidad sexual, que es la convicción interna de ser varón o mujer. Dicha convicción se desarrolla en los primeros años de vida y, generalmente, se establece completamente a los 3 años de edad. Depende en gran medida del sexo en que se educa al sujeto y, una vez adquirida, es muy resistente al cambio[3].

Otro aspecto de la psicosexualidad que se puede alterar es la capacidad de autocontrol erótico. Cuando esta tiene lugar por dependencia de situaciones o emociones parasexuales se conoce como parafilia. Por su parte, la incapacidad de autocontrol de la actividad sexual debida a una exagerada intensidad del impulso sexual o a un condicionamiento adictivo del mismo, se conoce como trastorno por hiperactividad sexual.

Finalmente, se pueden alterar los sistemas psicofisiológicos implicados en la realización del

1. Hay que tener en cuenta que en los trastornos psicosexuales de tipo adictivo o que expresan ciertas patologías de la personalidad, pueden no darse ni el malestar por la alteración, ni la conciencia de enfermedad.

2. Schlatter, J., Monge, M. A: «Psicopatología de la sexualidad», en Monge, M. A. (ed.), *Medicina Pastoral*, EUNSA, 2002, pp. 301-328.

3. En sintonía con la identidad sexual, el papel sexual –actitudes, patrones de comportamiento y atributos de personalidad, definidos por la cultura como estereotipo social masculino o femenino– se aprende también desde los primeros meses de la vida y culmina hacia el final de la adolescencia y principios de la vida adulta. Pueden darse actitudes de mayor o menor rechazo de los papeles socioculturalmente establecidos, pero sus «alteraciones» son secundarias a las de identidad.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

acto sexual. Tales alteraciones se conocen como trastornos de la función sexual o disfunciones sexuales.

De cada uno de estos tipos de trastornos nos ocuparemos a continuación.

3. Trastorno de la identidad sexual (transexualismo)[4]

El trastorno de la identidad sexual (en adelante TIS) se caracteriza por una identificación acusada y persistente de la persona con el sexo opuesto, y se expresa por un malestar[5] persistente con el sexo propio y un sentimiento de inadecuación con el rol sexual que le corresponde (tabla 1y 2). No se conocen las causas de este trastorno. La identidad sexual se establece y está influida por factores psicosociales que acontecen durante los primeros años de vida. Las investigaciones dirigidas a encontrar marcadores biológicos que predispongan a este trastorno no han arrojado conclusiones convincentes.

El trastorno suele manifestarse por primera vez durante la primera infancia. Es necesario ser cuidadoso antes de llegar a este diagnóstico ya que en los niños resulta complicado establecer una separación entre la identidad sexual y el comportamiento (el rol) sexual. Por ejemplo, muchos niños con una identidad sexual normal «juegan con muñecas» y muchas niñas se comportan como sus hermanos y les gustan los juegos rudos y con contacto físico. Sin embargo, un niño o niña con TIS no sólo exhibe comportamientos propios del rol sexual opuesto, sino que tiene alterada su propia percepción de «ser» niño o niña.

Tabla 1

Características del trastorno de identidad sexual en los niños

– Deseos repetidos de ser un miembro del otro sexo o insistencia en que se es.
– En los niños, preferencia por simular vestimenta femenina.
– En las niñas, insistencia en llevar puesta solamente ropa masculina.
– Preferencias marcadas y persistentes por el papel del otro sexo.
– Fantasías referentes a pertenecer al otro sexo.
– Deseo intenso de participar en los juegos y pasatiempos propios del otro sexo.
– Preferencia marcada por compañeros del otro sexo.

4. En el DSM-5, el trastorno figura como «Diforia de género». Según sus redactores, en atención a las reivindicaciones de las asociaciones pro-normalización de las alteraciones de la sexualidad (lobys de ideología de género y asociaciones LGTB), se ha optado por evitar la palabra trastorno (como figuraba en el DSM-IV), para no estigmatizar como enfermos mentales a las personas que padecen Transexualismo.

5. Las manifestaciones de malestar pueden expresarse en los chicos por sentimientos de que el pene o los testículos son horribles o van a desaparecer o de que sería mejor no tener pene, y por aversión hacia los juegos violentos y rechazo de los juguetes, juegos y actividades propias de los niños. En las niñas el malestar se manifiesta por el rechazo a orinar en posición sentada, los deseos de tener pene en un futuro o de no querer tener mamas ni regla, o por la aversión extrema hacia la ropa femenina. En los adolescentes y los adultos el malestar se manifiesta por síntomas como preocupación por eliminar las características sexuales primarias y secundarias (por ejemplo, pedir tratamiento hormonal, quirúrgico o cualquier otro procedimiento para modificar físicamente los rasgos sexuales y, de esta manera, parecerse al otro sexo) o creer que se ha nacido con el sexo equivocado. OMS, CIE-10 *Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*, Madrid, MEDITOR, 1992, p. 267; APA, DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, Barcelona, Masson, 2002, p. 645.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

Tabla 2

Características del trastorno de identidad sexual en adolescentes y adultos

– Deseo firme de pertenecer al otro sexo.
– Considerarse con frecuencia como del otro sexo.
– Deseo de vivir o ser tratado como del otro sexo.
– Convicción de experimentar las reacciones y sensaciones típicas del otro sexo.

Es menos frecuente en chicas que en chicos. De un tercio a dos tercios de los chicos y la mayoría de las chicas con este trastorno presentan una predisposición homosexual durante la adolescencia y la vida adulta.

Sin embargo, muy pocos presentan transexualismo en la vida adulta (aunque la mayoría de adultos transexuales refieren haber presentado problemas de identidad sexual en la infancia).

En la vida adulta, estas personas muestran una importante disforia[6] con su identidad sexual, acompañada de un deseo persistente de tener las características físicas y los papeles sociales propios del otro sexo. Aunque no existen datos objetivos sobre la incidencia y la prevalencia del trastorno en la edad adulta, parece haber un acuerdo generalizado sobre su escasa frecuencia y sobre su mayor prevalencia entre los hombres[7].

La exploración física, el cariotipo de los cromosomas sexuales y las hormonas sexuales de las personas con TIS son normales, en contraste con los genitales ambiguos o el hipogonadismo encontrados en las enfermedades físicas intersexuales (que obedecen a causas biológicas u hormonales).

No hay ningún test diagnóstico específico para el TIS. Los tests psicológicos pueden revelar una identificación o unos patrones de comportamiento del otro sexo.

a) *Complicaciones del trastorno de identidad sexual*[8]

Estas personas suelen presentar aislamiento social, ostracismo y baja autoestima. Si como ocurre a menudo, el paciente muestra rasgos y patrones de expresión femeninos acusados, el rechazo y las burlas de los compañeros suelen ser habituales, y contribuyen a potenciar los sentimientos de aversión y las actitudes de rechazo en el colegio. La relación con los padres puede verse también muy afectada.

No es infrecuente que el niño con TIS presente al mismo tiempo trastornos de ansiedad por separación y síntomas depresivos. Los adolescentes están también predispuestos a sufrir depresión, a presentar ideación suicida y a cometer intentos de suicidio. Entre los adultos con este trastorno se da un índice elevado de patología psiquiátrica concomitante, con una frecuencia especial de los trastornos límite, antisocial o narcisista de la personalidad, abuso de sustancias y conductas autodestructivas o suicidas. Además pueden presentarse complicaciones metabólicas especialmente en los varones que se automedican con hormonas.

6. El término «disforia sexual» se utiliza para caracterizar la sensación de malestar o preocupación que siente la persona con trastorno de identidad sexual por su condición de varón o de mujer.
7. DSM-IV-TR, op. Cit.
8. APA, DSM-IVTR, op. cit.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

b) *Prevención del trastorno de identidad sexual*

Aunque se desconoce la influencia concreta de los factores ambientales en el origen del TIS, los especialistas con más experiencia sugieren una serie de pautas y medidas para prevenirlo. En primer lugar los padres deben evitar la indiferencia, pensando que son cosas sin importancia, y menos aún reforzar en sus hijos las conductas propias del sexo contrario. Ha de llamarles la atención que la niña sólo quiera vestir de forma habitual como un chico, o que el niño rehúya por sistema los juegos masculinos en los primeros años de socialización[9]. En general, también se recomienda una mayor atención al desarrollo de la identidad sexual de las niñas físicamente poco agraciadas o de los niños especialmente atractivos, ya que algunos estudios[10] asocian el TIS en las niñas, con la evidencia de ser consideradas frecuentemente menos atractivas que las de un grupo control; y en los niños con la existencia, respecto a los del grupo control, de un mayor atractivo físico.

Los padres habrán de acudir a un buen especialista que les ayude a entender y manejar esta situación[11].

c) *Tratamiento del trastorno de identidad sexual*

Si se tiene en cuenta la infelicidad profunda de estos niños durante la escolarización, los diversos problemas que acompañan el fenómeno de la atracción por personas del mismo sexo durante la adolescencia, y los resultados tan positivos obtenidos al instaurar tempranamente una terapia adecuada, es natural que los padres busquen pronto una ayuda para sus hijos. Los patrones de comportamiento característicos del TIS son precisamente mecanismos de defensa que adopta el niño por el malestar con su propio sexo. La raíz no está en un problema biológico (genético, anatómico, etc.), sino en un conflicto emocional[12].

Un aspecto particularmente difícil de afrontar se presenta cuando esas personas, llegadas ya a edad adolescente o adulta, solicitan insistentemente un «cambio de sexo» mediante cirugía y se muestran reacias a aceptar cualquier otra alternativa terapéutica. Este tipo de «soluciones» entrañan hondos problemas y no sólo desde el punto de vista médico (quirúrgico, psicológico)[13], sino sobre todo desde el punto de vista humano. Como es sabido, el sexo es algo deter-

9. Algunos padres se preguntan qué tiene de malo que su hijo juegue con muñecas. La cuestión no es que el niño juegue con muñecas y también con otros juguetes, sino que no quiera jugar con los juguetes habituales de su propio sexo. Es decir, que rechacen ciertas ropas o juegos *precisamente porque* son de su propio sexo. Ahí se pone de manifiesto el conflicto emocional que padecen.

10. Zucker, K. J., Wild, J., Bradley, S. J.,Lowry, C. B., «Physical attractiveness of boys with gender identity disorder», Arch Sex Behav, Feb; 1993, 22 (1) pp. 23-36. También Fridell, S. R., Zucker, K. J., Bradley, S. J., Maing, D. M., «Physical attractiveness of girls with gender identity disorder», Arch Sex Behav, Feb; 1996, 25 (1) pp. 17-31.

11. Como medidas de tipo general, lo primero ante un niño con problemas de identidad sexual –más aún si ya el TIS es manifiesto– es evitarle el aislamiento y la humillación entre sus compañeros, y prevenir el desarrollo de una disforia sexual adulta ayudándole a aceptar su propio sexo. En el caso de la niña, se debe estimular la relación e identificación con la madre y la valoración del papel y de los comportamientos femeninos. En el caso del niño, los padres procurarán evitar el refuerzo de conductas femeninas, evitar las relaciones excesivamente estrechas e inapropiadas madre-hijo, y potenciar los papeles de padre y de hijo reforzando roles masculinos.

12. Los estudios estadísticos realizados hasta el momento demuestran que los niños o niñas que manifiestan esos rasgos de comportamiento antes de la edad escolar, tiene luego más probabilidad de ser infelices y quedarse aislados y solitarios en el colegio. Frecuentemente presentan ansiedad de separación, depresión y algunos problemas de comportamiento, como ya se dijo. Y por desgracia pueden ser presa fácil de pedófilos. En la adolescencia experimentan atracción sexual por personas de su mismo sexo, aspecto del cual se hablará en otro capítulo. Cuando se lleva a cabo un tratamiento adecuado del TIS, todas estas cosas pueden ser prevenidas y evitadas.

13. El pretenciosamente llamado «cambio o reasignación de sexo» implica un tratamiento hormonal y quirúrgico no exento de complicaciones médicas. Los estrógenos que se administran a los varones pueden dar lugar a trombosis venosa profunda, trastornos tromboembólicos, aumento de la presión arterial, aumento de peso, disminución de la tole-

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

minado genéticamente: incluso cada célula del organismo lleva los cromosomas que la identifican y establecen su sexo masculino o femenino. En el periodo prenatal tiene lugar la impregnación hormonal del cuerpo en desarrollo, que hace a los niños diferentes de las niñas, también en el sistema nervioso central. La cirugía de mutilación y los tratamientos hormonales podrán proporcionar con más o menos éxito la apariencia de un cuerpo masculino o femenino, pero no pueden cambiar la realidad subyacente, porque *realmente* no es posible cambiar el sexo de una persona. Confiar la solución del conflicto a una técnica quirúrgica sería vivir de espaldas a la verdad, engañándose respecto a la propia identidad. El «conflicto» no está en su cuerpo, sino en su mente.

Los especialistas con experiencia en cambio quirúrgico de sexo son los primeros que han comprobado los pobres resultados de esas experiencias y han visto defraudadas sus expectativas[14]. Si bien los usuarios de esas técnicas referían estar satisfechos de los resultados, los estudios psicológicos realizados tras el «cambio de sexo» mostraban que persistían aún los mismos problemas psicológicos, tanto en sus relaciones humanas como en la esfera sentimental y de sus emociones (baja autoestima, miedos, tristeza). Llevar a cabo quirúrgicamente la alteración corporal de esas personas era coadyuvar a su conflicto mental más que tratarlo y remediarlo. Por eso al tratar personas que manifiestan deseos de pertenecer al otro sexo, que refieren que son mujeres atrapadas en cuerpos de hombres o al revés, es de capital importancia llegar a dar con el conflicto emocional («¿por qué piensas que serías más feliz o te sentirías más seguro siendo del otro sexo?»).

El tratamiento psicoterápico, general y específico, va dirigido a la aceptación de la propia corporalidad, la disolución de la identidad sexual anómala y la reidentificación con el sexo biológico y el papel sexual correspondiente[15]. La psicoterapia es difícil –tanto como la de otros tipos de trastornos de identidad (personalidad límite, trastornos psicóticos, disociativos, etc.)– ya que la mayoría de los pacientes con disforia sexual insiste en solicitar el «cambio» de sexo mediante cirugía[16].

4. Trastornos de dependencia parasexual o parafilias

Las parafilias o desviaciones sexuales son trastornos de la conducta sexual caracterizados por la dependencia o «preferencia»[17] (predisposición intensa o tendencia persistente y

rancia a la glucosa, alteraciones hepáticas y depresión. Los efectos secundarios no deseados de la testosterona que se administra a las mujeres son el acné, el edema secundario a la retención de sodio y el deterioro de la función hepática. El tratamiento quirúrgico en los hombres –orquiectomía bilateral, amputación del pene y creación de una vagina artificial– puede dar lugar a estenosis uretral, estenosis vaginales y fístulas rectovaginales, y la intervención que se realiza en las mujeres –mastectomía bilateral e histerectomía opcional con extirpación de los ovarios (hasta ahora, los esfuerzos por crear un pene artificial han tenido escasos resultados)– puede ocasionar cicatrices de la pared torácica y enfermedad poliquística del ovario. Becker, J. V., Johnson, B. R., o.c.

14. Cfr., entre otros, Paul McHugh, *Surgical Sex*, en «First Things» 147 (nov 2004): 34-38. El Dr. McHugh ha sido muchos años Director del Departamento de Psiquiatría en la Fac. de Medicina Johns Hopkins.

15. El rechazo de la propia identidad sexual supone la negación de la propia identidad del individuo, ya que el cuerpo es una dimensión de la persona y no sólo una cosa poseída por ésta.

16. Con todo, la psicoterapia suele ser útil en los casos en que el diagnóstico no está claro. El tratamiento de los miedos del paciente a la homosexualidad modifica, en ocasiones, el deseo de un «cambio» quirúrgico de sexo. La psicoterapia ayuda también a que el paciente acepte la posible irreversibilidad parcial o total del trastorno, y pueda conseguir la realización personal y social, a pesar de su limitación para el desarrollo de relaciones psicosexuales.

17. El término «preferencia» es un eufemismo conceptual –preferencia connota capacidad para elegir, lo que ya no supondría dependencia parafílica-. Otro eufemismo utilizado generalmente es el de «inclinación» parafílica, con el que se han querido sustituir, tal vez por su resonancia peyorativa, los términos «desviación» o «perversión», utilizados clásicamente para estos trastornos.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

recurrente[18]) que tiene el individuo de experimentar –imaginaria, simulada o realmente– determinadas emociones o situaciones, ajenas a la psicofisiología del acto sexual (homoeróticas, de dominación, anonimato, despersonificación, deshumanización, etc.), para conseguir excitación y/o satisfacción sexual. Las causas de las parafilias son aún desconocidas: las teorías y modelos explicativos propuestos para explicar el desarrollo de las parafilias incluyen factores evolutivos, neuroendocrinos y del aprendizaje social, pero ninguno aporta resultados concluyentes.

Estas alteraciones suelen tener un carácter hipersexual de tipo obsesivo y/o compulsivo y una dependencia propia de las adicciones que hacen que tiendan a cronificarse[19]. Con todo, tanto las fantasías como los comportamientos suelen disminuir con el paso de los años y, a veces, existen periodos de tiempo en los que su frecuencia e intensidad varían de modo sustancial. Los comportamientos pueden incrementarse en respuesta a estímulos psicosociales estresantes, en relación con otros trastornos mentales, o simplemente con la «oportunidad» de poder practicar la parafilia de que se trate.

Algunas fantasías y comportamientos asociados con las parafilias pueden iniciarse en la infancia o en las primeras etapas de la adolescencia, pero su desarrollo se define y elabora completamente durante la adolescencia y los primeros años de la vida adulta (en más del 50% de los casos la alteración parafílica se inicia antes de los 18 años)[20].

Aunque existen pocos datos sobre la prevalencia o el curso de muchos de estos trastornos (los pacientes con parafilia raramente acuden para recibir tratamiento por propia iniciativa) el gran mercado comercial de la pornografía, y todo lo relacionado con ella, hace pensar que la prevalencia de este trastorno en la población puede ser elevada. La mayoría de las parafilias se diagnostican en el hombre y aproximadamente la mitad de los individuos que presentan parafilias están casados.

Las parafilias se diferencian según las características del estímulo parafílico. La más frecuente[21] parece ser la paidofilia, seguida del exhibicionismo y del voyeurismo. También se han descrito la coprolalia telefónica (llamadas obscenas), el parcialismo (atención centrada exclusivamente en una parte del cuerpo), la zoofilia o bestialismo (animales), la coprofilia (heces), la clismafilia (enemas), la urofilia (orina), la necrofilia (cadáveres), etc.

a) *Complicaciones de las parafilias*

Por lo general, las fantasías, los impulsos sexuales, o el comportamiento parafílicos provocan en el paciente malestar intenso y acaban por producir deterioro personal, familiar y sociolaboral. Los pacientes manifiestan intensos sentimientos de culpa, vergüenza y depresión por el hecho de efectuar actividades sexuales inusuales, que no son aceptadas socialmente o que ellos mismos consideran inmorales. La dependencia parafílica distorsiona el desarrollo psicosexual saludable limitando la capacidad de trascendencia amorosa y, si se trata de personas casadas, afecta severamente la estabilidad matrimonial y

18. Aunque hemos mantenido los términos «predisposición intensa y tendencia persistente y recurrente» utilizados habitualmente en manuales y publicaciones especializadas para describir el trastorno parafílico, hay que advertir que dichos términos no son conceptos del todo apropiados para conceptualizarlo, ya que no expresan la dependencia –falta de libertad– del yo que implican dichos trastornos.

19. Herman, J. L., «Sex offenders: A feminist perspective», en Marshall, W. L., Laws, D. R., y Barbaree, H. E. (eds.), *Handbook of sexual assault*, Nueva York, Plenum Press, 1990.

20. Becker, J. V., Johnson, B. R., y Kavoussi, R. J., «Trastornos sexuales y de la identidad sexual», en Hales, R. E., Yudofsky, S. C. y Talbott, J. A. (eds.), Tratado de psiquiatría, Barcelona, Masson, 3ª ed. 2000, tomo I, p.752.

21. En realidad, la prevalencia de los diferentes tipos de parafilias es desconocida. Como las estimaciones más fidedignas derivan de los casos de denuncias legales, la pedofilia aparece como la más extendida. Es muy probable que las más frecuentes, aunque dada su «normalización» social no estén recogidas por las estadísticas, sean el autoerotismo y la homofilia.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

familiar. Cuando la actuación parafílica implica a menores o adultos que no consienten, el paciente debe hacer frente además, a las correspondientes responsabilidades legales.

b) *Prevención y tratamiento de las parafilias*

La mejor forma de prevenir estos trastornos es, lógicamente, una educación sexual que ayude a configurar el sentido humano de la sexualidad, protegiendo a niños y adolescentes de los riesgos de activaciones sexuales –fantasías o experiencias– precoces. Si se detecta un comportamiento de riesgo parafílico, se debe realizar o reforzar una psicoeducación sexual, que incluya la toma de medidas para ayudar al niño o al joven a mantener una abstinencia absoluta de cualquier conducta que fomente o refuerce el trastorno. Si en un plazo prudencial no se consiguen los objetivos de una sexualidad saludable, o se detectan limitaciones serias en el control del impulso sexual, habrá que recurrir a un especialista en psiquiatría con adecuada formación en estas materias.

El tratamiento va dirigido a suprimir la sexualidad parafílica[22] mediante la adquisición de control sobre la conducta desviada, y a normalizar la conducta sexual del individuo de acuerdo con sus circunstancias. Para ello se utilizan métodos psicoterápicos y biológicos. La psicoterapia incluye, además de la psicoeducación sexual básica y de la reestructuración cognitiva de los posibles errores y distorsiones sobre la sexualidad, el entrenamiento en habilidades de autocontrol, y evitación de estímulos eróticos. Al mismo tiempo se procuran resolver los posibles conflictos actuales y se trata de fomentar la reelaboración existencial y la integración coherente de la psicosexualidad.

Los tratamientos farmacológicos, persiguen el bloqueo o la disminución de los andrógenos circulantes, responsables del mantenimiento de la excitación sexual. En la actualidad se utilizan la Medroxiprogesterona y el Acetato de ciproterona. No deben emplearse como única forma de tratamiento, sino en el contexto de una psicoterapia, y con conocimiento por parte del paciente de las responsabilidades que se derivan de su conducta sexual. Otros medicamentos utilizados para disminuir el comportamiento parafílico, sobre todo en casos especialmente compulsivos, son los fármacos serotoninérgicos (ciertos antidepresivos relacionados con la serotonina), aunque su eficacia está por demostrar.

5. Trastornos por hiperactividad sexual

Se trata de trastornos caracterizados por un incremento anormal de la actividad sexual. Tanto el apetito sexual como la frecuencia de las relaciones sexuales dependen de múltiples factores biopsicosociales (sexo, edad, estado civil, constitución, aprendizaje, cultura, etc.) que hacen que su rango de normalidad sea muy amplio; con todo, se consideran anormales cuando por su intensidad o frecuencia suponen para el sujeto una preocupación constante y una dedicación obligada y recurrente, que distorsiona su realización psicosexual e interfiere severamente en su vida cotidiana.

Según la etiología que les sirve de base, se han descrito dos tipos de hiperactividad sexual: El trastorno por aumento excesivo del impulso sexual o hipersexualismo y el trastorno de dependencia sexual o adicción sexual.

22. En este sentido, las personas que padecen este trastorno deben evitar relaciones, profesiones, oficios, etc., que supongan un contacto con el estímulo o situación parafílicos, ya que los estudios muestran que como el comportamiento parafílico tiene la dependencia y la compulsividad propias de la adicción, tiende a presentarse ante cualquier «oportunidad» de poder practicar la parafilia y posee un alto índice de recaídas (hasta un 42 % de los procesados por paidofilia y abuso de niños) Hanson, R. K., Steffy, R. A. y Gauthier, R., «Long term recidivism of child molesters», Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1993, 61: 4, pp. 646-652.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

a) *Trastorno por impulso sexual excesivo*[23]

El trastorno hipersexual –conocido como satiriasis en el varón y ninfomanía en la mujer– se caracteriza por un apetito sexual exacerbado e insaciable que lleva a una actividad sexual exagerada, desinhibida, impersonal y por lo general insatisfactoria. El trastorno interfiere las actividades cotidianas y produce malestar en la pareja y conflictos en la relación matrimonial. Suele asociarse a promiscuidad y predispone a comportamientos parafílicos y sexoadictivos que pueden llegar a violentar los derechos de otras personas[24].

b) *Adicción sexual*

La adicción sexual[25] es un trastorno de la conducta sexual caracterizado por la dependencia –incapacidad recurrente y persistente para resistir el impulso– que tiene el paciente de la actividad sexual. El acto sexual y los comportamientos de galanteo, seducción y conquista se convierten en la preocupación central en la vida del paciente y ocupan la mayor parte de su tiempo, lo que da lugar a incumplimientos de obligaciones laborales, académicas o domésticas y a una reducción importante, o incluso al abandono, de sus actividades sociales y recreativas. La frecuencia con que el paciente «necesita» realizar la conducta adictiva puede ir desde una o varias veces al día, hasta siempre que se presenta la ocasión o consigue una «conquista»[26]. Cuando se produce dentro del ámbito matrimonial, la alteración origina malestar y distorsión de la relación interpersonal; pero lo más frecuente es que, a pesar de los esfuerzos del paciente por reducir, controlar o detener la conducta sexual, la adicción se complique con promiscuidad (incluida la prostitución[27]) y comportamientos parafílicos.

Las causas de la adicción, como en los demás trastornos por dependencia, son múltiples; aunque siempre hay que tener en cuenta la existencia de rasgos (impulsividad, deficiente autocontrol, inseguridad[28], sentimientos de vacío existencial) o de trastornos de personalidad (límite, narcisista) que acaban por potenciar el riesgo adictivo de un comportamiento sexual exclusivamente dirigido a la satisfacción física.

c) *Tratamiento de los trastornos por actividad sexual exagerada*

El tratamiento de la hipersexualidad se dirige a contrarrestar las alteraciones biológicas y psicopatológicas del trastorno a través de farmacoterapia y psicoterapia. Farmacológicamente se utilizan neurolépticos y eutimizantes en casos de hipomanía o manía; inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina si predomina la compulsión adictiva; ansiolíticos para el estrés,

23. OMS, CIE-10, Madrid, MEDITOR, 1992.

24. El exagerado impulso sexual puede ser producto de una hiperfunción de cualquiera de las bases que lo sustentan, neuroendocrinas, cognitivas o caracteriales. Así se ha descrito en cuadros maniformes de etiología psiquiátrica u orgánica, en trastornos que cursan con deterioro cognitivo (demencias, postraumatismos) y en pacientes con rasgos de personalidad narcisista y asocial.

25. Echeburúa, E., ¿Adicciones… sin drogas?, Bilbao, Desclée de Brouwer (2ª ed.), 2000, pp. 35-41.

26. La compulsión sexual, que produce siempre un mayor o menor estrechamiento del campo de la consciencia, termina por «forzar» al paciente a realizar la conducta adictiva a pesar de los posibles perjuicios que ésta pueda conllevar. Posteriormente suelen producirse intensos sentimientos de culpa y autorreproches que, sin embargo, no van a lograr impedir la repetición de dicho comportamiento en un determinado periodo de tiempo.

27. La adicción al sexo puede también plantear un serio quebranto económico cuando la necesidad patológica de «contacto sexual» lleva al paciente a desembolsar grandes sumas de dinero para conseguir dichos contactos. Tampoco hay que olvidar el riesgo de contagio de todo tipo de enfermedades de transmisión sexual, y de conflictos con la ley cuando se frecuentan ambientes marginales dedicados al sexo.

28. El conocido como «síndrome de D. Juan», puede ser considerado una variante del trastorno de adicción, aunque en este caso la «hipersexualidad» del paciente dependa más de su inseguridad y de su necesidad de reafirmar continuamente su virilidad a través de conquistas frágiles y superficiales.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

y fármacos antiandrogénicos (acetato de ciproterona) en casos resistentes. La psicoterapia va dirigida, según las circunstancias psicosociales del paciente, a conseguir la abstinencia sexual o a mantener la periodicidad de relación sexual consensuada con el cónyuge. Para ello, se utiliza psicoeducación sexual y reestructuración cognitiva y se fomenta la adquisición de habilidades de regulación y control del impulso (evitación de estimulación erótica, ejercicio físico regular, organización activa del ocio y equilibrada de la actividad laboral, etc.). El tratamiento en régimen de ingreso está recomendado cuando existe dificultad significativa para el cumplimiento terapéutico, riesgo grave para el paciente o las demás personas, o fracaso del tratamiento ambulatorio.

6. Disfunciones sexuales

Las disfunciones sexuales se caracterizan por la alteración persistente y recurrente de alguno de los procesos psicofisiológicos implicados en la realización del acto sexual, que impide que éste pueda ser llevado a cabo de forma satisfactoria. Generalmente las alteraciones producen malestar intenso y/o dificultades interpersonales en la pareja.

a) *Causas de las disfunciones sexuales*

Dado que la respuesta sexual es un proceso psicosomático, lo normal en la etiología de las disfunciones sexuales es que estén implicados tanto factores psicológicos como somáticos. En algunos casos es posible identificar una etiología psicógena más o menos clara y en otros se descubre una causa básicamente orgánica, pero lo más frecuente es que resulte difícil hacerlo[29].

Muchos problemas sexuales están relacionados con traumas sexuales; por ejemplo, un abuso sexual infantil o una violación pueden ser factores de riesgo para el desarrollo de disfunciones sexuales. A su vez, algunas disfunciones sexuales pueden generar problemas sexuales secundarios; por ejemplo, los problemas de erección o de anorgasmia pueden dar lugar a un deseo sexual inhibido secundario por falta de gratificación en la interacción sexual. Finalmente, muchas disfunciones sexuales son secundarias a trastornos psiquiátricos (depresión, ansiedad, trastornos de personalidad y esquizofrenia), a problemas físicos y neurológicos, y al uso de fármacos.

Ante toda disfunción sexual debe descartarse, en primer lugar, una enfermedad no identificada o los efectos colaterales de alguna medicación o sustancia y, en segundo lugar considerar siempre cuatro factores psicosociales[30] que suelen estar presentes en la mayor parte de los casos de disfunción sexual: 1) una inadecuada educación sexual, con errores en los conocimientos básicos y «mitos» acerca del comportamiento sexual humano; 2) el desarrollo de ansiedad o miedo ante la interacción sexual; 3) la ausencia de las conductas adecuadas para lograr una interacción sexual satisfactoria; y 4) problemas en las relaciones de pareja (fallos en la comunicación dentro y fuera de la interacción sexual).

b) *Tipos de disfunciones sexuales*

Los trastornos de la función sexual se clasifican de acuerdo con el tipo de limitación que suponen para las distintas fases del acto sexual. Señalamos a continuación algunas ideas básicas sobre los mismos.

– El deseo sexual inhibido (también conocido como deseo sexual hipoactivo o frigidez), se caracteriza por un interés reducido por la actividad sexual que lleva a la persona a no iniciar casi nunca la relación sexual o a llevarla a cabo, a su pesar, sólo cuando lo pide la otra parte. Lo

29. OMS, op. cit.

30. Labrador, F. J., «Disfunciones sexuales», en Vallejo, M. A. (dir.), Manual de Terapia de Conducta, volumen 1, Dykinson, Madrid 1998, p. 569.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

más frecuente es que el trastorno se presente coexistiendo con algún tipo de malestar psicológico, acontecimientos estresantes o problemas interpersonales. También ciertas enfermedades médicas pueden producir un efecto deletéreo no específico sobre el deseo sexual debido a debilidad, dolor, problemas con la imagen corporal o a preocupaciones sobre la supervivencia. Los trastornos depresivos se asocian, muy a menudo, a una disminución del deseo sexual.

– El rechazo sexual es un tipo de trastorno caracterizado por una aversión persistente y/o recidivante hacia el sexo (con intensos sentimientos negativos, ansiedad y miedo) que lleva al paciente a evitar la actividad sexual, provocando el consiguiente malestar e insatisfacción matrimonial. Puede aparecer asociado a otras disfunciones sexuales (p. ej., dispareunia) y para su diagnóstico conviene descartar antes la presencia de otros trastornos como, por ejemplo, un trastorno depresivo, un trastorno obsesivo-compulsivo, o un trastorno por estrés postraumático.

– El fracaso de la respuesta genital – disfunción eréctil o impotencia en el varón; disfunción de la lubricación en la mujer– provoca malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales. En el 80% de los casos, el trastorno se atribuye a factores de origen orgánico (como por ejemplo, trastornos del estado de ánimo y trastornos relacionados con medicamentos o el uso de sustancias), aunque no deben descartarse factores psicógenos concomitantes o mantenedores del problema.

– La eyaculación precoz se caracteriza por una incapacidad persistente y recurrente para evitar la aparición de la eyaculación antes de alcanzar el nivel de erección necesario para la penetración, o antes de que ésta pueda llegar a tener lugar. La alteración impide la consumación del matrimonio y suele comprometer la autoestima del paciente y provocar malestar y dificultades en la relación matrimonial. La latencia eyaculatoria es variable para cada individuo y depende de factores neurofisiológicos –parcialmente conocidos– y de factores personales y ambientales que influyen en la intensidad y duración de la fase de excitación: la edad del paciente, la experiencia, la novedad de la situación, la frecuencia de la actividad sexual, etc. Por ello, no se consideran trastorno los episodios de eyaculación precoz que se producen en las primeras relaciones matrimoniales o tras un periodo prolongado de abstinencia sexual o durante periodos de mayor estrés (por predominio simpático del sistema nervioso autónomo). Con todo, dichos episodios pueden dar origen al trastorno si se complican con psicopatología relacionada con la ansiedad, convirtiéndose entonces en alteración persistente y recurrente.

– El trastorno orgásmico se caracteriza por una inhibición persistente y recurrente del orgasmo, manifestada por la ausencia o el excesivo retraso del mismo, tras una fase de excitación sexual normal. Además de las posibles causas orgánicas, neurológicas o farmacológicas, en la base del trastorno parece estar un mayor tono parasimpático del sistema autónomo de estos pacientes y la inhibición involuntaria del reflejo eyaculador –por excesiva focalización de la atención– que produce la ansiedad de expectación. En el hombre**,** el trastorno orgásmico (también conocido como orgasmo masculino inhibido o eyaculación retardada) es infrecuente y en general asociado a disfunción sexual inhibida (falta de motivación e impulso) o a eyaculación precoz. En la mujer el diagnóstico requiere especial cautela porque las mujeres muestran una amplia variabilidad en el tipo o intensidad de la estimulación que desencadena el orgasmo y sólo una minoría experimenta orgasmo de forma regular en cada acto sexual.

– La anhedonia sexual es un tipo de trastorno caracterizado por la ausencia persistente y/o recidivante de las correspondientes sensaciones placenteras o de los sentimientos agradables de excitación que acompañan a la realización del acto sexual, a pesar de que la respuesta sexual esté conservada y tenga lugar el orgasmo. Entre otras posibles causas, y una vez descartados los trastornos orgánicos, se ha sugerido la existencia de un bloqueo central de origen psicógeno para la recepción del placer sexual.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

c) *Tratamiento de las disfunciones sexuales*

El tratamiento de las disfunciones sexuales va dirigido a controlar los factores o trastornos orgánicos implicados en la disfunción mediante fármacoterapia (en contados casos, también con dispositivos mecánicos e implantes de prótesis), y a actuar sobre los factores psicógenos mediante psicoterapia cognitiva y técnicas de aprendizaje conductual que se han agrupado bajo el nombre de «terapia sexual»[31].

La terapia sexual empieza por una primera fase de «educación sexual» en la que se facilita a los cónyuges información adecuada sobre la sexualidad, y, mediante técnicas cognitivas, se discuten ideas erróneas y se modifican creencias y actitudes anómalas sobre la sexualidad. En una segunda fase se instruye a la pareja para que pongan en práctica, en sus relaciones, las técnicas y procedimientos específicos que facilitan la resolución del problema disfuncional. Dichas técnicas incluyen ejercicios de relajación y desensibilización dirigidos a controlar la ansiedad de expectación y superar el rechazo fóbico de la sexualidad.

Bibliografía

Zapata, R., *Celibato y madurez psicosexual y afectiva.* en Lorda J., L., (ed.) *El celibato sacerdotal.* EUNSA, Pamplona 2006, pp. 81-103.

Mesa, P.J., Trastornos de la conducta sexual, en Fundamentos de Psicopatología General, Pirámide, Madrid 1999, pp. 236-239.

De Irala, J., *Un momento inolvidable*, Vozdepapel, Madrid 2005

Schlatter, J. y Monge, M.A., *Psicopatología de la sexualidad*, en Monge, M. A. (ed.), 4ª ed., Medicina Pastora, EUNSA, Pamplona 2004, pp. 311-338.

Monge, M.A. y López, G., capítulos *Sexualidad humana* y *Matrimonio y sexualidad*, en Monge, M. A. (ed.), *Medicina Pastoral,* EUNSA, Pamplona 2004, pp. 229-268; pp. 269-310.

Consejo Pontificio para la Familia, *Sexualidad humana: verdad y significado,* 1996.

Polaino-Lorente, A., Sexo y cultura. Análisis del comportamiento sexual, Rialp, Madrid 1992.

Vallejo Ruiloba, J., *Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría*, 5 ed., Masson, Barcelona 2002.

Sayés, J.A., *Moral de la sexualidad*, Edice, Madrid 2000.

Asociación Americana de Psiquiatría, *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-5), 5ª ed., Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría 2014.

Organización Mundial de la Salud, CIE-10, Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Con glosario y criterios diagnósticos de investigación. Versión española de la décima edición de la obra original en lengua inglesa, Editorial Médica Panamericana, Madrid 2000.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

31. Téngase en cuenta que no todos los tipos de «terapia sexual» existentes son respetuosos con el valor personal y moral de la sexualidad. La terapia sexual, tal como la presentan muchos manuales, incluye técnicas de aprendizaje que desnaturalizan el acto sexual, alterando su significado y su sentido, y constituyen un abuso de la función y un maltrato de las dimensiones psicosociales de la persona, por lo que deben ser rechazadas.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

32

Dificultades en la orientación sexual

Javier Schlatter Navarro y Juan Carlos García de Vicente

La atracción sexual hacia personas del mismo sexo no es un fenómeno nuevo, como atestigua la historia de diversas culturas y épocas. Su aparente mayor frecuencia en la actualidad parece depender en cierta medida de circunstancias del entorno. Se trata de un fenómeno personal condicionado por el ambiente, como se irá viendo.

Dejando a un lado el debate infructuoso sobre si es o no una enfermedad y por qué las dos clasificaciones de enfermedades mentales más prestigiosas (la DSM de la Asociación Americana de Psiquiatría y la CIE de la Organización Mundial de la Salud) la han excluido –por razones lamentablemente ajenas al método científico de la psiquiatría[1]–, ha parecido más interesante resumir qué sabemos actualmente sobre su origen y características, con el fin de dar orientaciones útiles a padres y formadores en general, y también a cuantos viven de modo doloroso el sentimiento de esa particular inclinación.

1. Origen de la atracción sexual por personas del mismo sexo

Frente a la dualidad tan común de plantear si la persona con inclinación homosexual «nace» o «se hace», es más útil presentar algunos datos científicos actuales. Se pasa revista a los aspectos genéticos, anatómicos, hormonales y psico-ambientales que parecen contar a día de hoy con más consenso en el origen multifactorial de esta realidad.

a) *Aspectos genéticos*

Los intentos de encontrar un origen genético a la homosexualidad son antiguos. Inicialmente se investigó la existencia de un gen que estuviera en la base de esta inclinación. Los resultados han sido negativos: no existe el así llamado «gen gay». Por otra parte, no parecería razonable que percibir atracción por el mismo sexo dependiera de un gen. Quizá los estudios que más luz han

1. Bayer, R., *Homosexuality and American Psychiatry: The Politics of Diagnosis*, Princeton University Press, Princeton, New Jersey 1987; Socarides, Ch., *Sexual politics and scientific logic: The Issue of Homosexuality.* Association for Psychohistory, 1992, ASIN B0006RCH62; Satinover, J., *Homosexuality and the politics of truth*, Michigan, Baker Books, 1996. El primero de estos autores, R. Bayer, a pesar de ser favorable a una política pro-gay, explica detenidamente en el cap. 4 de su libro las fuertes presiones ideológicas que sufrieron los miembros de la Asociación Americana de Psiquiatría, para eliminarla de los elencos de enfermedades psiquiátricas.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

arrojado son los realizados en parejas de gemelos monozigóticos (es decir 100% idénticos). Se supone que si se tratara de una herencia genética directa debería darse una concordancia en todos los casos en que uno de los gemelos tuviera esta tendencia. Los cerca de 10 estudios realizados hasta la actualidad hablan en cambio de una concordancia entre el 10 y el 15%, que sería el máximo que se podría atribuir a la genética según estos datos. Decimos máximo porque esos gemelos han compartido habitualmente ambiente familiar, educacional y social, por lo que parte de esa concordancia también se podría deber a otros factores ambientales[2].

En todo caso, es interesante recordar que lo que se hereda podría no ser la atracción por el mismo sexo como tal, sino algunos de los factores que también contribuirían, como rasgos temperamentales, cambios en el neurodesarrollo, etc. Aspectos todos ellos, que podrían derivar en una tendencia homosexual o en otras consecuencias bien distintas.

Más recientemente se ha comenzado a hablar del papel que podría tener la epigenética. Es decir, aquella parte del mensaje genético que no son los genes propiamente, sino los factores (estrés ambiental, tabaco, toxinas ambientales, ejercicio, dieta, fármacos, etc.) que hacen que unos genes se manifiesten más que otros en una persona. Estas variaciones se podrían heredar. De momento son investigaciones muy preliminares y, como puede verse, hablaría a favor del papel de la genética pero también del de los factores ambientales.

Pese a los estudios publicados y a los avances recientes en el conocimiento del genoma humano, los resultados obtenidos en la actualidad en este campo no son concluyentes. La apariencia de niños que tienen cierta indefinición de su género desde muy pequeños y los datos de los estudios de gemelos, permiten sospechar que podría existir un componente hereditario, todavía no determinado.

b) *Aspectos anatómicos*

Desde la década de los setenta y de modo especial con los avances obtenidos durante la «década del cerebro», de 1990 a 2000, se han publicado numerosos estudios de imagen cerebral para encontrar diferencias entre las personas con tendencia homosexual y heterosexual. Después del entusiasmo inicial de algunos estudios, como el famoso de Le Vay, que encontraron algunas diferencias, ninguno de estos resultados se han podido confirmar posteriormente. Es decir, en la actualidad no existe consenso en los estudios de TAC y RMN cerebral sobre si hay algunas áreas del cerebro diferenciales en estas personas[3]. Al margen de estos estudios llamados estructurales, hay también técnicas que miden la funcionalidad de dichas áreas, como el PET o el SPECT. Algunos estudios de estos han encontrado diferencias todavía poco concluyentes, además de que la propia comunidad científica se cuestiona si esas diferencias son la causa de la inclinación homosexual o son más bien la consecuencia de diversos factores presentes en estas personas estudiadas, como síntomas afectivos, hábitos de vida, estrés asociado, consumo de tóxicos, etc.

c) *Aspectos hormonales*

Los trabajos dirigidos a investigar posibles diferencias en las hormonas sexuales, o sus derivados en orina y sangre, han dado resultados contradictorios y en su mayoría decepcionan-

2. En la web www.mygenes.co.nz hay una amplia información actualizada de la importancia de los factores biológicos como predisponentes, con un apartado específicamente referido a la genética. Incluye la posibilidad de descargar el texto «*My genes made me do it!*», especialmente sugerente.

3. Sirva como ejemplo la disminución o no de sustancia gris global en el cerebro. Ponseti J, et al. 2007 *Homosexual Women Have Less Grey Matter in Perirhinal Cortex than Heterosexual Women.* 2008. «PLoS ONE»; 2(8): e762. doi:10.1371/journal.pone.0000762. Schiffer, B. et al. *Structural brain abnormalities in the frontostriatal system and cerebellum in pedophilia.* »Journal of Psychiatry Research». 2007; 41(9): 753-62. Epub 2006 Jul 31.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

tes. Más discusión se plantea sobre el influjo del «ambiente» hormonal que impregna al embrión durante el periodo de vida intrauterino. Se trata de una hipótesis interesante aún no demostrada. Si efectivamente así fuera, tal hallazgo debería correlacionarse con otros cambios anatómicos en el desarrollo del embrión, algo que de momento se sigue investigando[4].

Como se ve, desde el punto de vista biológico pocas cosas se saben con certeza. Hablando con rigor científico no es posible afirmar en la actualidad que existan «marcadores» biológicos de la inclinación sexual hacia el mismo sexo[5]. De hecho, declaraciones tanto de la Asociación Americana de Psiquiatría como del *Royal College* de Psiquiatría inglés, hablan de esta falta de consenso entre los investigadores y de un posible origen multifactorial[6].

d) *Aspectos psico-ambientales*

A la espera de que aparezcan datos fehacientes sobre los factores biológicos ya mencionados, la realidad es que los aspectos psico-ambientales en cambio están mejor estudiados y, dentro de la complejidad de este fenómeno, parecen arrojar más luz sobre el origen, el desarrollo y cómo ayudar a las personas que quieren recibir asistencia. En cualquier caso, esta complejidad recuerda que, como en todo lo referente al ser humano, no resulta apropiado hablar de «homosexuales» como una alternativa a los hterosexuales, sino de que hay personas –varones o mujeres– con mayor o menor inclinación homosexual[7]. Por el momento, y pese a lo ya mencionado, se desconoce todavía el alcance de estos factores psicoambientales, sobre los que haremos algunos comentarios más adelante.

Los datos epidemiológicos deben ser interpretados con cautela, conforme a los métodos propios de la estadística y la epidemiología. Entre otros motivos porque los modos de plantear las preguntas al encuestar, y los sesgos al seleccionar la muestra y recoger la información, influyen mucho en los resultados. Por ejemplo, no es lo mismo preguntarle a una persona si ha tenido alguna conducta de tipo homosexual en el último año, que si siente y en qué medida atracción por personas de su mismo sexo, o si se identifica como homosexual. Los datos publicados en países occidentales son de todos modos bastante similares. Así por ejemplo el Gobierno de Inglaterra publicó recientemente según una muestra amplia que la cifra de personas que se identifican como gays es del 1.6%, las lesbianas el 0.8% y el número total de personas que se consideran gays, lesbianas y bisexuales representan el 1.6%[8]. En general, en la edad adulta la

4. Whitehead NE. *Prenatal hormones are only a minor contributor to male brainstructures in humans.* «Journal of Human Sexuality», 2014; 6: 104-126.

5. Sutton PM. *Possible factors in the development of same-sex attraction.* «Journal of Human Sexuality», 2014; 6: 50-104. En todo caso, téngase presente que aunque se pudieran encontrar condicionantes biológicos de la inclinación homosexual (genéticos o de otro tipo), eso no significa admitir automáticamente que tal orientación sexual sea natural, adecuada, conforme. Identificar el origen genético de algunas situaciones metabólicas o psicológicas (hipertensión, hipercolesterolemia, obesidad, diabetes, hiperactividad infantil, etc., etc.), no significa darlas por buenas.

6. «*There is no consensus among scientists about the exact reasons that an individual develops a heterosexual, bisexual, gay, or lesbian orientation. Although much research has examined the possible genetic, hormonal, developmental, social, and cultural influences on sexual orientation, no findings have emerged that permit scientists to conclude that sexual orientation is determined by any particular factors. Many think that nature and nurture both play complex roles…*» (APA, 2008); «*The Royal College of Psychiatrists considers that sexual orientation is determined by a combination of biological and postnatal environmental factors*» (*Royal College of Psychiatrists*, 2014)

7. En este sentido, es bastante frecuente encontrar a varones que se sienten atraídos físicamente por otros chicos –concretando incluso si es más bien por varones mayores en edad, o de su misma edad, o más bien jóvenes, con determinadas características anatómicas, etc.-, pero que no «se ven» enamorándose propiamente de otro varón. En esta misma línea, el modo de sentir atracción por la otra persona, aunque se parezca algo más en su fase de enamoramiento incipiente, es distinto del de la atracción que sienten dos personas de distinto sexo.

8. *Integrated Household Survey,* 2013 (*Office for National Statistics*, UK).

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

cifra de gays es algo mayor que la de lesbianas, y la de bisexuales mayor que la de gays o lesbianas. Como puede verse, estas cifras están lejos del 10% que a veces se ha mencionado en la opinión pública recogidos del estudio Kinsey[9] realizado en 1948. No existen, que sepamos, estudios de suficiente fiabilidad en países no occidentales.

Algunos autores, intelectualmente muy dependientes de la extendida «ideología de género», sostienen que la normal orientación sexual no viene determinada por su sexo cromosómico, anatómico, hormonal, etc., que permiten que las personas se comporten sexualmente como varón o como mujer. Ellos afirman que el comportamiento sexual es algo culturalmente aprendido en su totalidad y por tanto absolutamente independiente del fundamento natural, y proponen una diversidad de «géneros», con su correlativo rol sexual.

Así pues encontramos, siguen diciendo, los nuevos «géneros» de homosexual varón (gay), la mujer homosexual (lesbiana), el bisexual varón y la mujer bisexual (es decir, personas que desean mantener relaciones sexuales tanto con parejas de su mismo sexo como del sexo contrario). El número de «géneros» podría ampliarse, llegando a postular esos mismos autores la existencia de un *continuum*; es decir, entre el polo heterosexual y el homosexual habría infinitas posibilidades en distintas proporciones y todas igualmente «válidas»[10].

No es este el momento de presentar una crítica a estas teorías. Pero es interesante considerar que las estadísticas publicadas por esos autores encuentran que, en la población general, por un lado el número de personas con comportamientos bisexuales es superior al de personas con comportamientos homosexuales. Y además el porcentaje de casos disminuye notablemente en la edad adulta. Teniendo en cuenta que se da una mayor promiscuidad sexual y conductas de riesgo en la juventud, y que las conductas sexuales aisladas no son un correlato fiable de la orientación sexual, es fácil apreciar con cuánta cautela hay que interpretar los resultados de esas estadísticas.

Los especialistas en sexualidad humana hablan de «plasticidad» de la atracción sexual en la maduración sexual de las personas[11]. Esta plasticidad da razón de los normales cambios en la atracción sexual que se experimentan en determinadas épocas de la vida. Es decir, si solamente se toma nota del tipo de atracción sexual que se siente en la adolescencia, un joven – chico o chica – puede autodefinirse bisexual u homosexual, aunque en poco tiempo la mayoría experimentará atracción ya sólo por personas del otro sexo y vivirá establemente una afectividad heterosexual[12]. Habida cuenta de esta «plasticidad», los grupos favorables a los estilos

9. Este estudio ha sido reiteradamente criticado tanto por su diseño, especialmente en lo referente a la selección de la muestra, como también en sus conclusiones.

10. De hecho, recientemente se habla cada vez más de otras «categorías» de género como por ejemplo la «asexuada» de quien no es atraído por ningún sexo, el «poliamor» cuyo deseo es la diversidad no solo de sexo sino también de número, o los «*queer*» que no se consideran dentro de ninguna de las categorías al uso.

11. Esa maduración sexual tiene una dinámica compleja que puede sufrir alteraciones diversas, causando sufrimiento. Por citar algunas, la clasificación de enfermedades que hace la OMS en su última revisión, la CIE-10, recoge: A) «Trastorno de la identidad sexual en la infancia» (F64.2), que aparece en la primera infancia y se caracteriza por un malestar intenso y frecuente por el propio sexo junto al deseo de pertenecer al otro sexo. El niño prefiere ropas, juegos y actividades propias del otro sexo, aunque lógicamente se trata de una alteración de la identidad, más profunda que algunas manifestaciones externas concretas; B) «Trastorno de la maduración sexual» (F66.0) cuando una persona tiene dudas sobre su orientación sexual y esto le produce ánimo bajo o ansiedad; es más frecuente en adolescentes; y C) «Orientación sexual egodistónica» (F66.1), cuando la persona no tiene dudas pero sí sufre con la orientación sexual que percibe y desearía que fuera la contraria.

12. Katz-Wise SL. *Sexual fluidity in young adult women and men: associations with sexual orientation and sexual identity development.* «Psychology & Sexuality», 2014. (doi: 10.1080/19419899.2013.876445). Un estudio reciente realizado en 35.000 estudiantes de Secundaria de Minnesotta mostró que a los 12 años el 28% tenían dudas sobre su identidad sexual, y que cinco años después esta cifra descendía al 5%.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

de vida homosexual animan a cuantos perciben algún tipo de tendencia hacia el mismo sexo a que la desarrollen sin temores y a que reciban un etiquetado social. Sorprende que estas mismas personas no acepten que el cambio pueda producirse también hacia la heterosexulidad, que además resulta ser biológicamente y psicológicamente más respetuoso, al hacer coincidir el estilo de vida con el eje cromosómico-celular-anatómico-hormonal (el sexo biológico). Una biología que, no se puede olvidar, está también en la base de una esencial dimensión de la sexualidad, profundamente humana y rica de consecuencias también para la vida psíquica, como es la transmisión de la vida.

Dentro de los aspectos psicológicos, todos los autores coinciden en dar una especial importancia a los factores del desarrollo afectivo en el entorno familiar[13]. De todos ellos, la educación afectiva recibida de los padres –especialmente del padre/madre del mismo sexo– es el que más información y luz sigue arrojando. Otros aspectos son la relación y sintonía con los hermanos del mismo sexo, el número entre los hermanos del mismo sexo, la cercanía o convivencia con personas que tengan esta inclinación, el haber sufrido abusos de cualquier tipo aunque de manera especial de tipo sexual durante la infancia[14], aspectos físicos que le produzcan un rechazo o despego de su masculinidad-feminidad tanto física como identitaria, etc.

A juzgar por los datos publicados, una hipótesis cada vez más sólida sitúa el origen de la inclinación sexual masculina hacia personas de su mismo sexo en la percepción de rechazo por parte del padre, que evita que el hijo se identifique plenamente con él y con la masculinidad que éste representa, lo que provoca a su vez un desapego defensivo de su propia masculinidad y de la de otros. Con frecuencia además estos padres han sido incapaces de contrarrestar ese desapego afectivo y atraerlos hacia su propio mundo masculino. Este rechazo percibido puede estar relacionado con ausencia física o emocional del padre, o con una imagen cuando menos distante o severa. Otro factor que puede incidir en la instauración de una inclinación homosexual masculina es una madre demasiado protectora o cariñosa –que quizá sufre también el rechazo de su marido y vuelca su afectividad en el hijo-, o que rechace abiertamente la masculinidad, entre otros. El interés o una mayor capacidad por aficiones, o capacidades más estereotípicamente femeninas pueden funcionar como elemento de confusión de género en el niño o fomentar una real desadaptación del mundo masculino que le rodea, fomentando el rechazo o desapego ya mencionado. Por último, aunque se hayan descrito algunos rasgos de personalidad más frecuentes entre quienes viven en entramados familiares como el que se ha bosquejado (hipersensibilidad emocional, baja autoestima, dependencia emocional, etc.), no hay datos ciertos de que exista un patrón determinado de personalidad en la persona con tendencia homosexual.

En el caso de las mujeres, también se habla de carencias o interferencias en la relación madre-hija, por un déficit real o percibido de afecto, por una historia de conductas estresantes de la madre hacia la hija, una separación accidental durante una fase crítica del desarrollo emocional, o creencias y percepciones de ser rechazada por su madre, etc. Como en el caso de los chicos, estos factores y el modo de afrontarlos por parte de la chica, pueden llevarle a una mala identificación con la feminidad[15].

2. Atención médica y humana

La situación más frecuente hoy día es que estas personas vayan en busca de ayuda médica

13. Nicolosi J & Nicolosi LA. «Cómo prevenir la homosexualidad: los hijos y la confusión de género». Ed. Palabra, 2009.

14. Roberts, A.L. *Does maltreatment in childhood affect sexual orientation in adulthood?* «Archives of Sexual Behavior». 2013; 42: 161-171.

15. Hallman, J.M., *The Heart of Female Same-Sex Attraction*, «InterVarsity Press», 2008, Il– USA.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

sólo si perciben alguna alteración del psiquismo normal, o a veces también para aliviar el sufrimiento y la angustia de sentir que su deseo sexual se despierta exclusiva o casi exclusivamente hacia personas de su mismo sexo, sobre todo si va en contra de su proyecto de vida –formar una familia– o de sus creencias libremente asumidos. En estos casos la persona busca reorientar su afectividad o mitigar el sufrimiento por su orientación homosexual no deseada[16].

Hasta hace unos años –a excepción de algunos textos de orientación psicodinámica-[17] eran muy pocos los estudios y publicaciones de tipo científico sobre la inclinación sexual hacia el mismo sexo. Este vacío y las tendencias propias de la época, contribuyeron a que en la década de los 60 y 70 se emplearan algunas terapias de tipo conductista, psicoanalista y biologicista, que pretendían revertir la atracción por el mismo sexo usando terapias aversivas, hormonoterapias[18], electroshocks, etc. Estas experiencias y sus nulos resultados, lejos de ayudar, resultaron en algunos casos yatrogénicas y pudieron contribuir a una mayor estigmatizaron de la tendencia homosexual y a la extendida idea de su irreversibilidad[19].

Como ya hemos visto, cada vez son más los estudios que muestran que se producen cambios en la atracción, identidad y conductas de tipo sexual a lo largo de la vida de modo espontáneo, sin ayuda externa. Estos cambios se dan especialmente en la adolescencia y edad adulta joven, aunque en el caso de las mujeres esta posibilidad se prolonga más en el tiempo.

En las dos últimas décadas se están desarrollando terapias dirigidas a resolver las dificultades en el desarrollo afectivo-sexual que contribuirían a la aparición de la tendencia homosexual[20]. Se han publicado diversos estudios y series de casos que hablan a favor de la ayuda que proporcionan este tipo de psicoterapias[21]. En ellos se ve que para muchas personas supone un cambio en su atracción percibida por el mismo sexo y en las conductas derivadas de esa atracción, contribuyendo en general a tener una vida afectiva más estable y satisfactoria, y

16. Muchos estudios epidemiológicos realizados en países occidentales y publicados en revistas de alto impacto, señalan que las personas que han instaurado estilos de vida homosexual presentan un riesgo mayor de padecer trastornos mentales, y hacen mayor uso de recursos de salud mental en la comunidad. Puede verse la revisión bibliográfica en Schlatter, J.; Irala, J.; Escamilla, I., *Psicopatología asociada a la homosexualidad*, «Revista Medicina Universidad de Navarra» 2005; 3: 69-79.

17. Bieber, I and Dayn HJ. *Homosexuality. A psychoanalitic study*, *New York Basic Book Inc.* 1962; Socarides, C. *The overt homosexual.* J. Aronson Inc. 1968; Hatterer, L. *Changind homosexuality in the male. McGraw Hill*, 1970.

18. Hoy día ya sólo se contempla la farmacoterapia con el fin de atemperar una pulsión sexual exacerbada e incontrolable, en aquellos pocos casos en que ocurre, lo mismo que en personas no homosexuales. Para ello se usan sustancias antagonistas de los andrógenos. Estas sustancias antiandrógenas no están exentas de riesgos de tipo médico (efectos secundarios), y obviamente deben ser administradas siempre con consentimiento del paciente.

19. Smith, G.; Bartlett, A.; King, M., *Treatments of homosexuality in Britain since the 1950s– an oral history: the experience of patients «British Medical Journal»,* 2004; 328: 427-9.

20. Se trata de distintos modos de ayuda psicológica. Para agrupar dichas terapias, algunos autores han empleado el término «terapia reparativa». Este término ha caído en desuso por el ataque persistente de distintos grupos de presión, principalmente en Estados Unidos.

21. Spitzer, R.L., *Can some gay men and lesbians change their sexual orientation? 200 participants reporting a change from homosexual to heterosexual orientation. «Archives of Sexual Behavior»*, 2003; 32 (5): 403-417. Este psiquiatra fue uno de los responsables de que en la década de los setenta se retirara la homosexualidad de la clasificación de trastornos mentales por parte de la Asociación Americana de Psiquiatría. Posteriormente se convirtió en un notable defensor de la libertad del paciente y del terapeuta para solicitar y prestar ayuda psicológica a las personas homosexuales que sufren por este motivo y quieren intentar reorientar su afectividad. Nicolosi, J. *Retrospective self-reports of changes in homosexual orientation: A consumer survey on conversion therapy clients. «Psychological Reports»,* 2008. Karten EY & Wade JC. doi: 10.3149/jms.1801.84 « *The Journal of Men's Studies* January», 2010; vol. 18no. 184-102. Jones SL & Yarhouse MA. *Sexual Orientation Change Efforts in Men: A Client Perspective. A longitudinal study of attempted religiously mediated sexual orientation change. «Journal of Sexual Marital Therapy»*, 2011.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

a una mejor calidad de vida en general. Estos cambios son más difíciles en aquellas personas con una atracción exclusivamente homosexual, y de modo especial en los varones. Hasta el momento actual no existen evidencias de que esta terapia, en contra de lo que se ha trasladado a la opinión pública, sea más dañina para quienes la reciben que lo puede ser cualquier otro tipo de psicoterapia, cuando se realiza con las debidas garantías.[22]

De modo resumido estas terapias parten de que en el desarrollo afectivo de estas personas se han producido «heridas» emocionales y carencias afectivas. En algunos casos esta situación comienza con una mayor o menor confusión de género en la primer infancia. Estas dificultades del desarrollo afectivo serán la base cuando aparezca el impulso sexual, de que esa atracción adquiera un contenido erotizado. El desarrollo afectivo es propio de cada persona, pero es frecuente que en estos casos se dé también que el niño crezca en un ambiente muy sexualizado quizá por el mal uso de internet y redes sociales, que haya tenido experiencias de abuso de cualquier tipo, o de rechazo hacia el propio cuerpo, experiencias que generan confusión de género, etc., que contribuirían también a la aparición de la atracción por personas del mismo sexo [23].

Por lo tanto, y frente al mito de que la orientación homosexual es inmodificable, cuando existe una motivación suficiente y la ayuda de una persona especializada es posible alcanzar cambios en dicha orientación, especialmente en personas más jóvenes, en aquellos casos en los que aún no ha habido experiencias homosexuales o han sido poco intensas.

Cuando los padres advierten en sus hijos, en la edad infantil o en la adolescencia, alguna manifestación de dicha tendencia, lo deben hablar con ellos cuanto antes, asesorándose de personas cualificadas para proporcionarles todo el apoyo posible. Sin embargo cuando una persona está satisfecha con su estilo de vida homosexual y no tiene decisión de cambiar, cualquier intento de ayuda resulta ineficaz.

3. Orientaciones para los padres

Bajo la palabra «homosexual» se engloban actualmente problemas y conductas muy diversas. Ya hemos visto que no es lo mismo tener conductas homosexuales, que notar una atracción parcial o exclusiva por el mismo sexo, o que identificarse como homosexual. La cuestión es muy compleja y por eso es importante tratar siempre el asunto con personas –médicos, psicólogos– buenos conocedores de la materia.

a) *Educación en la familia.*

En la medida en que muchos investigadores señalan que la inclinación sexual hacia personas del mismo sexo tiene su origen en una alteración de la afectividad, se entiende que un clima familiar que favorezca la normal maduración afectiva de los hijos tiene gran importancia. Se señalan algunos rasgos que configuran un ambiente afectivo familiar adecuado.

El padre debe estar «presente», implicarse en la educación afectiva y ser accesible a los hijos. Esta tarea educativa no puede dejarse solamente a la madre, pues no logra sustituir convenientemente a la figura paterna. Además la madre ha de evitar actitudes posesivas o sobreproteccionistas[24]. Los padres deben aceptar a cada hijo

22. Schidlo & Schroeder. *Changing sexual orientation: a consumer's report.* «Professional Psychology: Research and Practice». 2002; 33 (3): 249-259. Recientemente una de las revistas de psiquiatría de mayor impacto – Scotte, J. & Young, A.H. *Psychotherapies should be assessed for both benefit and harm.* «The British Journal of Psychiatry». 2016; 208: 208-9– reconocía que la presencia de efectos no deseados es cercana al 10% en todas las psicoterapias.

23. Cohen, R., «Comprender y sanar la homosexualidad», Ed LibrosLibres, Madrid 2004.

24. Cuando a veces la madre no encuentra en su esposo el cariño que ella necesita, no es beneficioso que vuelque su afecto en alguno de sus hijos incluso haciéndole participe de sus insatisfacciones y dificultando de esta manera el proceso de individuación del hijo y el de identificación con su padre.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

como es, de forma que los hijos sean conscientes de ello. Hay que distinguir entre la búsqueda de la excelencia en cada hijo –estimulando la consecución de metas altas, etc.-, y una actitud constante de desaprobación, que haga al hijo sentirse rechazado. Los padres intentarán crear un clima de confianza, que facilite a los hijos contar sus preocupaciones, sus dudas y temores, y las incidencias de su vida, buenas y malas. Que sepan que se les escuchará y responderá con serenidad, sin actitudes de nerviosismo, alarmismo, preocupación visible, y menos aún de riña o rechazo. A la vez, se ha de enseñar a los hijos a resolver sus problemas, no asumiendo los padres por sistema su resolución.

La educación en el hogar debe incluir ir enseñando a los hijos, conforme a la edad de cada uno, a integrar la sexualidad en el amor; es decir, a aprender a dirigir la atracción sexual y las expresiones de amor sexual al bien global de las personas y a la transmisión de la vida. En el mensaje moral cristiano esto se denomina educación de la castidad. Hay que procurar que el propio hogar favorezca un ecosistema sano en este sentido, evitando que se vean cosas inapropiadas en televisión, internet, etc. Los padres también estarán atentos para responder a la normal curiosidad de los hijos conforme van creciendo, para darles la información que necesitan en un clima educativo; de otro modo, los hijos buscarán satisfacer su normal curiosidad en otros medios que no siempre tienen presente que la sexualidad necesita ser educada, no sólo ilustrada.

En buena medida, la afirmación de la identidad sexual masculina o femenina tiene lugar en las relaciones con chicos/as de la misma edad, sin que la familia pueda suplir bien este aspecto. De ahí que sea aconsejable evitar el aislamiento, también dentro de la propia familia, y promover actividades con otros chicos y chicas: deportes de equipo, convivir con otras familias en torno a intereses comunes, excursiones, vacaciones, reuniones familiares, etc.

A veces los hijos empiezan a manifestar rasgos peculiares en su modo de ser que pueden extrañar un poco. Por ejemplo una gran sensibilidad emocional en un chico, o que una chica adopte actitudes masculinas comportándose como si fuera un varón. La educación siempre parte de la aceptación de la realidad, y busca ayudar a que cada uno desarrolle su propia personalidad; de ahí la importancia de saber discernir lo que es simplemente un rasgo peculiar de lo que es una anormalidad. Siempre será importante evitar ponerles «etiquetas» o motes despectivos, y en general todo lo que propicie que el hijo se sienta «distinto» e incomprendido. También conviene dotarle de recursos para que afronten por sí mismos situaciones embarazosas: por ejemplo, ayudarle a preparar buenas respuestas para cortar conversaciones humillantes o despectivas; o para estar firmes ante eventuales silencios, distanciamientos, exclusiones, opiniones descalificantes o frases irónicas.

Particularmente en la preadolescencia y la adolescencia, los padres estarán atentos a la aparición de comportamientos extraños de los hijos sin aparente explicación, especialmente si les separan de su entorno habitual. El aislamiento en ambientes o intereses que no comparten con nadie o casi nadie, y de los que apenas hablan en casa; la carencia de amigos o la búsqueda de amistades en entornos distintos a los que frecuenta habitualmente y de los que tampoco habla en casa, han de ser una llamada de atención a los padres.

b) *Adolescencia e inclinación hacia personas del mismo sexo*

Como antes se ha dicho, durante la adolescencia puede darse cierta indeterminación afectiva, de forma que el chico puede sentirse atraído también por chicos, además de por chicas. Si a eso se une un carácter tímido o inseguro puede llegar a pensar que es homosexual. Si para intentar aclararse acude a información –sobre todo en determinadas web, o chats, por ejemplo– de forma indiscriminada, y peor aún si «se pone a prueba» con algún chico, lo más probable es que aumenten sus dudas y con ellas su malestar y tensión interior. Lo mismo vale para las chicas. En realidad, estos fenómenos son pasajeros

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

normalmente[25], aunque pueden ir acompañados de un temor más o menos angustioso de ser homosexual. La dificultad para apartar estas dudas de su mente pueden no solo reforzarlas sino también acabar induciendo a conductas no controladas por agotamiento y desesperación. Explicar a los hijos por anticipado las posibles dificultades en su maduración y desarrollo sexual facilita que ellos puedan hablar confiadamente con sus padres, y da al hijo adolescente la certeza de que será comprendido. Normalmente estas situaciones se solucionan con medios ordinarios, ayudándoles al desarrollo normal de su personalidad, y apoyando la autoestima del adolescente. Suele ser conveniente además que se integre en alguna pandilla de chicos y chicas para aprender también de los otros chicos cómo tratar a las chicas de manera natural.

c) *Reacción de los padres*

Nos referimos a cuando el hijo manifiesta a los padres su condición de homosexual de forma incuestionable, pidiéndoles su aprobación[26]. Es de gran importancia que la reacción sea serena, porque una reacción ruidosa y trágica, con el mensaje de que la desgracia o el oprobio han entrado en el hogar, sólo propicia el alejamiento del hijo, quien a partir de ese momento desconectará de sus padres. Se trata de evitar dos tipos de actitudes. Por parte del padre, el rechazo traducido en mal humor y en dejar de hablar con su hijo. Por parte de la madre, una actitud no de comprensión, que es la adecuada, sino de lástima, traducida en apoyar al hijo para que viva conforme a lo que dice que es su condición. Siempre deben ir armónicamente unidas la verdad y caridad. La primera sin la segunda acaba siendo injusta; la segunda sin la primera acaba siendo sentimental. Y desgraciadamente en ambos casos difícilmente se alcanza el auténtico bien del hijo.

Para los padres, el juicio sobre la vida moral de su hija o su hijo puede resultar especialmente duro[27]. En este sentido es importante distinguir entre la «inclinación homosexual» y la «conducta homosexual». La responsabilidad ética de la persona homosexual no alcanza a su tendencia (a su inclinación sexual hacia personas de su mismo sexo), que ha fraguado de modo complejo y seguramente de un modo no querido por ella. Alcanza sólo a lo que hace (a su comportamiento), a cómo se desenvuelve frente a esa tendencia. La particular inclinación de la persona homosexual no es en sí misma moralmente culpable, sin embargo constituye una tendencia más o menos fuerte a comportamientos moralmente inadecuados; por eso se dice que es objetivamente desordenada: porque esa tendencia se ordena en una dirección equivocada, impulsa a consumar una relación de naturaleza sexual entre dos personas del mismo sexo, que es contraria a la voluntad del Creador. En cambio los actos homosexuales, la conducta homosexual, sí entran estrictamente en la esfera ética y pueden ser calificados de gravemente inmorales en la medida en que sean verdaderamente libres[28].

25. En el *Minnesota Student Survey* realizado hace varios años, de una muestra de 35.000 estudiantes de secundaria, los jóvenes con dudas sobre su orientación sexual pasaron del 28% a los 12 años al 5% a los 17 años. Se supone que este porcentaje disminuirá en los años siguientes. Teniendo en cuenta las consecuencias que puede tener esta decisión en la vida del adolescente, es muy importante que se le ayude en su conocimiento y maduración personal, evitando información sesgada y experiencias que lejos de confirmar produzcan una mayor confusión en su afectividad.

26. Como es claro, una cosa es aceptar al hijo con sus problemas (del tipo que sean), y otra distinta es aceptar esa situación como si fuera irremediable y hubiera que darla por buena. En el libro «Hijos gay, padre heterosexuales», de R. Cohen, en Ed. Libroslibres, 2014, aparecen recogidas algunas recomendaciones que pueden ser de utilidad.

27. Para ellos son especialmente recomendables las ideas agudas y precisas escritas por De Santiago, M. y Carrasco De Paula, I., en sus artículos citados en la bibliografía. También será de gran utilidad leer la *Carta sobre la atención pastoral a las personas homosexuales,* de la Congregación para la Doctrina de la Fe, también citada en la bibliografía.

28. «De este modo resulta obvio que, aunque la inclinación homosexual no es en sí misma un pecado, condiciona de manera éticamente negativa el obrar de la persona. Quien sufre este desorden se ve obligado no sólo a reprimir

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

La expresión «objetivamente desordenada» se refiere a la tendencia homosexual, no a la persona con esa tendencia. También por ese motivo, y más aún en la familia, las personas homosexuales deben ser tratadas con gran respeto apreciando sus cualidades buenas, defendiendo su dignidad y derechos como personas. Y evitar el error de interpretar todos sus actos y su personalidad en función de su orientación homosexual[29]. Vale la pena recordar ahora el mensaje de los obispos estadounidenses a los padres con hijos homosexuales (1-X-1997), que lleva el sugerente título *«Siguen siendo nuestros hijos»*[30].

Este enfoque es el que hay que intentar transmitir al hijo, aunque se encuentre por parte de éste una resistencia a admitirlo, evitando en todo caso el hablar sin escuchar y explicando las cosas con serenidad y en el momento y forma oportunos. Algunos grupos *pro-gay* dibujan un panorama de vida feliz a condición de aceptar como definitivo su estado, que nada tiene que envidiar al de un heterosexual que vive felizmente su matrimonio. Y sostienen que el intento de represión de su homosexualidad sólo conseguirá producir una personalidad reprimida, insatisfecha e infeliz. La realidad se parece más a lo contrario; una homosexualidad activa parece estar asociada a inestabilidad en las relaciones afectivas[31], promiscuidad y conductas de riesgo[32], mayor frecuencia de violencia doméstica[33], alteraciones del ánimo y ansiedad, mayor riesgo de consumo de sustancias tóxicas, etc[34]. Otros estudios demuestran además que estas personas tienen una esperanza de vida inferior a la de la media de la población, a causa de las enfermedades y los comportamientos ligados a ese género de vida[35]. Conocer esto y saber explicarlo es necesario, ya que una conversación en la que el único argumento fuese que la actividad homosexual es moralmente mala, puede producir fácilmente la sensación de incomprendido en el hijo, y un erróneo entendimiento de la moral misma. Algo es inmoral porque se trata de un mal que va contra la ley de Dios y la propia persona, y no al revés.

el ejercicio de la sexualidad, sino a luchar además contra una tendencia que nunca le está permitido satisfacer. No se trata, sin embargo, de una situación «discriminatoria» porque es común a todas las personas no casadas y, en ciertas circunstancias, incluso a los esposos cuando muchas veces por separación física o por enfermedad, o por amor hacia el propio cónyuge, etc., deben renuncias a satisfacer la tendencia sexual»; Carrasco De Paula, I., *op.cit.*, pp.74-75.

29. «La condición homosexual no es la primera y ni siquiera la última en la escala de las condiciones desordenadas que merecen nuestra atención. Se debe colocar simplemente al mismo nivel de las otras tendencias desordenadas –bastante numerosas, por otra parte– presentes en la personalidad humana como el egoísmo, el deseo de poseer, el ansia de dominio, la tendencia a destruir, etc. El deseo de poseer es típico del avaro: la avidez, el afán de bienes y riquezas, si no se controla y reprime, destruirán su vida y amenazarán también la vida de sus personas queridas, sus amigos, etc. Del mismo modo, la inquietud del violento, cuya respuesta contra la adversidad tiende hacia la destrucción y la muerte, debe someterse a la razón para evitar que se transforme en un sembrador de dolor y de destrucción. La tendencia homosexual (…) debe ser autodisciplinada»; Carrasco De Paula, I., *op. cit.*, pp. 75-76.

30. cfr. «*Ecclesia*», 2885(1998), p. 446-450. El texto suscitó algunas reticencias que provocaron un estudio más detenido; las aclaraciones pueden leerse en «*Ecclesia*», 2903 (1998), p. 16.

31. Xiridou, M. y col., The contribution of steady and casual paternships to the incidence of HIV infectioin among homosexual men in Amsterdam, «Aids» 2003; 17: 1029-38.

32. Wolitski, R.R. & Fenton, K.A. *Sexual health, HIV, and sexual transmitted infections among gay, bisexual, and other men who have sex with men in the United States.* «AIDS and Behavior», 2011; 15 (Suppl. 1), S9-S17. Depression and anxiety in patients with and without same-sex attraction: differences in clinical expression, lifestyle factors, and vulnerability indicators. Bos HMW et al. «Brain and Behavior». doi: 10.1002/brb3.363.

33. Owen, S.S.; Burke, T.W., *An exploration of the prevalence of domestic violence in same-sex relationships,* «Psychological Reports» 2004; 95: 129-32.

34. Schlatter, J., o.c.; Semlyen, J. et al. *Sexual orientation and symptoms of common mental disorder or low wellbeing: combined meta-analysis of 12 UK population health surveys.* «BMC Psychiatry». 2016. doi: 10.1186/s12888-016-0767-z.

35. Cochran S.D. et al. *Sexual orientation and all-cause mortality among US adults aged 18 to 59 years, 2001-2011 (NHANES).* «American Journal of Public Health», 2016; 106 (5): 918-920. Case, P. et al. *Sexual orientation, health risk factors, and physical functioning in the Nurses' Health Study II.* «Journal of Women's Health», 2004; 13 (9): 1033-47.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

En estas conversaciones, es también muy conveniente no polarizarse en la condición homosexual, y hacer ver al hijo que tampoco él debe polarizarse, y sí en cambio reconocer que hay otros problemas interiores sin resolver. Junto a esto, hay que fomentar que se sienta apreciado, y por tanto, aceptado, promoviendo la socialización del hijo y poniendo los medios para evitar su marginación. Con frecuencia, la homosexualidad va acompañada de fuertes sentimientos de inferioridad. Conviene valorar explícitamente las cualidades positivas que se manifiesten en cualquier campo, y promover una afirmación personal en las tareas que desempeñe: escuela, trabajo, etc. En la medida de lo posible, habrá que ayudar al hijo para evitar que se ponga en contacto con colectivos y ambientes homosexuales, en un intento de encontrar un ambiente que no le haga sufrir, ya que puede sentirse herido por los comentarios despectivos hacia las personas homosexuales en su entorno habitual. Esta separación es necesaria para poder instaurar una ayuda eficaz: y que la «herida» emocional no se agrande y porque sería el primer paso –absolutamente congruente– de alguien que quiera realmente reorientar su afectividad.

d) *Terapia adecuada*

Es necesario partir de que es falsa la idea de que la homosexualidad es algo constitutivo e irreversible. Su origen es complejo, pero puede decirse de forma simplificada que, probablemente, sea la suma de una cierta predisposición con una serie de factores, tanto personales como ambientales. Los conocidos cambios espontáneos en la atracción sexual y la posibilidad de intervenir psicológicamente sobre esos factores personales y ambientales para ayudar a promover este cambio en una persona que libremente así lo desee, justificarían la utilidad y el derecho a recibir ayuda mediante una terapia.

En la práctica, parece más eficaz no centrar la terapia sobre la «curación de la homosexualidad», sino sobre los rasgos de personalidad, mecanismos de defensa, estilos de afrontamiento, estilo de apego, conciencia de la propia identidad, sanación del «niño interior», etc., y otros aspectos de la personalidad relacionados con la afectividad. Cuando se fija como objetivo suprimir las tendencias homosexuales del paciente, se corre el riesgo de considerarlas implícitamente como el único problema, y dejar sin atender todos los aspectos subyacentes a esa tendencia. Por el contrario cuando el objeto de la terapia es trabajar sobre el malestar general y el sufrimiento de la persona, se puede entrar en la complejidad de la situación, se evita el sentimiento de «urgencia» y no se centra la atención en el «éxito». Esto permite estar realmente a la escucha de la persona y tomar todo el tiempo necesario para su evolución, sin inquietarse por las caídas o recaídas, lo que podría desanimar y generar un sentimiento de fracaso y vergüenza. Además cualquier mejora en estos ámbitos redunda siempre en una mejora personal. En la mayor parte de los casos, la atención especializada requiere varios años.

En todo caso hay que contar con que el interesado acepte colaborar. Se necesita además mucha constancia y comprensión por parte de los padres. Se debe acudir a especialistas de conocido buen criterio. De aceptar la ayuda médica, también los padres deberán hablar con el especialista –con el visto bueno del paciente si es un adulto-, asumiendo que puede resultar arduo no sólo para el hijo, sino también para ellos. Para el hijo ya lo es de por sí, especialmente si se complica con algún trastorno psicopatológico (depresión, ideación obsesiva, disminución del control de los impulsos, etc). Para los padres, esas conversaciones pueden ser reveladoras de verdades incómodas, porque pueden salir a la luz comportamientos o actitudes que han facilitado o quizás propiciado el que su hijo llegue a ese estado. Por dura que sea, se hace necesario conocer la verdad. Sin embargo, eso no debe traducirse en una actitud de culpabilidad, echando sobre sí toda la responsabilidad de lo sucedido. Sí que habrá que definir motivos o factores que han podido influir, y asumirlos con serenidad, para poner el remedio oportuno cuando sea necesario, especialmente en lo referi-

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

do a las relaciones familiares. Una adversidad de este tipo puede ser ocasión para reforzar la cohesión matrimonial y familiar, y para una mejora de sus respectivos caracteres. Debe tenerse en cuenta que, si bien es posible que tengan alguna participación en lo sucedido, es seguro que pueden y deben participar en el nuevo proceso de cambio del hijo.

Aunque el hijo no acepte el tratamiento, sigue siendo conveniente que los padres acudan al especialista. No se trata de que intenten suplir ellos lo que éste ha de hacer, sino más bien que encuentren argumentos en la consulta para que el hijo cambie de opinión y ver el mejor modo de ayudarle en adelante. No consistirán sólo en razonamientos, sino en la asunción y el reconocimiento de la responsabilidad que puedan haber tenido en la existencia de carencias afectivas en el hijo, o de los comportamientos inadecuados que hayan podido tener con él, pero de modo positivo, para lograr el bien del hijo y de ellos mismos.

Mientras no se consiga restablecer la heterosexualidad con la ayuda adecuada no es conveniente buscar una solución en géneros de vida que requieren una afectividad normal y madura, como pueden ser el matrimonio o el sacerdocio.

4. Homosexualidad y vida cristiana

La enseñanza de la Iglesia Católica contiene elementos de gran valor para abordar humana y cristianamente este tema. Lo primero que llama la atención es la consideración llena de comprensión y benignidad con la que se presenta la cuestión: (las personas homosexuales) «deben ser acogidas con respeto, comprensión y delicadeza. Se evitará, respecto a ellos, todo signo de discriminación injusta. Estas personas están llamadas a realizar la voluntad de Dios en su vida, y, si son cristianas, a unir al sacrificio de la cruz del Señor las dificultades que pueden encontrar a causa de su condición»[36].

Sin entrar en el origen de este comportamiento, el Catecismo se limita a señalar que «un número apreciable de hombres y mujeres presentan tendencias homosexuales profundamente arraigadas. Esta inclinación, objetivamente desordenada, constituye para la mayoría de ellos una auténtica prueba. Esto explica la actitud benévola que muestran los Pastores de la Iglesia con estas personas[37]. Dicha actitud no procede de una ambigüedad, pues es bien sabido cuál es el juicio moral de la Iglesia: «Apoyándose en la Sagrada Escritura que los presenta como depravaciones graves (cfr. Ge 19,1-19; Rm 1, 24-27; 1 Co 6,10; 1 Tm 1,10), la Tradición ha declarado siempre que 'los actos homosexuales son intrínsecamente desordenados' (CDF, Decl. *Persona humana*, 8)»[38]. Otros documentos del Magisterio, que ya han sido citados a lo largo de este capítulo, aparecen señalados en la bibliografía.

No hay ninguna incompatibilidad entre la inclinación homosexual y la existencia de una auténtica vida cristiana. La persona en esta situación no es nunca un ser perverso o alguien cuya condición convierte en falso su trato con Dios. Por el contrario, la consideración de su condición de hijo de Dios y la vida interior serán una ayuda inestimable para afrontar su difícil situación. De ahí que se le debe animar a poner los medios sobrenaturales –oración en primer lugar, recibir sacramentos con las debidas disposiciones, etc.– e intentar ayudarle a que se asiente en una fe y esperanza auténticas, a la vez que pone los medios humanos a su alcance. Pero la vida cristiana se falsifica y se extingue si no se acepta la verdad y no se vive en la verdad, resultando infructuoso lo contrario.

36. Catecismo de la Iglesia Católica, n. 2357-8.

37. En algunas ocasiones la actitud claramente beligerante y ofensiva de algunos colectivos de gays y lesbianas no facilita lamentablemente esta lógica actitud comprensiva.

38. Congregación para la Doctrina de la Fe. Declaración «*Persona humana*», acerca de ciertas cuestiones de ética sexual, 29-XI-1975, n. 8.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

Hay que reconocer el sufrimiento de esas personas de cara a la pregunta por su lugar en la Iglesia[39]. Necesitan un apoyo espiritual que no dé respuestas «hechas», que les ayude a renunciar a un posible rencor o rebelión, descubriendo un sentido espiritual en esa prueba[40]. A veces pueden encontrarse muy desorientadas o confusas. Su vida puede encontrar una nueva dimensión asumiendo ese sufrimiento en unión con Cristo[41].

Estas consideraciones también son válidas para los padres. La prueba que deben afrontar constituirá a la vez una demanda y un estímulo para que tengan vida interior o la hagan crecer. También ellos deben fundar su relación con Dios en la verdad, que en este caso supondrá en muchos casos, además, una mejora en su propio conocimiento, que necesariamente debe tener efectos positivos en el ejercicio de las virtudes humanas y cristianas.

Bibliografía

AA.VV., *Trastornos mentales y del comportamiento*, 10ª revisión (CIE10) (OMS, 1992)

American Psychiatric Association, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM5). Washington,2013.

Bless, H., *Pastoral Psiquiátrica*, Razón y Fe, Madrid 1957

Carrasco de Paula, I., La condición homosexual se debe colocar al mismo nivel de las otras tendencias desordenadas de la persona, en VV.AA., *Atención pastoral a las personas homosexuales*, *Carta y Comentarios*, Libros Palabra, Madrid 1998, pp. 71-78.

Casas, Mª de la Luz, *¿Destino o libertad? Un enfoque bioético acerca de la Homosexualidad*, Ed. Excelencia, México D.F. 1999.

Cohen, R., «*Comprender y sanar la homosexualidad*», Ed LibrosLibres, Madrid 2004.

Congregación para la Doctrina de la Fe, Declaración *Persona humana*, acerca de ciertas cuestiones de ética sexual, 29 de noviembre de 1975.

39. «(…) En ese sentido la Carta (se refiere a la *Carta sobre la Atención pastoral a las personas homosexuales*, de la Congregación para la Doctrina de la Fe, citada en la bibliografía) presenta una novedad importante que quizá ha pasado injustamente inadvertida. me refiero al número 12, que se abre con la pregunta que constituye como el alma de la entera Carta: es decir: «¿Qué debe hacer entonces una persona homosexual que busca seguir al Señor?». El texto no presenta enseguida la solución a través de comportamientos concretos, precisamente porque se opone a una pastoral centrada exclusivcamente en la represión de la sexualidad. la persona homosxual no debe desesperar nunca de poder vencer un día. La Carta traza las líneas maestras de lo que podemos llamar la vocación específica de las personas homosexuales (…) dentro de la Iglesia. Dice, en efecto: «Sustancialmente, estas personas están llamadas a realizar la voluntad de Dios en su vida, uniendo al sacrificio de la cruz del Señor todo sufrimiento y dificultad que puedan experimentar a causa de su condición» (nº 12). Desde el punto de vista de la ética cristiana, la situación de la persona homosexual se parece en el fondo a aquella en la que se encuentra el célibe o el viudo. Hay, sin embargo, una diferencia importante que consiste en que los célibes y los viudos se pueden casar, o pueden hacer también del celibato una elección de vida. La persona homosexual no siempre es capaz de convivir conyugalmente con una persona del otro sexo y, en este sentido, se ve «forzada» a hacer de su «soledad» una elección obligada. Pero, pensándolo bien, esta constricción, en lugar de anular la libertad, la exalta y coloca a la persona que la encarna en el camino no sólo de «un comportamiento aceptado por todos», sino de la verdadera santidad cristiana. No se llega a ser santo por una particular predisposición hacia la oración, hacia el ayuno, etc., sino por cómo se logra con obras amar de corazón a Dios y al prójimo, a pesar de todo»; Carrasco De Paula, I., *op.cit.*, pp.76-77.

40. En octubre de 2015 se celebró un encuentro en la Pontificia Universidad de Santo Tomás, en Roma, con interesantes aportaciones sobre la atención pastoral de las personas con tendencias homosexuales, cuyo contenido se encuentra en Smith, J.E. & Check, P. *Living the Truth in Love: Pastoral Approaches to Same Sex Attraction*. August 30, 2015.

41. En Estados Unidos existe un movimiento católico (Courage) formado por personas con tendencia homorsexual que se ayudan entre ellos y ayudan a quienes quieren vivir su fe desde la continencia sexual en aquellas personas que no han conseguido cambiar su tendencia homosexual o que por algún motivo no desean acudir a terapia. Un ejemplo de este material es el documental http://everlastinghills.org/espanol/.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

Hagmaier, G. y Gleason, R.W., *Orientaciones actuales de sicología pastoral*, Sal Terrae, 3.ª ed., Santander 1964.
Id, *Carta sobre la Atención pastoral a las personas homosexuales*, 1 de octubre de 1986, Palabra, Madrid 1998 (con introducción y comentarios del Cardenal Ratzinger).
Irala, J. de, *Comprendiendo la homosexualidad*, EUNSA, Pamplona 2006
Marcuello, A.C.; Elósegui, M., *Homosexualidad*, en Simón Vázquez, C., *Diccionario de Bioética,* Monte Carmelo, Burgos 2006, pp. 413-423.
Morrison, D., *Un más allá para la homosexualidad*, Palabra, Madrid 2008.
Nicolosi, J. y Nicolosi L.A. *La confusión de género en la infancia*. Palabra. Madrid 2009.
Polaino-Lorente, A., *Sexo y cultura. Análisis del comportamiento sexual,* Biblioteca Instituto de Ciencias para la Familia, Ed. Rialp, Madrid 1992.
Rojas, E., *Sexualidad y afectividad*, Dossat, Madrid 1981.
Santiago, M., de, *Homosexualidad*, en G Tomás Garrido (edit.), *Manual de Bioética*, Ariel Ciencia, Madrid 2001, pp. 389-402.
Smith, J.E. & Check, P. *Living the Truth in Love: Pastoral Approaches to Same Sex Attraction.* August 30, 2015.
Teisa, S., Le strade dell'amore (Omosessualitá e vita cristiana), Edizioni Cittá Nuova.
Trillo-Figueroa, J. *Ideología de género*, Libros libres, Madrid 2009,
Vallejo-Nágera, J.A., *Introducción a la Psiquiatría*, Científico-Médica, Dossat, Madrid 1977
Van Den Aardweg, G.J.M., Homosexualidad y esperanza. Terapia y curación en la experiencia de un psicólogo, EUNSA, Pamplona 1997.
Varios Autores. «*Homosexualidad y bioética*». Cuadernos de bioética. Santiago de Compostela 1997; Vol. VIII, n.º 32.
Vial, Wenceslao. *Madurez psicológica y espiritual*. Ed Palabra. Madrid, 2016 (pp. 252-267).

Algunas páginas web recomendables:

http://www.esposibleelcambio.org/ Página en castellano con testimonios de personas que han abandonado la actividad homosexual con la ayuda de especialistas. Incluye abundante información, con algunos apartados específicos, dirigidos a adolescentes, familiares y amigos, etc.

http://courage.org. Es una web de contenido católico con abundantes contenidos y testimonios.

http://www.narth.com Es una web de especialistas y terapeutas que trabajan con personas homosexuales para ayudarles a reencontrar su heterosexualidad. Hay información abundante sobre los grupos de presión de homosexuales y sobre la eficacia de diferentes enfoques terapéuticos, y sobre publicaciones científicas recientes. Hay un apartado en castellano.

http://www.peoplecanchange.com Página de testimonios de personas que han dejado de tener actividad homosexual gracias a la ayuda de especialistas. Puede ser de gran ayuda para quienes tienen dudas sobre su orientación sexual o para quienes ya han instaurado ese tipo de relaciones.

http://testpathvoc.weebly.com/ *(We are Voices of change*) Página de testimonios de personas que han cambiado su atracción por el mismo sexo con ayuda psicológica.

http://www.pathinfo.org/ Es uma web con contenidos de ayuda para personas con atracción por El mismo sexo con um trasfondo religioso.

http://www.unav.es/icf/ Es la página web del Instituto de Ciencias para la Familia. Hay un apartado llamado Documentación con abundante bibliografía.

http://www.vidasacerdotal.org Incluye recomendaciones pastorales útiles para los padres.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

33

Trastorno obsesivo compulsivo

Ernesto Aviñó Navarro

Es un trastorno caracterizado por la presencia de obsesiones y/o compulsiones recurrentes, que provocan malestar, pérdida de tiempo e interfieren de manera significativa en el funcionamiento diario del individuo.

1. Obsesiones

Las obsesiones se definen como ideas, pensamientos o imágenes de carácter persistente y recurrente (por ejemplo, preocupación o temor por contaminarse, imágenes repugnantes, etc.), que la persona considera como intrusas e inapropiadas, que quisiera rechazar, y que provocan en ella malestar o ansiedad. La persona suele ser consciente de que esas ideas son productos de su mente y no vienen impuestas desde fuera, le gustaría poder pero no las consigue controlar. La persona que sufre estas obsesiones intenta con frecuencia ignorar o suprimir estos pensamientos o bien neutralizarlos mediante otras ideas o actividades, que pueden acabar siendo compulsiones, sin lograr su propósito.

Estos pensamientos no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real. A veces sucede, que en las personas normales aparecen pensamientos no deseados, insistentes o repetitivos y que no los quiere tener porque son molestos o fastidiosos, en especial en periodos de fatiga o de mayor tensión. Pero estos suelen ser un fenómeno aislado que suele remitir y no interfiere en el desarrollo normal de la vida diaria, al contrario que sucede, como ya hemos visto, en el trastorno obsesivo.

Tipos de obsesiones:

1) Contaminación: Preocupación y temor por evitar ser contagiado (por ejemplo contraer una enfermedad al estrechar la mano de alguien). Suelen ser las más habituales.

2) Duda: Existencia de duda, vacilación o incapacidad de tomar una decisión, incluso en cosas de poca importancia como el tomar un medio de transporte o elegir unos calzados del armario o qué pie debe ser el primer que debo poner en el suelo al levantarme de la cama, etc. Alguna de las más frecuentes son las dudas sobre lo que ha ocurrido o han hecho. Pueden no saber muy bien si han dejado o no algo sobre la mesa, la puerta bien cerrada o las luces encendidas. Esta duda les causa una gran angustia, que les hace volver sobre sus pasos, incluso estando lejos o realizando otras tareas, para asegurarse.

3) Simetría u orden: Tienen una necesidad de simetría y precisión: obsesión de tener los objetos en un determinado orden o posición, de

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

hacer ciertos actos motores de una forma exacta o de tener las cosas exactamente simétricas. Los pensamientos constantes de desorden o el observar a su alrededor lo que ellos consideran que no está según su orden les causa gran angustia. En respuesta a esto, compulsivamente ordena y recoloca los objetos a su alrededor. Por ejemplo, puede pasarse media hora intentando que un jarrón ocupe justamente el centro de una mesa u ordenando la mesa de trabajo para colocar cada cosa en su sitio o para colocar los zapatos exactamente alineados. Esto les dificulta realizar una vida normal, ya que suelen llegar tarde y sus acciones se lentifican exageradamente por la necesidad de ir ordenando todo a su paso.

4) Obsesiones morales y/o religiosas: Preocupación excesiva o temor por albergar pensamientos blasfemos, por ser castigado, por cuestiones de rectitud o miedo a equivocarse. Constantemente tiene la duda o el miedo de haber cometido algún pecado, de haber insultado a alguien o de haber hecho algún acto obsceno o inapropiado, o incluso teme que pueda perder el control y hacerlo. Esto les provoca gran angustia, que intentan evitar por ejemplo repasando mentalmente todo lo que han realizado en las últimas horas para asegurarse de que no ha ocurrido, o también, pueden repasar mentalmente todas las conversaciones que han tenido durante todo el día para asegurarse de que no han dicho ninguna palabra malsonante, etc.

5) De agresión: Aparece una preocupación y temor excesivo a dañar a los demás o a sí mismo, ser responsable sin querer de algún accidente o desgracia. Por ejemplo una madre tiene miedo de que pueda tirar al suelo a su bebé que tiene en brazos, con lo que no se atreve a cogerlo; un padre tiene miedo de que pueda coger un cuchillo y clavarlo a los hijos, con lo que no se puede acercar a la cocina o, incluso, ver un cuchillo cerca le provoca gran angustia.

6) Coleccionismo y acumulación**:** Hay una necesidad de coleccionar, guardar y clasificar un determinado tipo de objetos. Se caracteriza por la acumulación excesiva de ciertos objetos (por ejemplo recortes de periódicos o revistas, o todos los ticket de compra, no solo los suyos sino los que va encontrando), siendo imposible para el paciente tirar nada, incluso llega a observar minuciosamente la basura para asegurarse de que no ha tirado ningún objeto que pueda coleccionar, por lo que su habitación o su casa se llena literalmente del tipo de objetos que almacene. Después pueden pasar mucho tiempo clasificando y organizando sus objetos, lo cual les impide realizar una vida normal, aunque reconocen que esto no tiene ningún sentido y que no saben muy bien por qué lo realizan.

7) Sexuales. Pensamientos horrendos y recurrentes, o temores de que han cometido o pueden realizar un acto sexual inaceptable. Por ejemplo, abusar de los propios hijos o a otros niños, pensar que siente o puede llegar a sentir atracción por personas de su propio sexo, o imaginar conductas sexuales violentas hacia los demás.

Estos son los más frecuentes, pero puede haber otros tipos de obsesiones.

2. Compulsiones

La compulsión es la necesidad de tener que realizar una acción con el fin de poder quitar o disminuir la ansiedad que le producen los pensamientos obsesivos. No es placentera, ni da lugar a actividades útiles por sí mismas. Este comportamiento suele ser reconocido por el individuo como carente de sentido o eficacia, y hace múltiples y reiterados intentos para librarse de él. Por ejemplo necesidad repetitiva de lavarse las manos por miedo a contagiarse, poner orden en objetos, comprobar que ha cerrado bien una puerta múltiples veces. Estas compulsiones también pueden ser mentales (por ejemplo repetir plegarias incesantemente, contar o repetir palabras en silencio).

Tipos de compulsiones

1) Limpieza: El miedo excesivo al contagio o a estar sucio le lleva, de forma ritual, a un excesivo e incontrolable lavado de manos (en ocasiones tan frecuente que les puede llegar a

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

lesionarse), o insistir en la limpieza de la casa, de objetos, etc., o a evitar lugares específicos considerados contaminados u objetos (como los pomos de las puertas), o evitar contactos que son normales por miedo a contagiarse (por ejemplo no dar la mano para saludar) o a una necesidad de cambios constantes de ropa por «si se ha manchado» o contaminado.

2) Comprobación. Por ejemplo, comprobar que no dañó a otros sin enterarse (tener que recorrer el camino andado para asegurarse de que el bache que cogió no es en realidad una persona que atropelló, aunque sabe que es absurdo), que no cometió ningún error, que las cosas han quedado bien cerradas (repasar todos los interruptores varias veces para asegurarse de que están cerrados, de que las puertas estén bien cerradas, de que han cerrado el gas…); de que han guardado bien las cosas (repasar reiteradamente todos lo cubiertos comprobando que han quedado de la forma adecuada revisándolos uno por uno, etc.).

3) Contar, repetir. Por ejemplo: contar múltiples veces un mismo número para asegurarse, tener que rezar un número determinado de oraciones, leer y releer en varias ocasiones un mismo folio para asegurarse de que lo ha leído correctamente (con lo cual no puede avanzar en el estudio e incluso no sentirse seguro de haberlo leído bien después de todas estas verificaciones, sintiéndose muy angustiado y teniendo que dejar de estudiar).

Es importante volver a destacar que estos comportamientos producen un gran malestar, les hace perder mucho tiempo y les dificulta de una manera importante para el desarrollo de su vida normal, llegando a reemplazar a otras conductas gratificantes y productivas y que pueden llegar a desorganizar la vida del individuo. Una parte esencial del trastorno es la marcada angustia que siente y que intentan disminuir, de forma errónea, con las conductas compulsivas. En este sentido, intentan subsanar esta angustia o tensión con las conductas o razonamientos compulsivos, y aunque en un primer momento esta suele disminuir, posteriormente vuelve pero más incrementada, con lo que tienen que volver a repetir la conducta o el razonamiento compulsivo, con lo cual se ven en una escalada que no tiene final. Suelen sentir una sensación interna de insatisfacción y de imperfección.

Las personas con este trastorno presentan con frecuencia otras psicotalogías asociadas como trastorno depresivo (el más frecuente), trastorno de ansiedad generalizada, fobia social, trastornos de tics, etc.

3. Aspectos médicos del TOC

a) *Frecuencia*

Se calcula que el 2-3% de la población lo padece. Afecta por igual a hombres y mujeres. Puede afectar a personas de cualquier edad, incluso en los niños, pero lo más frecuente es su aparición hacia los 20 años, siendo más temprano en los varones que en las mujeres.

b) *Etiología*

No se conocen las causas exactas de por qué se produce. Se piensa que en su aparición pueden estar implicados distintas variables, genéticas, orgánicas, psicológicas y ambientales.

Se cree que podría «heredarse» cierta vulnerabilidad a padecer este trastorno. Aparece una mayor tasa de concordancia para gemelos monocigotos que para dicigotos. Se ha observado que cerca del 35% de las personas que lo padecen tienen algún padre o hermano afectados por lo mismo, aunque sus obsesiones o compulsiones suelen ser diferentes.

Se han observado alteraciones en el funcionamiento de algunos neurotransmisores como puede ser la serotonina, al parecer uno de los mayormente implicados (sustancias químicas cerebrales encargadas de transmitir los impulsos nerviosos) y de algunas zonas concretas del cerebro; estos hallazgos pueden explicar la buena respuesta que tiene la enfermedad a los fármacos que actúan modificando esas sustancias cerebrales. Los estudios de imágenes del cerebro de personas con TOC han mostrado ciertas

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

anomalías en diversas áreas como el núcleo caudado, el tálamo o la corteza frontorbitaria. Por ejemplo, con la tomografía por emisión de positrones (PET) se ha observado una mayor actividad (flujo sanguíneo y metabolismo) en los lóbulos frontales, ganglios basales y el cíngulo, y que en algunos casos después del tratamiento farmacológico y conductista en los que han presentado una buena respuesta, desaparecen estas anomalías.

c) *Pronóstico*

Los síntomas pueden aparecer súbitamente, aunque en muchos casos el inicio es progresivo. Se ha observado que en un alto porcentaje aparecen después de un acontecimiento estresante como un problema sexual, muerte de un familiar, embarazo… Muchas de estas personas son capaces de mantener en secreto sus síntomas, transcurriendo a menudo entre 5 –10 años antes de recibir tratamiento psiquiátrico.

Es importante evitar que tarden tanto tiempo en solicitar ayuda médica, dadas las importantes repercusiones que van a tener en su vida como ya veremos, por lo que se hace necesario tomar conciencia tanto de su diagnóstico como conocer la existencia de tratamientos que pueden ser eficaces en muchos casos.

La enfermedad si no se trata, suele seguir un curso crónico con periodos de mejoría incompleta y otros de agravamiento. Estas exacerbaciones de los síntomas pueden estar relacionadas, en muchas ocasiones, con acontecimientos estresantes. Se estima que alrededor del 20% muestra un deterioro progresivo de las relaciones sociales y ocupacionales. Mientras que aproximadamente un 20-30% de estas personas presenta una mejoría significativa de los síntomas y el resto una mejoría moderada.

Este pronóstico es mejor si hay una buena adaptación social y laboral, ha existido un factor desencadenante, los síntomas presentan un carácter episódico, no se asocian a depresión, y si la persona logra no ceder a las compulsiones. Sin embargo el contenido de las obsesiones no parece relacionarse con el pronóstico.

d) *Diagnóstico*

El diagnóstico se realiza mediante los criterios del DSM-5 que requieren la presencia de obsesiones, compulsiones o ambas y que precisan mucho tiempo (más de 1 hora al día) o causan malestar clínicamente significativo o un deterioro en lo laboral, social u otras áreas importantes del funcionamiento.

e) *Tratamiento*

Cada vez se tienen más datos de que el TOC depende en gran medida de factores biológicos, siendo en la actualidad los tratamientos de mayor aceptación los psicofármacos y la terapia cognitiva-conductual.

Se suele tratar desde el punto de vista farmacológico con inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS) o con clomipramina. Hay que tener en cuenta que si bien suelen ser eficaces para el tratamiento, los primeros efectos beneficiosos no se observan hasta después de 4-6 semanas de tratamiento y que normalmente se necesitan de 8 a 16 semanas para obtener el máximo beneficio. Se pueden utilizar otros psicofármacos, pero no han demostrado ser tan eficaces.

Los ISRS, entre ellos fluoxetina, fluvoxamina, sertralina, citalopram y escitalopram, han demostrado su eficacia en el tratamiento del TOC. Son fármacos antidepresivos y se suelen utilizar a dosis más altas que para el tratamiento de la depresión. La falta de respuesta a uno de ellos no implica una falta de respuesta otro del mismo grupo. La clomipramina ha sido muy utilizado por su eficacia para el trastorno, pero hoy en día se utiliza menos por su mayor incidencia de efectos secundarios.

En más de mitad de los casos, la medicación alivia síntomas del TOC al disminuir la frecuencia e intensidad de las obsesiones y compulsiones (se estima que favorecen, al menos ligeramente, a casi el 80% de los pacientes). La medicación es útil en el control de los síntomas pero tiene el inconveniente que si se deja el medicamento, suele producirse una recaída.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

La terapia de exposición y prevención de respuesta ha demostrado ser eficaz para el tratemitno del TOC. Se pretende disminuir la ansiedad asociada los pensamientos obsesivos y la frecuencia de los mismos y de los rituales. Con esta técnica el paciente se enfrenta de forma voluntaria al objeto o idea temida, ya sea directamente o con la imaginación, al mismo tiempo que se intentan evitar los rituales con el apoyo del terapeuta.

En la terapia cognitiva lo que se persigue es una modificación de los pensamientos y creencias distorsionadas, como puede ser: pensamiento dicotómico o en blanco y negro (por ej. si no lo hago perfectamente, entonces está totalmente mal hecho); el pensamiento mágico (si pienso algo malo, le ocurrirá una desgracia a mi familia); etc. Suele ser más útil asociado a la terapia conductual.

Se ha observado que los mejores resultados se suelen obtener con el tratamiento combinado farmacológico y cognitivo-conductual.

4. Repercusión

Puede afectar a todos los aspectos de la vida, dificultando en casos extremos el poder desarrollar una existencia normal.

En el *aspecto personal* sienten gran inseguridad, baja autoestima, con marcada ansiedad, sintiéndose atados por unos síntomas que les ocupa la mayor parte del tiempo, les consume las energías, no les deja disfrutar de la vida y contra los que pueden hacer. .

En el *aspecto familiar* tienen dificultades en la relaciones. La familia se siente muchas veces desbordada por una situación que no comprende, que les molesta y que no saben cómo abordar, sintiéndose muchas veces culpables o culpabilizando a la persona que sufre este trastorno. Un ejemplo puede ser el ama de casa que se obsesiona con la limpieza y el orden; no puede soportar que el marido o los hijos lleguen a casa y se la manchen o simplemente cambien algo de su sitio. Si lo hacen se producen enfrentamientos, quedando la relación muy mediatizada por esta situación. La familia no comparte ni entiende la actitud de la mujer que prácticamente prefiere estar todo el día limpiando como si fuera más importante la limpieza de la casa que la propia familia, recriminándola por ello, con lo que se convierte en un círculo vicioso de difícil salida. O el marido que tiene que comprar todos los libros que pueda con la falsa esperanza de que los pueda leer algún día, y va llenando toda la casa, con el consiguiente enfado de la familia que no entienden esta «manía suya». O la persona que tiene que asegurarse de que ha cerrado bien la puerta durante múltiples ocasiones, mientras la familia, con el consiguiente enfado, espera que termine, etc.

En el *aspecto laboral* les dificulta para realizar su trabajo. Tienen que asegurarse de lo que han realizado varias veces, con lo que no avanzan. Las obsesiones pueden ser tan frecuentes que no les dejan concentrarse en el trabajo, utilizando todas sus energías en ellas. No suelen sentirse a gusto en el trabajo, no ven que lo terminen como ellos desearían, por lo que tienen que repetirlo múltiples veces sin quedar del todo satisfechos. Sus propios miedos e inseguridades no les dejan avanzar en el aspecto profesional, por lo que casi nunca se sienten satisfechos.

Uno de los aspectos que también puede verse seriamente afectado es la dimensión religiosa de la persona, impidiéndole llevar una vida religiosa normal. Las personas con obsesiones o compulsiones religiosas suelen ser moralizadoras, rígidas, inflexibles. En vez de observar las normas morales y religiosas como modo de llevar una existencia más rica y espiritualmente plena, se convierten en víctimas de su propia interpretación de la norma. Suelen tener una imagen deforme de Dios y de la religión, ya que no son capaces de ver a Dios como un padre sino como un ser terrible y castigador. Esto les quita la paz, viviendo en un estado de alerta constante, siempre atentos a la posibilidad de cometer algún acto inmoral y al temor de ser castigados duramente por ello.

Suelen ser personas inseguras en todos los aspectos, con dudas constantes de si existe Dios, de si están en gracia de Dios, si tienen algún

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

pecado, si lo podrían cometer sin darse cuenta, si se condenarán eternamente, etc. Suelen buscar compulsivamente la confesión, sin quedar nunca tranquilos, y manteniendo la duda obsesiva de haber dejado algo sin decir o sin aclarar del todo. Pueden tener una necesidad imperiosa de repetir sus oraciones para asegurarse de que las han dicho bien y completamente centrados, sin ninguna distracción, con lo que aumenta su sentimiento de culpa y la desazón. En otras ocasiones pueden verse asaltados por imágenes obscenas o pensamientos blasfemos o palabras soeces, por ejemplo cuando están en momentos de recogimiento o cuando van a recibir algún sacramento o meramente al entrar en la iglesia.

Como es evidente, poseer fuertes creencias religiosas no causa un trastorno obsesivo de tipo escrupuloso, como conocer a fondo la medicina interna no causa hipocondría. Estamos ante una alteración psíquica. Esta patología adopta cada persona unas características propias, afectándoles en aquellos aspectos que para ellos más importantes, como puede ser la salud, religión, trabajo, etc.

Aunque estas personas suelen ser muy responsables y exigentes, a veces son muy descuidadas en otras áreas que no están afectadas por el trastorno. Por ejemplo, pueden no sentir escasa preocupación por los demás, o ser abandonadas en el arreglo personal, realizar deficientemente sus deberes profesionales y familiares, etc.

5. Orientaciones

Es importante comprender la dificultad de las personas con TOC para poder liberarse de sus obsesiones y de sus conductas compulsivas, y de las alteraciones que estas suponen para su vida diaria.

Está bastante extendida la opinión de que basta tener fuerza de voluntad para librarse de las obsesiones y compulsiones. Aunque es claramente necesaria, en la mayoría de personas que padecen este trastorno con ella sola no es suficiente. Por eso, al sospechar que una persona padece este trastorno hay que aconsejarle que acuda al especialista para que lleve a cabo la terapia adecuada. En el caso de personas escrupulosas, la atención espiritual debe ser remitida también a sacerdotes convenientemente formados para el acompañamiento espiritual.

Para ayudar a una persona con TOC conviene saber, como ya se ha señalado, que la persona no elige padecer este trastorno, lo sufre, y a partir de esta premisa se le puede ayudar. Se le puede animar a que siga unas instrucciones o a que vaya a un especialista, pero no se le puede forzar. Se trata de intentar guiarle, apoyarle, y animarle, evitando juzgar a la persona por los aspectos negativos de su trastorno. En el progreso tendrán lugar recaídas y retrocesos, pero no por eso hay que desanimarse, ni dejar que se desanime la persona obsesiva. Hay que reforzarle los aspectos positivos que vaya consiguiendo.

Conviene tener cuidado con sus expectativas, que pueden no ser reales o que no coincidan con las de las personas que le tratan en su entorno. Hay que pretender que las metas sean lo más realistas y adecuadas posibles, teniendo en cuenta que es muy difícil conseguir un cambio rápido de las conductas compulsivas u obsesivas: es mejor que vayan consiguiendo pequeñas metas fáciles de alcanzar para que constituyan un aliciente.

No conviene implicarse en las obsesiones y rituales del paciente, lo cual no solo no le beneficia sino que claramente le perjudica para su recuperación, procurando que la relación esté lo menos mediatizada posible por el trastorno. Se les puede aconsejar que aprendan mecanismos para cortar sus pensamientos, como intentar que piensen en otras cosas o en cambiar de actividades, por ejemplo, escuchar y tararear música.

Hay que tener en cuenta que tener pensamientos no equivale a la acciones, claro error cognitivo que se le puede corregir. Si tiene dificultades para resistir un ritual, se le puede aconsejar que lo intente posponer, demorar o modificar; esto, tal como hemos visto, le puede ir ayudando para que vaya superando los rituales. Hay que aconsejarle dejar que los pensamientos

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

negativos pasen por su mente como si los viera a la distancia o intentar ignorar los pensamientos obsesivos.

En el caso específico de las personas escrupulosas es habitual, que vayan en busca de múltiples directores espirituales sin que ninguno de ellos acabe de convencerles. Este tipo de ayuda exige de ellos conseguir su confianza y aceptación, así como tener paciencia para escuchar, sin permitirles alargar demasiado la manifestación de sus inquietudes y preocupaciones. El orientador debe dar unas recomendaciones breves y claras y no intentar convencer al escrupuloso con largas conversaciones.

Bibliografía

Abramowitz, J., *Trastorno Obsesivo-compulsivo. Avances en psicoterapia*. Manual Moderno. 2007.

American Psychiatric Association, *DSM-5 Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Panamericana. 2014.

Caballo, V., Salazar, I. y Carboles, J.A., Manual de psicopatología y trastornos psicológicos. Pirámide. 2014.

Kaplan and Sadock's, *Synopsis of Psychiatry*, 11° edition. Lippincott Williams Wilkins Press. 2015.

Koran, Lorrin et cols., *Practice Guideline for the Treatment of Patients with Obsesive-Compulsive Disorder*. American Psychiatric Association. American Journal of Psychiatry 1007; 164 (supl):1-56.

Monge, M.Á. (edit.), *Medicina pastoral*. 5.ª ed. EUNSA. 2005.

Moreno, P., *Dominar las obsesiones. Una guía para pacientes*. Desclée de Brouwer. 2013.

Nardone, G. y Portelli, C., *Obsesiones, compulsiones y manías: entenderlas y superarlas en un tiempo breve*. Herder. 2015.

Pedrick, C. and Hyman, B., *Guía Práctica del TOC. Pistas para su liberación.* Desclée de Brouwer. 2003.

Vallejo Ruiloba, J. y Berrios, G., *Estados Obsesivos* (3.ª ed.). Masson. 2006.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

34

Trastornos del control de los impulsos

Javier Schlatter Navarro

Introducción

La impulsividad es la tendencia a realizar actos o tomar decisiones de manera urgente e inmediata (sin una motivación racional), y sin reflexión ni valoración previa de las circunstancias que pueden ocasionar. Los impulsos forman parte de nuestro obrar habitual. Todos sentimos impulsos y tenemos conductas impulsivas en mayor o menor medida.

El actuar humano consciente supone una decisión de la voluntad, previa deliberación ante una propuesta o sugerencia del entendimiento. En el caso del acto impulsivo puro no existe esa deliberación y la decisión realmente no existe como tal. Se trata de un proceso diríamos «automático». Además, más que una sugerencia del entendimiento, es una posibilidad planteada como necesaria para aliviar la tensión creciente que surge ante la posibilidad inminente de llevarla a cabo. Aunque puede haber un acto impulsivo novedoso (por ejemplo, alguien que nunca fue agresivo puede hacerlo un día por primera vez), lo habitual es que se haya desarrollado un hábito impulsivo por el componente gratificante –disminución de la tensión– que tiene ese acto para el sujeto.

Por último hay que considerar que una cosa es tener manifestaciones de impulsividad dentro o no de un trastorno mental, y otra cosa es ser impulsivo como rasgo general de la personalidad, lo cual tendrá múltiples pequeñas manifestaciones psicológicas y de conducta en la vida diaria.

1. Patología de la impulsividad

a) *Descripción*

A la hora de considerar las patologías de la impulsividad se entiende que la alteración no está tanto en la aparición de un impulso, como en la dificultad o incapacidad para controlarlo o vencerlo. Por este motivo se habla de trastornos del control de los impulsos. Esta dificultad puede deberse a que los impulsos son muy intensos o a una disminución de la capacidad de controlarlos. Aquí juegan un papel importante el estado de ánimo, la tensión emocional, o un afecto negativo circunstancial como el sentimiento de soledad, de enfado, de aburrimiento, de preocupación, etc., la fatiga física o mental, etc.

Estos trastornos implican la tendencia a realizar de forma repetida e involuntaria actos perjudiciales para la propia persona o para los demás. En su conjunto el acto impulsivo tiene para el individuo una parte perjudicial y otra gratificante.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

Hablamos de trastornos del control de los impulsos «puros» cuando no se dan como consecuencia de otra patología física o mental.

b) *Prevalencia*

Al no existir una definición precisa y consensuada sobre la impulsividad es difícil conocer la frecuencia con que se presentan. Además son trastornos que cuesta reconocer, tanto por pensar que son sencillamente «malas conductas» como por el rechazo social que podría suponer si se hiciera público.

En general, los trastornos «puros» son menos frecuentes que los trastornos impulsivos que acompañan a otras patologías.

c) *Causas*

Hay teorías muy variadas que van desde el extremo más «psicologicista» al más «biologicista». Todas contemplan como base un déficit de los mecanismos inhibitorios de la conducta frente a un aumento de la reactividad emocional. Las teorías psicológicas hablan sobre todo de alteraciones conductuales aprendidas, y dificultades en el manejo del estrés (enfoques conductuales), situaciones conflictivas del pasado no resueltas (enfoques psicodinámicos), etc. Las teorías más biologicistas se apoyan sobre todo en algunos datos de disminución en la función de los neurotransmisores cerebrales, y en una cierta fragilidad neurológica congénita o postraumática detectable a veces en el electroencefalograma, datos que no llegan a representar verdaderas lesiones.

En todo caso, siguiendo la definición de trastorno «puro» del control de los impulsos, estos se deben presentar en sujetos mental y físicamente sanos.

Las manifestaciones clínicas fundamentales son:

– dificultad repetida para resistir el impulso a realizar un acto que es perjudicial para la persona,

– tensión creciente previa a la realización del acto,

– el individuo puede o no resistir conscientemente el impulso, y puede o no planificar su realización,

– ejecución del impulso sin valoración de posibles consecuencias,

– descarga de tensión y bienestar inicial una vez realizado el acto,

– posteriores sentimientos negativos de culpa o vergüenza (ver tabla. 1).

Tabla 1

Emociones relacionadas con la conducta impulsiva

Antes	*Durante*	*Después*
Tensión creciente	Bienestar	Culpa o vergüenza

d) *Clasificación*

Las principales clasificaciones de enfermedades incluyen como Trastornos del control de los impulsos a la ludopatía, la piromanía, el trastorno explosivo intermitente, la cleptomanía y la tricotilomanía, además de un apartado para otras manifestaciones. Por consenso no se incluyen aquí otros trastornos relacionados como los referidos al consumo de alcohol y de otras sustancias tóxicas, al comportamiento sexual y a la conducta alimentaria. Estos temas aparecen específicamente detallados en otros capítulos del texto por lo que no los comentaremos aquí.

Además, existen algunos trastornos mentales que se acompañan de manera importante de impulsividad como el trastorno límite de la personalidad, las toxicomanías y el trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

e) *Evolución*

Como generalidad podemos decir que la predisposición de base no desaparece nunca, aunque puede darse una mejoría tal que no lleguen a repetirse las manifestaciones clínicas.

En todo caso recordemos que hay personas que tienen la impulsividad como un rasgo de

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

su personalidad, y que por tanto estará siempre presente aunque pueda mejorarse. Otras personas presentan la impulsividad en determinadas circunstancias o épocas, en las que por el motivo que sea los impulsos son mayores o es menor la capacidad de controlarlos.

De esta forma, hay personas que presentan una evolución crónica y con manifestaciones permanentes de enfermedad, mientras que otras solo las presentan en determinadas épocas con remisión total entre ellas, y otras que tan solo tienen conductas impulsivas en circunstancias muy determinadas.

f) *Tratamiento*

En ninguno de los casos existe un tratamiento específico que haya demostrado claramente su mayor eficacia. En general suele recomendarse una combinación de tratamiento psicofarmacológico y psicológico.

Los fármacos más empleados son los antidepresivos. Estos fármacos actúan bien directamente sobre la regulación de los neurotransmisores cerebrales o bien con la mejora del estado de ánimo (al disminuir las emociones negativas que pueden actuar como predisponente, o aumentar la capacidad de inhibir la conducta). Entre los antidepresivos son de primera elección los de última generación por tener menos efectos secundarios. También se han sugerido fármacos estabilizadores del ánimo (como el litio o el ácido valproico), neurolépticos y ansiolíticos (benzodiacepinas).

Los tratamientos de psicoterapia son variados y exceden los objetivos de este texto. En todo caso, la terapia más cercana es la de corte cognitivo-conductual, e incluye el aprendizaje de técnicas de relajación, el control de los estímulos desencadenantes, técnicas de resolución de problemas, exposición progresiva a los estímulos para disminuir la tensión previa, modificar algunos esquemas mentales que pueden aumentar la tensión previa o disminuir la capacidad de controlar el estímulo, estrategias para prevenir futuras recaídas, etc.

2. Posibles repercusiones

En el ámbito personal estos trastornos pueden suponer una disminución importante de la capacidad de decisión, no porque les falte la capacidad de juicio habitualmente, sino porque de hecho pueden tirarla por la borda con una conducta impulsiva única o repetida. Los sentimientos de culpa o de rechazo posteriores al acto, si son sinceros, nos hablan justamente de un aspecto de este trastorno, y no de una persona que a posteriori reconoce que lo hizo con mala voluntad. Hasta qué punto existe una capacidad de control o no, probablemente no lo sepa ni el propio interesado.

En todo caso, en los momentos en que no está actuando el estímulo y no existe la tensión previa a la conducta impulsiva, se entiende que el interesado reconoce su conducta y podría poner o facilitar los medios que él mismo u otras personas pueden establecer para controlar sus impulsos.

Lógicamente, cuando estas conductas impulsivas se repiten, tanto la vivencia de pérdida de control como sus consecuencias negativas pueden ir minando la autoestima de la persona. Esto disminuirá aún más su capacidad de control, especialmente en los casos en que después de una época buena, y tras una primera conducta impulsiva, se desencadenan toda una serie de conductas durante un tiempo, favorecidas por esta mentalidad de «derrota» y desesperanza.

Fruto de la baja autoestima y de los sentimientos negativos que le producen sus conductas (vergüenza, culpa, etc.) es fácil que la persona vaya aislándose socialmente y enrareciendo su carácter. A la vez, esta situación puede generarle con el tiempo trastornos psiquiátricos, como cuadros de ansiedad, de depresión, o de abuso de alcohol u otras sustancias tóxicas que quizá consume para compensar sus emociones negativas.

Las dificultades en las relaciones interpersonales se acrecientan con frecuencia por los intentos de disimular y engañar ante las conductas «vergonzosas» que presenta, y en algunos casos por los intentos de manipulación que le permi-

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

ten poder seguir realizando esas conductas o salvar su imagen ante los demás.

Muchos de estos trastornos pueden tener repercusiones legales como la cleptomanía, la ludopatía, o el trastorno explosivo intermitente. Salvo que se demuestre, cosa nada fácil, la incapacidad total de la persona para controlar esas decisiones o actos, lo más habitual es que se les considere culpables. Como medida de prudencia se pueden establecer medios como separación de bienes, cambios en su titularidad, o disminución de su capacidad decisoria, que impedirán o disminuirán las consecuencias de posibles conductas futuras.

Por otro lado, es fácil que estos trastornos –directamente o por las consecuencias que se derivan de ellos– limiten y en algún caso incapaciten a la persona para desarrollar una labor profesional determinada.

En el plano espiritual podríamos comentar las siguientes consecuencias: primero, la facilidad con que la persona puede perder la esperanza en los medios puestos para la curación. Cuanto más puro e intenso sea el impulso, menor será la capacidad de control. Tanto la repetición como las frecuentes e imprevistas recaídas pueden fomentar el abandono en la lucha. En segundo lugar, como fruto de los frecuentes «fracasos» en la lucha y del componente gratificante que siempre tienen las conductas impulsivas, pueden generarse importantes dudas en la propia persona y en las que lo atienden sobre el grado de voluntariedad y las verdaderas disposiciones de fondo del interesado en erradicar esas conductas.

Si a esto añadimos la desesperanza, lo más probable es que, si el cuadro no se resuelve, exista el peligro de derivar hacia dos direcciones negativas: el abandono en la lucha, o bien una situación de tensión-complicación en el propio interesado y con las personas que le atienden o más cercanas.

Tabla 2

Posibles repercusiones del Trastorno del control de los impulsos

Disminución de la capacidad de decisión
Disminución de la autoestima
Aislamiento social
Enrarecimiento del carácter (irritabilidad, desapego emocional, etc.)
Abandono de otras actividades y aficiones
Trastornos mentales secundarios (ansiedad, depresión, consumo de tóxicos, etc.)
Problemas económicos por abandono de obligaciones y por gastos
Mayor dificultad en las relaciones interpersonales
Repercusiones legales (denuncias, impagos, etc.)
Distintos niveles de incapacitación profesional
Tendencia al abandono y desesperanza en el plano espiritual
Situaciones de tensión-incomprensión en el interesado y en las personas que lo atienden espiritualmente y familiares

3. Aspectos específicos de cada trastorno

a) *Trastorno explosivo intermitente:* Se trata de una persona con episodios aislados de agresividad desproporcionados en relación con el acontecimiento que los precipita. Es más frecuente en varones y suele comenzar en la edad adulta temprana, con frecuencia tras un acontecimiento muy estresante como podría ser una ruptura sentimental o una pérdida importante.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-08 07:18:48.

La evolución suele ser hacia la cronicidad, lo que conlleva un progresivo rechazo y aislamiento social. La ausencia de desencadenantes intensifica los sentimientos de culpa y podría servir para el diagnóstico, siempre y cuando la persona sea veraz en su descripción del fenómeno.

Algunos autores hablan de una base orgánica apoyándose en indicios del electroencefalograma, y en la buena respuesta a anticonvulsionantes.

b) *Piromanía:* Es una enfermedad más famosa que frecuente, que se da más en los varones, y que consiste en la tendencia a prender fuego a propiedades y objetos sin un motivo aparente, y una insistencia y fascinación por temas relacionados con el fuego y la combustión. Aparece de manera episódica con tendencia a recaer. A diferencia de otros trastornos de este grupo puede llegar a realizar múltiples preparativos, y realizar actos más complejos como dar falsas alarmas o incluso buscar trabajo como bombero.

Este diagnóstico genera algunas dudas en cuanto a su impulsividad pues el pirómano típicamente se excita contemplando el fuego sin remordimiento alguno, suele preparar con tiempo y parsimonia los medios para realizarlo, y toma precauciones para que no le descubran.

c) *Cleptomanía:* Consiste en la tendencia a cometer robos que no están justificados ni por la necesidad ni por los deseos de perjudicar a la víctima. Por lo tanto, el impulso de estas personas es cometer el robo y no tanto la posesión de ese objeto. Se da con más frecuencia en mujeres, y la mayoría de los casos que se describen son personas que padecen alguna enfermedad mental o cerebral, por lo que no son casos «puros» de cleptomanía. Puede pasar mucho tiempo hasta que la familia se entere. Algunos roban de manera esporádica, otros lo hacen durante episodios prolongados con épocas de remisión, y otros lo hacen crónicamente, aunque con algunos periodos más intensos. Los casos más típicos son personas que instantáneamente sienten el impulso de robar acompañado de una tensión interior que les lleva a realizarlo con un alivio posterior; suelen robar cosas sin valor económico ni utilidad; evitarán robar si les pueden descubrir aunque no buscan cómplices ni suelen planificar el robo; y una vez han robado se olvidan o desprenden fácilmente de lo robado.

d) *Tricotilomanía:* Este cuadro es de los que aparece más precozmente –infancia tardía–, tiende a la cronicidad, y se presenta el doble de veces en las mujeres. Consiste en la tendencia a arrancarse pelo de diferentes zonas del cuerpo, como un ritual compulsivo, con una lucha interior previa al hecho de arrancarse el pelo que lo asemeja a un trastorno obsesivo-compulsivo. En esa lucha se produce una gran tensión previa y un gran alivio posterior. En algunas personas llega a ser una conducta prácticamente automática, sin plena conciencia. La mayoría tienden a disimular estas manifestaciones o las secuelas, además de que pueden alcanzar un importante aislamiento social por cuestiones estéticas. A veces este cuadro se complica con la ingesta del cabello arrancado, trastornos de ansiedad y depresiones.

e) *Rascado cutáneo compulsivo:* Pese al término compulsivo, se encuentra más cercano a los trastornos impulsivos. Estas personas –habitualmente mujeres– tienden a rascarse de manera repetida, sin control, y suelen hacerlo en zonas de la piel de fácil acceso, produciéndose lesiones de pequeña extensión, pero que pueden acompañarse de costras o cicatrices. Los pacientes refieren que en cuanto perciben una mínima irregularidad en la piel se les desencadena una tensión a rascarse que solo desaparece al ceder al impulso. Tiene un cierto parecido con la Tricotilomanía.

f) *Juego patológico (ludopatía):* Es posiblemente el más frecuente de estos trastornos, hablándose de hasta un 3% de la población general. Al igual que las compras compulsivas, su carácter lúdico y de ganancia los asemeja también al fenómeno de las adicciones. Aparece antes y con más frecuencia en los varones. Parece estar asociado en la propia persona o en familiares con cuadros de alcoholismo y trastornos del ánimo. Los juegos que más adicción crean son los que tienen un menor intervalo entre la apuesta y el premio como las máquinas tragaperras o los casinos, frente a otros como la lotería.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-09 10:44:33.

Se ha escrito mucho sobre los factores que influyen en su aparición, como el refuerzo que significa la obtención del premio económico, la creencia de que puede recuperar lo perdido, o como si una especie de fuerza oculta les debiera dinero y merecen esa reparación, o pensar que pueden controlar de algún modo la suerte. Otros hablan más de un fenómeno adictivo por el malestar que se produce cuando dejan de jugar sobre todo si la última vez fue para perder, recordando a un fenómeno de abstinencia; o bien la búsqueda de sensaciones como un rasgo de la personalidad.

En estos casos el paciente suele llegar a la consulta cuando el cuadro se encuentra muy avanzado y la situación personal y familiar deteriorada. La vida del paciente acaba girando sobre cómo conseguir el dinero necesario, llegando a descuidar sus obligaciones. Si se le pone «entre la espada y la pared» es capaz de contenerse temporalmente, pero a costa de una gran irritabilidad. Puede presentar grandes cambios de humor entre la euforia de una partida ganada y la desesperación cuando las cosas van mal.

Habitualmente existe una primera época «buena» que coincide con una racha buena en el juego; después comienzan las pérdidas económicas pero no pierde el entusiasmo por recuperarlas; más adelante comienza a desesperarse y a sufrir consecuencias importantes gastando cada vez más, lo que se acompaña de síntomas depresivos; y termina aislado, sin recursos y en un grado de desesperanza que bien pudiera conducir al suicidio.

Respecto al tratamiento y abordaje psicosocial de este cuadro se pueden hacer las siguientes orientaciones (tabla 3):

Tabla 3

Algunas orientaciones sobre el tratamiento y abordaje social de la ludopatía

Evitar los estímulos que lo propician (lugares, amistades, aficiones, etc.).
Habría que plantearse según el caso la limitación en la disponibilidad de dinero.
Habitualmente el planteamiento es la abstinencia absoluta de juego, y sólo en algunos casos el juego controlado.
Desmontar ideas relacionadas, como el supuesto control de la suerte o la convicción de que la mejor manera de recuperar las pérdidas es tener ganancias en el juego.
Identificar las emociones negativas que arrastran a jugar (problemas familiares y sociales, percepción de aburrimiento, soledad, enfado, etc.).
Inclusión en algún grupo de autoayuda como los Jugadores Anónimos, aunque su eficacia no parece superior a la terapia individual.

g) *Compra impulsiva:* En este caso es quizá más difícil conocer el límite entre patología y salud. Son personas con un impulso irrefrenable y habitualmente crónico de comprar, que no miden las consecuencias de estos actos e incapaces de desviar su atención de esa idea.

Suelen ser mujeres jóvenes, económicamente acomodadas, con antecedentes de dificultades de adaptación. A veces se percibe claramente cómo las compras actúan como una compensación o bálsamo de tensiones familiares o personales. Estas conductas pueden aumentar esas tensiones, por lo que se potencia el cuadro de compras.

Destaca el poco interés que muestran después por lo que han comprado, el hecho de que no se limiten a las temporadas de rebaja o a las ofertas, su persistencia pese a las consecuencias

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-09 10:44:33.

negativas para ella misma o su familia, y el excesivo tiempo y dinero que invierten.

4. Orientaciones para el manejo

Estos trastornos tienen en común la disminución del control de los impulsos, pero sus repercusiones pueden ser muy distintas. En todo caso, hay que ser comprensivo y no perder nunca de vista que se trata de un trastorno y como tal, de algo no deseado por el paciente. Por otra parte, el paciente puede no estar de acuerdo con algunas medidas que se han de tomar, por ser molestas en sí mismas o por falta de conciencia de enfermedad.

Uno de los asuntos de más interés es decidir cuándo se debe acudir a un especialista. En la mayoría de estos casos el paciente no quiere reconocer su enfermedad, por vergüenza o por sus posibles repercusiones legales. Así, pensando en el sujeto, este debería pedir ayuda especializada cuando perciba que empieza a no controlar sus conductas pese a los remedios ordinarios, y sobre todo cuando empieza a ser motivo de sufrimiento habitual. Las personas allegadas empujarán en esa línea cuando conozcan que empieza a tener repercusiones emocionales, de relación, laborales, económicas, etc., sobre el interesado y/o sobre los demás.

En este sentido, tenemos que proteger de este trastorno al paciente y a los demás, lo que en ocasiones lleva a situaciones difíciles o dolorosas desde el punto de vista médico o legal. Ante estas posibilidades el consejo de un especialista o de un abogado ayudará a la toma de decisiones.

Una vez hecha la valoración y el diagnóstico, se trata de cuadros que deben ser atendidos por un especialista, y que necesitan un seguimiento más intensivo en determinadas épocas. En todo caso, aunque las manifestaciones desaparezcan, lo normal es mantener una actitud expectante de por vida. El especialista se centrará sobre todo en aspectos conductuales y psicoterápicos, y en menor medida en los psicofarmacológicos.

Uno de los aspectos claves en el «camino de salida» es evitar los estímulos que desencadenan estas conductas, limitando la disponibilidad de dinero, cambiando de hábitos sociales o aficiones, etc. De hecho, mientras la persona no asume el papel de estos desencadenantes y la necesidad de evitarlos se puede decir que no hay esperanzas de cambio.

Con frecuencia el paciente intenta disimular las manifestaciones de la enfermedad por sus sentimientos de culpa o vergüenza, o por las consecuencias legales que puede tener (piromanía, cleptomanía, etc.), por lo que es importante conocer o detectar señales de que «algo» está ocurriendo. En esos casos, más que calibrar o intentar adivinar qué pasa, interesará que el paciente sea valorado de nuevo por su especialista.

Además de esta actitud de comprensión y de «dar la alerta» cuando corresponda, la familia y personas allegadas serán fundamentalmente un apoyo emocional, social y, cuando se pueda, material para las recomendaciones de la terapia. La familia deberá de conocer por tanto lo que le atañe, de manera ideal a través del paciente, y transmitir al especialista sus preocupaciones, preferentemente a través del propio enfermo.

A veces estos pacientes se encuentran ante problemas con la Justicia. Es importante que una vez establecido el diagnóstico, el interesado y los allegados soliciten consejo a un abogado. Las personas allegadas, lógicamente, deberán defender al paciente sin olvidar que, con frecuencia, las medidas que adopte la Justicia podrían ayudar de hecho a la recuperación, ya sea como refuerzo negativo (castigo) o como defensa ante futuros estímulos.

En el aspecto espiritual, es fundamental la actitud de franqueza del interesado en cuanto a los hechos, de manera especial al inicio del cuadro, cuando los medios son más eficaces y la conciencia de enfermedad mayor. La actitud de franqueza se debería asociar a la disposición de dejarse ayudar y aceptar las limitaciones que puedan suponer inicialmente la marginación de los estímulos desencadenantes.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-09 10:44:33.

Sería ideal que la persona descubriera cómo le afectan las distintas emociones negativas (enfados, tristeza, soledad, aburrimiento, preocupación, etc.) que pueden preceder a estas conductas, y aprender a darles cauce, expresarlas y en todo caso resolverlas con actividades o pensamientos que generen emociones positivas.

Si no contamos con la franqueza del interesado, o bien si el cuadro está bastante instaurado, podríamos valorar qué disposiciones tiene de fondo según su actitud ante los medios que se pueden poner «en frío». Hasta dónde está dispuesto a pelear. En aquellos casos más avanzados, habrá que intentar suplir o complementar la voluntad del interesado con la de la familia. En último caso, estará tan limitada libertad del paciente que será oportuno iniciar un proceso de incapacitación por vía legal.

Por último, queremos resaltar la importancia de conseguir la mejor conciencia de enfermedad del paciente, la mejor relación terapéutica con el especialista –que en ocasiones puede suponer asumir algún riesgo o cesión–, y que la persona sea capaz de pelear con el menor grado de tensión posible para que esta misma tensión no provoque el efecto paradójico de desencadenar la conducta que se quería evitar.

Tabla 4

Algunas orientaciones para el manejo de un trastorno del control de los impulsos

Actitud comprensiva: es una enfermedad
Solicitar ayuda especializada ante sensación de falta de control o comienzo de repercusiones en el terreno personal o familiar, económico, laboral, social, etc.
Solicitar desde un inicio asesoramiento legal
Reconocer y manejar los estados anímicos y emociones que predisponen a los impulsos
Evitar factores que pueden desencadenar o facilitar el impulso (disponibilidad de medios económicos, cambios de aficiones o amistades, etc.)
Reconocer señales de alarma de una posible recaída
Acudir a su especialista ante la aparición de una señal de alarma: llegar a tiempo
Observar actitud y disposiciones del interesado ante los medios a poner en situaciones en las que no está interviniendo el estímulo
Mantener una buena relación médico-paciente
Conseguir una adecuada conciencia de enfermedad

5. Conclusiones

Los trastornos del control de los impulsos suponen la tendencia involuntaria a ceder ante la realización de un acto dañino para la persona o para los demás, y que la persona lleva a cabo sin valorar sus consecuencias, impelido por un sentido de necesidad emocional.

Es poco frecuente que se den de manera aislada; aparecen con mayor frecuencia asociados a otros trastornos mentales, especialmente del estado de ánimo y de la personalidad.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-09 10:44:33.

Cuando se percibe una habitual falta de control y, sobre todo si empiezan a aparecer repercusiones negativas, es importante que la persona sea vista por un especialista y en algunos casos, solicitar también el consejo de un abogado.

El tratamiento será fundamentalmente psicológico y de apoyo social, aunque los tratamientos farmacológicos pueden ser necesarios y en algunos casos imprescindibles.

La evolución es muy variable aunque en líneas generales se entiende que la predisposición es crónica. La actitud del paciente, el apoyo familiar o social, y el tipo de ayuda recibida decidirán su curso futuro.

Bibliografía

Ros, S.; Peris, M.D. y Gracia, R., *Impulsividad*, Ars Médica, Barcelona 2004.

Vallejo, J. y Leal, C. (eds.), *Tratado de Psiquiatría*, Vol. II. Ars Médica, Barcelona 2005. Cap. «Trastornos del control de los impulsos». por Carrasco, J.L. y Díaz, M., pp. 1482-95.

DSM-5. *Manual diagnóstico y estadístico de los transtornos mentales.* 5.ª ed. Ed Panamericana. Madrid 2014.

Página web sobre ludopatía y otras adicciones psicológicas (*http://www.cop.es/colegiados/M-13641/index.htm*).

Asociación zaragozana de jugadores de azar en rehabilitación (*www.azajer.com)*. Incluye enlaces a otras asociaciones de ludopatía y de compras impulsiva.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-09 10:44:33.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-09 10:44:33.

35

Conductas adictivas

Pedro Antón Fructuoso

Introducción

Definamos primero que es la adicción. Se puede decir que está integrada básicamente por un impulso que no se puede autocontrolar, una tendencia a la reiteración y una implicación nociva para la persona que la padece. Cuando se acompaña de otras implicaciones biológicas, perceptibles en forma de reacciones de tolerancia (necesidad de incrementar progresivamente la dosis del objeto adictivo –químico o no químico– para obtener el mismo efecto) y abstinencia (reacción psicovegetativa con ansiedad, inquietud, malestar general, molestias digestivas, etc.), podemos hablar preferentemente de dependencia. Generalmente se utiliza de manera indistinta, aunque suele ser más común el término adicción (proviene del término inglés *addiction* que significa «sumisión del alguien a un dueño o amo»).

Tipos de adicciones: siguiendo a Alonso-Fernández (1996) podemos afirmar que aunque las adicciones más conocidas son las relacionadas con las drogas, hay otro grupo de adicciones a objetos y actividades no químicas. Dentro de las adicciones con droga (toxicomanías), tenemos que señalar las adicciones a drogas legales (alcohol, tabaco, café, fármacos) y a las drogas ilegales (opiáceos, cannábicos, cocaína, anfetaminas, etc.). Dentro de las adicciones sin droga (toxicomanías sin tóxico), tenemos que señalar las adicciones a actividades legales (alimentación, sexo, televisión, compra, juego y trabajo) y las adicciones a actividades ilegales (robo, incendio y estupro). Para el propósito de este capítulo vamos a centrarnos en las adicciones sin droga y, en concreto, las que hacen referencia a las actividades legales.

Precisamente en las dos o tres últimas décadas del siglo XX ha comenzado la aparición de las adicciones a las actividades legales y normativas. Existe una relación no poco importante entre los patrones culturales de la sociedad actual y la proliferación de las adicciones. Dentro de este marco, el adicto (generalmente un sujeto joven) puede vivir la propia adicción como una cierta autorrealización, al menos al principio del proceso. Por otra parte, una serie de características que son elementos omnipresentes en la civilización actual, el estrés, el vacío y aburrimiento unido a la pérdida de valores y la tendencia a la inmediata gratificación, son un terreno abonado para que cunda el fenómeno de las adicciones en sus formas más diversas.

Causas generales de las adicciones: hay que considerar una serie de factores generales, como: a) sobreexigencias o estrés, debido a la competitividad en las relaciones laborales y sociales y la incongruencia e inconsistencia de los modelos que generan los agentes sociales; b) disponibi-

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-09 10:44:33.

lidad del objeto, en la medida que aumenta la oferta, la demanda también se dispara (es el caso del juego, de la TV, internet, etc.); c) hábito de recompensas, es un patrón cultural que caracteriza a la sociedad adicta de nuestros días. En cuanto a los factores individuales, tenemos: a) el débil soporte familiar: aquellas familias que son conflictivas, que no tienen unas normas de funcionamiento, que son muy autoritarias, etc., son el cultivo donde se dan personas con problemas adictivos; y b) la personalidad vulnerable, sobre todo cuando se dan los rasgos de baja autoestima e inseguridad y la tendencia a la conducta impulsiva. La asociación de estos rasgos multiplica el riesgo de caer en la adicción, por lo que se puede hablar de personalidad preadictiva. Los diversos tipos de personalidad predispuestos a sucumbir a las adicciones sociales abarca la personalidad impulsiva, la personalidad neurótica o insegura de sí misma y la personalidad de organización límite, caracterizada por débil integración individual y grandes dificultades para comunicarse con los demás.

1. Tipos y características de las adicciones

a) *Adicción al alimento (Bulimia adictiva)*

Existe una veneración por la delgadez en amplios sectores de la población adolescente y joven de los países occidentales, que no es ajena a influjo sociocultural del momento presente (cultura de la superdelgadez). Entre las chicas de 15 a 20 años, hay al menos un 85% que está descontenta de su imagen corporal y casi un 40% entre los chicos. Debido a esto, es muy frecuente la presencia entre los jóvenes de temores fóbicos a aumentar de peso, a su imagen corporal (que la pueden ver agrandada), a alguna deformidad concreta del cuerpo (nariz, mamas, etc.). La repercusión en la conducta alimentaria (en el hambre, en la ingesta de alimentos y la sensación de saciedad) va a producir una serie de alteraciones que, en la actualidad, tienen una frecuencia casi epidémica: anorexia (etimológicamente disminución del apetito), bulimia (acceso de hambre aguda), hiperfagia (exceso de hambre persistente durante las comidas o en sus intervalos). A estas cuestiones se les dedica un entero capítulo en el libro.

La Bulimia adictiva, también denominada bulimia de peso normal o excesivo, se caracteriza por la presencia de un impulso incontrolable de devorar alimento, comportamiento que se realiza con fruición y placer sin preocupaciones obsesivas de ningún tipo. El atracón suele experimentarse con una sensación de plenitud placentera. El peso puede ser normal o excesivo.

Otra forma de bulimia es la restrictiva o bulimia nerviosa (también llamada bulimarexia), que se caracteriza por guardar una relación estrecha con la anorexia mental. Esta conexión, consiste en una asociación directa con los síntomas clave de la anorexia mental, al menos con la presencia de un estado de delgadez o el acompañamiento de una estrategia obsesiva del control del peso. La preferencia alimentaria de los bulímicos adictivos se inclina durante sus accesos por los alimentos dulces, mientras que los bulimaréxicos suelen entregarse durante sus crisis a la ingestión de comida salada, a menudo rica en grasas y de sabor fuerte.

La caracterización del bulímico adictivo muestra los siguientes rasgos: una persona impulsiva e irritable de peso normal o excesivo, que vive sus accesos de hambre como incontrolables pero con una realización agradable, con inclinación hacia los alimentos azucarados y, con frecuencia, afectado por un estado depresivo y por otras adicciones, con o sin droga (cocaína, opiáceos, cleptomanía, etc.). Un subgrupo de bulímicos adictos muestra una bulimia asociada a una conducta impulsiva distribuida entre la promiscuidad o la desinhibición sexual, las tentativas de suicidio, adicción a drogas, etc. (a este subgrupo se denomina bulimia multi-impulsiva).

b) *Adicción al juego (Ludopatía)*

La adicción al juego o juego patológico se ha multiplicado en las últimas décadas en la medida que se ha impuesto la legalización del jue-

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-09 10:44:33.

go. Consiste en un impulso incontrolado que se acompaña de una fuerte sobretensión emocional y no se deja influir por el pensamiento reflexivo. Existe en el juego patológico una falta de control sobre las conductas relacionadas con el juego con un fracaso repetido en los esfuerzos para dejar de jugar y con la habitual escalada en el aumento de las cantidades apostadas (equiparado a un fenómeno de «tolerancia» para conseguir los efectos deseados), y la frecuencia con la que el jugador experimenta intranquilidad o inquietud cuando deja de jugar de forma voluntaria o por falta de disponibilidad (semejante al fenómeno de abstinencia) (A. Ibáñez, J. Saiz, 2000).

Como ocurre en otras adicciones, el ludópata persiste en sus conductas a pesar de las consecuencias negativas y los conflictos que éstas provocan en el ámbito personal, familiar, conyugal, laboral y social de los individuos que por lo general se encuentran profundamente afectados.

No existe un perfil de personalidad específico en los ludópatas, sino distintos rasgos predisponentes que coinciden más o menos con los registrados en otras adicciones, sobre todo la falta de capacidad para el autocontrol, la baja autoestima y algunos rasgos de la personalidad límite, la personalidad narcisista y la personalidad antisocial. La sobrecarga de estrés, la sensación de soledad y la dificultad para la concentración de la atención son factores que al disminuir la capacidad de autocontrol, facilitan la instauración de la ludopatía. El origen de esta adicción resulta muchas veces condicionado por un estado de alcoholismo o de dependencia frente a otras drogas o por un cuadro depresivo.

El mundo interior del adicto al juego se compone de los siguientes elementos (Alonso-Fernández, 1996): 1) Frecuente preocupación por el juego o por conseguir dinero para jugar. 2) Experimentar una fuerte emoción de expectativa con la necesidad de jugar. 3) Sentir una fuerte excitación placentera al comenzar a jugar y mantenerla o incrementarla a medida que se eleva el volumen de las apuestas. 4) Prolongar la entrega al juego con el mínimo pretexto. 5) Reincidir más en el juego cuando se pierde con el propósito de recuperarse. 6) Caer en el síndrome de abstinencia (irritabilidad o ansiedad acompañada de trastornos vegetativos y de conducta) cuando no se puede jugar. Y 7) Adolecer de falta de control reflejada en el fracaso de los esfuerzos para interrumpir el juego o abandonarlo.

La fase final del ludópata se caracteriza por la desesperación generada por distintos factores: el conflicto familiar, la crisis profesional o la pérdida del empleo, el acoso de los acreedores, la salud precaria y el peso de la ley.

c) *Adicción al sexo*

Generalmente se trata de un varón, con un impulso incontrolado dirigido a la práctica sexual física y anónima en forma de acto breve, con frecuencia poco satisfactorio, que se repite con intervalos variables siempre cortos (entre algunas horas y escasos días), cada vez con una mujer distinta, sin reparar en los prejuicios profesionales, económicos o de salud ocasionados por tal conducta a uno mismo o a su familia. Se trata de un hábito sexual desvinculado de todo propósito de comunicación y sin el menor atisbo de vivencia amorosa. El proceso de cosificación del otro forma parte de la sexoadicción (Alonso-Fernández, 1996). Existen otras diversas formas, muy frecuentes en la actualidad, de sexoadicción: visitas incontroladas a sex-shops, consumo indiscriminado de pornografía, uso de líneas eróticas, prostitución, pedofilia, etc.

La personalidad previa del sexoadicto suele ser neurótica o impulsiva. Algunos de sus rasgos, como la fuerte subordinación a la imagen materna, la inseguridad de sí mismo, el vacío existencial y el autocontrol deficiente, facilitan la instauración de este proceso adictivo.

La asociación formada por la sexoadicción y el estado depresivo es muy frecuente. El vacío existencial se acompaña de vivencias depresivas en las que el sujeto percibe una imagen muy negativa de sí mismo, no exenta de sentimientos de culpabilidad, que es reforzada por la misma conducta adictiva.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-09 10:44:33.

d) *Adicción a la televisión*

La adicción televisiva es siempre el resultado del consumo abusivo de televisión o de una fijación anómala hacia ella. Siguiendo a Alonso-Fernández (1996), distinguimos dos fuentes principales de la teleadicción: 1) Teleabuso: contemplación habitual de una cantidad excesiva de televisión; y 2) Telefijación: contemplación de televisión en solitario, con una actitud silenciosa e inmóvil.

El teleabuso origina una especie de intoxicación crónica de pantalla que va cambiando de forma gradual la mentalidad del televidente. Lo va volviendo pasivo (con pérdida de iniciativa, impulsos y actitud crítica) y apático (con indiferencia y falta de motivación), del que sale de cuando en cuando una oleada de impulsividad, a menudo configurada como un comportamiento violento.

En la telefijación existe una absoluta absorción de la mente del telespectador por la pantalla, de un modo repetitivo o prolongado. Su efecto en una intoxicación televisiva aguda que se refleja en un estado mental fluctuante entre la embriaguez o el trance extático y el vacío propio de una semiparálisis mental. Los fines de semana son el momento predilecto para combinarse la telefijación con un atracón televisivo.

El tránsito del teleabuso o de la telefijación a la teleadicción ocurre más o menos gradualmente, de un modo análogo a lo que sucede con las drogas químicas y gran parte de unos y otros terminan volviéndose adictos.

En la teleadicción se da el mismo proceso que en otras adicciones: el impulso incontrolado inicial, el frenesí placentero suscitado por al entrega a contemplar la imagen y la intranquilidad ansiosa o irritable al tratar el sujeto de resistirse al impulso. El cuadro de teleadicción toma un desarrollo progresivo en detrimento de los rendimientos escolares y laborales, la comunicación sociofamiliar y hasta el propio nivel intelectual y afectivo cada vez más dominado por la apatía, la pasividad y el pensamiento carente de crítica. Las pequeñas contrariedades o frustraciones pueden poner al teleadicto fuera de sí y originar una reacción agresiva o antisocial.

La edad escolar y la adolescencia precoz son las épocas más propicias para convertirse en teleadicto. Por parte de los adultos, los más vulnerables ante el riesgo de la teleadicción son los carentes de proyecto existencial, muchas veces dominados por las sensaciones de vacío o soledad y los inestables. Con respecto a las circunstancias de la vida, los más amenazados por este riesgo son los jubilados, los parados y las amas de casa. A medida que en la sociedad prende el aburrimiento, la desmotivación, la desilusión, etc., se incrementa la teleadicción.

e) *Adicción a internet*

La primera persona que estableció criterios diagnósticos para la adicción a internet fue el psiquiatra Ivan Goldberg (1995), y propuso criterios similares a los diagnósticos por abuso de sustancias: un patrón desadaptativo de uso de internet, que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres o más de los ítems siguientes en algún momento de un periodo continuado de 12 meses:

– Tolerancia (necesidad de incrementar notablemente la cantidad de tiempo en internet, para obtener satisfacción).

– Abstinencia (con síntomas típicos del síndrome de abstinencia: ansiedad, agitación psicomotora, pensamientos obsesivos sobre internet, fantasías o sueños acerca de internet, movimientos de tecleo involuntario, etc.).

– Se accede a internet con más frecuencia o por periodos más largos.

– Deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el uso de internet.

– Actividades sociales, ocupacionales o recreativas se dejan o se reducen a causa del uso de internet.

– Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con el uso de internet (probando nuevos navegadores, indagando proveedores de internet, etc.).

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-09 10:44:33.

Varios autores (Echeburúa, 1999; Griffiths, 1998) han señalado que internet podría ser en algunos casos, solo un medio o «lugar» donde alimentar otras adicciones o trastornos (adicción al sexo, parafilias, etc.), aunque también señalan que existen casos de adicción a internet por sí mismo.

La vulnerabilidad psicológica hacia la adicción a internet se expresa en los siguientes factores de riesgo (Echeburúa, 1999):

– Déficits de personalidad: introversión acusada, baja autoestima y nivel alto de búsqueda de sensaciones.

– Déficits en las relaciones interpersonales: timidez y fobia social.

– Déficits cognitivos: fantasía descontrolada, atención dispersa y tendencia a la distraibilidad.

– Alteraciones psicopatológicas: adicciones químicas o psicológicas presentes o pasadas.

Existe una relación entre un alto uso de internet y el incremento en los niveles de depresión, aunque es difícil establecer si la depresión es la causa o el efecto de la adicción a internet.

2. Consecuencias de las conductas adictivas

El patrón de conducta de los adictos a actividades legales y sociales se distribuye en las siguientes fases: 1) Fase apetitiva o preparatoria: el adicto presionado por su impulso incontrolado, se preocupa de ir configurando la situación propicia para convertirlo en conducta. En la sexoadicción, por ejemplo, esta fase se configura como una búsqueda del objeto adicto. 2) Fase ejecutiva: se traduce en un comportamiento social desviado o excesivo que constituye una necesidad placentera y se repite periódicamente del mismo modo (por ejemplo, en los episodios bulímicos). Esta es la secuencia que refleja con más evidencia la falta de control del impulso. 3) Fase de saciedad: en unos casos puede ser un momento de relajación y calma y , en otros, un motivo de mortificación mediante la activación del sentimiento de culpa y su cortejo de autorreproches; en otros casos, puede existir una situación de excitación incontrolable que predispone a una conducta infantil o regresiva, a un acto de violencia o una evasión a la promiscuidad sexual, borrachera televisiva, etc. 4) Fase de abstinencia: el adicto presenta un estado de ánimo irritable o ansioso acompañado de astenia o de inquietud psicomotora e incapacidad de pensar con orden y claridad, además de una serie de síntomas vegetativos tales como escalofríos, anorexia, nauseas, palpitaciones, insomnio, etc. 5) Fase de adaptación: suele estar alterada la adaptación a la vida social comunitaria por los efectos de las fases precedentes. Las adicciones alimentarias son las que se muestran más compatibles con la integración social completa. La teleadicción infantil suele imponer el fracaso escolar. La ludopatía comporta la mayor parte de las veces una profunda crisis familiar y profesional e incluso caída en actos antisociales como el robo y la estafa. La sexoadicción deteriora las relaciones conyugales y familiares y, en algunos casos, puede asociarse a actos delictivos (violación) y a otras adicciones (cleptomanía).

Como ya se ha visto en la descripción de las conductas adictivas, suele estar presente por lo general el estado del humor deprimido. En algunos casos la depresión precede, preparando el terreno de la conducta adictiva, mientras que en otros, se puede decir que es una consecuencia de los problemas inherentes a la propia adicción. Alonso-Fernández (1996), relaciona la tendencia adictiva con cuatro dimensiones del estado depresivo: a) el humor depresivo, llevaría a la búsqueda de nuevas sensaciones; b) la anergia, conduce al aburrimiento o vacío; c) la discomunicación potencia la sensación de soledad y d) la alteración del ritmo circadiano favorece la impulsividad o la inestabilidad. Las adicciones precedidas por un estado depresivo tienen la particularidad de que el adicto busca desde el principio una recompensa negativa, es decir, el alivio del sufrimiento y conviene tener presente si la conducta que tiene es un síntoma más de su depresión (depresión enmascarada) o bien una auténtica adicción, en cuyo caso se requiere un tratamiento específico después de haber resuelto la depresión.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-09 10:44:33.

Comentario aparte merece las consecuencias que tienen las adicciones en los jóvenes. Durante el periodo de la adolescencia se va realizando la maduración hacia la edad adulta. Como es sabido la maduración se realiza en los distintos ámbitos de la personalidad: afectivo (capacidad de actuar con sentido de independencia), emocional (control de las emociones en la intimidad de uno mismo), social (plena aceptación de los demás) y espiritual (visión realista, objetiva y ponderada del mundo). Las adicciones (químicas o no) producen una perturbación en el desarrollo madurativo, con bloqueos, fijaciones, regresiones, etc. de la evolución normal de la personalidad.

Otro aspecto importante de la psicología del joven –que guarda relación con las adicciones– es la confusión sobre su identidad que percibe de forma confusa, como una incapacidad para conocerse y aceptarse a sí mismo. Una prueba de la falta de identidad que caracteriza a la adolescencia es la tendencia a formar grupos juveniles que rechazan a los adultos y por el intento de despejar su identidad propia confusa, tanteando diversos caminos. La formación de grupos juveniles hostiles a los adultos obedece muchas veces al mecanismo de identificación proyectiva, mediante el cual un individuo se identifica con el igual, en este caso con el de la misma edad, como si fuera una prolongación o proyección suya. No hay que confundir este mecanismo psicológico, que es de tipo narcisista, con la identificación introyectiva, en la que la identificación con el otro obedece a las cualidades admiradas en él, cuya imagen como consecuencia de ello introyecta el joven en su mundo para que le sirva de modelo.

El joven adicto siente amenazada su libertad interior por la presión sociocultural (ausencia de valores, mensajes contradictorios, etc.) y la fascinación ejercida directamente por el propio elemento adictivo (sexo, juego, televisión, etc.). Además la personalidad se diluye como consecuencia de la sumisión impersonalizada al impulso adictivo que implica la capacidad de pensar y reflexionar. Todo ello unido a elementos de la patología familiar, como el ambiente conflictivo, la discusión crónica, el divorcio o la separación y la enfermedad psíquica parental.

3. Orientaciones terapéuticas

De modo general, la actividad terapéutica se centra en una combinación de tratamiento farmacológico y psicoterápico, con la adopción de medidas específicas para cada tipo de adicción.

Bulimia adictiva: es necesario que el tratamiento sea lo más precoz posible. El tratamiento idóneo es la combinación de fármacos antidepresivos (inhibidores de la serotonina, tricíclicos, etc.) y psicoterapia individual o de grupo. El método de psicoterapia individual más recomendable para los bulímicos corresponde a la psicoterapia cognitivo-conductual. Se trata, con esta terapia, de conseguir un cambio de actitudes en el enfermo y un patrón de comidas racional (tres comidas diarias a su hora, sentado en la mesa, con ingestión lenta y abstención de comer cualquier cosa entre horas). Hay que valorar el estado depresivo del paciente y, en especial, las posibles ideas autolíticas. Si estas ideas son persistentes está indicado el tratamiento en régimen hospitalario.

Ludopatía: como en el caso anterior, también se utiliza medicación antidepresiva y ansiolítica, combinada con psicoterapia que tendrá una serie de características: a) De tipo cognitivo-conductual, sobre todo atendiendo a la corrección de creencias erróneas y a la aplicación de pautas de desensibilización (se les enseña a relajarse mientras imaginan la experiencia de abandonar el juego); b) Reuniones de grupo, tanto psicoterapia grupal como grupos de autoayuda; c) La remodelación de la personalidad y dignificación de la calidad de vida en lo que respecta al paciente como a su entorno (familiar responsable que intervendrá en la ayuda terapéutica); d) La reorganización de un plan de vida en las siguientes áreas: familiar, social, de ocio, económica y laboral y, especial atención a la distribución de tiempo los fines de semana.

Adicción al sexo: para el tratamiento del sexoadicto conviene asociar la psicoterapia

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-09 10:44:33.

breve de tipo existencial, complementada con elementos de terapia cognitivo-comportamental, con la administración de medicación antidepresiva y sedativa. Conviene conseguir que el sexoadicto se mantenga apartado al principio de toda clase de actividad sexual, durante un periodo de uno a tres meses con objeto de proporcionarle experiencias sobre una vida sin sexo, como un estímulo para la recuperación del autocontrol de los impulsos. En Estados Unidos funciona la Asociación Anónima de los Adictos al Sexo, inspirada en la actividad de los alcohólicos anónimos, que brida apoyo social y terapia de grupo a los que a ella se adhieren. También en nuestro país nos consta que existen asociaciones similares (en Madrid y Barcelona).

Adicción a la Televisión: las normas más importantes para evitar la incidencia de la teleadicción se sintetizan en los dos puntos siguientes: a) La dosis máxima por día es la de noventa minutos para los niños y ciento veinte minutos para los adultos; b) Ver la televisión a solas de forma pasiva, a oscuras o con escasa luz o en la penumbra es una pauta muy nociva para todos, en particular para los niños. En el tratamiento del teleadicto el primer obstáculo que hay que salvar es su falta de conciencia de enfermedad. Es necesaria la psicoterapia y el tratamiento farmacológico (antidepresivo y ansiolítico). Será preciso también instaurar un cambio radical en la programación de vida del teleadicto con objeto de sustituir la conducta sedentaria por actividades al aire libre, con abundante ejercicio físico y un adecuado régimen alimenticio. Es evidente que la prevención sería lo deseable: la mayor parte de las teleadicciones podrían haberse evitado viendo menos televisión y haciéndolo en condiciones adecuadas.

Adicción a internet: Echeburúa (1999) ha elaborado un programa aplicable a este tipo de adicción: a) Control de los estímulos vinculados a la adicción: tras una primera fase de abstinencia total, se limita el tiempo de conexión (a no más de 120 minutos, atender el correo una vez al día, etc.); b) Exposición prolongada a los elementos suscitadores del ansia por la conducta adictiva; c) Solución de problemas específicos, como control del ansia por implicarse de nuevo en la conducta, control de la ansiedad y la depresión, control de los conflictos interpersonales; d) Creación de un nuevo estilo de vida; e) Prevención de recaídas, como identificación de situaciones de alto riesgo, respuestas de enfrentamiento a situaciones problema, revisión del estilo de vida del paciente, etc.

En todos los casos, conviene tener siempre presente que se trata de una enfermedad, si bien las vías de génesis y desarrollo pueden ser muy diversas y tener grados variables de responsabilidad personal. Por definición, en las conductas adictivas la libertad está muy mermada, particularmente en lo que tiene que ver con el objeto de la adicción (el control sobre el comportamiento lúdico, o el sexual, o sobre uso del Internet, los móviles, la televisión, etc.) pero termina afectando a otros ámbitos del comportamiento (rendimiento laboral o en los estudios, responsabilidades personales y familiares, etc.). En consecuencia, conviene no remarcar las responsabilidades morales sobre los actos que lleva a cabo (hay cierta pérdida de la capacidad de evitarlos); sin embargo, es necesario subrayar la importancia de adquirir y fortalecer virtudes y trasladar ahí las connotaciones morales. También será conveniente dejar clara la maldad de algunas acciones específicas sin dar la impresión de que por ser «adictivas» no son un mal objetivo que daña a la persona.

4. Prevención de las conductas adictivas

Aunque son diversos los factores implicados en el desarrollo de una conducta adictiva, hay dos ámbitos de gran relevancia en la prevención de estos problemas:

Personal: el punto central en este ámbito es el autocontrol. Tanto un exceso (marcada autoexigencia, hiperresponsabilidad y perfeccionismo) como un defecto (escasa exigencia personal, irresponsabilidad, desorden) en el autocontrol pueden ser predisponentes para estos problemas. El suficiente y equilibrado autocontrol se adquiere como fruto de pautas educativas

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-09 10:44:33.

apropiadas (fomento de la libertad responsable) y de una exigencia personal combinada con libertad interior.

Sociofamiliar: desde estos ámbitos se puede contribuir a desarrollar estrategias de protección frente a estos problemas por medio de los estilos educativos responsables, modelos adecuados, mensajes implícitos y explícitos de información sobre los riesgos y enseñanza del autodominio y una amplia gama recursos ambientales (alternativas para el tiempo libre, uso respondable de los instrumentos de riesgo, sistemas de seguridad, etc.).

En definitiva, gran parte de la prevención surge de un apropiado fomento del autocontrol y de la promoción de recursos para el adecuado manejo de los contenidos adictivos implícitos en algunas conductas.

Bibliografía

Alonso-Fernández, F., *Las otras drogas*, Temas de hoy, Madrid 1996.

Cañas, J.L., *Antropología de las adicciones. Psicoterapia y humanización*, Dykinson, Madrid 2004.

DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). 5th Ed. American Psychiatric Association. Elsevier-Masson, 2013.

Echeburúa, E., *¿Adicciones sin drogas?. Las nuevas adicciones: juego, sexo, comida, compras, internet*, Desclée de Brouwer, Bilbao 1999.

García F, Bringué, X., *Educar hij@s interactiv@s*, Rialp, Madrid 2006.

García-Hoz, V., *Educación de la sexualidad*, Rialp, Madrid 2005.

Ibáñez Cuadrado, A. y Sáiz Ruiz, J., *La ludopatía: una «nueva» enfermedad*, Colección de Psiquiatría Médica, Masson S.A, Barcelona 2000.

Madrid López, R.I., *La adicción a internet*, Psicología Online (2000).

Ramos, J., *Superar la ludopatía*,. Espasa-Calpe, Madrid 2005.

Ros, S.; Peris, M.D. y Gracia, R., *«Impulsividad»*, Ars Médica, Barcelona 2004

Stoner, J.R. y Hughes, D.M. (ed.), Los costes sociales de la pornografía, Rialp, Madrid 2014.

Vallejo, J. y Leal, C. (eds), *Tratado de Psiquiatría,* Vol. II. Ars Médica, Barcelona 2005. Cap. «Trastornos del control de los impulsos». por Carrasco, J.L. y Díaz, M., pp. 1482-95

Varea, J.L. y de Alva, J., *El tiempo libre de los hijos*, EUNSA, Pamplona 1990.

Página web sobre ludopatía y otras adicciones psicológicas (http://www.cop.es/colegiados/M-13641/index.htm)

Asociación zaragozana de jugadores de azar en rehabilitación (www.azajer.com). Incluye enlaces a otras asociaciones de ludopatía y de compras impulsiva.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-09 10:44:33.

36

Adicción al alcohol y a drogas

José Ramón Varo

Exponemos una breve síntesis de los problemas que se plantean por consumo de alcohol y diversas drogas[1], explicando cómo se catalogan hoy según sistemas y clasificaciones aceptados internacionalmente. Vamos a referirnos de modo especial a los problemas psíquicos, psicopatológicos y conductuales que genera el consumo de drogas, y menos a los aspectos estrictamente somáticos.

Las drogas se caracterizan farmacológicamente por tener un efecto directo sobre el funcionamiento del Sistema Nervioso Central; por eso se distinguen de la adicción que puede provocar la televisión, el café, el tabaco, el alcohol cuando no se abusa, etc., que serían «drogas» solo en sentido figurado. El uso regular de drogas (incluyendo el consumo abusivo de alcohol) genera los conocidos procesos de tolerancia y dependencia[2]. No todas las drogas son iguales, pero su característica común es la de alterar la psicoactividad; es decir, estas sustancias llegan al cerebro y modifican su funcionamiento habitual[3].

Aunque el consumo de drogas ha sido siempre más frecuente (y sigue siéndolo) en el varón, ahora la tendencia tiende a igualarse, debido al

1. Aunque podrían tratarse ambos temas separadamente (así se hace con frecuencia en la literatura especializada) aquí lo hacemos en conjunto, ya que tienen muchos aspectos comunes, sobre todo a la hora de las orientaciones prácticas.

2. Tolerancia significa que a medida que el organismo se va adaptando a la presencia regular de la sustancia, se necesita una mayor cantidad para producir los mismos efectos. Dependencia significa que tras un uso habitual más o menos prolongado, la persona necesita consumir la sustancia de que se trate para no experimentar síntomas de abstinencia y para afrontar su vida cotidiana.

3. Se podrían resumir en tres grandes grupos, atendiendo a su principal efecto sobre el cerebro humano. Un primer gran grupo sería el de las sustancias depresoras del sistema nervioso central, entre las que se cuentan el alcohol, los opiáceos (heroína, morfina, metadona, etc.), los tranquilizantes (pastillas para calmar la ansiedad) y los hipnóticos (pastillas para dormir). Estas sustancias tienen en común su capacidad para entorpecer el funcionamiento habitual del cerebro, provocando reacciones que pueden ir desde la desinhibición hasta el coma, en un progresivo adormecimiento cerebral. Otro gran grupo sería el de las drogas estimulantes del sistema nervioso central, entre las que destacan las anfetaminas y la cocaína. Estas sustancias provocan un estado de hiperactividad. Finalmente otro gran grupo sería el de las drogas perturbadoras del sistema nervioso central, que trastocan el funcionamiento del cerebro, dando lugar a distorsiones perceptivas, alucinaciones, etc. Entre ellas podemos mencionar los alucinógenos (LSD, mescalina), los derivados del cannabis (hachís, marihuana), y las llamadas drogas de síntesis (éxtasis, Eva, etc.).

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-09 10:44:33.

mayor consumo entre la población juvenil femenina. También el comienzo del consumo se ha adelantado a edades tempranas[4]. Las drogas pueden consumirse por diversas vías, pero el destino final de la sustancia siempre es el mismo: el cerebro del consumidor, al que llegará a través de la sangre[5]. Muchos de los consumidores padecen dificultades o enfermedades psiquiátricas, trastornos de personalidad, o viven en entornos sociales conflictivos y carenciales, sin alternativas culturales y sociales, y con escasos recursos y apoyos éticos.

Conocemos mejor actualmente los efectos a largo plazo sobre el cerebro del consumo esporádico (o, peor aún, habitual) de drogas: desmotivación, apatía, tendencia a la depresión, ideas obsesivas, predisposición a enfermedades mentales o a manifestar patologías psíquicas latentes. Sería superficial e irresponsable juzgar el efecto de esas sustancias solamente por las consecuencias fisiológicas inmediatas, sin tener igualmente en cuenta las importantes consecuencias psicológicas. El organismo, y especialmente el cerebro, guarda «memoria» de lo que se la ha suministrado: el efecto de fondo nunca es el de un consumo aislado cada vez, sino que en cierto modo es acumulativo.

Los problemas que generan el abuso del alcohol y el consumo de drogas aparecen en todos los dispositivos asistenciales (sanitarios, sociales) y por supuesto en la escuela, la universidad y los centros de ocio. La familia es a menudo el primer eslabón, el primer grupo que percibe, capta y sufre el problema, habiendo contribuido unas veces a él, con su desorganización psicológica, sus carencias, etc. pero siempre sufriéndolo y teniendo que afrontarlo como pueden y saben.

1. Consumo de alcohol

El consumo abusivo de alcohol es uno de los más graves problemas sociales de nuestro tiempo. Su uso y su posible problemática se valora teniendo en cuenta la cantidad consumida y también las circunstancias concretas. Entre el beber amistoso o social y el alcoholismo crónico existe toda una variedad de grados de adicción a la bebida. No es lo mismo consumir una determinada cantidad en unas personas y en unos momentos que en otros: por ejemplo, tomar alcohol en una comida larga y relajada, es distinto que sea consumido por mujeres embarazadas, o en situaciones profesionales específicas (médicos, conductores, trabajos con riesgo para el trabajador o para otros).

En forma orientativa, la cantidad de consumo de alcohol, en cuanto a su potencial de riesgo, está estudiada desde hace bastante tiempo y su graduación puede resumirse del modo siguiente: a) Abstinencia (abstemios; no hay consumo); b) Consumo prudente; c) Consumo de riesgo bajo; d) Consumo de riesgo medio; e) Consumo de riesgo elevado; f) Dependencia. Se ha establecido la cantidad de alcohol consumido por semana que correspondería a cada uno de estos tipos de consumo, cantidad que se mide en gramos de alcohol/semana. Este valor de referencia es inferior para las mujeres que para los hombres.

4. En el momento actual se observan unos determinados patrones de consumo de drogas, que se han ido modificando en las últimas décadas. Por una parte, se ha pasado de un uso tradicional de bebidas alcohólicas, a otros modos mucho más nuevos. Por ejemplo, aumento del consumo de cerveza; disminución del consumo de vino (salvo los de alta calidad e interés gastronómico); disminución del consumo de algunas bebidas anteriormente enraizadas (coñac) y aumento de combinados; disminución en algunos sectores de población (jóvenes) del consumo asociado a la comida y ahora centrado en la fiesta y el ocio. Con respecto a las otras drogas, se observa una disminución/estabilización y marginación del uso de heroína, junto al espectacular aumento del consumo de cocaína, *cannabis*, drogas tipo *éxtasis* y otras similares.

5. Una vez en su destino, cada sustancia producirá alteraciones específicas. Las drogas pueden consumirse fumadas (como ocurre con el hachis), ingeridas por via oral (como el alcohol o las llamadas drogas de síntesis), aspirada (como la cocaína y el speed), inhalada (como los pegamentos) o inyectadas (como en ocasiones la heroína).

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-09 10:44:33.

Hoy se habla de «problemas por uso de alcohol», puesto que éstos pueden manifestarse en muy diversas formas, tanto sociales como somáticas y también psiquiátricas y conductuales. En cuanto a los problemas psíquicos y clínicos que puede generar el consumo de alcohol, exponemos dos circunstancias fundamentales (cfr. CIE 10): la del consumo perjudicial y la de la dependencia.

a) *Consumo perjudicial*

Es la forma de consumo que ya afecta a la salud física o mental; produce consecuencias sociales adversas, y está socialmente reprobada. Como se puede ver, es un modo de consumir alcohol que se sale de los esquemas sociales y normas habituales, que está ya produciendo complicaciones físicas o psíquicas y adaptativas sociales.

b) *Dependencia*

Es un síndrome clínico bien tipificado. Rehusamos usar a propósito la palabra «alcohólico» porque se trata de una denominación antigua y simplista (dicotomía tajante entre ser o no ser alcohólico) hoy científicamente abandonada, si bien persiste en un modo de utilización popular. La dependencia del alcohol se describe como una forma de consumo que presenta varias o todas estas características:

– Deseo intenso o vivencia de compulsión («craving», sensación de necesidad de beber).

– Disminución de la capacidad de control: no se es capaz de evitar comenzar a beber (y por consiguiente no se mantiene la abstinencia, aún proponiéndoselo), y una vez que se comienza a beber no se logra parar.

– Aparición de síntomas de abstinencia: pasadas algunas horas sin beber alcohol, aparecen síntomas somáticos y psíquicos, como sudoración, taquicardia, temblor, insomnio, nauseas, vómitos, agitación, ansiedad, incluso crisis de tipo epiléptico, confusión y alucinaciones. Esta sintomatología es gradual, en el orden expuesto, de menor a mayor gravedad. El célebre «delirium tremens» es la última fase descrita, que se acompaña de otros síntomas, fiebre, etc.

– Tolerancia. Es un fenómeno de adaptación del organismo al alcohol, que se caracteriza por la disminución progresiva de determinados efectos (por ejemplo los relacionados con la embriaguez, «se aguanta mucho» el alcohol) y después de un tiempo esta tolerancia disminuye («se embriaga en seguida, sólo con dos cervezas»).

– Abandono de otras actividades placenteras o laborales, familiares, sociales, centrándose el modo de vida en el consumo de alcohol.

– Persistencia en el consumo de alcohol a pesar de las consecuencias perjudiciales que ocasiona, de las que el individuo es a menudo consciente.

Una sintomatología psíquica importante es la aparición de los llamados «mecanismos de defensa». Conocerlos, tenerlos en cuenta y saber manejarlos es fundamental si se quiere ayudar, apoyar hacia la mejoría o aconsejar a las personas afectadas. En efecto, el paciente puede minimizar los problemas («no es para tanto, bebo como todo el mundo»); o proyectarlos («lo que pasa es que no tengo cariño, en casa soy un cero a la izquierda y por eso hablan así, la que está loca es mi mujer»); o directamente negarlos («yo no tengo nada y no tengo que ponerme en tratamiento»), etc., etc. De estos mecanismos el sujeto es apenas consciente, y son una manera de eludir la ansiedad que le produce la confrontación directa con su situación. Frecuentemente estas personas se resisten a recibir ayuda o tratamiento, y padecen intensos sentimientos de culpa, déficit en autoconfianza y autoestima, impotencia y desesperanza que, si no se afrontan adecuadamente, les generan una mayor ansiedad, anonadamiento, incapacidad y pasividad.

Desde un punto de vista psiquiátrico, el abuso y la dependencia del alcohol ocasiona otra sintomatología importante. Citamos alguna: síndrome amnésico (pérdida de la memoria, especialmente de retención); trastornos psicóticos (alucinaciones, delirios); deterioro cognitivo, demencia (con disminución y déficits en funciones mentales superiores: memoria,

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-09 10:44:33.

juicio, razonamiento); trastornos del estado de ánimo (de tipo ansiedad, depresión); trastornos sexuales (con diversas disfunciones sexuales); trastornos del sueño (a pesar de que por el consumo de alcohol parece que se duerme mucho, la estructura y funcionalidad del sueño están perturbadas).

Con este esquema de clasificación clínica se tipifican también otras drogas, si bien puede haber contenidos concretos diferentes en cada una de ellas (por ejemplo, la sintomatología de abstinencia no es la misma en cada droga). Al final se exponen las medidas de tratamiento, asistencia, orientación y apoyo, puesto que son comunes con la adicción a las drogas.

2. Otras drogas

El alcohol ha estado presente en nuestra sociedad desde hace siglos. El tabaco (con la nicotina como droga de alto poder en cuanto a generar dependencia), también[6]. En ambos casos se han observado cambios y evoluciones en las tendencias y formas de consumo. Ya hemos aludido a las relacionadas con el alcohol. Recuérdense también los cambios de actitudes y conductas en relación con el tabaco (que no podemos tratar aquí) y las motivadas por las leyes al respecto. Ahora nos vamos a referir a otras drogas hoy de uso frecuente, sobre todo entre la juventud, que a menudo generan controversia, y cuyo conocimiento está altamente contaminado por tomas de postura *a priori*, prejuicios culturales, y planteamientos de la vida y la salud en general.

El consumo de drogas es un hecho social cambiante: aparecen nuevas drogas o nuevas formas en su presentación; la población de consumidores cambia en cuanto a edad, circunstancias y motivaciones en el consumo; también las formas de manifestarse las consecuencias del consumo son diferentes. Muchas de las drogas de más reciente uso (denominaciones de síntesis, diseño, etc. entre las que se encuentra el *éxtasis*) son usadas por grupos jóvenes de población, que centran su consumo en momentos lúdicos, con una alta participación del grupo social, buscando expansión y también evasión del modo de vida más constreñido por la cotidianeidad, etc. Suscitan también una simbología cultural y de pertenencia a un grupo. Asimismo es frecuente que estos jóvenes consumidores minimicen los posibles problemas y no valoren en el presente las potenciales repercusiones de su consumo y menos aún de las que puedan actuar a largo plazo. La información que poseen sobre estas drogas es derivada del ser consumidores y pueden ser críticos o escépticos frente a los datos «científicos».

Aunque el alcohol y el tabaco están solidamente estudiados y establecidos sus efectos a corto y largo plazo, con las otras drogas disponemos de menos resultados concluyentes. De todos modos hay datos cada vez más evidentes de la disfunción y el daño cerebral que ocasionan. Antes se decía que la dependencia podía ser o biológica o psicológica, pero hoy sabemos por los estudios de biología molecular que todas ellas generan dependencia biológica.

La clasificación de problemas expuesta en el alcohol, es decir los conceptos de uso perjudicial, síndrome de dependencia y consecuencias clínicas del consumo, se aplican a todas las drogas, aunque existen diferencias cualitativas y cuantitativas en unas y en otras. Hasta hace poco era habitual distinguir entre las llamadas drogas «blandas» (marihuana, hachis…) y «drogas duras» (cocaína, heroína…), distinción que respondía a los efectos que producen en los diferentes ámbitos de la persona, sean físicos o mentales. Esta clasificación sin embargo ha sido abandonada en las definiciones científicas y actualmente se habla más de los efectos di-

6. De todos modos, las cuestiones que plantea el consumo de tabaco distan mucho de las debidas al alcohol y las drogas dado que sus efectos sobre la actividad psíquica son mínimos o inexistentes y sus connotaciones personales y sociales quedan limitadas a la salud física y los costes sanitarios que se derivan. Es obvio que no tiene ninguna de las dramáticas consecuencias personales, familiares y sociales que tienen las drogas o el abuso del alcohol.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-09 10:44:33.

ferenciales de las drogas: estimulantes/sedantes, toxicidad sobre órganos, efectos mentales y repercusiones sobre el comportamiento, efectos cognitivos, capacidad mayor o menor de generar dependencia, etc.

a) *Cannabis*

Después del alcohol y el tabaco, es la droga más consumida por la juventud actualmente[7]. El consumo más típico es en forma de cigarrillos de hachis o de marihuana[8]. Existen muchas controversias sobre sus efectos, sobre su legalización y uso libre, sobre el hecho de que pueda ser el paso previo a consumir otras drogas más perjudiciales, etc. Varios de los argumentos esgrimidos en uno y otro sentido son de tipo cultural, de opción por un modo de vida y tomas de postura a priori y a veces no son basados en estrictos datos científicos, o bien estos datos son utilizados a capricho. Es notable el hecho de que incluso existan asociaciones de defensores de su consumo y comercialización.

El cannabis es una droga con efectos euforizantes y sedantes: en este sentido, el consumidor no suele ser agresivo o violento cuando está bajo sus efectos. En los servicios de Urgencias no se reciben muchos casos de intoxicación por cannabis, salvo en circunstancias de asociación a otras patologías, a lo que aludiremos después. Por lo mismo, son raros los casos de muerte por sobredosis.

A corto plazo, hay evidencia de sus dañinos efectos cardiovasculares, respiratorios, psicomotores, déficits en atención, concentración, memoria y rendimiento intelectual (de ahí el riesgo de provocar o de padecer accidentes bajo sus efectos). Estos síntomas suelen desaparecer tras unas semanas de suspender el consumo, pero no hay certeza de que no dejen secuelas a largo plazo. La toxicidad para el aparato respiratorio del humo de cannabis es alta.

Hay algunos datos importantes que están bien comprobados. Por una parte, el cannabis produce dependencia, si bien de menor intensidad que, por ejemplo, la del alcohol o la nicotina u opiáceos (opio, morfina, heroína). Además genera una clara tolerancia. No está probado que el uso de cannabis lleve indefectiblemente al uso de otras drogas, si bien muchos consumidores de drogas más fuertes comenzaron su adicción a las drogas con el cannabis y sus derivados. El uso de cannabis está en relación con estilos de vida y planteamientos en cuanto al ocio, empleo del tiempo libre, ocupación, valores, etc., que pueden marcar significativamente las expectativas de desarrollo personal. Se ha descrito y hay investigaciones en marcha acerca de la aparición del llamado «síndrome amotivacional» en los consumidores altos de cannabis: falta de motivación e intereses, apatía, disminución de actividad en general. Además, el cannabis actúa a menudo como «amplificador» de problemas preexistentes empeorando los posibles trastornos psiquiátricos del usuario (psicosis, depresión, ansiedad, trastornos de personalidad).

b) *Drogas de síntesis*

Esta denominación se ha asimilado a la de drogas «de diseño», término más bien inapropiado. Se trata de drogas con efecto estimulante, sintetizadas en laboratorios clandestinos, mediante síntesis química a partir de productos o medicamentos existentes en el mercado[9].

7. En una encuesta realizada en Navarra, se exponía que el 24.8% de los jóvenes habían consumido cannabis en los últimos 30 días y que el 7.5% lo consumía a diario. Cfr. Casanova; J.; Madoz; V.; Munärriz; M.; Urzainqui; M.; Varo; J.r., *Drogodependencias en Atención Primaria de Salud*, Gobierno de Navarra 1988.

8. De ahí los nombres usados en el argot: canuto, petardo, porro. Otros nombres también usados que hacen referencia a la composición o a la forma de presentación son hierba, maría, costo, chocolate, china, goma, grifa, macuba, mandanga.

9. En una encuesta a la población juvenil navarra, a la que hemos aludido antes, se hallaba que el 6.6% había consumido drogas estimulantes (aparte cocaína) y 3.1% éxtasis en los últimos 30 días.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-09 10:44:33.

Muchas drogas se han fabricado con productos vegetales o semisintéticos: morfina, heroína, cocaína, LSD. Hay muchas substancias tipificadas como drogas de síntesis. El ejemplo y paradigma es el éxtasis (MDMA, metilen-dioxi-meta-anfetamina). Otras son: MDA (llamada droga del amor), MDEA (llamada Eva), DOM (serenidad). Los nombres designan la vertiente romántica e idealizada por sus consumidores y vendedores, pero no otras vertientes más problemáticas. Recientemente ha aparecido el llamado «cristal», cuya composición es éxtasis cristalizado. Con estas substancias los consumidores buscan expansión, aumento de la percepción de diversión y placer, mejora en la comunicación y otros aspectos festivos. Es un consumo propio de jóvenes y en circunstancias de fin de semana o fiesta.

El uso de estas drogas se ha extendido en las últimas décadas, debido a factores variados y complejos. Por ejemplo, la mala imagen de otras drogas (heroína) y la separación de los circuitos de consumidores; la preocupación por la infección VIH; su disponibilidad y bajo precio relativo; las ideas falsas sobre su inocuidad. Pero además, dado su efecto estimulante, facilita el contacto interpersonal y la comunicación, provoca un aumento sostenido de la actividad psicomotora, da al consumidor la sensación de aumento de energía, activación, euforia, locuacidad, disminución del apetito y del sueño (sensaciones todas ellas importantes para algunos grupos juveniles en su empleo del tiempo libre o festivo). Estos efectos son compartidos con las anfetaminas. De modo inmediato producen dilatación pupilar, aumento de la presión arterial y de la frecuencia cardíaca, sudoración, tensión muscular, sequedad de boca, hiperreflexia, temblores, en ocasiones pueden causar convulsiones. En el consumo crónico pueden aparecer miocardiopatías y espasmos vasculares.

Un hecho de especial importancia es que estas drogas, lo mismo que se ha dicho con el cannabis y sus derivados, pueden poner de manifiesto o empeorar enfermedades psiquiátricas subyacentes, por ejemplo, psicosis, ansiedad, trastornos del estado de ánimo. Otra cuestión a tener en cuenta es la dificultad que pueden generar en cuanto a comportamiento social y conducción de vehículos. Y no hay que olvidar que a menudo se consumen, al mismo tiempo, en combinación con otras sustancias: alcohol, cannabis, etc. Estas drogas no suelen consumirse según un patrón rígido, estable, diario. Sin embargo, su capacidad de generar tolerancia es alta; es decir, que progresivamente el consumidor necesitará dosis mayores para alcanzar efectos similares.

c) *Cocaína*

El consumo de cocaína ha experimentado un espectacular aumento en los últimos años. España, por ejemplo, se ha colocado entre los más altos consumidores de Europa[10]. Es muy probable que este fenómeno tenga relación con el conjunto de expectativas psico-sociales, empleo del tiempo libre, aspiración a la estimulación y al alto y continuo rendimiento, búsqueda de sensaciones y de sentirse bien, etc.

Los efectos estimulantes de la cocaína (muy potentes) dependen del tipo de consumidor, entorno en que produce el consumo, dosis y modo de administración[11]. Los efectos de la droga se perciben de inmediato, pero persisten por poco tiempo (30-60 minutos), por lo que muchas personas buscan repetir las dosis para mantener dicho efecto. Fuera de su acción sobre el sistema nervioso central, la acción farmacológica de la cocaína repercute en el aparato cardiovascular y respiratorio (taquicardia/bradicardia, arritmias, incluso fibrilación ventricular, que es la cau-

10. En la ya citada encuesta a la juventud de Navarra se hallaba que el 6.3% de los jóvenes entrevistados había consumido cocaína en los últimos 30 días y el 0.1% la consumía a diario.

11. En el argot se conocen diversos nombres para referirse a la cocaína y a los modos de presentación y consumo (el más frecuente, por aspiración a través de la nariz: esnifar): coca, nieve, polvo, farlopa, papelina, raya, línea, loncha, turulo.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-09 10:44:33.

sa más frecuente de muerte; y alteraciones en la frecuencia respiratoria). Otros síntomas son anorexia, náuseas, vómitos, diarreas, cefaleas, y puede llegar a producir hemorragia cerebral.

En cuanto a la capacidad de generar dependencia, no es cierto el tópico de que se trata de una droga «limpia, manejable», etc. Por el contrario, su potencial adictivo es muy alto. Presenta un síndrome de abstinencia evidente: disforia, fatiga, pesadillas, insomnio (o hipersomnia), hiperorexia, lentitud/agitación psicomotora. La dependencia de cocaína va acompañada de síntomas como cambios de carácter, irritabilidad, dificultades en concentración, insomnio, pérdida de peso, limitaciones en la capacidad laboral, familiar o social, etc. En el caso de esta droga hay que advertir especialmente la frecuencia con que provoca alteraciones del estado de ánimo y trastornos psiquiátricos en los individuos predispuestos y, por ejemplo, puede empeorar los trastornos de personalidad, las psicosis, los trastornos bipolares, y otros.

3. Aspectos de tratamiento y asistencia

Básicamente, en el tratamiento de los problemas por adicción al alcohol y drogas existen varios momentos:

a) Desintoxicación. Se trata de la recuperación orgánica y psicológica de los daños más inmediatos causados por el alcohol o la droga en el organismo, de su eliminación y muy especialmente del tratamiento del síndrome de abstinencia. Habrá que administrar medicamentos que hagan más llevadera la situación (si bien no hay «antídotos» que eliminen toda molestia), hidratar, hacer que el paciente esté fuera de los circuitos o entornos donde consumía la droga, relajar y apoyar al paciente y familiares. En muchas ocasiones este tratamiento puede realizarse en forma ambulatoria, en el domicilio del paciente, pero a veces, debido a las complicaciones existentes o a su incapacidad de control, será necesario un ingreso hospitalario. Esta fase del tratamiento suele durar de 7-15 días, según situación y droga.

b) Tratamiento de las complicaciones médicas. Es necesario tratar las enfermedades somáticas concomitantes: hepáticas, infecciosas, neurológicas.

c) Tratamiento de la enfermedades psiquiátricas coexistentes, sean o no derivadas del consumo de alcohol o drogas.

d) Fase de rehabilitación, término clásico aunque no muy adecuado actualmente. Se refiere al proceso psicológico de restauración de todo lo perdido.

En definitiva, se trata de ayudar al paciente a que dé poco a poco los pasos encaminados a vivir sin el alcohol o la droga (a veces es un difícil proceso de adaptación), a que reestructure sus relaciones familiares, interpersonales, recuperando logros profesionales tal vez perdidos. El tratamiento es una ayuda psicológica, psicoterapéutica, tanto en forma individual como de grupo, con apoyo familiar y otras modalidades. Queda implícito que es asistencia a la persona enferma y a la persona integral que padece una enfermedad, pero cuya enfermedad ha podido afectar en el sentido de un deterioro personal y adaptativo, y unir a su sufrimiento el de otras personas. El sistema sanitario y social dispone hoy de varios tipos de recursos donde llevar a cabo la terapia: Centros ambulatorios, Hospitales de Día, Centros de Día, Comunidades Terapeúticas. Deben utilizarse aquellos recursos que sean convenientes en cada momento y a lo largo de la evolución del paciente.

4. Observaciones para orientación y ayuda

Hay algunos aspectos a los que ya hemos aludido, que son fundamentales para el éxito del proceso de tratamiento y ayuda. Nos referimos a los mecanismos de defensa, a la motivación del paciente para que se someta al tratamiento y a la comprensión apropiada de estos fenómenos y su manejo. Muchas veces, el posible paciente se encuentra reticente, no percibe la realidad de su situación y tiende a explicarla en forma de racionalizaciones poco comprometidas.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-09 10:44:33.

En psiquiatría está muy bien descrita la llamada «entrevista motivacional». En realidad no se trata de preguntas o expresiones concretas, sino una actitud de la persona que aconseja en el sentido de destacar las ventajas, lo positivo del cambio que es posible, la ganancia en libertad y en calidad de vida. Esta actitud y estos conocimientos pueden ser muy útiles a personas, no especialistas, que se enfrentan a situaciones de drogodependencia.

Hay que evitar las actitudes nihilistas, del tipo de «no se puede hacer nada, tiro la toalla», etc., puesto que con un decidido y sostenido apoyo, en estos pacientes pueden producirse cambios importantes. Es necesario respetar el «tiempo» del paciente para una posible modificación de actitudes, motivación y en último lugar, comportamiento. Hay que entender que el paciente está a menudo angustiado, incomprendido, cerrado en sí mismo y que todo eso da razón de sus pautas defensivas. Explicar posibilidades, confrontar con la realidad y proponer medidas concretas.

A veces la consulta no la realiza el paciente sino sus familiares o allegados. Muchas veces expresan desconfianza, desesperanza, desconocimiento, inseguridad en lo que deben hacer. Aquí también es conveniente aportar los criterios anteriores, llegando en lo posible a medidas concretas y definidas para que el paciente acepte el tratamiento, o al menos para que la familia encuentre la ayuda y el soporte que necesita mientras esto se produce.

Desde una perspectiva antropológica, la drogodependencia, poco a poco y en su evolución, se va constituyendo como un progresivo deterioro de la libertad del individuo, que no logra integrar y conducir adecuadamente sus impulsos. De este modo, se va viendo disminuida o impedida su capacidad para romper con la droga. Una vez que se ha llegado a este punto, por las vías que sean, estamos ante una verdadera enfermedad. Su personalidad ha cambiado, su voluntad se ha debilitado. En consecuencia, al tratarse de un enfermo, habrá que saber combinar una infinita paciencia con tacto y autoridad tanto en la convivencia como en la tarea pastoral.

La dinámica de la drogodependencia hace que la fuerza y funciones del «Yo» se vean notablemente mermadas. Se van deteriorando o perdiendo distintas funciones del Yo tales como la capacidad de controlar e integrar impulsos en el conjunto de la personalidad, la tolerancia a la frustración, al malestar y el sufrimiento, la posibilidad de espera y consideración de expectativas, la potencialidad de programar y planificar comportamientos hacia resultados objetivos y eficientes. Esto explica la conducta anárquica, falta de normativa, etc. de bastantes drogodependientes. Y explica también el empobrecimiento y la pérdida de relaciones afectivas, profesionales, etc., que podrían serle de tanta utilidad y apoyo. Esta pérdida de libertad no es, obviamente, exclusiva de las drogodependencias. Se puede hallar en otras patologías psiquiátricas y circunstancias humanas. Pero es clave en el entendimiento y explicación de estos trastornos.

5. Elementos para juzgar sobre la responsabilidad moral del consumo de drogas

Los editores

Un principio moral esencial es el deber de cuidar la propia salud, evitando causarnos daño a nosotros mismos. El dominio del hombre sobre su propio cuerpo y su salud no es absoluto. La persona no se ha dado a sí mismo ni la propia vida ni su propia naturaleza, y por eso ni puede suprimirla ni abdicar de sus facultades humanas. El creador ha otorgado a los hombres un dominio sobre el propio ser parecido al que tiene el administrador de unos bienes que no son enteramente suyos y no puede destruir a voluntad[12]. El deber moral sobre la vida y la salud

12. De todos modos, la vida corporal y la salud no son valores absolutos ni los valores más grandes que el hombre posee. Por eso pueden exponerse al peligro de menguarse y hasta perderse si así lo piden causas justas y graves que lo jus-

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-09 10:44:33.

que imponen su condición de criatura ha quedado reflejado en el quinto mandamiento del decálogo. Ahí se contiene también el precepto de evitarse daños mediante la embriaguez y las drogas, cuyas consecuencias suelen ser aún más graves sobre el alma que sobre el cuerpo.

Una justa valoración de la moralidad del consumo de drogas o del abuso del alcohol, ha de distinguir entre una situación esporádica, un uso habitual y una situación franca de intoxicación.

Se entiende por uso esporádico el consumo de una dosis única de esas sustancias o también el consumo ocasional. En esas condiciones, si se hace en una dosis pequeña, no suele originar ninguna predisposición o necesidad de seguir consumiendo droga. Los efectos que produce, cuando es consumida por personas psíquicamente estables, son autocontrolables, aunque también aquí hay excepciones en el modo de responder el sujeto. Conviene no perder de vista, sin embargo, que el uso de la droga está ordinariamente en relación con conflictos y dificultades de la personalidad y con problemas morales. Es difícil que una persona centrada en la vida, equilibrada y con costumbres sanas, caiga en este deseo de *probar* lo que sabe que puede acarrear consecuencias mayores.

Se entiende por uso habitual el consumo de esas sustancias de manera continuada. No resulta fácil, sin embargo, determinar el momento en que se pasa del consumo ocasional, de vez en cuando, al uso continuado o habitual: depende de las personas, de las cantidades ingeridas, de la periodicidad de su uso y de la composición de las sustancias empleadas –cuestión ésta a veces imposible de conocer, en la práctica, dado el carácter clandestino del mercado-. Las personas que han comenzado a tener uso continuado suelen sentir una profunda incomprensión con respecto a quienes les advierten de la inmoralidad de su conducta. Esta incomprensión es preciso salvarla con la clarificación oportuna, hecha desde un punto de vista ético y médico, con los datos aportados anteriormente y otros que proporcionan abundantemente los responsables de Sanidad en cada país. Finalmente, se entiende por intoxicación las graves repercusiones en el organismo de la asunción de drogas o alcohol, que pueden llegar en ocasiones a producir la muerte.

A la hora de hacer una valoración moral, hay que advertir en primer lugar que, aunque aglutinadas bajo el mismo nombre, cada droga actúa de modo peculiar; y dentro de cada una, la concentración de la sustancia activa es muy variable. El modo de administración, las experiencias previas y el estado emocional del sujeto, así como todas las circunstancias externas, son factores a tener en cuenta de cara a un juicio sobre la moralidad, como igualmente afectará si se trata del uso esporádico, del uso habitual o de una clara intoxicación.

En relación con el uso esporádico, aunque algunas drogas no produzcan alteraciones graves en el organismo, en principio debe decirse que tal acto constituye una transgresión moral grave, por ponerse en un peligro que puede ser grave contra la salud psíquica, ser ocasión de escándalo y el peligro próximo de caer en una pendiente resbaladiza. Además, se infringen leyes civiles –con raíces y repercusiones muy directamente morales-, cuya transgresión suele ser un delito. Téngase en cuenta también la estrecha relación droga-delincuencia, como ponen de manifiesto los estudios recientes sobre el tema. Esa relación no es absoluta pero puede afirmarse que el estupefaciente actúa decisivamente en el individuo, modificando su voluntad de manera que se vuelve más propenso a conductas antisociales[13]. Por eso no es exagerado afirmar que el uso esporádico de las drogas, aunque en algún caso,

tifiquen. La historia está llena de casos ejemplares en este sentido: médicos y sacerdotes desempeñando su trabajo en lugares de infecciones, mártires por defender la propia conciencia o la fe, etc. Como es claro, estas conductas no deben realizarse imprudentemente o sin serios motivos proporcionados.

13. Algunos consideran equivocadamente que el uso esporádico de ciertas drogas debería juzgarse de manera semejante a como se hace con el uso del alcohol: cuando se hace en cantidades moderadas, que ni perjudican a la salud ni lle-

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-09 10:44:33.

más abstracto que real, podría constituir sólo una culpa moral leve, normalmente es grave[14]. La gravedad de este comportamiento también proviene de las circunstancias: por la edad de los consumidores (adolescentes y jóvenes, cuyo organismo y personalidad está en formación), por la fínalidad de su uso (fuga existencial, facilidad para hacer un uso irresponsable de la sexualidad, etc.), por los ambientes en que se consume, por el riesgo moral que comporta tomar contacto con el tráfico de drogas y la cooperación aunque fuese remota con esos ambientes, etc. El tema se agrava aún más cuándo se trata de adolescentes que se inician en la droga en ambientes *festivos* con pandillas de amigos, etc., donde, aparte de la culpabilidad personal, se contribuye a que otros se inicien en ella, con la consiguiente inmoralidad del escándalo y de la propia cooperación al mal.

En cuanto al uso habitual, existe claramente –por lo menos a partir de un cierto momento– el riesgo cercano de comenzar a depender de la droga, organizando la propia vida en torno a ella. Esta conducta es en sí misma moralmente grave, ya que no sólo se daña la propia la salud y se abdica del dominio racional completo de los propios actos, sino que se está en peligro más o menos próximo de efectos moralmente graves contra uno mismo (por ejemplo la intoxicación) y contra terceros. Con mayor motivo es clara la valoración moral si la asunción de la droga o del alcohol aboca a fenómenos de intoxicación.

En cualquier caso, como se ha comentado, cuando el problema está instaurado estamos ante un enfermo y una enfermedad que merecen y requieren la máxima atención y cuidados, combinando la comprensión y la atención humana con la fortaleza en los límites y la exigencia en recuperar virtudes dentro de un plan articulado alrededor de las estrategias médicas.

van a menguar el uso de la razón ni producen otro tipo de efectos, como puede ser la excitabilidad sexual o la irascibilidad, etc., y si además existe una causa honesta y proporcionada, puede ser lícito su uso. Esto significaría que cuando una persona responsable, con cierto grado de madurez, etc., y evitando un posible escándalo, consume de manera ocasional –por curiosidad o por algún otro motivo– una droga de las consideradas ligeras, no incurriría en una falta moral grave. En realidad, el consumidor de una droga o de alcohol suele aducir el pretexto de querer *entonarse*, ponerse en forma. Lo que muchas veces se oculta tras ese pretexto es una depresión leve o ciertas crisis de ansiedad y desesperanza ante las frustraciones de cada día que el sujeto tolera muy mal. Es irresponsable no valorar desde un punto de vista moral efectos como la apatía, la depresión psíquica, la disminución de la capacidad de concentración, y los riesgos de incurrir en un uso irresponsable de la sexualidad, no sólo por el efecto afrodisíaco de algunas de ellas, sino por la obnubilación de conciencia que producen.

14. «Existe, ciertamente, una clara diferencia entre el recurso a la droga y el recurso al alcohol: en efecto, mientras que un moderado uso de este último como bebida no choca con prohibiciones morales y sólo su abuso es condenable, el drogarse, por el contrario, siempre es ilícito porque comporta una renuncia injustificada e irracional a pensar, querer y actuar como personas libres (…). No se puede hablar de la libertad de drogarse ni del derecho a la droga porque el ser humano no tiene derecho a dañarse a sí mismo ni tampoco puede ni debe abdicar nunca de la dignidad personal que le viene otorgada por Dios. Estos fenómenos –siempre hay que recordarlo– no solamente perjudican al bienestar físico y psíquico, sino que frustran a la persona precisamente en su capacidad de comunión y de donación»; Juan Pablo II, *Discurso*, 23-XI-1991, n. 4.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-09 10:44:33.

Bibliografía

Becoña, E., *Bases científicas para la prevención de las drogodependencia*s, Plan Nacional sobre drogas 2002.

Calafat, A, et al., *Salir de marcha y consumo de drogas*, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. 2000.

Calafat, A.; Fernández Gómez, C; Juan, M. y Becoñas, E., *Vida recreativa nocturna de los jóvenes españoles como factor de riesgo frente a otros más tradicionales*, Adicciones. 2007 Vol. 19 Núm. 2 125-132.

Cañas, J.L., *Antropología de las adicciones. Psicoterapia y humanización*, Dykinson, Madrid 2004.

Cuevas Badenes, J. y Sanchis Fortea, M..,*Tratado de alcohología*, Du Pont Pharma 2000.

Cunillera, C., *Personas con problemas de alcohol*, Paidós, Madrid 2006.

García Rodrígez, J.A., *Mi hijo, las drogas y yo*, EDAF. Madrid 2000.

Rodriguez Martos, A. (Coord.) et al., *Curso sobre Prevención y tratamiento del alcoholismo*. Doyma. Barcelona 199.

Royo-Isach, F.; Magrané, M; Blancafort, F. y Ferrer, J., *Drogas de síntesis.: del uso al policonsumo. Algunos riesgos asociados y una propuesta de intervención terapéutica*, Atención Primaria 2004 33 (4) 209-13.

Santo-Domingo, J., *El alcohol y la cultura del beber: los problemas del alcohol en España*, en: Drogas: nuevos patrones y tendencias de consumo., Fundación Ciencias de la Salud. 2000.

Sociedad Española de Toxicomanías, *Manual SET de Alcoholismo.* Panamericana. 2003

Sociedad Española de Toxicomanías, *Tratado SET de Trastornos Adictivos*, Panamericana 2006.

Schwebel, R., *Como tratar con sus hijos el tema del alcohol y las drogas*, Paidós, Madrid 1991.

Varo, J.R., *Trastornos por uso de alcohol. Revisión y aspectos actuales*, Gobierno de Navarra. Departamento de Salud. 1993.

Varo, J.R., *Situación de los problemas por uso de alcohol en España*. Tendencias actuales, Cuadernos Gerontológicos. 1 (1995) 111-116.

Varo, J.R., *Trastornos por uso de alcohol, opiáceos y drogas de síntesis*, en: LJ. Fernández (Coord.), Aspectos básicos de salud mental en Atención Primaria, Ed. Trotta. Madrid 1999.

Varo, J.R., *Alcoholismo en la tercera edad,* Cuadernos Gerontológicos. Vol. 2 En. 2003 11-15.

Varo, J.R., *Evolución de la asistencia en drogodependencias*, Congreso UNAD. Pamplona 2005.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-09 10:44:33.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-09 10:44:33.

37

Trastornos de la conducta alimentaria

Pilar Gual García y Francisca Lahortiga Ramos

Concepto

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son enfermedades psiquiátricas caracterizadas por la presencia de alteraciones persistentes de la alimentación o de la conducta relacionada con la ingesta. Dentro de estos trastornos, la Anorexia Nerviosa (AN) y la Bulimia Nerviosa (BN) son las entidades diagnósticas más importantes y mejor delimitadas. Comparten como características clínicas comunes la preocupación excesiva por el peso y la imagen corporal, el miedo morboso a engordar y las alteraciones en los hábitos alimentarios. La última versión del Manual diagnóstico y estadístico de publicado por la *American Psychiatric Association* (DSM-5; 2014), en su capítulo dedicado a Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos, incluye otras categorías diagnósticas entre las que destaca el denominado Trastorno por Atracón. La característica principal de este trastorno es la presencia de atracones de comida recurrentes sin la presencia de los mecanismos compensatorios inapropiados para perder peso (vómitos autoinducidos, uso de laxantes o diuréticos, etc.) presentes en la BN.

1. Epidemiología

Según los datos que proporciona la *American Psychiatric Association* (APA) la prevalencia de AN entre mujeres, adolescentes o adultas jóvenes, es del 0,4 %. En el caso de la BN oscila entre el 1 y el 1,5 %. Si se incluyen los cuadros atípicos, es decir, aquellos en los que no se cumplen todos los criterios diagnósticos para Anorexia o Bulimia Nerviosas, estas cifras se incrementan, situándose en torno al 5%. Los estudios realizados en España ofrecen un panorama similar; así, en el estudio epidemiológico realizado en Navarra sobre una muestra de 2.862 mujeres estudiantes con edades comprendidas entre los 12 y 21 años, se obtuvieron unos índices de prevalencia del 0,3% para la AN y del 0,8% para la BN, mientras que los cuadros incompletos también mostraron los mayores índices de prevalencia (3,1%). Aunque estos trastornos pueden aparecer en cualquier edad, lo más frecuente es que se inicien en la pubertad o en la adolescencia, si bien en la actualidad asistimos a un inicio cada vez más temprano de la enfermedad. Son patologías que afectan sobre todo a la población femenina (el 90% de las personas afectadas son mujeres, y sólo el 10%

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-09 10:44:33.

de los casos varones), y no están estratificadas en ninguna clase social concreta.

La evolución y el pronóstico de estas enfermedades se ha relacionado con distintos factores: severidad de la sintomatología, edad de inicio de la enfermedad, tiempo de evolución, características de personalidad, comorbilidad con otras patologías, etc. En cuanto a los datos que se conocen sobre morbimortalidad, se estima que el 70% de las pacientes con AN llegan a curarse, si bien el tiempo medio que se tarda en llegar a la curación se estima entre seis y siete años. El curso de la patología bulímica es más irregular e intermitente. La mortalidad en ambas patología es elevada, en torno al 5% en el caso de la AN y al 2 % en el caso de la BN, en ambos casos como consecuencia de las complicaciones físicas derivadas de la enfermedad o al riesgo de suicidio existente.

2. Etiopatogenia

Aunque se reconoce el origen psíquico de estas enfermedades, hoy en día no existe aún acuerdo acerca de su etiopatogenia y la mayoría de los investigadores coinciden en afirmar que en su génesis intervienen factores biológicos, psicológicos, familiares y socioculturales. Por tanto, se trata de patologías con un origen multifactorial en las que la acumulación de varios de los factores implicados incrementa la probabilidad de aparición y de mantenimiento de la enfermedad. En consecuencia, se puede afirmar que una persona es vulnerable a desarrollar un trastorno alimentario como resultado de la presencia simultanea en ella de factores individuales, familiares y sociales; algunos de estos factores predisponen a la enfermedad, otros actúan como factores precipitantes, mientras que otros son mantenedores de ella, es decir, influyen en la evolución y pronóstico de la enfermedad.

Se ha prestado especial importancia al estudio del papel que pueden tener en la aparición de estas patologías los cambios característicos que se producen en las etapas evolutivas en las que con mayor frecuencia se inician estos trastornos, la pubertad y la adolescencia. Las dificultades para aceptar los cambios corporales que se producen en este periodo, la búsqueda de la propia identidad, la incapacidad para asumir el papel de adulto y de integrar las transformaciones de la pubertad o la inestabilidad afectiva que caracterizan a esta época de la vida, se han considerado factores a tener en cuenta en el estudio del origen de estos trastornos.

Algunos autores relacionan el inicio de la enfermedad con la presencia de determinados acontecimientos vitales estresantes, tales como una desgracia familiar de separación o pérdida, una ruptura sentimental, etc. aunque no siempre encontramos un factor concreto que actúe como desencadenante. También se ha prestado atención al estudio de la familia de estos pacientes, buscando ahí el posible origen de la enfermedad. Los resultados obtenidos no son concluyentes; si bien es frecuente encontrar alteraciones en la dinámica familiar de los pacientes con patología alimentaria, no es fácil establecer si tal conflicto es causa o consecuencia de ella. Lo que sí queda claro es que el trastorno repercute en todo el grupo familiar.

Otra cuestión que se ha planteado desde el inicio del estudio de estas patologías es dilucidar el papel que los factores socioculturales y económicos tienen en el origen de la enfermedad. En nuestra cultura asistimos en las últimas décadas a una sobrevaloración de la imagen y la corporalidad, relegando a un segundo plano otros valores más personales. A través de la publicidad se transmite la idea de que poseer un cuerpo delgado afianza el sentimiento de seguridad personal, refuerza la autoestima y ayuda a sentirse mejor. La delgadez se asocia a éxito, a belleza, y se considera como un ideal a conseguir, mientras que la gordura se percibe como un mal con toda una serie de connotaciones negativas. Así como hasta hace unos años ser gordo era considerado signo de salud, de riqueza y de bienestar, hoy en día la obesidad ha pasado a ser el atributo físico más estigmatizado. Por otra parte, a través de los medios de comunicación, se instruye a la mujer acerca de cómo alcanzar esa imagen «ideal» por medio de dietas, ejercicios, tratamientos diversos, etc.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-09 10:44:33.

No cabe duda de que el impacto de estos mensajes en la población adolescente puede favorecer conductas encaminadas a conseguir, a cualquier precio, un cuerpo extremadamente delgado, y puede ser un factor determinante en el inicio de estos trastornos, especialmente en aquellos casos en los que existe una mayor vulnerabilidad personal. Un elevado porcentaje de adolescentes con patología alimentaria reconoce haber recibido críticas en relación a su imagen corporal por parte de familiares y amigos, lo que les ha llevado a iniciar diversas dietas de adelgazamiento orientadas a perder peso sin ningún tipo de supervisión médica.

3. Manifestaciones clínicas de la anorexia y bulimia nerviosas

a) *Anorexia nerviosa*

La primera descripción médica de este trastorno se debe a Richard Morton (1689) quien estudió varios casos de una patología a la que denominó «Consunción Nerviosa». En 1873 el internista inglés William Gull y el neurólogo francés Ernest Lasègue publicaron sendos artículos sobre una enfermedad que el primero denominó Anorexia Nerviosa y el segundo Anorexia Histérica. Ambos consideraban que se trataba de una enfermedad psicógena.

La característica fundamental de este trastorno es una considerable pérdida de peso originada por el propio enfermo, quien insatisfecho por su propia imagen corporal, busca de forma desmesurada la delgadez, hasta llegar en ocasiones a un estado de grave desnutrición. La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece como criterio diagnóstico de la enfermedad un Índice de Masa Corporal (IMC) o Indice de Quetelet de menos de 17,5, mientras que la APA en su versión DSM-5, considera la existencia de una gravedad leve de la enfermedad a las pacientes que presentan un IMC igual o inferior a 17. El IMC se calcula dividiendo el peso (medido en kg) por la altura, medida en metros al cuadrado.

Esta búsqueda de la delgadez se traduce en una actitud de control sobre la conducta alimentaria a través de una dieta rigurosa, con restricción de alimentos con alto contenido calórico, como las grasas o los hidratos de carbono. La forma de comer de estas enfermas también es característica, lo hacen de modo muy lento, parten los alimentos en trozos pequeños o los desmenuzan, esconden la comida y luego la tiran, evitan comer en compañía de otros, se irritan si se les insiste en que coman, etc. Además, con el fin de disminuir el peso, llevan a cabo una serie de conductas tales como la provocación del vómito, el uso o abuso de laxantes, diuréticos u otros fármacos como anorexígenos o estimulantes para evitar el hambre, la realización de ejercicio físico excesivo para «quemar calorías», etc.

Las pacientes con AN, además del miedo morboso a engordar, presentan, como característica psicopatológica fundamental una distorsión de su propia imagen corporal, consistente en que siguen viéndose gordas, a pesar de que su peso se encuentre por debajo de los valores saludables. Esta distorsión puede afectar a todo el cuerpo, aunque es muy frecuente que se limite a zonas concretas como los muslos, las nalgas o las caderas. A esta alteración perceptiva se la denomina dismorfofobia.

El estilo de pensamiento de estas pacientes está también profundamente alterado, y son precisamente estas ideas distorsionadas en torno a la propia imagen corporal las que mantienen actitudes anormales hacia la ingesta. Estas creencias, pueden incluir expectativas irreales acerca de lo que podría pasar si se consume algún alimento prohibido. «Si como un pastel o cualquier otro dulce, engordaré». Las pacientes pueden atribuir una cualidad «mágica» a la comida, considerando que una pequeña cantidad de determinado tipo de alimento puede resultar drástica en relación a la ganancia de peso. También es frecuente la tendencia a categorizar los alimentos en «buenos» (fruta, verdura, etc.) o «malos» (hidratos de carbono, dulces, chocolates, etc.). Es necesario también tener en cuenta que los pensamientos distorsionados no son fácilmente identificados o verbalizados por

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-09 10:44:33.

la paciente. Otra característica de este trastorno es la actitud de negación de la enfermedad, especialmente evidente en sus primeras fases, y la deficiente capacidad de pensamiento abstracto.

El adelgazamiento excesivo de estas pacientes da lugar a que aparezcan una serie de signos físicos tales como piel seca y rugosa, ojos hundidos, huesos prominentes, caída del cabello, lo que da lugar a un aspecto de envejecimiento. En la mujer encontramos también amenorrea (ausencia de la menstruación) y, si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de las manifestaciones de la pubertad o incluso ésta se detiene (cesa el crecimiento, se retrasa la aparición de los caracteres sexuales secundarios etc.). Otros signos físicos que podemos encontrar son la bradicardia (frecuencia cardiaca <60 pulsaciones/min.), bradipnea (frecuencia respiratoria <14 respiraciones/min.), hipotermia (baja temperatura corporal), estreñimiento, presencia de edemas y estado de grave desnutrición (caquexia).

Las complicaciones orgánicas a que puede dar lugar una AN son múltiples, todas ellas derivadas del estado de desnutrición de estas enfermas. Entre ellas cabe destacar las alteraciones cardiovasculares, óseas, renales, endocrinológicas, etc.

b) *Bulimia nerviosa*

La BN es un trastorno de la conducta alimentaria que comparte muchas características psicopatológicas con la AN, pero que presenta una característica claramente diferenciadora de ella y es la presencia de atracones.

La DSM-5 establece como primer criterio diagnóstico para la BN la presencia de atracones recurrentes. Un atracón es la ingesta de alimento producida en un corto espacio de tiempo y en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingeriría en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias. Así mismo, el atracón conlleva la sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento, es decir, sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo. Al atracón, por tanto, se le pueden aplicar tres adjetivos característicos: cuantioso, rápido e incontrolable, a los que se puede añadir otro: egodistónico, es decir, no deseado ni placentero para la paciente.

La BN suele aparecer el final de la adolescencia o al inicio de la segunda década de la vida, aunque no es excepcional el inicio en etapas más tardías. En algunos de estos casos se trata de un inicio sólo aparentemente tardío ya que el estudio clínico pone de manifiesto que algunos de los síntomas ya estaban presentes con anterioridad y que han empeorado, en muchos casos reactivamente, ante situaciones estresantes.

Las características de los atracones en las pacientes bulímicas están ampliamente descritas en la literatura. Estas pacientes, durante el atracón, ingieren los alimentos de forma rápida, sin masticar ni disfrutar, incluso pueden llegar a tomar alimentos sin cocinar (congelados, crudos, etc.). Generalmente se trata de dulces, hidratos de carbono, etc., es decir, aquellos alimentos que la paciente intenta evitar en su dieta habitual y que por tanto forman parte de los considerados «prohibidos». Aunque tienen conciencia de que han consumido grandes cantidades de comida, muchas veces no saben precisar cuánta. Generalmente, los atracones se producen en solitario, la persona busca el aislamiento, la soledad. Es un hecho característico de estas pacientes que en la mayoría de los casos la enfermedad se guarda en secreto y en muchas ocasiones pasa inadvertida para la familia, ya que el peso corporal se suele mantener dentro de unos límites normales, debido a la alternancia alimentaria de atracones y conductas restrictivas, por lo que el inicio del tratamiento se suele demorar mucho más que en el caso de la AN. Aunque los atracones pueden presentarse en cualquier hora del día, son más frecuentes a partir de media tarde, muchas veces tras haber restringido la ingesta a lo largo del día. Durante el atracón la paciente experimenta sensación de pérdida de control sobre la ingesta.

El problema característico de una persona con BN es la rumiación en torno a la comida y sus deseos irresistibles de comer, que es incapaz de controlar. El impulso a la ingesta domina su

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-09 10:44:33.

vida, ha perdido la libertad, a veces le da miedo empezar a comer y no poder parar; puede incluso llegar a robar comida, o a coger dinero para comprarla. No se siente capaz de salir a comer con sus amigos por temor a no ser capaz de controlarse, necesita tener los alimentos bajo llave, miente, y después se siente profundamente triste y culpable.

Los investigadores se han interesado también en profundizar en el estudio de los sentimientos que acompañan al atracón. Se han descrito sentimientos previos de pérdida de control, insuficiencia e incapacidad para cumplir con la dieta, ansiedad, disforia, etc. y, tras el atracón, sentimientos de tristeza, culpa, vergüenza o ira. Estos sentimientos, junto al miedo a engordar, provocan conductas dirigidas a evitar la ganancia de peso, siendo la más frecuente la autoprovocación del vómito, que se produce en el 80-90% de estas pacientes tras el atracón. Inicialmente se consideraba que la ingesta compulsiva y el vómito posterior proporcionaban a las pacientes bulímicas un mecanismo fisiológico para evitar temporalmente el estado de ánimo disfórico, sin embargo, actualmente no existe acuerdo entre los autores, ya que algunos han encontrado un aumento de los afectos negativos después del episodio de ingesta voraz.

Aunque los episodios de voracidad pueden desencadenarse por circunstancias variadas, con frecuencia aparecen como reacción a situaciones adversas o por la sensación de hambre provocada por el ayuno, total o parcial, practicado durante el día. En ocasiones, estas pacientes pueden presentar también cierta dificultad para abordar el problema e informar correctamente acerca de sus estados físicos y para describir con palabras sus emociones.

Al igual que ocurría con la AN, la paciente bulímica presenta también un miedo morboso a engordar y tiende a fijarse, de forma estricta, un dintel de peso muy inferior al que tenía antes de la enfermedad. Le da miedo el aumento de peso por el atracón y busca «modos» rápidos de evitarlo, lo que le lleva a poner en práctica determinadas conductas llamadas «compensatorias». Además de los vómitos autoinducidos ya mencionados, puede recurrir al abuso de laxantes o al consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos, a la realización de ejercicio excesivo o a practicar períodos de ayuno para tratar de impedir el aumento de peso.

En la exploración física de estas enfermas podemos encontrar erosiones dentales y callosidades en el dorso de las manos (Signo de Rusell) producidas por las maniobras que realizan para provocarse los vómitos, hipertrofía de las glándulas salivares, sobre todo las parótidas, hinchazón abdominal, sensación de debilidad, edemas, etc.

Entre las complicaciones orgánicas cabe destacar las alteraciones hidrolíticas, producidas por los vómitos repetidos o el abuso de laxantes y diuréticos, cuyo efecto más grave es la hipopotasemia, que puede producir graves alteraciones cardiovasculares, en ocasiones con riesgo vital. Otra posible complicación es la rotura gástrica.

4. Tratamiento y prevención

a) *Tratamiento*

En concordancia con el origen multicausal de estas enfermedades, también el tratamiento debe ser multifactorial, para incrementar su efectividad. En la medida de lo posible, y siempre que la situación de la paciente lo permita, hay que intentar que el tratamiento se realice en régimen ambulatorio, porque ello permitirá mantener una mayor normalidad en sus actividades habituales y en su entorno familiar. Sin embargo, si la pérdida de peso es importante o si existen graves complicaciones médicas, será necesario el tratamiento en régimen de hospitalización con el fin de conseguir una recuperación ponderal adecuada, lo que será el primer objetivo que se debe plantear en estos casos; en definitiva, es la situación clínica de la paciente la que va a determinar el tipo de actuación terapéutica a llevar a cabo, que en todo caso deberá correr a cargo de un equipo multidisciplinar, capaz de hacer frente a los distintos aspectos implicados en la enfermedad.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-09 10:44:33.

Además de la actuación médica y el tratamiento farmacológico adecuado, será muy importante que la paciente reciba el apoyo psicoterápico correcto orientado, entre otros aspectos, a la mejora de la autoestima y a corregir los pensamientos distorsionados referidos al peso y a la comida.

Más adelante es conveniente plantear el objetivo de llevar a cabo una adecuada educación nutricional encaminada a normalizar los hábitos alimentarios. Especialmente en el caso de las pacientes con BN puede ser útil el empleo de autorregistros, en los que se anotan los alimentos ingeridos durante el día y durante los atracones. Esta información enriquece el conocimiento de su patrón alimentario y de las características, antecedentes y consecuencias de sus conductas de atracón. Evidentemente, en este aspecto es recomendable y necesaria la participación de nutricionistas y endocrinólogos.

Como ya se ha dicho, en ocasiones es necesario el tratamiento farmacológico. Se han demostrado eficaces en el tratamiento de los pacientes bulímicos los antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina, mientras que en el caso de la AN también puede ser necesario el uso de psicofármacos cuando existe sintomatología depresiva o ansiedad importante.

El apoyo de la familia es de capital importancia, por lo que la intervención psicoterapéutica debe ser no sólo individual, sino también familiar. Es necesario, en primer lugar, que la familia comprenda que se trata de una verdadera enfermedad y esto, en ocasiones, no es tarea fácil. La familia es capaz de entender que la enfermedad se resolverá cuando la paciente sea capaz de normalizar los hábitos alimentarios, comer de forma equilibrada y evitar los atracones, si es el caso. Sin embargo es más difícil que comprenda la resistencia de la paciente a modificar su conducta y los mecanismos psicopatológicos que en ella subyacen.

Otro aspecto importante es transmitir serenidad a los padres e insistir en que no hay culpables; no es infrecuente que se cuestionen el grado de culpa que tienen en el desarrollo de la enfermedad y este aspecto es necesario elaborarlo con ellos. También los sentimientos de culpa suelen estar presentes en la propia paciente, lo que hace que, sumados a los de los padres, aumente el sufrimiento que ya de por sí conlleva la enfermedad. Por otra parte, es deseable evitar enfrentamientos en el entorno familiar sobre temas relacionados con la comida, y acudir cuanto antes a un profesional, que será la persona idónea para indicar a la familia cuál debe de ser la actitud a seguir en cada etapa concreta de la enfermedad. El contacto con asociaciones de familiares de pacientes con trastornos alimentarios puede suponer también un apoyo y orientación importante para la familia, especialmente en el comienzo de la enfermedad.

También los educadores y amigos, en muchos casos, tienen un papel similar a la familia, aunque en otros ámbitos. A veces es más fácil que, amigos o profesores, detecten estas alteraciones conductuales. Además de aportar a la familia la información de la que se disponga, pueden ser también un gran apoyo para la paciente.

Por último, es necesario que los padres sepan que la evolución de estos trastornos puede ser lenta y complicada, con recaídas frecuentes, pero que el apoyo incondicional y la comprensión de la familia siempre facilitan la buena evolución de la enfermedad.

Suele ser una gran ayuda en la recuperación de esta enfermedad., insistir mucho a las pacientes en la obediencia a los consejos médicos, ayudando sobre todo en la sinceridad, ya que existe una gran tendencia a engañar, ocultando datos (uso de laxantes, arrojar comida, etc.) a los médicos y enfermeras. Como ese engaño no es del todo consciente, y es con frecuencia consecuencia de la enfermedad, se ha de emplear cierta suavidad, pero haciendo ver a las pacientes que para llegar a la curación, tienen que ser totalmente sinceras con sus terapeutas. Sin colaboración con ellos, no conseguirán la curación.

b) *Prevención*

Hasta ahora nos hemos referido a la actuación ante estos trastornos una vez que se han manifestado, pero la actuación ideal ante las al-

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-09 10:44:33.

teraciones alimentarias es tratar de prevenir que aparezcan, poniendo los medios necesarios en los distintos niveles en los que ésta puede llevarse a cabo.

Así, en el ámbito escolar y familiar puede desarrollarse una prevención primaria, insistiendo en la importancia de adquirir hábitos nutricionales sanos y de seguir una alimentación adecuada. La dieta tiene que ser variada y equilibrada, bien distribuida a lo largo del día. Es importante evitar que los niños coman solos, y fomentar que, al menos las comidas principales, sean en familia. Crear un clima grato y distendido durante el tiempo de la comida, y aprovechar este momento para comentar los acontecimientos del día, intercambiar opiniones etc. ayudará a recuperar esta función social de la comida y facilitará, por otro lado, la comunicación dentro del grupo familiar.

Por otra parte, es necesario también ayudar a los jóvenes a desarrollar un sentimiento de seguridad personal fundamentado en valores profundos y estables. Ayudarles a aceptarse a sí mismos con sus defectos, potenciando todas sus cualidades, sin dar prioridad a los aspectos corporales. Fomentar la comunicación familiar y desarrollar actitudes críticas frente a la presión mediática, son recursos que les ayudan a reflexionar sobre cuestiones fundamentales, les permiten reforzar su autoestima y en último término, les infunden confianza en sus propias capacidades personales. En todas estas tareas, los educadores y, sobre todo, los padres tienen un papel fundamental.

Bibliografía

Asociación Americana de Psiquiatría, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), 5.ª ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014.

American Psychiatric Association. Practice guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorders. Third Edition. American Psychiatric Association: APA Practice Guidelines, 2010.

Fairburn, C.G., Cooper, Z., Doll, H.A., Norman, P., O'Connor, M., The natural course of bulimia nervosa and binge eating dsorder in young women. Arch Gen Psychiatry 2000; 57(7): 659-65.

Castro-Fornieles, J., Toro-Trallero, J., Trastornos de la conducta alimentaria. En: Manual de Psiquiatría del niño y del adolescente. Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (AEPNYA). Madrid: Panamericana; 2010. pp 181-93.

Castro-Fornieles, Gual P., Lahortiga, F., Gila, A., Casulà, V., Fuhrmann, C., et al. Self-oriented perfectionism in eating disorders. Int J Eat Disord 2007; 40 (6): 562-8.

Cervera, S., Lahortiga, F., Martinez-González, M.A., Gual, P., de Irala-Estévez, J., Alonso, Y., Neuroticism and low self-esteem as risk factors for incident eating disorders in a prospective cohort study. Int J Eat Disord 2003; 33 (3): 271-80.

Cervera, S., Martinez-González, M.A., Lahortiga, F., Understanding the Epidemiology of Eating Disorders. In: Eating Disorders. Maj M, Halmi K, López-Ibor JJ, Sartorius N (eds). WPA Series. Evidence and Experience in Psychiatry. Chichester: Wiley. 2003: 123-126.

Fairburn, C.G., Cooper, Z., Doll, H.A., Norman, P., O'Connor, M., The natural course of bulimia nervosa and binge eating dsorder in young women. Arch Gen Psychiatry 2000; 57(7): 659-65.

Fernández, F., Turón, V., Trastornos de la alimentación. Guía básica en anorexia y bulimia. Barcelona: Masson, 1998.

Gual, P., Lahortiga, F., Trastornos del comportamiento alimentario. En: Alimentación y Salud Pública. 2ª edición. J.A. Martínez, I. Astiasarán y H. Madrigal (eds). McGraw-Hill. Madrid: Interamericana. 2002: 206-212.

Gual, P., Lasa, L., Cervera, S., Modelo alimentario en pacientes con Bulimia Nerviosa. Psiquiatría Biológica, 1995; 2:71-77.

Gual, P., Perez-Gaspar, M., Martinez-Gonzalez, M.A., et al. Self-esteem, personality, and eating disorders: baseline assessment of a prospective population-based cohort. Int J Eat Disord 2002; 31:261-73.

Gual, P., ¿Anoréxica mi hija? Saber para prevenir, Desclée de Brauwer, Bilbao 2000.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-09 10:44:33.

Lahortiga, F., Cano, A., Trastornos de la Conducta Alimentaria. Anorexia y Bulimia Nerviosas. Everest, León 2005, pp: 136.

Lahortiga-Ramos, F., de Irala-Estévez, J., Cano, A., Gual, P., Martinez-González, M.A., Cervera, S., Incidence of Eating Disorder in Navarra (Spain). European Psychiatry 2005; 20(2): 179-185.

Lahortiga-Ramos, F., Gual-Garcia, P., Alonso-Pérez, Y., Cano-Prous, A., Imirizaldu-Pandilla, M., De Irala-Estévez, J., Martinez-González, M.A., Cervera-Enguix, S., Factores de riesgo en los trastornos de la conducta alimentaria. En: Ezcurra J, González-Pinto A, Gutiérrez-Fraile M, editores. Psiquiatría y mujer. Aula Médica Ediciones; Madrid 2006. p 445-66.

Martínez-González, M.A., Gual, P., Lahortiga, F. et al. Parental factors, Mass-media influences and the onset of Eating Disorders in a prospective population-based cohort. Pediatrics 2003; 111:315-20.

Morandé, G., Graell, M., Blanco, A., Trastornos de la conducta alimentaria y obesidad. Un enfoque integral. Panamericana. Madrid 2014

Organización Mundial de la Salud, Trastornos Mentales y del Comportamiento 10ª revisión, 1992.

Pérez-Gaspar, M., Gual, P., de Irala-Estévez, J., Martínez-González, M.A., Lahortiga, F., Cervera, S., Prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria en las adolescentes navarras. Medicina Clínica 2000; 114 (13): 481-486.

Ruiz-Lazaro, P.M., Prevención primaria de los trastornos de la conducta alimentaria en la adolescencia: papel del profesional de atención primaria. Aten Primaria 2001; 27:428-31.

Toro, J., Artigas, M., Vencer la Anorexia. Plataforma. Barcelona 2013.

Toro, J., El cuerpo como delito: anorexia, bulimia, cultura y sociedad. Ariel. Barcelona 1996.

Treasure, J., Los trastornos de la alimentación. Guía práctica para cuidar de un ser querido. Desclée de Brauwer. Bilbao 2011.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-09 10:44:33.

38

Trastornos psicóticos

Nicolás Ramírez Nebreda

Los trastornos psicóticos en el mundo de la salud mental hacen referencia principalmente a un conjunto de procesos de enfermedad en los que destacan como síntomas predominantes las ideas delirantes y las alucinaciones, pero donde también es posible encontrar alteraciones del pensamiento, lenguaje y conducta que interfieren en gran medida con la capacidad para responder a las demandas cotidianas de la vida del individuo y limitan la introspección personal, impidiéndole mantener un adecuado contacto con la realidad.

Aunque son muchas las enfermedades o factores físicos que pueden acompañarse de síntomas psicóticos (enfermedades neurológicas, empleo de determinados fármacos, infecciones, alteraciones metabólicas, sustancias de abuso, etc.), son las psicosis funcionales (aquellas de origen no conocido, sin una alteración orgánica concreta que la desencadene) las más frecuentes y las que tienen una repercusión funcional y pronóstica más importante. Son estas últimas en las que nos detendremos en el presente capítulo, especialmente la esquizofrenia como enfermedad prototipo de psicosis. También comentaremos, más brevemente, otras psicosis como son el trastorno delirante y el trastorno psicótico breve, que por sus peculiaridades y evolución caben distinguir de la esquizofrenia.

1. Esquizofrenia

1.1. *Características*

La Esquizofrenia es una enfermedad mental con una prevalencia alrededor del 1% de la población. El término esquizofrenia, que literalmente significa «mente dividida», ha sido a veces vulgarmente identificada con «tener una doble personalidad». Sin embargo, el sentido real del termino esquizofrenia hace referencia a un doble aspecto característico de esta enfermedad. Por una parte la división que la enfermedad produce entre la realidad externa (objetiva) al individuo y la visión interna (subjetiva) que éste tiene de dicha realidad, lo que le lleva a interpretaciones patológicas (delirios) de determinados acontecimientos, hechos, personas, etc. Por otra parte, hace referencia a la ruptura vital, que es característica en esta enfermedad cuando aparece, como consecuencia del deterioro cognitivo, social y funcional que tiende a producir. La mente del paciente con esquizofrenia se rige por leyes nuevas, propias a sí mismo, que evolucionan de manera paralela a como lo hace la enfermedad, lo cual hace que la esquizofrenia (los pensamientos del paciente) resulte frecuentemente incomprensible, o «irracional», desde el punto de vista psicológico.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-09 10:44:33.

Su etiología no está todavía claramente definida. Son muchas las teorías que han intentado explicar su origen (teorías psicodinámicas, infecciones virales en embarazo o primera infancia, factores que alterarían el desarrollo neuronal, enfermedad neurodegenerativa, alteración en la función de neurotransmisores a nivel de algunas estructuras cerebrales, etc.). Es una de las enfermedades psiquiátricas con un mayor componente de herencia genética. El riesgo de desarrollar la enfermedad entre los familiares de un individuo enfermo es mayor cuanto más cercano sea el parentesco. Así para un hermano se sitúa alrededor del 10%, y en el caso de ser un hermano gemelo monocigótico el riesgo llega casi al 50%. Para un hijo la probabilidad de padecer la enfermedad está alrededor del 12%, y del 46% en caso de que el padre y madre tengan la enfermedad. Sin embargo, aunque existe un claro componente genético la esquizofrenia no presenta un patrón de herencia de gen único. Es por tanto considerada una enfermedad genéticamente compleja, esto es, existen diversos genes que hacen susceptible al individuo, y la aparición de la enfermedad se producirá ante la influencia de otros factores ambientales, biológicos y psicosociales que actúan sobre dicha base genética. Esta interacción gen-ambiente es la que, por ejemplo, explica que el consumo de cannabis pueda desencadenar el inicio de una esquizofrenia en un joven con predisposición genética a padecerla.

La edad de inicio más frecuente en hombres se sitúa en la segunda década de la vida y algo más tarde en el caso de las mujeres. Aunque su inicio puede ser brusco, en la mayoría de los casos precede de un periodo de duración variable, desde semanas hasta años, llamada fase prodrómica, en la que se establece progresivamente esa ruptura con el modo de ser y estar previo. Entre los síntomas de esta fase prodrómica destacan entre otros el aislamiento social, la pérdida de interés en las actividades y obligaciones, el deterioro del cuidado de la higiene personal, la aparición de un carácter irritable y aumento de la desconfianza hacia el entorno. Muchos pacientes presentan algunas dificultades de relación social, tendencia al aislamiento y mal rendimiento académico ya desde la infancia. Para establecer un diagnóstico de esquizofrenia han de presentarse dos o más de los siguientes síntomas durante un periodo mínimo de un mes: delirios, alucinaciones, discurso desorganizado, comportamiento desorganizado y síntomas negativos (expresión emotiva disminuida, falta de iniciativa, etc.) (Tabla I).

El curso de la enfermedad característicamente tiende a ser en forma de episodios con una remisión solo parcial de los síntomas entre ellos. Aunque en solo un 10% de los casos los síntomas permanecen de manera crónica y severa, la remisión completa a un nivel previo a la enfermedad también es poco frecuente. Con cada episodio tiende a observarse una disminución de la capacidad funcional, cognitiva y relacional, como si el individuo bajara un escalón cada vez que se descompensa la enfermedad. Sin embargo, este deterioro funcional no es progresivo a lo largo de toda la vida, ya que suele frenarse o detenerse al cabo de algunos años del inicio de la enfermedad, aunque se produzcan nuevos episodios. Por eso, para el pronóstico de la enfermedad es fundamental la prevención de nuevos episodios tras llevarse a cabo el diagnóstico. Es frecuente que ante un primer episodio psicótico tanto el paciente como la familia pregunten si puede volver a repetirse. Aunque es difícil en medicina predecir la evolución de las enfermedades, la realidad es que tras un primer episodio psicótico se produce recaída en un 54% de los individuos en los dos primeros años y hasta en un 82% a los 5 años, especialmente si no reciben tratamiento farmacológico. Algunos factores personales o de la propia enfermedad pueden ayudar a predecir un pronóstico más favorable (Tabla II).

1.2. *Tratamiento*

Existen tratamientos farmacológicos específicos y eficaces para controlar la evolución de la esquizofrenia. La aparición de los antipsicóticos a mediados del siglo XX ofreció un tratamiento realmente eficaz para el control de los

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-09 10:44:33.

Tabla I

Síntomas característicos de esquizofrenia

A) Síntomas positivos:

- Alucinaciones: percepción sin objeto real con convencimiento del individuo. Las más frecuentes son visuales y auditivas.
- Ideas delirantes: creencias y juicios erróneos, con frecuencia derivados de una incorrecta interpretación de percepciones o experiencias, reales o alucinatorias, que no son reducibles por el razonamiento. Pueden ser de distinto contenido: de persecución, de perjuicio, de celos, de ruina o culpa, de contenido místico, de grandeza o megalomaníacos, de influencia en el pensamiento, etc.
- Lenguaje y pensamiento desorganizado: discurso incoherente, con asociaciones frecuentes de ideas o palabras, cambios bruscos e ilógicos en la conversación, perdida del hilo del pensamiento. Algunos autores han considerado el pensamiento desorganizado como la característica más importante o básica de la esquizofrenia.
- Comportamiento desorganizado: Por ejemplo actitud pueril, aspecto físico o vestido extraño, impulsividad, agresividad, dificultad para organizarse o llevar a cabo horarios, catatonía, inhibición.

B) Síntomas negativos:

- Abulia: incapacidad para iniciar y persistir en actividades dirigidas a un fin.
- Alogia: pobreza en el habla, con respuestas breves y pobres en contenido.
- Falta de energía y motivación: falta de capacidad de entusiasmarse o de mostrar interés por lo que le rodea.
- Trastornos emocionales: pérdida de capacidad de experimentar placer y de expresar emociones, afecto inapropiado a los estímulos que le rodean, melancolía, falta de confianza en sí mismo, sentimientos de incapacidad.
- Retraimiento social: reducción del interés por relacionarse, espontaneidad reducida en la comunicación con los demás.

Tabla II

Factores pronósticos de evolución de la esquizofrenia

- Personalidad previa adecuada desde un punto de vista intelectual, emocional y relacional
- Presencia de factores precipitantes de la enfermedad (tóxicos, estrés, etc.)
- Comienzo agudo de la enfermedad en el primer episodio, con ausencia o escasez de un periodo previo de síntomas prodrómicos
- Ambiente social y familiar favorable
- Sexo femenino (por presencia de menor deterioro funcional e inicio más tardío de la enfermedad)
- Presencia de síntomas afectivos abundantes entre la sintomatología
- Comienzo tardío de la enfermedad, especialmente a partir de los 35 años
- Ausencia de antecedentes familiares de esquizofrenia
- Buena conciencia de enfermedad
- Buen funcionamiento personal, laboral, social y familiar entre los episodios. Ausencia de síntomas residuales entre los episodios.
- Responder bien a la medicación, buen cumplimiento del tratamiento e inicio del mismo poco después del comienzo de la enfermedad.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-09 10:44:33.

síntomas positivos de la esquizofrenia (alucinaciones, ideas delirantes, desorganización del pensamiento y de la conducta). En los últimos años se han desarrollado nuevos medicamentos que se han venido a denominar antipsicóticos atípicos o de segunda generación y que se distinguen de los previos, antipsicóticos típicos, en que manteniendo la eficacia, son físicamente mejor tolerados y disminuyen la probabilidad de efectos secundarios a corto y largo plazo. También se ha propuesto que estos antipsicóticos atípicos podrían mejorar los denominados síntomas negativos (alogia, abulia, falta de iniciativa, aislamiento social, etc.) y los síntomas cognitivos, lo cual todavía no está claramente contrastado. La recaída es posible aún con un buen cumplimiento del tratamiento, ya que la eficacia no tiende a ser completa.

El tratamiento farmacológico en la esquizofrenia ha de mantenerse durante años. Ante el padecimiento de un primer episodio psicótico con frecuencia se pregunta al profesional si hay que tomar medicación de por vida o si se curará. Hay que partir del hecho de que la propia confirmación del diagnóstico ante un primer episodio psicótico depende con frecuencia de la evolución en los primeros años, y que la esquizofrenia es una enfermedad que tiende a un curso crónico. El tratamiento farmacológico no pretende tanto curar la enfermedad como controlar los síntomas en la fase aguda (brote psicótico), y reducir en lo posible el riesgo de recaída (de nuevos brotes psicóticos). Si como hemos dicho, con cada descompensación tiende a incrementarse el deterioro cognitivo y funcional, un adecuado cumplimiento del tratamiento a lo largo del tiempo ayudará a prevenir minusvalías secundarias tanto psíquicas como sociales. Es posible, sin embargo, probar a retirar el tratamiento farmacológico en un primer episodio tras 2 años, especialmente cuando se ha conseguido una estabilidad clínica y funcional adecuada y se plantea que en el episodio influyeron factores externos, tales como el consumo de sustancias tóxicas o una situación de estrés importante.

A pesar de la importancia que los fármacos tienen para una buena evolución y mejor pronóstico de la enfermedad, su eficacia en muchos casos es solo parcial, por lo que se plantea habitualmente la necesidad de complementarlo con otro tipo de tratamientos denominados psicosociales, que buscan como objetivos reducir el estrés personal y ambiental del paciente, potenciar la adaptación a la vida en sociedad, facilitar la reducción continuada de los síntomas y promover el proceso de recuperación. Dar este tratamiento global al paciente es sumamente importante, no quedándonos exclusivamente en la toma de medicación como único remedio. Los tratamientos psicológicos que han demostrado eficacia se recogen en la Tabla III.

Es fundamental, como en otros trastornos psiquiátricos, una adecuada y precoz información de la enfermedad, tanto para el paciente como para los familiares o cuidadores. Así un reconocimiento temprano de los síntomas permite prevenir recaídas completas de la enfermedad; o un conocimiento de las dificultades que le genera al paciente la enfermedad adecua las exigencias tanto personales como del entorno al paciente; también la información a la familia disminuye la tensión que la enfermedad puede generar en el ámbito familiar, disminuyendo la emotividad expresada, lo cual es un factor protector para el paciente.

1.3. *Consecuencias*

La esquizofrenia es una enfermedad cuyos síntomas y evolución pueden ser bastante heterogéneos. Cuando se recibe el diagnóstico de esquizofrenia suele observarse, especialmente en la familia, una preocupación lógica derivada de la etiqueta social que presenta esta enfermedad, identificada con la «locura». El estigma social que generan las enfermedades psiquiátricas en general, y la esquizofrenia en particular, está basada en un cierto desconocimiento de esta patología, y es además una lacra a combatir. Ante el diagnostico surge rápidamente la pregunta por el pronóstico. Es muy difícil establecer cual será la evolución en las fases iniciales de la enfermedad, incluso en los primeros años, aunque algunos datos nos pueden orientar (Tabla II). Sin

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-09 10:44:33.

Tabla III

Tratamientos psicosociales en la esquizofrenia

1) Psicoeducación: intervención psicológica encaminada a establecer una alianza terapéutica con el paciente, reducir el estigma social que suele asociarse a la enfermedad, mejorar cumplimiento del tratamiento farmacológico, la capacidad de introspección de su situación, la detección de síntomas de reagudización, el riesgo asociado del consumo de tóxicos, el conocimiento y uso de los recursos asistenciales y sociales, etc.

2) Intervenciones familiares: basada en el hecho de que la familia sigue siendo el principal soporte social de los pacientes con esquizofrenia, y que la enfermedad suele generar una carga emocional y de cuidado importante para los miembros de la familia. Es una acción en dos pasos: A) intervención para reducir la alta emoción expresada en el ámbito familiar (dado que hay esquemas de relación familiar en los que existe una sobreimplicación emocional y un alto grado de crítica negativa hacia el paciente y su comportamiento. B) intervención para: educar a la familia acerca de la enfermedad, proporcionar técnicas de solución de problemas concretos, trasmitir expectativas realistas de lo que se puede esperar de la conducta del paciente, aprender a establecer límites de manera adecuada.

3) Entrenamiento en habilidades sociales: mejorar la capacidad del paciente de establecer relaciones sociales estables y reforzar las habilidades necesarias para llevar una vida independiente.

4) Integración laboral: programas dirigidos a facilitar la adquisición de las habilidades y hábitos personales para poder tener un empleo estable (cursos de capacitación, trabajos en ambientes protegidos, etc.)

5) Rehabilitación cognitivo-conductual: intervenciones psicoterapéuticas de tipo cognitivo y conductual dirigidas a reducir síntomas positivos, aumento del insight, reducción de la ansiedad y reacciones depresivas tras fase aguda y mejora de los déficits cognitivos.

6) Manejo de casos: se trata de un modelo de organización de los servicios de atención a los pacientes psiquiátricos, habitualmente en casos graves y con escaso apoyo social, en el que el paciente dispone de un gestor que le ayuda a solucionar los diferentes problemas con los que tiene que enfrentarse (médicos, de organización personal, de obtención de recursos, de continuidad del tratamiento, etc.).

embargo, la mayor parte de las esquizofrenias conllevan, en mayor o menor grado, unos síntomas que provocan dificultades para lograr un adecuado nivel de funcionamiento.

El inicio de la enfermedad, al producirse en fases tempranas de la vida, provoca una ruptura del proceso de desarrollo vital del individuo, en aspectos como son el establecimiento de relaciones sociales que lo arropen, los estudios, la carrera y proyección profesional, la adquisición de los recursos personales y materiales para desarrollar una vida independiente, el inicio de relaciones afectivas o noviazgo. Por otra parte, las dificultades cognitivas perjudican el rendimiento académico o laboral y los síntomas negativos limitan el campo de intereses personales. El aislamiento social provoca una progresiva pérdida de las relaciones de amistad. El tratamiento farmacológico, psicológico y social busca precisamente minimizar lo más posible estas consecuencias de la enfermedad. En este sentido es importante, como ya se ha señalado, el inicio del tratamiento lo más precozmente posible y una continuidad del mismo sin interrupciones. Desde hace unos años se están poniendo en marcha en muchos centros sanitarios programas de abordaje específico para los primeros episodios psicóticos que buscan precisamente

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-09 10:44:33.

mejorar el pronóstico de la enfermedad y sus consecuencias psico-sociales.

La falta de insight o conciencia de enfermedad es uno de los rasgos característicos de las psicosis. Supone una incapacidad mayor o menor para aceptar que uno está enfermo y, por tanto, identificar los síntomas que se padecen, las repercusiones vitales que se producen y las necesidades que se tienen. Algunos autores califican esta falta de insight como un síntoma más del deterioro cognitivo propio de la esquizofrenia. Otros lo consideran más bien un modo inconsciente de defensa, una evitación de afrontamiento de la realidad de lo que supone la enfermedad para el individuo. Sin embargo, aunque el paciente carece con frecuencia de conciencia de enfermedad para algunos síntomas, especialmente los síntomas positivos, si suele tener mayor conciencia de las repercusiones vitales y limitaciones que le genera lo que los demás denominan enfermedad, aunque con frecuencia tenderá a buscar de un modo paranoide la culpa y la causa fuera de sí mismo y de su patología.

Las alteraciones cognitivas que suelen aparecer en la esquizofrenia no significan que la capacidad intelectual del individuo disminuya, sino más bien que la enfermedad obstaculiza la actividad intelectual. Otros aspectos de la persona también se suelen ver alterados por la enfermedad: el control e intensidad de las emociones y pasiones pueden disminuir o aumentar de manera episódica o continuada. Se incrementa la impulsividad, especialmente en las fases agudas con dificultad para el control de la conducta. La afectividad puede verse empobrecida pudiendo observarse reacciones emocionales incongruentes con los estímulos que le rodean (irritabilidad ante estímulos mínimos, indiferencia ante acontecimientos vitales o ambientales importantes). Las relaciones interpersonales se dificultan, bien sea por la falta de empatía (capacidad para hacerse cargo de las vivencias y emociones de los demás) o por la presencia de paranoidismo, que le inclina a desconfiar de su entorno y a interpretar las actuaciones y motivaciones de los demás como perjudiciales para él.

Se ha asociado la esquizofrenia con la agresividad, lo cual forma parte de estigma de la enfermedad. Hay que desvincular psicosis y violencia, de hecho la mayor parte de la violencia que se observa en la sociedad no tiene nada que ver con la salud mental. La agresividad puede aparecer en la psicosis, pero más bien limitada a los síntomas positivos, o cuando estos se agudizan. Su riesgo se incrementa también cuando existe un consumo de alcohol importante o de otros tóxicos, o bien cuando existe una personalidad impulsiva o agresiva de base. Hay que tener en cuenta que la esquizofrenia, como cualquier enfermedad mental, se produce sobre una personalidad previamente establecida, la cual condicionará la conducta del paciente una vez instaurada la enfermedad, bien de manera positiva o negativa. La educación, la formación, el nivel cultural y de intereses, los valores previos del paciente condicionan no solo el grado de deterioro funcional, sino también el modo de comportarse del paciente, igual que ocurriría en una persona sana.

Existe una fuerte asociación entre enfermedad mental y consumo de sustancias adictivas. Casi un 50 por ciento de los pacientes con esquizofrenia tienden al consumo de tóxicos, especialmente alcohol y cannabis. La probabilidad de que un paciente con esquizofrenia tenga un patrón de abuso o dependencia de sustancias es 4 veces mayor que en una persona sin esquizofrenia. La capacidad de autocontrol del paciente suele verse disminuida, lo cual facilita las conductas adictivas de autosatisfacción. El consumo de tóxicos agrava el pronóstico de la enfermedad, dificulta la adherencia al tratamiento, facilita las recaídas, incrementa la irritabilidad y los episodios de agresividad, además del daño físico y psicológico derivado del consumo de la propia sustancia, las repercusiones económicas, etc. En ocasiones este consumo llegará a un nivel tal, que requerirá un abordaje y tratamiento específico. Es por tanto fundamental, incidir en la adquisición de hábitos saludables que reduzcan o eviten el consumo de sustancias.

El nivel de autonomía del paciente puede verse limitado como consecuencia de la enfer-

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-09 10:44:33.

medad. En las fases agudas esto es más frecuente en función de la pérdida de la captación de la realidad, obstaculizado por la presencia de ideas delirantes o alucinaciones que pueden derivar en alteraciones conductuales en las que la responsabilidad personal disminuye o desaparece. Cuando es necesario un tratamiento del paciente en un hospital en fase aguda, no es infrecuente que se realice de manera involuntaria, por la falta de capacidad aceptar voluntariamente un tratamiento que le es necesario, así como por el riesgo que su conducta puede suponer para su propia seguridad o para la de otros. Fuera de los episodios agudos el nivel de autonomía variará en función de la intensidad de síntomas que permanezcan (tanto positivos como negativos). En algunos casos de especial intensidad, puede determinarse que existe una incapacidad para gobernarse a sí mismo (descuido intenso del autocuidado, imposibilidad para administrarse económicamente, etc.) siendo necesario plantear una incapacidad legal, ya sea solamente económica o total, y el nombramiento de un tutor.

Es evidente que no se debe dar por supuesto en una persona con esquizofrenia la incapacidad para cursar estudios, para llevar a cabo un trabajo regular, para establecer una relación afectiva estable, contraer matrimonio, tener hijos, en definitiva, llevar a cabo las actividades que cualquier persona puede planificar en la vida. Si bien la enfermedad condiciona llevar a cabo estas aspiraciones, este condicionamiento varía mucho de unos enfermos a otros. Hay que fomentar, en la medida de lo posible la autonomía personal y evitar actitudes paternalistas de excesiva protección.

1.4. *Orientaciones*

La presencia de síntomas psicóticos no es algo exclusivo de la esquizofrenia. Aparecen también en otras enfermedades, entre ellas el trastorno psicótico breve y el trastorno delirante, que son explicados más adelante, en depresiones de intensidad elevada, en el trastorno bipolar; puede haber psicosis autolimitadas debidas al consumo de sustancias tóxicas, al empleo continuado de algunos medicamentos, a determinadas situaciones médicas que influyen en el estado mental. Cada una de estas situaciones tienen diferente abordaje y pronóstico. Por ello, es importante siempre la opinión de un especialista que permita un adecuado diagnóstico y tratamiento. No existen hasta el momento pruebas analíticas, de neuroimagen, o de otro tipo, que posibiliten confirmar el diagnostico.

Como en todas las enfermedades, la actitud por parte de las personas que conviven con el enfermo debe consistir en intentar en primer lugar entender que le sucede, como piensa, como tiende a interpretar las cosas, que espera de sí y de los demás. A partir de esta empatía será más fácil tener paciencia ante las limitaciones de funcionamiento que pueda tener, y por tanto, disminuir la tensión que con frecuencia se puede generar en la convivencia. Por otra parte, comprensión no significa pasividad y dejar hacer. Hay que ayudar a la persona con enfermedad a proponerse metas que frenen el deterioro funcional y social, pero se ha de hacer evitando la actitud paternalista, proteccionista, impositiva o recriminadora, ya que suele tener muy escasa eficacia y ser contraproducente. Aunque supone un mayor esfuerzo inicial, una actitud que proponga, que anime, que busque el compromiso del paciente, tiene más resultados a medio y largo plazo. Las propuestas que se le hagan al paciente, a ser posible se han de pactar con él y han de ser accesibles a sus posibilidades.

Es importante identificar los objetivos y las aspiraciones del paciente y de la familia, y adecuarlas al estado y evolución real de la enfermedad. Esto evita sentimientos de frustración y desesperanza tanto en el paciente como en los familiares. El conocimiento de la enfermedad por parte de la familia o cuidadores y la comprensión de las dificultades que conlleva, favorece el establecimiento de un adecuado equilibrio de las exigencias que se realizan al enfermo. Al paciente hay que exigirle aquello que puede dar, y esta capacidad puede variar a lo largo del tiempo, según la fase de enfermedad en la que se encuentre. En este sentido se ha señalado ya

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-09 10:44:33.

la importancia de reducir la emoción expresada en la convivencia. Esto supone hablar con naturalidad, sin angustia, sin enfados, de lo que es la enfermedad y de los problemas que plantea, de lo que se espera del paciente, de lo que razonablemente se puede pedir a su responsabilidad.

Es importante también evitar el enfrentamiento directo con el paciente. Esperar el momento en que la tensión o irritación del paciente y del cuidador disminuyan, favorecerá sin duda conseguir aquello que se pretende, o que entienda aquello que se le quiere trasmitir. Es importante ganarse su confianza, ya que, como hemos dicho, la enfermedad lleva a una mayor tendencia a desconfiar de los demás. Que tenga la seguridad de que se le quiere solo ayudar, y por tanto, evitar que nos pueda poner en el «bando de los malos» es muy importante para que el cuidador pueda seguir estando a su lado y ayudarle. Favorecer un ambiente ordenado, material, familiar y humano, alrededor del paciente, le genera una sensación de seguridad y es la base necesaria para ir estableciendo metas pequeñas y progresivas.

Parte del esfuerzo de la familia o cuidadores será que el paciente siga adecuadamente el tratamiento. Existen muchos factores que influyen en la falta de adhesión y continuidad del tratamiento: la falta de introspección acerca de la presencia de la enfermedad o de la necesidad de tomar medicación, la percepción de que el tratamiento no le beneficia, por los efectos secundarios que observa, el deterioro cognitivo, emocional, la falta de iniciativa y constancia para mantener los propósitos, etc. Si el tratamiento farmacológico mejora, o al menos, impide la progresión de la evolución de la enfermedad, un objetivo prioritario es mejorar la adhesión al mismo. Existen tratamientos de administración mensual que facilitan la continuidad del tratamiento y evitan centrar la relación de la familia con el paciente focalizada en la toma de la medicación.

Parte de los síntomas propios de la esquizofrenia pertenecen a la esfera interior del paciente, por lo que la única manera de conocer si los tiene es que los refiera. Sin embargo estos síntomas también suelen tener repercusiones conductuales, especialmente cuando se incrementa su intensidad, con lo que habitualmente habrá que estar atento a los cambios en actitudes, humor, reacciones, patrones de hábitos, horarios, que serán los que indicaran un posible empeoramiento o recaída.

Mientras que la enfermedad esquizofrénica ha estado presente a lo largo de la historia y en todas las culturas, el modo de expresarse puede variar en función de la cultura, las ideas, las creencias del momento. Por ejemplo, el desarrollo de la informática, presente en cada momento de nuestra vida, ha dado a muchos pacientes contenido a sus ideas delirantes (vigilancia, control externo a través del big-data, mensajes malinterpretados, etc.). Es frecuente en algunos pacientes la atracción por los temas esotéricos, de superstición o religiosos, mezclándose estos contenidos entre sí. Las temáticas del fin del mundo, la identificación o relación especial con Dios o con un salvador del mundo, los espíritus buenos y malos, pueden ser frecuentes en algunos pacientes. Los sentimientos, vivencias y necesidades espirituales y religiosas existen en el paciente esquizofrénico al igual que en la persona sana, aunque pueden estar muy condicionados por la propia enfermedad. El adecuado abordaje consistiría en comprender la enfermedad y atender las necesidades espirituales del paciente, como a cualquier persona, pero tendiendo a moderar su expresión especialmente si el paciente tiende a desarrollar contenido delirante; una práctica espiritual sencilla, sin rigidez, que se adecue a las posibilidades del paciente en cada momento de la evolución de la enfermedad, que huya de un excesivo autoreproche o escrupulosidad. Al igual que en cualquier situación de relación con el paciente, el rol acogedor y animante siempre será más eficaz que el directivo o exigente.

2. Trastorno delirante

Existen otras enfermedades psiquiátricas caracterizadas por presentar síntomas psicóticos.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-09 10:44:33.

Explicaremos brevemente solo dos de ellas, el trastorno delirante y el trastorno psicótico breve, que presentan algunas peculiaridades de sintomatología, evolución y pronóstico que las diferencian de la esquizofrenia.

El trastorno delirante es una patología caracterizada fundamentalmente por la presencia de ideas delirantes (ser perseguido, ser envenenado, tener una enfermedad, ser engañado por el cónyuge, etc), y carece de otros síntomas propios de la esquizofrenia como son las alucinaciones, la sintomatología negativa o la pérdida de capacidad funcional. Puede aparecer en cualquier momento de la vida, tiende a ser crónico y el individuo suele tener una actividad psicosocial conservada, ya que fuera de lo que hace referencia a la ideación delirante su pensamiento y su conducta es adecuada. Normalmente el conflicto de relación con el paciente solo se produce si se le cuestiona la ideación delirante o si alguien está incluido dentro la misma. En otras ocasiones, sin embargo, la intensidad de la ideación delirante provoca mayores repercusiones conductuales (conflictos con otras personas que piensa le perjudican o vigilan, conflictos con la pareja por ideación celotípica, búsqueda de diagnóstico y tratamiento por creencia de enfermedades no existentes, etc.). La prevalencia de este trastorno es menor que la de la esquizofrenia, alrededor del 0,03% de la población, aunque es difícil de determinar debido a que muchas personas que lo padecen viven con su ideación sin contactar con los recursos sanitarios. Es necesario diferenciarlo de aquellas personalidades con rasgos paranoides, con gran tendencia a la desconfianza pero que no llegan a presentar ideas delirantes estructuradas. Su pronóstico varía en función de la intensidad de la ideación delirante y de la repercusión conductual que produzcan en sí mismo y en su entorno inmediato. El tratamiento es fundamentalmente farmacológico y consiste en antipsicóticos. La convivencia con ellos puede ser adecuada siempre y cuando no interfiera el contenido de la idea delirante.

3. Trastorno psicótico breve

Es un trastorno que consiste en la aparición, habitualmente brusca, de sintomatología similar a la esquizofrenia en fase aguda, pero con una duración mucho más breve, habitualmente pocas semanas, y con una remisión total de los síntomas y un retorno al nivel de estado y funcionamiento previo al episodio. Se suele distinguir entre el trastorno psicótico breve que se asocia o no con un desencadenante ambiental (situaciones estresantes). Algunas personas en situaciones de estrés importante pueden presentar un estado de ansiedad y angustia que desemboque en un episodio psicótico. A pesar de lo espectacular del cuadro clínico, similar a la esquizofrenia, remite con tratamiento farmacológico (antipsicóticos y tranquilizantes), y el aislamiento del factor ambiental que generaba el estrés. Una vez remitido puede no volver a presentarse nunca más, aunque es posible también que recaiga cuando se presenten otras situaciones nuevas de elevada tensión, por lo que es conveniente que la persona aprenda a ser capaz de tolerar un mayor nivel de tensión o bien precaverse y evitar en la medida de lo posible las situaciones que pueden ser altamente estresantes para él.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-09 10:44:33.

Bibliografía:

Cañas, F. y Franco, B., Tratamiento de mantenimiento. En Roca M, Baca E, Cervera S, y cols (editores). Trastornos psicóticos. Editorial Ars Médica. Barcelona 2007, pp. 433-452

Davis, J., Evre, H., Jacka, F.N., Dodd, S., Dean, O., McEwen, S., Debnath, M., McGrath, J., Maes, M., Amminger P, McGorry PD, Pantelis C, Berk M. A review of vulnerability and risks for schizophrenia: beyond the two hypothesis. Neurosci Biobehav Rev 2016;65:185-94.

Esquizofrenia y trastorno psicóticos agudos de carácter transitorio, En Gelder MG, López-Ibor JJ, Andreasen N (editores). Tratado de Psiquiatría. Editorial Ars Médica. Barcelona 2003, pp. 677-756.

Manual diagnóstico y estadístico de los trastorno mentales, DSM-5. Editorial Panamericana. Madrid,2014.

Robinson, D., Woerner, M.G., Alvir, J.M.J., Bilder, R., Goldman, R., Geisler, S., et al. Predictors of relapse following response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. Arch Gen Psychiatry, 1999;56:241-247.

Roncero, C., Collazos, F., Valero, S., Casas, M., Cannabis consumption and development of psychosis: state of the art. Actas Esp Psiquiatr 2007;35(3):182-9.

Síntomas mentales, Introducción a la psicopatología descriptiva. Sims A. Editorial Triacastela. Madrid 2008.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-09 10:44:33.

39

Psicopatología de la enfermedad crónica

Manuel Barceló Iranzo

Las enfermedades médicas que tienden a perpetuarse en el tiempo pueden provocar problemas de tipo psicológico en las personas que las padecen. Además existen las llamadas enfermedades médicas funcionales, en donde es imposible establecer la causa de unos síntomas y que tienden a prolongarse en el tiempo debido a la dificultad de un abordaje eficaz de los múltiples factores implicados en este tipo de dolencias (denominadas psicosomáticas). Por último, existe constancia científica de que las enfermedades médicas pueden agravarse por situaciones ambientales que provocan una tensión emocional de alto grado, o por factores de personalidad previos del paciente que sufre aquella enfermedad.

Debido a esta dificultad de establecer delimitaciones en la etiopatogenia de las enfermedades médicas con alta influencia de los factores psicológicos y sociales, también expresados mediante el término de psicosociales, las clasificaciones internacionales de las enfermedades médicas y los trastornos mentales tienden a establecer códigos distintos para desglosar unas de otras. Actualmente los más usados son la Clasificación o Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la Asociación de Psiquiatría Americana (a cuya última versión, publicada en el año 2014, se le denomina con el acrónimo DSM-5), y la Clasificación Internacional de las Enfermedades promovida por la OMS (Organización Mundial de la Salud) en su décima revisión, denominada CIE 10. Acerca de ambas se trata en otras partes de este libro.

Resulta muy importante el conocimiento de esta relación entre el cuerpo (soma) y la mente (psique) porque determinadas enfermedades pueden surgir de un desajuste en esta interrelación y porque las enfermedades somáticas crónicas pueden generar importantes cambios a nivel emocional y afectivo. Como consecuencia de un mejor abordaje de este complejo sistema, hace años denominado «el lenguaje de los órganos», se pueden diseñar tratamientos médicos y psicológicos combinados que puedan ayudar a los pacientes a disminuir su grado de incapacidad y, a su vez, el de sufrimiento percibido.

Prácticamente todas las especialidades médicas se encuentran implicadas en estos mecanismos psicosomáticos y somatopsíquicos; cuando el trastorno emocional precede al somático o cuando la enfermedad médica o somática precede al desajuste emocional, respectivamente. Algunos ejemplos, referidos por especialidades médicas, nos pueden ilustrar: digestología (Enfermedad por reflujo gastroesofágico, Enfermedad por úlcera péptica, colitis ulcerosa, Enfermedad de Crohn, colon irritable…), cardiología (Enfermedad coronaria, arritmias, valvulopatías y trastorno de ansiedad, hipertensión, síncope

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-09 10:44:33.

vasovagal…), neumología (asma, bronquitis crónica, enfisema, síndrome de hiperventilación…), endocrinología (hipertiroidismo, hipotiroidismo, diabetes, hipercortisolismo o síndrome de Cushing, hiperprolactinemia…), dermatología (dermatitis atópica, psoriasis, excoriación psicógena, prurito psicógeno, hiperhidrosis…), reumatología (artritis reumatoidea, lupus eritematoso sistémico, fibromialgia…), traumatología (espondilalgia, especialmente la lumbalgia y el síndrome escápulo-cervical…), neurología (cefaleas por tensión y migraña, mareo psicógeno…), oncología: a saber, la psicooncología estudia la relación entre las variables psicológicas y de comportamiento en el riesgo de padecer un cáncer y las expectativas de supervivencia postcáncer[1].

En resumen, un paciente enfermo puede encontrarse en una de las siguientes situaciones:

1. Presentar una enfermedad física que se alargue en el tiempo, es decir, tienda a la cronicidad, sin consecuencias psicológicas relevantes en apariencia.
2. Tener aparentemente una enfermedad física no confirmada mediante datos objetivos que indiquen daño o lesión orgánica.
3. Existencia de factores psicológicos que influyan sobre la enfermedad física incidiendo en la intensidad de los síntomas o en el tiempo de recuperación.
4. Tendencia de la enfermedad física a hacerse crónica y afectar a la resistencia psicológica de la persona que la padece.

En todos estos casos, la importancia de los factores emocionales y afectivos es clave. Muchos estudios científicos relacionan la aparición de estrés continuado como uno de los elementos más perjudiciales para la aparición de enfermedades y, a su vez, también para la recuperación de enfermedades físicas o psíquicas desencadenadas en momentos previos a la aparición de esta tensión emocional crónica[2]. Estos mecanismos de agresión hacia uno mismo están relacionados con el incremento de neurotransmisores y hormonas implicadas en los sistemas emocionales de la alerta que activados durante periodos de tiempo corto permiten poner en marcha mecanismos de defensa o huída, pero mantenidos durante periodos muy largos de tiempo conducen a generar activaciones excesivas y prolongadas con riesgo de dañar estructuras cerebrales. Acerca de esto se trata más detenidamente en el capítulo dedicado a hablar del estrés.

Además de esas características intrínsecas al sistema emocional de respuesta ante la alerta real o imaginaria, existen importantísimas diferencias individuales entre las personas. Las enfermedades físicas o médicas, y probablemente en mayor grado aquellas que pasan a ser crónicas o las que representan mayor riesgo de complicaciones, son percibidas por los sujetos sensibles –aquellos predispuestos a una mayor respuesta emocional– como más amenazantes. Por tanto, los sistemas de respuesta emocional se activarán con mayor intensidad y acentuarán la vivencia de enfermedad, tanto en relación a los síntomas específicos de la enfermedad física como a los añadidos o solapados por la respuesta emocional excesiva o inapropiada.

Los mecanismos involucrados en este sufrimiento psíquico sobreañadido al físico o médico, a veces también enmascarado a través de síntomas físicos, son intrínsecamente afectivos y tienen su base neurofisiológica y neurobioquímica, pero están intrincadamente relacionados con el pensamiento o esfera cognitiva y con las emociones o esfera sensitiva. El objetivo de este capítulo es intentar ayudar a comprender la vivencia del enfermar en toda su magnitud sensitiva o emocional, afectiva y cognitiva; las influencias del ambiente en esa elaboración y posible resolución de la enfermedad; y la capacidad de adaptación de la persona que sufre una enfermedad de naturaleza crónica.

1. Sadock, BJ; Sadock, VA: Factores psicológicos que inciden en enfermedades médicas y medicina psicosomática. En Sinopsis de Psiquiatría Kaplan-Sadock. Ed. Waverly Hispanica S.A. Barcelona 2004.
2. Valdés, M; Flores, T: «Psicobiología del estrés». Ed. Martínez Roca. Barcelona 1985.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-09 10:44:33.

1. Conductas adaptativas a la enfermedad crónica

La persona que descubre la evidencia de que la enfermedad, sea cual fuere su origen, le va a acompañar toda su vida sufre un impacto emocional y afectivo importante. Las consecuencias tendrán varios caminos de manifestarse, uno de ellos más primario o inconsciente tiene relación con los cambios hormonales descritos por Hans Selye a mediados del siglo XX y al que denominó «síndrome general de adaptación». La descripción de las tres fases que lo constituyen nos ayudará a entender los acontecimientos encadenados que se suceden en estas situaciones: 1) Reacción de alarma. 2) Estadio de resistencia en busca de una adaptación. 3) Estadio de agotamiento: se pierde la adaptación o la resistencia adquirida. El problema aparece cuando se cubren las tres etapas. En cambio, si la etapa segunda conduce a una adaptación correcta, las consecuencias en cuanto a daños y perjuicios en el estado general del individuo son escasas o nulas.

¿Qué condiciones se dan en cada individuo para que este problema de la incertidumbre adaptativa se resuelva de manera conveniente para el propio interesado? Depende de su reactividad natural, como ya hemos dicho, y del estilo de razonar. Lo que en términos psicológicos se denomina estilo atribucional o cognitivo. El modelo de la desesperanza-indefensión de Seligman[3] ayuda a explicar el porqué en situaciones extremas las personas pueden llegar a renunciar a la acción. Años más tarde, el mismo Seligman planteó que las creencias religiosas pueden resultar elementos clave de protección ante cualquier tipo de contingencias debido a la convicción que supone para el individuo la seguridad de control de la desesperanza y la indefensión en cualesquiera condiciones que pudieran darse. El pensamiento de relatividad del dolor y de expectativas esperanzadas de futuro, aunque sea lejano, le inmunizan hacia la puesta en marcha del fenómeno de la indefensión con todas sus consecuencias

También el profesor Hans Selye, citado por Michal[4], años después de enunciar su célebre modelo de estrés («síndrome general de adaptación»), planteó que el altruismo o el interesarse «por algo mayor que nosotros mismos» era un medio eficaz de combatir el estrés. Así mismo, la Dra. Michal apunta en su libro sobre el estrés: «La raíz de la palabra «entusiasmo» es en-theos, que en griego significa «en Dios»…, el entusiasmo es una fuerza que nos llena de alegría, sin dejar espacio para sentimientos y pensamientos negativos, los cuales pueden causar considerable estrés». Esta mujer ha dirigido durante años un programa de abordaje de las situaciones de estrés en la población general basado en doce principios, pero cuyo estudio se aborda en el capítulo correspondiente sobre el estrés.

Determinadas enfermedades sustentadas en lesiones físicas, más o menos específicas, pueden incrementar su intensidad de sufrimiento debido a las actitudes que adopta el enfermo ante ellas. Por citar solamente un ejemplo ilustrativo nos referiremos a la fibromialgia, a la que podemos catalogar como enfermedad emergente por el incremento tan espectacular de su prevalencia y por la tendencia que tienen los médicos a diagnosticarla a pesar de que no se ha descubierto una etiopatogenia clara, ni tampoco existen pruebas exploratorias objetivas y concluyentes. Se trata de un trastorno del aparato locomotor centrado en el tejido muscular, sin aparentes lesiones en su estructura ni tampoco con datos objetivables y específicos en las exploraciones electrofisiológicas. Sin embargo, el grado de sufrimiento e incapacidad de las personas que la padecen, con más frecuencia mujeres, es muy notable. También existen diversos grados o nivel de gravedad en la enfermedad, que se traduce por una mayor sensibilidad al dolor, mayor extensión de los músculos implicados y

3. Seligman, ME: «Indefensión». Ed. Debate. Madrid 1986.
4. Michal, M: «Estrés: signos, fuentes, síntomas, soluciones». Ed. Roche. Basilea 1992.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-09 10:44:33.

una contractura más o menos detectable por el explorador. Aún así, lo que genera la cronicidad más dramática es su asociación a un cuadro depresivo de tipo distímico. La intensidad de los síntomas, tanto el dolor como las contracturas, se acentúan de forma ostensible en los pacientes que sufren la enfermedad muscular y el trastorno afectivo.

En un reciente Tratado de Medicina Psicosomática[5], en el capítulo correspondiente a las «Respuestas psicológicas ante la enfermedad», los autores plantean diversos tipos de respuestas conductuales ante la enfermedad médica. En mi opinión, resulta atractivo y relevante describir los modelos de conductas adaptativas y, en cambio, obviar el de las desadaptativas, porque las primeras son más constructivas y esperanzadas, y ya dejamos claro en las líneas precedentes que la clave de la supervivencia y de la capacidad de superar cualquier tipo de sufrimiento es fomentar la relatividad del dolor, la caducidad del dolor y la apertura a la trascendencia a través de un nuevo sentido de la existencia.

Groves y Muskin[6] consideran respuestas adecuadas y que, además, facilitan la adaptación a las enfermedades graves las siguientes:

1. «Búsqueda de apoyo: afrontar una nueva enfermedad médica o una hospitalización puede resultar sumamente duro, incluso para los individuos mejor adaptados. Los pacientes que tienen la suerte de contar con redes de apoyo social bien establecidas, pueden beneficiarse mucho de la ayuda de amigos y familia. Los pacientes con conflictos relativos a la dependencia suelen presentar más dificultades en este ámbito, y la psicoterapia puede normalizar esta necesidad y ayudar a los pacientes durante este período de distanciamiento de los demás. A muchos pacientes también les puede resultar útil derivarlos a grupos de apoyo formados por pacientes; así pueden aprender a partir de la experiencia de otras personas que han afrontado la misma enfermedad y sentirse menos solos y alejados de los demás…».

La compañía de la familia y de los amigos debe ser respetuosa, amable y versátil. Unas veces el paciente requiere la proximidad física y afectiva y en otras ocasiones solicita distancia y tranquilidad. En todo caso, compartir el dolor y el sufrimiento en el ámbito familiar supone el reconocimiento de la labor ejemplarizante del propio paciente hacia los demás, que, antes o después, también se enfrentarán a situaciones similares. Encontrar el sentido al dolor y al sufrimiento como acto de reparación y crecimiento personal, como modelo de vida que afronta lo inevitable, es el mejor liderazgo que se puede aportar al proyecto familiar, entendido éste como una relación familiar extensa, constituida por la familia y los amigos incondicionales. Una importante contribución a este estilo de vida, que aborda cualquier contingencia relacionada con el dolor físico o psíquico, es la logoterapia o terapia del significado aportada a la psicología del siglo XX por Víctor Frankl[7].

2. «Altruismo: Las conductas altruistas, como ser voluntario para recaudar dinero contra el cáncer de mama o impulsar los trasplantes y reunirse con pacientes preoperatorios para compartir experiencias con ellos, o participar en una maratón para promover ayudas en el tratamiento del SIDA, pueden representar una respuesta enormemente adaptativa ante la enfermedad. Uno de los factores estresantes habituales ante una enfermedad es el impacto que tiene sobre la autoestima de un individuo y sobre su sentido de la productividad. Al ayudar a los demás, los pacientes se sienten útiles y obtienen una gratificación que puede mejorar su estado de ánimo…».

Qué mejor altruismo que aprovechar las limitaciones de la enfermedad para dedicar tiempo e interés por los cercanos, sobre todo por la familia, animándoles a seguir con sus tareas, no condicionándoles ni acaparándoles, mantenien-

5. Levenson, JL: «Tratado de Medicina Psicosomática». Tomo I. Ed. Ars Médica. Barcelona 2006.
6. Groves, MS; Muskin, PR: En «Tratado de Medicina Psicosomática». Tomo I. Ed. Ars Médica. Barcelona 2006.
7. Frankl, VE: «Ante el vacío existencial: Hacia una humanización de la psicoterapia». Ed. Herder. Barcelona 1980.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-09 10:44:33.

do la serenidad y ocupando el tiempo en tareas solidarias cuando la enfermedad lo permita.

3. «Epifanía con respecto a las prioridades en la vida: Aunque nadie afirmaría, en general, que una enfermedad médica es beneficiosa para el individuo afectado, a menudo ayuda a los pacientes a recuperar la perspectiva sobre aquello que es más importante en la vida para ellos. Los problemas normales de la vida cotidiana nunca volverán a parecer tan estresantes, y algunos pacientes que afrontan una enfermedad grave la viven como una epifanía y cambian radicalmente sus vidas para mejor. En la bibliografía abundan los relatos de pacientes acerca de los efectos de la enfermedad como afirmación de sus vidas y las historias de crecimiento personal» (Druss, 1995)[8].

En los momentos más difíciles aparece lo mejor de cada uno porque las cosas adquieren su verdadera dimensión. El trabajo deja de absorber. La vida acelerada pierde su significado. Las prioridades cambian de polaridad. El tiempo se ralentiza y entonces uno se acerca algo más al por qué de la existencia humana: vivimos para trascender el tiempo y el espacio.

4. «Volverse un experto en su propia enfermedad: Especialmente en el caso del paciente obsesivo, aprender todo lo posible acerca de la enfermedad puede resultar adaptativo y proporcionarle al individuo una mayor sensación de control. Aunque la información por sí misma no sea positiva, los pacientes suelen pensar que la realidad es más manejable que sus miedos imaginarios. Sin embargo, esta respuesta ante la enfermedad no atrae a todos los pacientes. Algunos preferirán depositar su confianza en su médico y no saber nada. El psiquiatra que posea un conocimiento del estilo de personalidad del paciente y de sus estilos de afrontamiento característicos, así como los mecanismos de defensa, sabrá si más información y conocimientos podrían reducir el malestar del paciente y aumentar su sensación de control».

Conocer la enfermedad en toda su magnitud es beneficioso si de ello se deriva una buena capacidad de control de los hábitos de vida insanos y perjudiciales para el agravamiento de la enfermedad concreta de que se trate, o potenciar los hábitos saludables que puedan mejorar el pronóstico a largo plazo. No obstante, el riesgo de centrarse en la enfermedad también puede acarrear importantes inconvenientes: el primero estaría en relación a un desarrollo del egocentrismo propio de quien se considera distinto a los demás sanos y, por tanto, merecedor de atenciones y complacencias permanentes; el segundo se centraría más en la vivencia de anticipación en el control de los síntomas de la enfermedad, por parte de determinadas personalidades con tendencia rumiadora y predisposición hipocondríaca, que generaría activaciones del sistema límbico, el centro de la alerta, en forma de síntomas adicionales de ansiedad y su consiguiente correlato de síntomas físicos. Esta vivencia de la patología emocional perturbaría el curso de la enfermedad orgánica primigenia.

2. Conclusión

La enfermedad crónica tiende a generar importantes problemas psicológicos, tanto de la esfera emocional y afectiva, como de la cognitiva.

Todas las intervenciones deben ir encaminadas a evitar que los pensamientos desesperanzados y derrotistas invadan la cotidianidad del paciente. Los tratamientos médicos y psicofarmacológicos indicados para tratar una posible depresión subyacente, además de otras indicaciones como el dolor crónico y otras somatizaciones, son necesarios. Por tanto, el abordaje por varios especialistas de estos problemas puede resultar muy eficaz.

La terapia psicológica y el apoyo familiar deben recorrer un mismo camino: la desaparición

8. Druss, RG: The Psychology of Illness: In Sckness and in Health. Ed. American Psychiatric Press. Washington, DC 1995.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-09 10:44:33.

de tensiones, el reencuentro consigo mismo, la gratificación con objetivos específicos, la búsqueda de lo mejor de uno mismo y el descubrimiento de que para la maduración personal hay que entrenarse en el sufrimiento abandonando preocupaciones inútiles que generan más sufrimiento que el propio dolor físico, como hace montañero que escala las más altas cumbres de la tierra y se desprende de mochilas pesadas en el último tramo, logrando compensar la fatiga con la gratificación de «hacer cumbre».

La dirección espiritual, además de reforzar los objetivos de la psicoterapia –cuando ésta es necesaria–, ayuda a descubrir el sentido del dolor y a aceptar la enfermedad, ejercitándose, por amor a Dios y a los demás, en un amplio abanico de virtudes (fortaleza, esperanza, paciencia, etc).

Bibliografía

Brown, R.L., *Enfermedades crónicas en niños y adolescentes*, Paradox, México 2008.

Consejo Pontificio de la Pastoral para los agentes sanitarios, *Carta de los agentes sanitarios*, Ediciones Palabra, Madrid 1995.

Juan Pablo II, *Exhortación apostólica Savifici Doloris*, 1984.

La Rebotica, *Un enfermo en casa*, Editorial Planeta, Madrid 2005.

Moix, J., *Cara a cara con tu dolor,* Paidós, Madrid 2006.

Otero, V., *Rehabilitación en los enfermos mentales crónicos: evaluación y objetivos*, Aula Magna, Madrid 2004.

Robles, L., *La invisibilidad del cuidado a los enfermos crónicos*, UdeG/Editorial Universitaria, Guadalajara (México) 2007.

Schorn, J., *Cómo enfrentarse al cáncer*, Editorial San Pablo, Madrid, 2005.

Shuman, R., *Vivir con una enfermedad crónica: guía para pacientes, familiares y terapeutas*, Paidós, Madrid 1999.

Fibromialgia y Fatiga crónica: *http://www.coordinadorafmfc.org/index.htm.*

Enfermedades crónicas OMS: *http://www.who.int/topics/es/.*

Ayudas Asociación Americana de Psicología: *http://www.centrodeapoyoapa.org/articulos/articulo.php?id=119.*

Enfermedades reumáticas: http://www.espondilitis.eu/index.html.

Enfermedades renales: *http://www.friat.es/index.htm.*

Diabetes: *http://www.fundaciondiabetes.org/.*

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-09 10:44:33.

40

Atención a enfermos con demencia

Manuel Martín Carrasco

1. Introducción

La enfermedad de Alzheimer es un trastorno de tipo neurodegenerativo, que fue descrito por primera vez en términos científicos por el psiquiatra alemán Alois Alzheimer en 1907, aunque naturalmente existen muchas referencias anteriores a la pérdida intelectual que a veces acompaña al envejecimiento. La enfermedad se caracteriza por la aparición de un síndrome demencial de inicio insidioso y curso progresivo, que concluye con el fallecimiento del paciente aproximadamente a los diez años del diagnóstico. Hay que señalar que la enfermedad de Alzheimer no es la única causa de demencia, pero sí la más frecuente.

En el momento actual entendemos por demencia a un síndrome de afectación cerebral caracterizado por pérdida de memoria y otras alteraciones del funcionamiento cognitivo, que determina una disminución significativa en el rendimiento intelectual del sujeto, afectando a su funcionamiento social y laboral, y que con frecuencia se acompaña de manifestaciones psicopatológicas y trastornos del comportamiento. A partir de 2013, con la publicación del DSM-5[1], el término «Trastorno neurocognitivo mayor» (TNM) está sustituyendo progresivamente a la denominación clásica de «demencia», aunque ésta sigue siendo ampliamente aceptada y continuaremos empleándola en este capítulo.

Estudios realizados en la población mundial indican que entre el 5% y el 15% de los adultos mayores de 65 años padecen la enfermedad de Alzheimer u otras formas de demencia, como demencia vascular o demencia asociada a la enfermedad de Parkinson. De hecho, las demencias constituyen en los países industrializados la tercera enfermedad en costos sociales y económicos después de las enfermedades cardíacas y el cáncer, además de ocupar el cuarto lugar de las principales causas de muerte.

La importancia de las demencias radica en que el factor de riesgo más importante para su aparición es el envejecimiento. De esta manera, a medida que ha ido aumentado la esperanza de vida como fruto de los avances médicos y sociosanitarios, un mayor número de personas han ido desarrollando la enfermedad de Alzheimer y otras formas de demencia. Por otra parte, se trata de enfermedades para las que todavía no existe cura ni estrategia preventiva eficaz. Por lo tanto, se trata de un problema creciente, destinado a constituir un verdadero reto para nues-

1. DSM-5: Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asocociación Psiquiátrica Americana, quinta versión.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-09 10:44:33.

tra sociedad en los próximos decenios, tanto en términos económicos como del sufrimiento humano que causan tanto en los pacientes como en los cuidadores y familiares que los atienden.

2. Los síntomas de la enfermedad

Los síntomas de la demencia pueden agruparse en tres grandes grupos: a) síntomas intelectuales –técnicamente llamados cognitivos o cognoscitivos–; b) síntomas psiquiátricos y trastornos del comportamiento, y c) síntomas funcionales. La enfermedad de Alzheimer, y con ella las formas más frecuentes de demencia, tienen un carácter progresivo, que va desde una fase inicial en la que la persona tiene una apariencia de normalidad, hasta la fase terminal en que pierde hasta las funciones básicas de autoconservación.

Los síntomas de la esfera intelectual son los más prominentes. La capacidad de introspección se ve afectada de una forma precoz. Este hecho hace que el paciente no de la importancia que merecen los síntomas que va presentando, que los minimice, los niegue, o simplemente los ignore. Con mucha frecuencia en la fase inicial el paciente olvida el nombre de personas o cosas. Este es un fenómeno normal, pero en la persona con demencia se hace más persistente e importante, de manera que tiende a hablar con circunloquios para referirse a las palabras que ha olvidado. Más adelante, el paciente comienza a sufrir desorientación: primero temporal, posteriormente espacial y finalmente personal; es decir, en cuanto a uno mismo y otras personas.

La memoria también se ve afectada, siguiendo un curioso fenómeno que hace que los hechos más recientes sean los que más fácilmente se olvidan, mientras que los más antiguos permanecen más tiempo en el recuerdo. El paciente tiende a «rellenar» las lagunas de su memoria con invenciones, falsos recuerdos o hechos del pasado, fenómeno al que se denomina confabulación. Progresivamente también se ven afectados el lenguaje, la capacidad de juicio, las capacidades aritméticas, el pensamiento abstracto, de manera que el paciente termina situándose frente a la realidad sin capacidad para entenderla ni actuar de forma consecuente con las condiciones de su entorno, transformándose en un ser totalmente desvalido.

Un segundo grupo de manifestaciones lo constituyen los trastornos psiquiátricos y del comportamiento. Entre ellos destacan las alteraciones emocionales. Con frecuencia el paciente parece apático e indiferente ante lo que le rodea. Otras veces aparecen síntomas depresivos, que pueden afectar a más de la mitad de los casos. Con frecuencia el paciente puede haber perdido ya la capacidad de manifestar que está triste, por lo que tendremos que adivinarlo a través de síntomas indirectos, como el llanto, las expresiones de contenido depresivo, la pérdida de apetito, o el abandono de actividades anteriormente placenteras. También es frecuente la llamada labilidad emocional, un síntoma caracterizado por la alternancia rápida y aparentemente inexplicable de estados emocionales, oscilando de la risa al llanto. Otro grupo frecuente de síntomas psiquiátricos son los síntomas psicóticos, entre los que destacan los delirios y las alucinaciones. Un delirio es una idea falsa de cuya autenticidad el paciente está totalmente convencido, aunque se le den pruebas fehacientes de lo contrario. En las demencias son frecuentes las ideas de robo; el paciente está convencido de que alguien –por lo general un cuidador– le roba sus pertenencias. Las alucinaciones, habitualmente de tipo visual, consisten en impresiones sensoriales falsas. Es frecuente, por ejemplo, que el paciente vea extraños en su casa, e incluso que se dirija a ellos; de forma análoga, el paciente puede dirigirse a los personajes que aparecen en la televisión como si fueran reales, o hablarle a su propia imagen reflejada en el espejo.

Los trastornos del comportamiento son los que más dificultan la atención al paciente y su inserción social. Consisten en una serie de comportamientos anómalos que suponen una respuesta inadecuada a la situación ambiental y a los estímulos externos. Un ejemplo de los mismos son las conductas desinhibidas, bien

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-09 10:44:33.

en el plano de la alimentación (Ej. Atracones, ingestión de objetos no alimenticios, etc.), de la conducta sexual (Ej. Exhibicionismo, proposiciones inadecuadas, etc.), o de la interacción social (Ej. Interrelaciones inadecuadas, lenguaje grosero, etc.). También puede presentarse todo un repertorio de conductas reiterativas de búsqueda y almacenamiento inadecuado de objetos, que remedan frecuentemente las ocupaciones y preocupaciones que el paciente tenía cuando estaba sano. Finalmente, tampoco son excepcionales comportamientos más disruptivos (Ej. Tendencia a la fuga, deambulación incontrolada, vociferación, agresividad física) que ponen realmente a prueba la capacidad de los cuidadores.

La afectación funcional es consecuencia de las anteriores. Progresivamente, el paciente va perdiendo la capacidad de funcionar de forma autónoma. En primer lugar en la realización de tareas complejas, especialmente aquellas que requieren mayor planificación (Ej. Actividad laboral, finanzas, cocina, etc.), y progresivamente, también las más simples (Ej. Llamar por teléfono, manejo de aparatos domésticos, etc.). En las fases más avanzadas, el paciente pierde incluso las funciones de autocuidado, como lavarse, vestirse, alimentarse, etc., y cae en una dependencia absoluta de los demás.

3. Actuación ante el enfermo con demencia

El primer reto que plantea la actuación ante el enfermo con demencia es comprender que nos encontramos frente a una enfermedad, y que los síntomas que aparecen son causados por la misma, y no obedecen a una actuación normal del paciente. Parece una cuestión elemental, pero la experiencia demuestra que no lo es en absoluto, por una serie de razones. En primer lugar, y como se ha comentado repetidas veces, las demencias más frecuentes son progresivas. Esto quiere decir que en las primeras fases de la enfermedad el paciente todavía conserva la capacidad suficiente como para ser consciente y responsable de algunas de sus actuaciones y comportamiento, pero no de otras. Por otra parte, la enfermedad no supone una ruptura completa, al menos al principio, con la personalidad y las motivaciones fundamentales del paciente a lo largo de su vida. Más bien, la enfermedad actúa en primer lugar distorsionando y presentándonos de forma grotesca las características personales del sujeto afectado. Por lo tanto, cuando el paciente se muestra agresivo, a veces nos ocurre que su cuidador nos dice que, en realidad, el paciente siempre tuvo mal genio. Por último, la negación de la enfermedad del paciente procede a veces de características propias del cuidador, que por una serie de razones – por ejemplo, por incapacidad de asumir el cambio de roles, de ser cuidado a cuidador– no puede aceptar la enfermedad del paciente y sigue tratándole como si esta no existiera.

Las reglas generales de actuación ante el enfermo con demencia siguen de alguna forma las pautas que seguimos ante el cuidado de los niños, solo que a la inversa: con nuestros hijos vamos de una mayor protección a un mayor respeto por la autonomía y capacidad de decisión, y en el caso de las demencias es exactamente al contrario. Este aspecto es muy importante, ya que los problemas en el trato con estos pacientes suelen estar causados por un exceso de protección –lo que afecta a la capacidad funcional; lo que un paciente con demencia deja de hacer, porque se lo dan hecho, ya nunca vuelve a recuperarlo– o por la exigencia de tareas o comportamientos que el paciente ya no está en condiciones de realizar, lo que trae consigo angustia e irritabilidad. Ambos aspectos pueden apreciarse a simple vista observando la relación entre el paciente y sus familiares. Unas veces la familia no deja que ellos hablen con el terapeuta, para subsanar y encubrir sus deficiencias de lenguaje. Otras veces se erigen en intérpretes de sus sentimientos y pensamientos anulando su protagonismo. Por el contrario, en otras ocasiones el familiar apela al terapeuta para que convenza al paciente de lo inadecuado de algún comportamiento, aduciendo que él ya lo ha dejado por imposible. Por supuesto, este equilibrio entre

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-09 10:44:33.

protección y exigencia es de tipo dinámico, y es preciso reajustarlo constantemente ante la evolución del paciente.

Otra faceta de gran importancia es la comunicación con el paciente. El lenguaje debe adaptarse al estado cognitivo del paciente. Progresivamente, deberemos emplear frases más sencillas, con un vocabulario más reducido, y apoyarnos en ejemplos que faciliten la comprensión. Hay que hablar despacio, vocalizando bien las frases, y pensando bien lo que vamos a decir. Deberemos cada vez más evitar las órdenes encadenadas en la misma frase. Hay que aprender a repetirlo todo muchas veces, varias veces al día y todos los días, teniendo en cuenta que para el paciente es siempre la primera vez, y reaccionará con sorpresa cuando le digamos que ya se lo hemos dicho con anterioridad. Además de sencillez y claridad, cuando nos dirigimos a un paciente con demencia nuestro lenguaje debe poseer un tono afectivo positivo, evitando cualquier reproche o muestra de enfado. Deberemos llamar siempre al paciente por su nombre, y repetirlo muchas veces a lo largo de la conversación.

La seguridad del paciente y de su entorno debe ser otro capítulo que merezca una atención especial por parte de los cuidadores. La pérdida de facultades intelectuales y la falta de conciencia de los déficit puede dar lugar a la aparición de una serie de conductas de riesgo ante las que debemos estar vigilantes. En las primeras fases de la enfermedad, estas conductas de riesgo pueden ser de tipo financiero (Ej. Gastos o inversiones inadecuadas; olvido del pago de facturas) o relacionadas con la conducción de vehículos, el manejo de armas de fuego, el descuido en la deambulación – por ejemplo, al cruzar la calle o por el riesgo aumentado de desorientarse y perderse – o el manejo de los electrodomésticos. Conforme la enfermedad avanza, los riesgos más habituales consisten en caídas, atragantamientos con la comida, dejarse los grifos abiertos, o el fuego encendido. En resumen se trata de personas vulnerables, que deben recibir la protección y supervisión adecuadas a su estado.

Estas pautas generales deben concretarse en un plan de actuación con unos objetivos concretos y operativos, que deben actualizarse según la evolución, y que se realice una distribución de tareas y responsabilidades de forma clara y organizada. Es importante que, tras el diagnóstico, se convoque un consejo o reunión de familia en el que se hable con toda claridad, con la máxima información y con toda sinceridad sobre cómo se van a dispensar los cuidados al enfermo, quién va a ser el responsable mayor de los mismos, cómo va a ser el reparto de la carga económica que se va a ocasionar, cómo se van a respetar las voluntades del enfermo respecto a su testamentaría y tutela ejemplar, incluido el testamento biológico o voluntad anticipada de límites de cuidados en la etapa final. Una buena manera de realizar este plan es reflexionar sobre cómo están cubiertas las necesidades del paciente, atiendo al conjunto de las mismas; es decir, necesidades somáticas, emocionales, ocupacionales, sociales y espirituales. Es frecuente que al pensar en necesidades nos limitemos únicamente a las primeras, en detrimento del resto. También es frecuente que interpretemos las necesidades del paciente en función de nuestras propias necesidades o valores; en este sentido, es importante recordar aquello a lo que el paciente ha dado importancia a lo largo de su vida, y actuar en consecuencia. Lo fundamental es que el enfermo tenga satisfechas siempre sus necesidades. Resulta fácil decirlo pero es difícil concretarlo a medida que la enfermedad progresa. Una buena regla es adecuar los cuidados a la rutina que el paciente seguía antes del diagnóstico y evitarle situaciones que le pongan a prueba. Por ejemplo, algunos enfermos empeoran al caer el día, mostrándose entonces más confundidos, inquietos o irritables. Por lo tanto, deberemos facilitar las relaciones sociales fuera de este periodo del día.

En cuanto a las necesidades somáticas, hay que cuidar la higiene, la alimentación, el vestido, el ejercicio físico y el sueño del paciente, así como otros cuidados de salud específicos que precise (Ej. Medicación, controles de salud, etc.). Por lo que respecta a las necesidades emo-

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-09 10:44:33.

cionales, hay que procurar que el enfermo esté contento, y no contrariarle. Deben fomentarse las manifestaciones de cariño, incluyendo el contacto físico (Ej. Besos, abrazos, etc.). El enfermo ha de sentirse querido y conservar su propia intimidad y privacidad, sintiéndose siempre cómodo y confortable. Un aspecto muy importante del bienestar es la ocupación. Es importante planificar actividades placenteras, que la espontaneidad del paciente nos revelará fácilmente. También es fundamental el contacto social. Una de las consecuencias más nefastas de las demencias es el aislamiento del paciente. A ello puede contribuir en ocasiones los sentimientos de vergüenza del cuidador. Hay que procurar que mantenga sus relaciones sociales y encuentros con los amigos y familiares. Los pacientes con demencia disfrutan especialmente del contacto con los niños y otros animales de compañía. Si el paciente es una persona religiosa, hay que facilitarle el mantenimiento de sus prácticas de piedad, llevándole a misa y rezando con él. Si tiene aficiones, hay que procurar que siga con tales actividades. El plan de cuidados de estos enfermos varía de cuidador a cuidador y de situación a situación. El sentido común y la experiencia que proviene de la convivencia son la mejor guía a la hora de programar los cuidados.

Una característica básica de la actuación ante el paciente con demencia es el ajuste a la realidad. Tan perjudicial es la sobreprotección, como pretender que haga lo que no puede. Hay siete aspectos básicos que se han de tener en cuenta en el plan de cuidados de estos enfermos: el ambiente físico, la capacidad funcional, la relación social, la comunicación, el mundo de los sentidos, la expresión de emociones, y la espiritualidad.

a) *Ambiente seguro y asegurador.*

Todo enfermo con Alzheimer comienza antes o después a sentir confusión y mostrarse aprensivo respecto a la decoración, muebles y disposición de las habitaciones de su hogar que durante tantos años le fueron tan familiares formando parte de su propia existencia. Tales sensaciones y percepciones de extrañeza ante «lo de siempre» no pocas veces les causa miedo o consternación y les provoca reacciones de agitación e incluso de agresión quizá como una respuesta de autoprotección. Los cuidadores han de procurar eliminar en lo posible esta despersonalización dentro del propio hogar debida a que el enfermo va percibiendo mal los contrastes, las distancias, los colores y aún su posición en el espacio hogareño y va perdiendo el reconocimiento de rostros, voces, lugares y la noción del tiempo. Una buena medida en tales situaciones es redecorar las habitaciones con cuadros y fotografías de épocas pasadas, del tiempo de los padres y de los años de la etapa de adulto joven del enfermo, eliminar sombras, cuidar más la iluminación, allanar los suelos, retirar muebles que hagan difícil el paso, evitar ruidos o músicas estrepitosas y otras medidas, muchas de las cuales pueden deducirse con sentido común y observación del paciente.

b) *Mantener la funcionalidad*

Para mantener la capacidad funcional hay que huir de lo nuevo, ceñirse al presente y a los hábitos de siempre. La base de los cuidados para mantener al enfermo autónomo y capaz de realizar las actividades de la vida diaria el mayor tiempo posible es no tratar de imponerle nuevos hábitos, costumbres o compromisos. La regla de oro es no salirse de la rutina que el paciente realizaba los años anteriores a la enfermedad. Mantener su horario de siempre para levantarse de la cama y para acostarse. Facilitarle el aseo dándole los instrumentos para que los utilice. Colocarle debidamente y a la vista la ropa para que él solo se vista. En las comidas, simplificar el manejo de utensilios; si tiene que elegir entre varias cosas, se le dificulta el manejo innecesariamente. No es bueno que se pasen horas sin hacer nada; debe proporcionársele tareas sencillas y gratificantes. Tampoco es conveniente que pase excesivo tiempo en la cama. El enfermo agradece siempre y mucho que se le haga ver que ha realizado algo provechoso acertada y atinadamente.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-09 10:44:33.

c) *El enfermo de Alzheimer mantiene su sociabilidad*

Los pacientes disfrutan estando con sus amigos de toda la vida y con sus familiares. Por tanto hay que fomentar estos contactos pero es muy prudente advertir a los demás de que la enfermedad está presente y que el enfermo tiene problemas de memoria, lenguaje y de regulación de sus afectos. Las visitas de los amigos han de ser de una en una. Pasar revista a los años mozos, recordar tiempos de infancia y juventud, escuchar música de aquellos tiempos, ver películas de entonces, destacar los logros en la vida pasada, hablar del deporte favorito o de los líderes políticos de antaño que él admiraba es fomentar la sociabilidad, estimular la memoria histórica y mantener activa la mente.

d) *La importancia de cuidar el lenguaje*

Al enfermo hay que hablarle mucho y siempre con un tono de voz, unos gestos y una expresión en la cara que faciliten respuestas por su parte y consigan despertar emociones positivas. Con pocas palabras, sin frases largas, dejando pausas para que el paciente hable. A veces es mejor comentar una fotografía que mantener una verdadera conversación. El objetivo aquí es mantener la vivencia de valor personal del paciente y pasar completamente por encima de los errores que pueda cometer, sin tratar de corregirlos. Conforme la enfermedad evoluciona, el lenguaje verbal va perdiendo importancia y otras formas de comunicación y expresión, como los gestos o las caricias, van ganando importancia.

e) *Enriquecer la estimulación cerebral a través de los órganos de los sentidos*

La demencia puede dificultar la percepción sensorial de tal manera que el enfermo puede tener dificultades para decir lo que está viendo, oyendo, oliendo, gustando o tocando. Sin embargo, todas estas sensaciones llegan a su cerebro despertando respuestas variadas de placer o disgusto. Existen diversas teorías acerca del componente terapéutico de los sonidos (musicoterapia), los olores (aromaterapia) y las luces (luminoterapia).

f) *Los enfermos conservan mucho tiempo su capacidad de sentir y expresar emociones*

Con frecuencia la expresión anómala de las emociones, ante la incapacidad de emplear el lenguaje, se deriva hacia los trastornos del comportamiento. Por lo tanto, el cuidador puede influenciar indirectamente la conducta del enfermo adoptando la debida actitud. Hay cuidadores que de forma natural enfocan el problema de la forma adecuada, pero con frecuencia es necesario que los cuidadores aprendan, practiquen, se llenen de paciencia y cuenten con el apoyo debido ante las reacciones de los enfermos.

Los componentes básicos de esta actitud consisten en: a) Dejar que el paciente se manifieste, intentando captar el motivo que le lleva a un determinado comportamiento; b) Intentar empatizar con la vivencia emocional del paciente, por inadecuada que ésta pueda ser; c) No discutir nunca ni intentar convencer al paciente de lo inadecuado de su actuación; d) Derivarle hacia otra actividad placentera tan pronto como sea posible, sin negar la posibilidad de que más adelante pueda realizar su propósito, por absurdo que éste pueda ser, y e) Mantener en todo momento un tono emocional y de lenguaje adecuado, cálido y afectuoso.

g) *Mantener la vida espiritual*

Si consideramos el ser humano en su integridad somática, psicológica, social y espiritual, es evidente que no podemos prescindir de esta última a la hora de luchar contra la devastación producida por la enfermedad de Alzheimer. Por otra parte, uno de los hallazgos que sorprenden al cuidador del paciente con demencia es el prolongado mantenimiento de la religiosidad del paciente, incluso en fases avanzadas de la enfermedad. Este fenómeno puede estar relacionado

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-09 10:44:33.

con el hecho ya mencionado de que las cosas que primero se aprenden son las últimas que se olvidan. El paciente recuerda las oraciones, los cantos religiosos, y la manera adecuada de comportarse en la Misa o de realizar gestos simbólicos de contenido religioso (Ej. Persignarse, etc.), ya que la memoria de procedimientos se mantiene más tiempo que la memoria verbal. Por lo tanto, es fácil mantener en el paciente los hábitos de práctica religiosa, si los ha tenido. Estas prácticas inducen con frecuencia un estado afectivo positivo, ayudan a mantener la socialización del paciente, y pueden emplearse incluso para mantener la tranquilidad del paciente en caso de presentación de trastornos del comportamiento. Aunque la vivencia religiosa y las emociones ligadas a la misma se mantienen mucho tiempo, la capacidad de interpretación cognitiva referida al hecho religioso lógicamente se ve afectada de forma precoz, y no deben plantearse al paciente cuestiones que excedan su capacidad de comprensión. En este sentido, hay que aplicar la norma de simplificación y repetición de la costumbre que ya hemos comentado.

4. Actuación con el cuidador del paciente con demencia

Es fácil deducir de lo que llevamos dicho hasta ahora que el bienestar del paciente con demencia está íntimamente ligado al de su cuidador. Gran parte de las actuaciones que puede realizar el terapeuta para mejorar la situación del enfermo pasan por el cuidador. Este hecho ha llevado a diversos autores a plantear que la atención al paciente con demencia debe plantearse en realidad como una atención al binomio paciente-cuidador.

Una de las características de la relación humana es que a partir de un determinado grado de intimidad se acompaña de la obligación de prestar cuidados extraordinarios para satisfacer las necesidades del otro en caso de enfermedad o discapacidad. Esta obligación puede cumplirse de forma amorosa o no, pero existe en cualquier caso, e impulsa al cuidador a hacerse cargo de la situación. Los cuidadores dedican años de su vida a brindar afecto y cuidados a su enfermo, que con el avance de la enfermedad será incapaz de devolver esta dedicación e incluso de agradecerla. Además de esta dedicación, que el cuidador detrae con frecuencia de su vida personal, la contemplación de la decrepitud de la persona afectada y la pérdida de la relación que se mantenía con ella pueden resultar muy dolorosas. No obstante, la relación de cuidados tiene un carácter dinámico, y en general la mayoría de las personas sienten satisfacción al prestarla porque lo consideran un deber hacia el otro.

Por todo ello, es perfectamente comprensible que la labor del cuidador no esté exenta de repercusiones para su salud y bienestar. Diversos autores han estudiado esta problemática y han puesto de manifiesto la sobrecarga física y emocional que presenta los cuidadores familiares, pudiendo manifestarse en algunos lo que se denomina «síndrome del cuidador». La compleja tarea de cuidar a un paciente con enfermedad de Alzheimer u otro tipo de demencia repercute en diversos aspectos del bienestar del cuidador, como su salud física como mental, su funcionamiento social y laboral, y sus finanzas. Existen numerosos estudios que avalan la repercusión de la sobrecarga sobre la salud física del cuidador. Entre las consecuencias informadas se encuentra el deterioro del sistema inmune, el aumento de la presión arterial y otros indicadores de salud cardiovascular, la alteración del nivel de lípidos, la disminución del cuidado personal – falta de ejercicio y sueño, consumo de alcohol y de tabaco, peores hábitos de alimentación – y numerosos síntomas somáticos relacionados con el estrés (Ej. Cefalea, dolores musculares, cansancio, fatiga, etc.). Estos síntomas ocasionan un mayor número de visitas al médico y de utilización de servicios médicos y de medicamentos. Puede producirse con frecuencia un empeoramiento de enfermedades crónicas. El estrés asociado con la prestación de cuidados puede ser un factor independiente de mortalidad.

También se han estudiado extensamente las consecuencias psíquicas de la sobrecarga. Nu-

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-09 10:44:33.

merosos estudios han demostrado el aumento de los síntomas y trastornos psiquiátricos entre los cuidadores de pacientes con demencia, comparados tanto con el resto de la población como con cuidadores de pacientes con patología somática. Los síntomas más frecuentes son los de tipo depresivo y ansioso, junto con los trastornos del sueño. Se ha observado también un aumento del consumo de psicofármacos entre los cuidadores, especialmente de fármacos ansiolíticos e hipnóticos. Este tipo de sintomatología suele afectar más a los cuidadores de sexo femenino que a los varones.

En cuanto al aspecto social, el cuidado del paciente con demencia condiciona el aislamiento social del cuidador. Con frecuencia se produce un abandono de las aficiones, tiempo dedicado a las amistades, vacaciones, e incluso una reducción o limitación de tiempo dedicado al trabajo, lo que ocurre con mayor frecuencia entre los cuidadores mujeres. Los cuidadores refieren con frecuencia que la falta de tiempo dedicado a uno mismo es uno de los factores que más influyen en la sobrecarga. Por otra parte, no es infrecuente de los conflictos suscitados en torno a la organización de los cuidados o a las distintas decisiones que deben tomarse –por ejemplo, acerca de la contratación de cuidadores profesionales o del ingreso en una residencia– suponga un factor adicional de distanciamiento de otros familiares, lo que redunda en el aislamiento del cuidador principal.

Una observación clínica frecuente en la atención psiquiátrica a las demencias consiste en que dos cuidadores que atienden a pacientes con un estatus cognitivo, funcional y psicopatológico semejante pueden presentar niveles de sobrecarga muy diferentes. Parece evidente, por lo tanto, que la vivencia del cuidador acerca del proceso de cuidados y de la persona cuidada pueden ser factores muy importantes en el origen de la sobrecarga, por encima incluso de las características objetivas de la enfermedad y de la intensidad de los cuidados que realmente se prestan. Por ejemplo, la percepción del cuidador de los problemas actuales, la cantidad y satisfacción con los recursos sociales y otras medidas de apoyo, las capacidades de afrontamiento, y los sentimientos de eficacia, predicen la presencia de depresión en el cuidador y la vivencia de sobrecarga. De forma similar, el funcionamiento familiar y la situación de las relaciones familiares contribuyen a explicar la sobrecarga del cuidador. La percepción del cuidador de su relación con el paciente anterior a la aparición de la demencia influye en la sobrecarga. Por ejemplo, la presencia de antecedentes de escasa intimidad marital, problemas interpersonales de larga evolución no resueltos, o de relaciones distantes se asocian a un incremento de la sobrecarga. La relación previa también influye en la manera en que el cuidador se enfrenta a los trastornos del comportamiento. Este aspecto tiene mucha relevancia, ya que como hemos comentado, la presencia de trastornos psiquiátricos y del comportamiento constituye el factor de riesgo más importante de la sobrecarga. En este sentido, parece que la existencia de una mala relación previa hace que el cuidador tolere peor y por lo tanto afronte peor la presencia de alteraciones del comportamiento, contribuyendo al agravamiento de estas –especialmente de los comportamientos agresivos– y reforzando así la propia sobrecarga, lo que finalmente conduce a decisiones prematuras de ingreso del paciente en centros residenciales. La mayoría de los cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer son mujeres de edad media, unidas por un lazo familiar directo –son hijas o esposas– con el paciente. Los cuidadores varones son predominantemente los esposos de las pacientes, y en consecuencia suelen tener una edad más avanzada que los cuidadores femeninos. En las sociedades occidentales, una serie de factores están afectando a la capacidad de las familias de atender a los pacientes con demencia; entre ellos podemos citar la reducción del número de personas en la familia, la crisis de la institución familiar, y la incorporación de la mujer al trabajo.

Hay que destacar que la naturaleza bidireccional de la relación de cuidados hace que la sobrecarga del cuidador tenga a su vez una repercusión muy importante sobre la situación del propio paciente. Diversos trabajos han de-

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-09 10:44:33.

mostrado que los cuidadores con altos niveles de sobrecarga tienden a ingresar en centros residenciales a los pacientes a su cargo con más frecuencia que los cuidadores menos afectados. A su vez, los pacientes con cuidadores menos sobrecargados tienden a presentar menor frecuencia de sintomatología de tipo psiquiátrico, como delirios, depresión y alteraciones del comportamiento.

La sobrecarga del cuidador a veces es tan intensa que determina el ingreso del paciente en una institución residencial. Con frecuencia esta decisión acarrea fuertes sentimientos de culpa en el cuidador. Esta culpa puede transformarse en rabia hacia el paciente y hacia la institución de acogida. Es importante tener en cuenta el estado afectivo de los familiares de pacientes con demencia ingresados; con frecuencia la sobrecarga no desaparece con el ingreso, sino que aumenta, y se acompaña de una vivencia de fracaso personal y de impotencia. Evidentemente, la actitud del terapeuta debe ser neutral y acogedora, sin emitir ningún tipo de juicio hacia la decisión de ingreso, valorando especialmente toda la labor de cuidados que se ha realizado hasta ese momento, y animando a la familia a seguir cuidando al paciente, aunque de una manera distinta. Ahora que se ha visto liberado de la parte más mecánica y pesada de los cuidados, puede concentrarse en la parte afectiva e emocional, una parte que le pertenece, y que difícilmente puede sustituirse durante el ingreso.

Ya hemos comentado que pese a las consecuencias negativas de cuidar a una persona con demencia, la mayoría de los cuidadores experimentan una gran satisfacción al hacerlo. Lo demuestran las cifras que indican que la mayoría de las personas con demencia son atendidas en su domicilio. La tarea de cuidar a las personas que queremos, especialmente si son nuestros padres, tiene un sentido claro de gratitud, de devolución de lo recibido, que entronca con los aspectos más nobles del ser humano. Por otra parte, si el cuidador es creyente, puede encontrar un sentido adicional a la labor de cuidar, que le enriquezca aún más. No existe ser humano más indefenso que una persona anciana aquejada de demencia en una fase avanzada. Ni siquiera un recién nacido; la naturaleza humana hace que muchas personas experimenten una ternura tal hacia un bebé, que si no se dan circunstancias especiales, es muy fácil que encuentre quién le cuide y se haga cargo de él. Con el anciano con demencia, igualmente desvalido, ocurre exactamente al contrario. El paciente con demencia lo necesita todo, y no puede ofrecer «nada», ni siquiera la esperanza que ofrece el niño. Lo necesita todo, y está a las puertas de la muerte. Sin embargo, para el creyente, la persona con demencia ofrece un camino de sentido de la debilidad humana: cuidándole a él, en realidad nos cuidamos a nosotros, que llevamos la misma semilla de fragilidad e indefensión.

5. Reflexión final

La enfermedad de Alzheimer es una de las más terribles que puede afectar al ser humano, ya que le priva de algunas de las funciones y capacidades más específicas del hombre: la conciencia personal, la memoria, el lenguaje, y finalmente, la vida afectiva. Cuidar al enfermo afectado de demencia es una tarea con frecuencia dura, pero tremendamente gratificante, que nos hace sacar lo mejor de nosotros mismos. Si somos capaces de encontrar toda la dignidad del ser humano en la persona con demencia, y le tratamos con el cariño y respeto con se merece, en su debilidad el paciente nos estará dando el bien más inapreciable; hará que crezcamos en amor y en caridad.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-09 10:44:33.

Bibliografía

Barredo, P.A.. Diario de un Cuidador. Plataforma Editorial, Barcelona 2013

Ezquerra Iribarren, J.A., La sobrecarga del cuidador. En: Psiquiatría Geriátrica, 2.ª ed. Eds.: Agüera Ortiz, L.F.; Cervilla Ballesteros, J.; Martín Carrasco, M. Masson, Barcelona 2006.

Cervilla Ballesteros, J.A., La demencia, ¿un proceso involutivo hacia la deshumanización? En: Psiquiatría Humanística. Director: Seva Díaz, A. INO Reproducciones, Zaragoza 2006.

García-Alberca, J.M., Enfermedad de Alzheimer. Terapias no farmacológicas de los síntomas psicológicos y conductuales. IANEC Editorial, Málaga 2015.

Martín Carrasco, M., Comprender la Enfermedad de Alzheimer. Editorial Amat, Barcelona 2012.

Martín Carrasco, M., Enfermedad de Alzheimer. En: Psiquiatría Geriátrica, 2.ª ed. Eds.: Agüera Ortiz, L.F.; Cervilla Ballesteros, J.; Martin Carrasco, M. Masson, Barcelona 2006.

Simón, P., Memorias del Alzheimer. Doce vidas marcadas por la enfermedad, explicadas por primera vez. Editorial Esfera de los Libros, Madrid 2012.

http://www.ceafa.es/

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-09 10:44:33.

41

Mujer y psicopatología

Celia Canedo Magariños

El hecho de dedicar un capítulo especial a la mujer requiere su explicación. El ser humano –varón y mujer– puede enfermar psíquicamente. Se originan patologías que afectan a los dos sexos. Los síntomas –la psicopatología –no difieren entre sexos, excepción hecha de algunas alteraciones de la sexualidad, como cabe suponer. Sin embargo, hay unos trastornos que se dan sólo en la mujer por guardar clara relación con su función reproductiva (síndrome premenstrual, depresión postparto, psicosis puerperal), y hay otros trastornos que se dan en la mujer en una proporción claramente diferente al varón. Más elevada, como es el caso de los trastornos de la conducta alimentaria, por citar un ejemplo, o disminuida, como ciertas toxicomanías. Pero siendo así los hechos, no se justificaría un apartado especial.

1. ¿Por qué una diferenciación respecto al varón?

La característica más diferencial entre mujer y varón es la capacidad exclusiva de la mujer para albergar y alimentar al ser humano desde su concepción hasta el momento en el que es viable de modo autónomo: la maternidad. Esta capacidad tiene unas limitaciones en el tiempo. Hablando de modo general, se inicia pocos meses después de la primera menstruación (menarquia), va declinando a finales de la década de los 30 y se concluye definitivamente con el último ciclo (menopausia). Para conseguir dar a luz a un ser humano, el organismo femenino presenta unas características anatómicas y un sistema hormonal diferentes del varón. Estos hechos marcan de modo especial la vida de la mujer una vez que adquiere la madurez reproductiva. Así, motivado por el complicado juego hormonal del eje hipotálamo-hipófisis-ovario (cerebro, órgano reproductor), se pone en marcha el ciclo menstrual, durante el cual se da un breve período de fertilidad y se prepara el nido para la recepción del embrión, o se renueva la capa interna uterina. Estos hechos se producen habitualmente cada mes. En el caso de producirse un embarazo, ovario y cerebro ponen en marcha otro ensamblaje hormonal, que dará lugar a los cambios físicos adecuados en la mujer para conseguir la crianza intracorpórea del ser humano. Tras el parto, el amamantamiento –vía natural de alimentación– hace que los niveles de ciertas hormonas adquieran cifras características y mantengan diferencias con respecto a mujeres no embarazadas, pudiendo presentar o no la menstruación. Alimentos, bebidas, medicamentos o sustancias tóxicas pueden pasar al bebé a través de la leche materna. Además, la lactancia materna produce una relación in-

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-09 10:44:33.

terpersonal estrechísima y única entre madre e hijo, que es imposible entre padre e hijo.

Como se ha señalado, la vida reproductiva de la mujer termina a edad relativamente temprana en comparación con la esperanza de vida que tiene. En torno a los 45 años, la mayoría de mujeres pierden la fertilidad, pero se espera que vivan más de 80 años. La pérdida de la capacidad reproductiva se va dando paulatinamente a lo largo de meses y años. Se trata de un período de cambio, de pérdida de función, de adquisición de mayores riesgos para padecer otras alteraciones como las enfermedades cardiovasculares. Con la significación añadida de que el cónyuge sigue manteniendo su capacidad reproductiva durante muchos años más.

Pese a que lo arriba mencionado es de relevancia capital, no se limita a ello la necesidad de diferenciar entre psicopatología masculina y femenina. Estudios científicos nos dicen que junto con –y consecuencia de ello– la diferenciación de los cromosomas sexuales (XX para la mujer, XY para el varón), de los órganos genitales y reproductivos, varón y mujer también difieren en estructura y funcionamiento cerebral. La presencia o ausencia de testosterona entre las semanas octava y vigésima de la gestación condiciona la respuesta masculina o femenina del hipotálamo. A partir de aquí, se produce una cascada de acontecimientos que obligan a hablar de una psicología masculina y otra femenina, no sólo explicable por lo ambiental. Así, los cromosomas –en última instancia– diferencian órganos, los órganos generan hormonas, las hormonas actúan en centros cerebrales y el cerebro tiene un papel clave en el mundo psíquico.

Las nuevas tecnologías permiten observar cómo la actividad cerebral, para llevar a cabo determinadas tareas, varía según el sexo. La mujer tiene un pensamiento más analítico y secuencial, es más intuitiva, alcanza más rápidamente las habilidades lingüísticas; su agresividad, por el contrario, alcanza niveles inferiores a la de los varones, tiene una menor destreza motora general (no para movimientos finos, en los que sale ganando) y menor capacidad en captación espacial.

Varón y mujer tienen modos de percibir, modos de pensar, modos de afrontar acontecimientos o tareas diferentes. Existe un psicología femenina y una psicología masculina. Esta se pone también de manifiesto en el funcionamiento social. Las mujeres se caracterizan por un mayor índice de cooperación y participación: les gusta mantener y crear vínculos y relaciones sociales; son más abiertas, suelen tener una mayor empatía e interdependencia. De hecho, predomina su presencia en las tareas de ayuda social, con tendencia a prestar apoyo y a unirse. El varón, en este sentido, es más asertivo, se siente más seguro y tiende al intercambio social buscando soluciones, mientras que la mujer lo hace dando apoyo y explorando información. Pero varón y mujer se complementan.

Es necesario precisar que no sólo la biología y la psicología actúan en la diferenciación sexual, papel preponderante tienen los aspectos sociales y educativos, pero resulta complicado diseccionar unos de otros y concluir qué es lo primario y qué lo secundario.

2. ¿Existe psicopatología diferencial según el sexo?

Se puede decir que no hay síntomas psíquicos o psicopatología específica de la mujer o del varón, aunque, por el contrario, se puede afirmar que la agrupación de unos síntomas originando un síndrome o enfermedad se pueden encontrar con una frecuencia diferencialmente significativa entre los dos sexos.

Revisando bibliografía sobre el tema, se puede ver que las alteraciones del estado de ánimo son dos veces más frecuentes en mujeres. Y según el tipo de depresión, incluso más elevada la proporción. En cuanto a los trastornos de ansiedad, se refieren hasta el doble de casos en mujeres, pero es preciso señalar que ya muchos estudios hablan de sesgos que hacen poco fiables algunos datos. Se ha comprobado que no pocos médicos, ante determinado síntomas, si se dan en una mujer, los achacan a ansiedad, en cambio en un hombre los refieren más fá-

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-09 10:44:33.

cilmente a problemas orgánicos. Los trastornos psiquiátricos graves como esquizofrenia, trastorno bipolar, suelen darse por igual en ambos sexos. Los trastornos de la conducta alimentaria son más frecuentes en la mujer (proporciones de hasta 9 a 1), como también los son los trastornos de somatización y de dolor somatomorfo. Sin embargo las toxicomanías están estudiadas fundamentalmente en los varones. Se ha visto un aumento de estas patologías en las mujeres en los últimos años, pero la mayoría de casos son hombres. En cuanto a los trastornos de la personalidad, afectan de modo claramente dispar a uno y otro sexo. En el varón predominan el trastorno de la personalidad antisocial, narcisista y paranoide, condicionados en buena parte por factores socioculturales, alcohol y otras adicciones. Y en la mujer son más frecuentes los trastornos de la personalidad por dependencia, histriónico o límite –caracterizado, este último, por la impulsividad, la variabilidad anímica y la influenciabilidad. Sin duda, también aquí la influencia sociocultural juega un papel importante.

En nuestro entorno, el hombre se suicida con más frecuencia que la mujer. La muerte por autolisis en el varón puede alcanzar cifras cuatro veces más altas que en la mujer, sin embargo, en éstas los intentos pueden incluso multiplicarse por diez con respecto a los varones.

El trastorno de hiperactividad con déficit de atención (TDAH) es una enfermedad de moda y emergente, quizá porque se la conoce mejor y porque se trata con mayor conocimiento clínico y eficacia. Los pacientes presentan desatención, hiperactividad e impulsividad que dan lugar a fracaso escolar, conductas desadaptadas o adictivas, dificultades en la vida familiar o de relación, etc. Pues bien, el TDAH se presenta con dos modelos según el sexo de los pacientes. En los varones la enfermedad se da con hiperactividad e impulsividad preferentemente, mientras que en las niñas o mujeres predomina la presentación de falta de atención y pasividad pasando desapercibida con frecuencia. Sin duda que junto a ciertos componentes genéticos y metabólicos existen importantes condicionantes sociales, educacionales y culturales[1].

De todos modos, dado el cambio tan importante que se ha producido en la vida y el papel de la mujer en los últimos años, se requieren nuevos y mejores estudios epidemiológicos para conocer la realidad sobre incidencia y prevalencia de trastornos mentales según el sexo. Da la impresión de que se está originando un acercamiento de las cifras de unas y otros. Por ejemplo, hay estudios que no observan diferencias significativas en el número de urgencias psiquiátricas ni en el de interconsultas hospitalarias.

3. Vulnerabilidad de la mujer

Históricamente se hablaba de la mujer como el «sexo débil». Cuando el modo de adquirir poder y de hacerse valer venía dado por la fuerza física, sin duda alguna el varón era el que salía ganando y por ello la mujer era un ser a quien proteger y cuidar. Pero esta situación ha cambiado en los últimos 60 años. Y la incorporación de la mujer al mundo laboral es ya una realidad en todas las sociedades modernas.

En la sociedad de nuestro tiempo existen factores perjudiciales para el desarrollo de una buena salud mental en la mujer. Estamos viviendo una época de reorganización en la vida laboral y familiar tanto del varón como de la mujer. Pero es ésta la que tiene que poner el esfuerzo –porque es la que busca una conquista personal– y a la vez, animar al varón a descubrir otros aspectos en el quehacer humano –que no parecen interesarle ni estimularle-. En la pugna para que la mujer realice todos las actividades profesionales del varón y mantener su estatus de maternidad, ha de luchar también para que éste dedique parte de su tiempo al trabajo del hogar y a la atención de la familia.. De esta manera, habida cuenta de todos los déficits sociales que

1. Cfr. capítulo 20.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-09 10:44:33.

hay en este sentido, la mujer se encuentra sobrecargada y se hace vulnerable a la aparición de alteraciones psíquicas.

Muchas mujeres trabajan fuera del hogar las mismas horas que sus maridos, pero son madres –que viene a traducirse por una mayor necesidad de tiempo que los padres: pasan nueve meses de embarazo (molestias, consultas, tratamientos,…); un ingreso hospitalario, el puerperio, la lactancia– Por ello, si quieren mantener su estatus laboral tienen que hacer un esfuerzo extra o prescindir de actividades propias de sus quehaceres (acompañamiento, educación de hijos; formación profesional). Y estamos hablando de situaciones ideales, sin problemas de relevancia, en las que todo fluye según lo deseado. Pero siempre se pueden presentar motivos de descompensación de la débil situación de equilibrio. Por ejemplo, enfermedad de un miembro de la familia, o la ruptura del contrato laboral de una persona que ayudaba en la casa, o la necesidad de un dinero extra o la atención de los abuelos que se van haciendo mayores

El haber perdido la categoría profesional de ama de casa significa mucho más de lo que podemos pensar inicialmente. El ama de casa no sólo tenía el hogar limpio y agradable para el que regresaba del trabajo fuera, la ropa en perfecto estado y la comida preparada, también se encargaba de otras necesidades… Pero sobre todo estaba ahí para cuidar al necesitado: el niño que caía enfermo, el abuelo al que había que acompañar al médico, o de compras o al banco, etc. Sin ama de casa, aceptar a una persona enferma o con alguna limitación en la familia es tarea ardua y difícil. A las mujeres que se encuentran en situaciones realmente difíciles, la presión ideológica en favor de la eutanasia de los ancianos incapacitados o del aborto de hijos enfermos les presenta como solución lo que es una injusticia muy grave.

Lo dicho no significa que sea la mujer quien necesariamente tenga que asumir esta carga. Por supuesto que no. Pero en esta reorganización es la que más sufre. Sobre todo porque por naturaleza es cuidadora nata: ha llevado a sus hijos en su seno y los ha alimentado con su propio cuerpo. Es fácil comprender que psíquicamente le suponga un mayor esfuerzo prescindir del papel de cuidadora. Cuando alguien atiende a un ser humano tiene que poner esfuerzo y prescindir de gustos personales, pero es indudable que recibe sus compensaciones.

Lo más saludable para la mujer es saberse conocedora de que hay pros y contras en uno y otro sentido, que no puede abarcar todo y que debe hacer elecciones. Debe tener claro lo que quiere y por qué lo quiere. El marido, los hijos, el trabajo, la institución, todo puede fallar o parecer que falla, pero en su fuero interno hay una respuesta que evita muchos problemas. Es preciso ceder competencias, aprender a delegar. Es frecuente la idea de que «acabo antes y lo hago mejor si lo hago yo», idea errónea en educación y formación. Por supuesto que es conveniente una especialización de tareas (la mujer es la especialista por naturaleza para criar a los hijos) porque facilita en todos los sentidos, pero no hay que olvidar la idea de que para que quepa algo más, hay que prescindir de algo que se tiene.

Uno de los talones de Aquiles de las mujeres es la preocupación por la apariencia física. El varón se fija preponderantemente en ésta y de ahí la importancia para el sexo femenino. Interesan la belleza, la constitución (especialmente huir de la obesidad), los signos de envejecimiento (arrugas, consistencia,…). En la actualidad se dispone de numerosos medios que hacen más fácil y asequible conseguir una buena apariencia física. De importancia relevante en este sentido es la alimentación y el ejercicio físico. No hay que obsesionarse con esto: cada cosa en su lugar. Dieta adecuada sí, pero sin llegar a ponerla en el centro vital: comer bien y disfrutar de lo que se come. Saber que las alteraciones psíquicas generalmente afectan al apetito (o lo aumentan o lo disminuyen) y pueden originar obesidad o una fea delgadez. El ejercicio físico, los masajes, facilitan el bienestar, el buen aspecto físico y disminuyen las molestias osteotendinosas, tan frecuentes a partir de la menopausia.

La persona que asume con naturalidad el envejecimiento y sus signos se libra de disgustos,

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-09 10:44:33.

de gastos innecesarios y le saca más partido a la vida que tiene la suerte de disfrutar (aunque resulte una perogrullada, si no se envejece es porque se muere joven).

En los últimos años hay gran alarma social provocada por las muertes de mujeres a manos de sus parejas, así como por los malos tratos sufridos. Se trata de un problema de relevancia, en el que tanto las mujeres como los hijos (varones y mujeres) salen muy mal parados, aunque sobrevivan a la violencia. Además, el varón agresor, en cerca de un tercio de los casos realiza un intento suicida, que suele concluir con su propia muerte.

No se trata aquí de profundizar en este tema pero sí se pueden aportar algunas ideas para le reflexión.

Es preciso recordar la conveniencia de tener un profundo conocimiento de la pareja antes de plantearse la convivencia. Suele requerirse de tiempo que dé lugar a que se presenten ocasiones en las que se pongan de manifiesto reacciones y conductas ante situaciones frustrantes.

También hay que reconocer el papel fundamental de la comunicación, tanto verbal como no verbal (el lenguaje del cuerpo). La mujer ha de ser especialmente sensible y ha de saber reconocer signos que pueden implicar dominio o violencia. Asimismo, ha de ser consciente de mensajes que puede emitir corporalmente que recibe su pareja y que pueden desencadenar reacciones con consecuencias.

Detectar y abordar el problema al inicio del mismo, antes de que se llegue a la de dependencia del varón a la relación.

Nadie tiene derecho a obligar a otro a que lo quiera. Sí puede hacer todo lo posible para conquistar o reconquistar su amor, pero no obligar al mismo.

No es infrecuente que una mujer maltratada vuelva a tener otra pareja maltratadora, de ahí la importancia de la formación en los aspectos antes comentados; a veces incluso es preciso un asesoramiento psicológico.

4. Psicopatología y embarazo

Por paternidad responsable se entiende el conjunto de condiciones que hacen que el acto conyugal, por el que los esposos se hacen capaces de ser padre y madre, sea un acto moralmente bueno. Como en todo acto humano, la reflexión de los esposos acerca del tamaño de su propia familia tiene dos momentos. Una fase deliberativa, que sopesa la capacidad de tener más hijos o no tenerlos de momento, y luego la fase ejecutiva que consiste en la elección del método para realizar esa decisión, algo asimismo de gran importancia moral cuyo estudio no nos corresponde[2].

La decisión de procrear debe tener en cuenta, entre otros factores, la realidad concreta de los cónyuges, no sólo desde el punto de vista económico. Graves motivos de salud, de uno u otro cónyuge, pero especialmente de la mujer, pueden hacer que la decisión de procrear sea moralmente equivocada. Del mismo modo, otro de los elementos que se debe considerar es la capacidad educadora de los padres. Es evidente que algunas alteraciones psíquicas de los padres o el ser portadores de enfermedades transmisibles a la descendencia, condicionan de manera importante la decisión acerca del tamaño que puede tener la familia.

Cuando se presenta un embarazo «no deseado» lo primero que hay que plantearse es por qué no se desea. Conociendo los motivos estamos en disposición de transformarlo en «deseado», porque de suyo, lo natural a la mujer es la maternidad. Cómo afrontar problemas económicos, o rechazo por parte de miembros relevantes de la familia, o la presión sociolaboral, o el temor o la evidencia de una enfermedad en el feto, son tareas que profesionales competentes

2. Sobre este tema existe abundante bibliografía. Cfr. Caffarra, C., *Paternidad responsable*, en Lexicón de la Familia, Palabra, Madrid 2004.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-09 10:44:33.

(médicos de familia, trabajadores sociales, ginecólogos, sacerdotes,…) sabrán realizar. Es preciso tener en cuenta que hoy parece molestar más un embarazo a la «opinión pública» que a una persona realmente en apuros para sacar un hijo adelante. Las presiones a las que se ve sometida la mujer son de tal calibre que es preciso tener una gran fortaleza psíquica y convicciones arraigadas para no sucumbir.

Actualmente, por otra parte, lograr quedar embarazada llega a ser un problema para algunas mujeres que retrasan mucho la llegada del primer hijo, a edades en que ya está disminuida su capacidad fértil. A ello se añaden las situaciones de tensión y estrés que favorecen la infertilidad. En las mujeres que tienen problemas para conseguir dar a luz a un hijo no son infrecuentes la ansiedad, los sentimientos de culpa, y algún grado de alteraciones afectivas. Es siempre recomendable el consejo de un ginecólogo de recto criterio moral, que pueda aconsejar medios terapéuticos moralmente rectos para resolver la esterilidad sin caer en la espiral del encarnizamiento reproductivo, no carente de problemas psíquicos para la esposa. Numerosos matrimonios deciden la adopción infantil, acogiendo en la familia a niños que, especialmente en estos momentos, proceden de culturas muy diferentes a la nuestra. Para valorar el impacto y los resultados a medio-largo plazo de estas adopciones, habrá que realizar estudios en el campo de la psicología.

Es preciso conocer que en el mundo de la Psiquiatría hay enfermedades que requieren un tratamiento prolongado o incluso de por vida para evitar recaídas. Tal es el caso de los trastornos bipolares o la esquizofrenia. Hay fármacos que son especialmente teratogénicos y que es necesario evitar en el caso de que se desee un embarazo. En este sentido, médicos, familia y paciente deben ser conocedores de la planificación natural para aconsejar lo más oportuno en cada caso. De todos modos es preciso señalar que son miles las mujeres embarazadas que han tenido que tomar psicofármacos, y que en la mayoría no se han producido problemas relevantes.

Una pincelada sobre edad y maternidad. En la medida que la mujer supera los 35 años para tener su primer hijo, los problemas obstétricos se van incrementando ostensiblemente. Es más, lo ideal es que sea antes de los 30 años el nacimiento del primogénito. La situación sociolaboral actual pospone cada vez más la maternidad. Es preciso tomar conciencia del problema y abordar búsqueda de soluciones, también para evitar que los hijos no sean criados por papás-abuelos, dada la edad de los mismos. El modo de educar es distinto a medida que se cumplen años, tendiendo –con la edad– a un papel en exceso benevolente, que impide al niño aprender a hacer frente a las dificultades de la vida: se tiende a darle todo hecho.

En los últimos años también ha habido un boom de mujeres solteras, sin pareja, sometidas a fecundación in vitro de donante. El futuro nos mostrará las repercusiones. De momento sólo cabe elucubrar sobre los resultados en los hijos y preguntarse por qué existe tanta dificultad para que una mujer que quiere ser madre encuentre pareja. La situación no es comparable con la de niños huérfanos desde la primera infancia, entre otras cosas, porque se cuenta con dos familias para la crianza (paterna y materna). Sobre la madre recae toda la responsabilidad y todos los problemas que se presentan, que han de estar asumidos como tal previamente por ella.

No suele ser el embarazo lo que descompensa una patología psiquiátrica –incluso aún teniendo que disminuir o abandonar la medicación-, lo suele ser el período posterior al parto: el puerperio. Cambios hormonales, alteración del sueño por la crianza, cansancio, reorganización familiar, constituyen factores favorecedores de descompensación, tanto en pacientes con patología psiquiátrica previa como en sanas. Es preciso no confundir el cansancio y la necesidad de sueño con una depresión, y suele ser un hecho muy frecuente. A veces problemas psíquicos aparentemente serísimos se solucionan con una pastilla para dormir y alguna noche entera durmiendo. Vuelve a ser clave en este periodo de tiempo el apoyo de otros miembros de la familia que cuiden y supervisen.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-09 10:44:33.

Hay descompensaciones psiquiátricas que son tema de especialista. Las psicosis puerperales y las depresiones portparto suelen implicar gravedad. Es preciso no desconocer su existencia. Son patologías que requieren de expertos para su tratamiento.

La mujer y su cónyuge tienen que saber que tras el parto suele haber un período de tiempo en el que las relaciones sexuales no son placenteras. El exceso de trabajo, las nuevas responsabilidades y las molestias físicas (cicatriz de episiotomía, atrofia de mucosa vaginal), disminuyen el deseo sexual.

Un momento de especial *sufrimiento* para la madre es dejar a su bebé para incorporarse a la vida laboral. Algunas gozan de períodos relativamente largos de tiempo pero otras apenas de unos días. Conviene una elaboración cognitiva del hecho y sacar mucho partido a los momentos de los que se dispone juntos, además del desarrollo de programas de conciliación familia-trabajo.

5. Psicopatología y ciclo menstrual

Por ser una patología exclusiva de la mujer, hemos de mencionarla en este capítulo. Nos referimos al síndrome premenstrual. Se trata de un conjunto de síntomas físicos y psíquicos que se producen los días previos a la menstruación y que pueden originar marcado malestar en la mujer. Irritabilidad, ansiedad, disforia, tristeza, apetito desmedido, sensación de mareo, insomnio, pesadez de piernas, retención de líquidos, cefaleas e incluso náuseas y vómitos, se incluyen dentro de este síndrome. En algunas personas adquiere tal relevancia que precisan tratamiento farmacológico.

Lo cierto es que tanto la menstruación como la menopausia son procesos fisiológicos normales, aunque en algunos casos pueden llegar a resultar patológicos.

La menopausia significa el cese de la actividad de los ovarios y, por lo tanto, la capacidad reproductiva. Pero junto a ello –motivado por los cambios hormonales –se dan otro tipo de hechos que afectan al sistema esquelético, circulatorio, endocrinológico. Así, la mujer pierde una función y empieza a percibir el deterioro físico, que se puede mostrar de diversos modos: dolores óseos, por afectación de la calcificación, hipertensión arterial, incremento de riesgos cardiovasculares, tendencia al incremento de peso, pérdida de elasticidad en piel y músculos,….

Se produce la menopausia en una etapa de la vida que puede ser muy floreciente (máxima madurez y eficacia profesional) o por el contrario, de máximo declive (por haber quedado sola en casa y sin alicientes).

Es importante enfocar adecuadamente esta etapa vital. Es una etapa normal. Tiene sus ventajas –se deben potenciar– y sus inconvenientes –que hay que asumir-. Señal de inmadurez y de pérdida de la realidad es querer ser siempre joven. Cada época tiene sus peculiaridades, que es preciso aprovechar y que la van a enriquecer como persona. En la mujer es una etapa para disfrutar de lo externo a ella misma (hasta entonces el disfrute está muy ligado a la propia corporalidad), de lo espiritual y de los frutos sembrados en la juventud,… o de la posibilidad de cambio –porque todavía se está a tiempo – para enderezar una vida que no se ve con frutos. Se pierde la capacidad de engendrar hijos pero no la de formar, enseñar y cuidar a personas.

Puede ser una época de crisis en tanto en cuanto se piense que se pierden facultades y que no se ha obtenido lo esperado. Puede darse cierto rechazo a la vida sexual – y por lo tanto al marido, al que se le demanda ternura y se le tiende a negar sexo-. Se desean los detalles de cariño espiritualizado. Se puede tender a evitar lo sexual (también por haber cierta atrofia en piel, mucosas y glándulas, que dificultan la relación íntima). Y en algunas ocasiones aparece una culpabilización al marido de la no consecución de objetivos propios, por tener que dedicarse al cuidado de él y de la prole. Se puede producir una situación de distanciamiento en el matrimonio. Es preciso ser conocedores de estos hechos para comentarlos en la pareja y afrontarlos del modo más saludable para ambos.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-09 10:44:33.

En las mujeres solteras también se produce una situación de balance. Ya no hay posibilidad de cambios y si la lectura de lo realizado hasta el momento no es satisfactoria puede haber crisis. Es momento de contar con buenos consejeros, que además de dar argumentos explicativos, sepan exigir para que la vida de la persona no se vuelva egocéntrica y pase a considerarse la víctima, que necesita el cuidado de todos los demás en pago por todo lo que lleva luchado en la vida.

La mujer suele contar con una capacidad especial para recordar los agravios y los detalles que tuvieron con ella, para esgrimirlos posteriormente. Mantener un agravio, no olvidar un desplante, hiere mucho psicológicamente y tiende a salir a colación en momentos inoportunos. Por eso es necesario dar el cauce conveniente a estos hechos. Nada mejor que verbalizarlo, hablarlo en el ámbito más adecuado y aprender a reírse sanamente de una misma. La mujer se ríe más que el hombre y la risa es un hecho muy saludable, e incluso terapéutico, que debe ser potenciado.

En definitiva, se pueden achacar a la menstruación y a la menopausia demasiados males. Con las excepciones que siempre hay –y más en medicina– no dejan de ser etapas normales que la mayoría de mujeres pasan sin influir inadecuadamente en sus vidas, pero es necesario conocer todo lo que en ellas puede ocurrir para no llevarse sorpresas y no sacar las cosas de quicio.

6. Mujer y psicofármacos

Los abordajes terapéuticos han de tener en cuenta la capacidad reproductiva de la mujer por dos motivos. En primer lugar por el efecto que un fármaco pueda llegar a provocar en el desarrollo embrionario y fetal, y además porque los niveles hormonales pueden afectar a la metabolización de los medicamentos. Cuando una mujer está en etapa fértil de la vida debe saber si hay riesgo si toma un determinado fármaco y actuar en consecuencia. También debe conocer que hay psicofármacos que alteran los niveles de otros medicamentos si se toman a la vez y debe consultar si precisa un ajuste de dosis.

Serán los especialistas los que aconsejen mantener o suspender un tratamiento durante el embarazo, porque es necesario ponderar los riesgos y saber cómo se sale más beneficiado. En no pocas ocasiones es mejor tomar una pastilla que no hacerlo.

7. Propuestas a la mujer para una buena salud mental

Para concluir, se proponen unas recomendaciones generales que pueden servir de guía a cualquier mujer.

– Asumir el trabajo de una persona, no el de varias. Es imposible mantener el funcionamiento de una casa como si una se dedicase exclusivamente a ella. Y es necesario delegar, y asumir que otra persona lo va a hacer distinto –incluso puede que mejor– y no precisamente como una quisiera.

– Elegir opciones y aprender a renunciar a lo que se deja. Disfrutar con lo que se hace y no perder el tiempo considerando lo que se podría estar haciendo: no es fructífero y termina agotando.

– Aprender a descansar. Que no significa que haya que gastar en el descanso lo que se gana trabajando fuera de casa. Ni que haya que estresarse con el descanso. Dar un paseo, cuidar unas plantas, escuchar música, cantar, escribir,… pueden ser modos maravillosos de descanso para muchas personas. Cada una debe descubrir el suyo.

– Asumir adecuadamente los cambios fisiológicos dados por el ciclo menstrual y la edad. La naturaleza es sabia. Hace lo que conviene a los suyos. Es preciso ayudarse de lo que va bien, pero sin patologizar el asunto. Un analgésico, un ansiolítico suave, pueden ser armas eficacísimas y simples para superar algunas dificultades.

– Vivir en presente, sacando partido a la imaginación, y no dejándose vencer por ella. Demasiados sufrimientos pasan muchas mujeres en balde: son posibilidades pero no hechos

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-09 10:44:33.

reales, que son vividos como si ocurriesen. Se puede solucionar un problema presente pero cualquiera imaginario es irresoluble y sobrecarga a la persona que lo considera.

– Verbalizar las preocupaciones con alguien en quien confiar. Muchas veces se da vueltas y vueltas a diversos asuntos en la cabeza. Cuando se hablan o se escriben, es decir, se ponen en palabras, dichas preocupaciones dejan de serlo o resulta más fácil afrontarlas o solucionarlas. Además, un buen consejero puede dar con una solución objetiva y vista con mayor perspectiva.

Bibliografía

Calvo Charro, M., *Niñas y niños, hombres y mujeres, Iguales pero diferentes*, Ed. Almizara, 2007.
García Campado, J., *Psiquiatría y psicología diferencial de la mujer*, EDICAMED, 2006.
Ferrando Bundío, L., *Salud mental y género en la práctica clínica*, ARS MEDICA, 2007.
Levenson, J.L, *Tratado de Medicina Psicosomática*, ARS MEDICA, 2005.
López Moratalla, N., *Cerebro de hombre, cerebro de mujer*, Pamplona 2008.
Monge, M.A. (ed), *Medicina Pastoral*, EUNSA, Pamplona 2006.
Santo Domingo, J., Psiquiatría de Interconsulta y Enlace. Archivos de Neurobiología 1997; Supl. 2: 57-68.
Vallejo Ruiloba, J. y Leal Cercos, C., *Tratado de Psiquiatría*, ARS MEDICA, 2005.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-09 10:44:33.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-09 10:44:33.

42

Tratamiento de la enfermedad mental

Orientaciones generales sobre estrategia terapéutica

Enrique Aubá Guedea, Patricio Molero Santos y Salvador Cervera Enguix (†)

1. Introducción

Son muy variadas las causas que originan la enfermedad mental: unas veces son factores biológicos (hereditarios, bioquímicos, etc.), otras son debidas a desadaptaciones con el medio social y finalmente a factores de personalidad. Por este motivo, la multicausalidad establece también múltiples modalidades de tratamiento, que podemos reunir en tres grandes grupos: procedimientos biológicos (farmacológico u otros), terapias psicosociales (rehabilitación) y psicoterapia. Todos ellos integrados en un marco de atención asistencial determinada (servicios de salud mental).

Respecto a la utilización de una determinada modalidad terapéutica o la combinación de varias de ellas, es el propio cuadro clínico del enfermo, el modo personal de vivir la enfermedad y el entorno social en que se encuentra, los que van a determinar en el equipo médico el camino a seguir.

2. Terapias biológicas

a) *Psicofármacos*

A partir de los años sesenta del siglo XX se fue incrementado exponencialmente el arsenal de fármacos con eficacia en muchos de los trastornos psíquicos.

En la actualidad, contamos con diferentes grupos de psicofármacos con una gran utilidad en un amplio número de trastornos psíquicos. En algunos casos, tienen un efecto curativo, resolviendo definitiva y totalmente el trastorno. Sin embargo, en la mayoría de los casos, los psicofármacos no consiguen la curación en el sentido pleno de la palabra y se requiere un tratamiento de mantenimiento para evitar las recaídas o no se logra eliminar completamente los síntomas.

Las principales causas de las limitaciones de la terapia farmacológica son el aún escaso conocimiento de la etiopatogenia de las enfermedades psíquicas, su carácter multifactorial en muchos de los trastornos, las dificultades para incidir o cambiar las alteraciones neurobiológicas conocidas y el importante papel que juegan variables no biológicas en las causas y vías de perpetuación de bastantes de los trastornos psíquicos.

En cualquier caso, la necesidad de los psicofármacos y su utilidad en la mayor parte de los trastornos psíquicos está fuera de duda y, en muchas ocasiones, representa una vía de tratamiento absolutamente imprescindible.

Los diferentes psicofármacos los podemos reunir en diferentes grupos terapéuticos que

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-09 10:44:33.

hacen referencia a su indicación clínica fundamental pero cuya utilidad no se limita a ese tipo de trastorno.

a1) *Antipsicóticos*

Se incluye dentro de este apartado un grupo de fármacos que poseen en común la capacidad de mejorar las alucinaciones, los delirios, los trastornos del pensamiento y otras manifestaciones propias de las psicosis. Su principal aplicación clínica es en el tratamiento de la esquizofrenia, pero también son eficaces en las manifestaciones psicóticas de otros cuadros como la manía y la depresión delirantes, el trastorno esquizoafectivo, las psicosis atípicas, las psicosis orgánicas, etc.

La primera generación de antipsicóticos disponibles fue la de los neurolépticos o antipsicóticos típicos, que ha tenido amplia utilización clínica, pero que por la presencia de efectos secundarios, –principalmente síntomas motores de tipo parkinsoniano– ha motivado que en los últimos años se haya desarrollado una nueva generación de antipsicóticos llamados atípicos, que tienen una utilización cada vez más creciente.

1) Antipsicóticos típicos. Es un grupo heterogéneo en cuanto a su estructura química, pero homogéneo en cuanto a su mecanismo de acción. Son antagonistas competitivos de los receptores dopaminérgicos D2. Los más usados son el haloperidol y la flufenacina.

Si bien estos medicamentos tienen una elevada eficacia para tratar los síntomas positivos de la esquizofrenia, como el delirio y las alucinaciones, no son tan útiles para tratar los síntomas negativos, afectivos y cognitivos de la enfermedad. Por el contrario contribuyen a agravarlos, a través del efecto anticolinérgico y extrapiramidal que poseen.

2) Antipsicóticos atípicos. Son un grupo farmacológico heterogéneo, tanto por su estructura química como por su espectro de acción en el receptor neuronal. Su atipicidad se atribuye a tres factores: 1) bajo potencial de inducción de efectos adversos extrapiramidales; 2) eficacia en los síntomas positivos y, en menor medida, negativos de la esquizofrenia; 3) perfil farmacodinámico diferente, basado en el bloqueo del receptor D2 de la dopamina, y además, en su acción sobre otros sistemas de neurotransmisión, como algunos subtipos receptoriales de la serotonina. Los más utilizados en el momento actual son: clozapina, olanzapina, quetiapina, risperidona, paliperidona, ziprasidona y aripiprazol.

3) Efectos secundarios de los antipsicóticos

Son muy variados y en general se presentan con mayor frecuencia e intensidad en el grupo de los antipsicóticos típicos. Destacamos los siguientes:

Efectos extrapiramidales. Distonía aguda. Son contracciones musculares de: cuello, cara; protusión de la lengua, del tronco o de las extremidades. Es idiosincrásico por lo que no depende de la dosis usada. Comienza entre las primeras horas y los dos días después del inicio del tratamiento.

Parkinsonismo. Temblor fino, rigidez, bradicinesia, sialorrea, facies inexpresiva… Es el efecto secundario más importante y frecuente de los antipsicóticos.

Acatisia. Inquietud motora, sobre todo de piernas. Incapacidad de estar quieto con sensación de intranquilidad interna.

Discinesias tardías. Son movimientos involuntarios, irregulares, coreoatetósicos de la cabeza y periorales (los más frecuentes). Van desde un taconeo menor hasta muecas faciales, torsiones y giros del cuerpo. Aparecen con el paso del tiempo y aumenta el riesgo en tratamientos prolongados

Síndrome neuroléptico maligno. Reacción idiosincrásica que afecta al 0,5% de los pacientes tratados con antipsicóticos. Se caracteriza por la aparición, repentina e independiente de la dosis farmacológica, de rigidez muscular, hipertermia, alteraciones de la conciencia, disfunción autonómica (taquicardia, taquipnea, diaforesis). Aumento de la tensión arterial, leucocitosis, mioglobinuria. Provoca una mortalidad que puede ser mayor de un 20%.

Efectos anticolinérgicos. Los antipsicóticos pueden producir visión borrosa, sequedad de

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-09 10:44:33.

boca, retención urinaria, estreñimiento, impotencia sexual y aumento de la frecuencia cardiaca. En ancianos y pacientes con daño cerebral orgánico pueden precipitar cuadros de confusión mental.

Otros efectos secundarios. Hipotensión ortostática, amenorrea y galactorrea en las mujeres, mientras que en los hombres puede aparecer ginecomastia, somnolencia, aumento de peso, fotosensibilidad dérmica, rara vez, agranulocitosis o anemia aplásica.

a2) *Antidepresivos*

Los antidepresivos son un grupo muy variado de fármacos. En la actualidad la psiquiatría clínica cuenta con más de treinta agentes antidepresivos altamente eficaces. Su indicación fundamental son los trastornos afectivos pero también han demostrado eficacia en el Trastorno Obsesivo-Compulsivo, el grupo de las fobias y los trastornos de ansiedad y como apoyo en la intervención de los trastornos de la conducta alimentaria.

A grandes rasgos podemos afirmar que todos estos fármacos poseen una eficacia similar, diferenciándose principalmente en su perfil de efectos secundarios, en su eficacia en otras patologías o en su mecanismo de acción. Actualmente, las familias de antidepresivos disponibles son las siguientes:

Inhibidores no selectivos de la recaptación de aminas:

Con acción sobre receptores: tricíclicos imipramínicos (imipramina, clomipramina y amitriptilina) y otras sustancias (maprotilina). Sin acción sobre los receptores (inhiben la recaptación): venlafaxina y duloxetina. Con otras acciones: mianserina y mirtazapina.

Inhibidores selectivos de la recaptación de:

– Serotonina: Puros: citalopram, escitalopram. Sobre serotonina y otras aminas: fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina y sertralina. Sobre serotonina y con otras acciones: trazodona. Noradrenalina: reboxetina. Dopamina y noradrenalina: bupropión.

Inhibidores de la monoamino-oxidasa (IMAO):

Irreversibles: fenelcina, tranilcipromina. Selectivos y reversibles: moclobemida.

Otros: agomelatina (agonista melatoninérgico (receptores MT1 y MT2) y antagonista de 5-HT2C; vortioxetina (modulación directa de la actividad del receptor serotoninérgico e inhibición del transportador de la serotonina).

Efectos adversos. Los que más los producen son los antidepresivos tricíclicos y entre ellos destacan: sequedad de boca, estreñimiento, retención de orina, hipotensión ortostática, visión borrosa y temblor. En los pacientes de mayor edad o en personas predispuestas pueden causar confusión, trastornos de memoria. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y de noradrenalina tienen un perfil de efectos colaterales mas bajo.

a3) *Estabilizadores del ánimo*

Como su nombre sugiere, su indicación fundamental es evitar las fluctuaciones anímicas que caracterizan al trastorno afectivo bipolar.

El clásico fármaco de este grupo es el litio pero progresivamente se han ido incluyendo algunos antiepilépticos que también han demostrado un efecto regulador del ánimo.

Además de su eficacia como estabilizadores anímicos, también se emplean en el tratamiento del trastorno depresivo resistente, el trastorno esquizoafectivo y para algunas manifestaciones de la esquizofrenia.

Entre los posibles efectos secundarios del litio destacan las náuseas y episodios de diarrea, el temblor, la ganancia de peso y, en algunos casos, hipotiroidismo y toxicidad sobre el sistema nervioso central.

Antiepilépticos y anticonvulsivantes: Los fármacos antiepilépticos, cuya indicación principal es, obviamente, la epilepsia, también están demostrando gran eficacia en un amplio número de trastornos psíquicos (trastorno afectivo bipolar, depresión resistente, etc.) o en algunos de sus síntomas, como puede ser la impulsividad o la agresividad. Son un grupo heterogéneo con diversos mecanismos de acción y diferentes

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-09 10:44:33.

efectos secundarios entre los que destacan la sedación. Los más empleados son: carbamacepina, ácido valproico, gabapentina, pregabalina, topiramato y lamotrigina.

a4) *Ansiolitícos e hipnóticos*

Los fármacos ansiolíticos tienen como indicación fundamental el tratamiento de la ansiedad en sus diversas formas. Dentro de estos fármacos, el grupo más importante son las benzodiacepinas de las que hay una gran variedad en función de la velocidad de acción, su duración y la intensidad del efecto ansiolítico. Todas ellas, llevan consigo un cierto efecto sedante por lo que también se utilizan en el insomnio. Otro fármaco utilizado para la ansiedad, sin causar sedación, es la buspirona.

Los fármacos hipnóticos se emplean para inducir el sueño, lograr que sea un sueño óptimo en duración y calidad y que resulte reparador. Se clasifican en hipnóticos benzodiazepínicos y no benzodiazepínicos (zopiclona, zolpidem, y zaleplon). En este último grupo se podría incluir la trazodona, un antidepresivo de efecto sedante que administrado a dosis bajas tiene poder hipnótico.

b) *Riesgos del tratamiento farmacológico*

La decisión del psiquiatra a la hora de prescribir un tratamiento farmacológico –con uno o varios productos– se basa en una consideración de los riesgos y beneficios de acuerdo con la información científica que posea y de su experiencia clínica.

A pesar de los avances de la investigación farmacológica de los últimos años, y dado que todavía no se conocen totalmente sus mecanismos de acción, se ha producido un uso exagerado de ellos –la polifarmacia y la megadosis– con el consiguiente riesgo para el paciente. Las estrategias para realizar un tratamiento adecuado y para reducir al mínimo los riesgos de complicaciones y toxicidad farmacológicas siguen siendo dispares. La literatura científica sólo ofrece orientaciones limitadas y en la mayor parte de los casos se parte de estudios o ensayos clínicos con el fármaco, para conocer la dosis óptima a utilizar, qué tipo de efectos secundarios hay o la eficacia comparativa del fármaco con otros ya reconocidos en cuento a su eficacia, etc.

Entre otras, tres pueden ser las circunstancias en las que el médico debe prestar especial atención sobre estos riesgos en determinados grupos de pacientes: 1) El efecto sobre la conducción de vehículos de los fármacos prescritos, con riesgo potencial de daño contra uno mismo o contra los demás, plantea el problema de la responsabilidad médica de informar a terceros sobre todo a los familiares, con el consentimiento del paciente; 2) El uso de fármacos durante la gestación requiere una cuidadosa consideración. Hay que valorar el riesgo de recaída de la enfermedad y sus consecuencias frente al riesgo de dañar al feto con los fármacos. Y habrá ocasiones en que el consejo médico frente a estos hechos se viva con un extremismo tal que parezca «razonable» plantear la finalización de la gestación. Si esto es así es preferible la supresión del tratamiento farmacológico y la instauración de otras vías terapéuticas de atención psicológica y cuidados del paciente antes que la interrupción del embarazo; 3) Por último, los riesgos de autolesión del paciente, sobre todo si es que tiene disponibilidad de sustancias en cantidades no controladas, es otra circunstancia que se debe tener muy en cuenta.

3. Terapia electroconvulsiva (TEC)

La terapia electroconvulsiva es uno de los tratamientos utilizados en Psiquiatría de demostrada eficacia, empleándose en el tratamiento de enfermedades mentales graves o para las que no son eficaces (o no lo están siendo) otros tratamientos de primera línea como podría ser el caso de la depresión inhibida, la esquizofrenia catatónica, algunos trastornos maniacos y algunos otros trastornos psicóticos.

La técnica consiste en alcanzar una despolarización neuronal cerebral mediante una estimulación eléctrica pequeña y controlada. En la

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-09 10:44:33.

actualidad se realiza bajo anestesia general y el objetivo es provocar una convulsión tónico-clónica, que se percibe visualmente en forma de contracciones musculares.

La TEC ha sido una técnica tan controvertida socialmente, que, a pesar de ser un tratamiento sumamente eficaz, se ha discutido e intentado rechazar su aplicación. Pero su utilidad actual no se discute, ya que se ha podido comprobar que es la modalidad de tratamiento más efectiva para ciertos tipos de depresión y de manía, y no se ha demostrado que su uso cause un daño cerebral, si bien puede producir cambios cerebrales temporales y reversibles.

Los efectos secundarios más frecuentes son una cierta confusión al despertar de la anestesia, que se resuelve en una hora aproximadamente, y dolores de cabeza, musculares o nauseas. Existe una pérdida de memoria de eventos recientes que mejora con el transcurso del tiempo. El riesgo de dislocaciones, fracturas óseas y complicaciones dentales es pequeño y se minimiza con la miorrelajación. Se señala una mortalidad del 0,002 a 0,004%.

Como en cualquier medida intervencionista con algún riesgo, es imprescindible solicitar el consentimiento informado al paciente o, en su caso, a la persona responsable del paciente.

4. Terapias psicológicas psicoterapia

Entendemos por psicoterapia el tratamiento de una enfermedad psíquica, de un trastorno psicosomático o de una inadaptación, mediante métodos psicológicos. En un sentido amplio la psicoterapia es un tratamiento de naturaleza psicológica que, a partir de las manifestaciones (psíquicas o físicas) del sufrimiento humano, promueve el logro de cambios o modificaciones en el modo de actuar, en la adaptación al entorno, en la salud, en la integridad de la identidad psicológica y, en definitiva, en el bienestar biopsicosocial de personas y de grupos. En un sentido estricto, la psicoterapia es una relación interpersonal de ayuda técnica-profesional (asistencia), dirigida al alivio y a la curación cuando sea posible de trastornos psíquicos, mediante técnicas de comunicación, interacción y aprendizaje.

a) *Función de la psicoterapia*

La psicoterapia tiene como objetivos: 1) promover pautas de conducta más adaptativas; 2) eliminar, modificar o inhibir los síntomas de las enfermedades psíquicas o de malestar psicológico; 3) estimular el desarrollo de la personalidad.

En la actualidad existe una gran diversidad de psicoterapias que se diferencian en cuanto a sus objetivos, los principios teóricos subyacentes, los focos de tratamiento y las técnicas para alcanzar los objetivos propuestos. Tal proliferación de métodos, escuelas y técnicas de psicoterapia, no siempre científicamente contrastados, ha podido dar lugar a ciertas dudas sobre su efectividad y contribuir al desinterés por su práctica fuera de ambientes especializados.

b) *Clasificación*

Los modelos de psicoterapia se clasifican en función de dos criterios: el número de sujetos implicados y el sistema conceptual que les sirve de base. Según el número de personas que participan en el proceso, la psicoterapia puede ser individual, conyugal o de pareja, familiar y de grupo. Según el enfoque teórico de sus planteamientos terapéuticos, la psicoterapia se organiza en multitud de modelos. El más importante para la medicina y la psiquiatría es el modelo de psicoterapia general; los más representativos de los modelos particulares son la psicoterapia dinámica, la psicoterapia humanístico-existencial, la psicoterapia conductual, la cognitiva y la sistémica1.

1) La psicoterapia individual es, como su nombre indica, la practicada con un solo paciente, sin que por lo general intervengan más personas; aunque según el modelo teórico de que se trate, y con el consentimiento del paciente, puede colaborar ocasionalmente en las sesiones una persona allegada, familiar o amigo del paciente, o también algún colaborador del terapeuta.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-09 10:44:33.

2) La psicoterapia conyugal o de pareja pretende la modificación de la interacción entre los miembros de un matrimonio o pareja cuando dicha interacción es conflictiva en alguno de los ámbitos que comparten (social, emocional, sexual, económico) ayudando a que solventen sus diferencias de un modo más eficaz y satisfactorio para ambos.

3) La psicoterapia familiar es la modalidad terapéutica que centra su foco de atención y su intervención en el grupo familiar. Se basa en el principio de que toda persona que forma parte de un sistema –en este caso el familiar– es afectado por cada uno de los otros miembros que componen dicho sistema. Si uno o más miembros afectos de trastornos de conducta influyeran en otro que es «identificado como paciente», su tratamiento individual no resolvería el problema. El objetivo de la terapia es determinar qué función homeostática, por patológica que sea, está desempeñando el paciente señalado en el sistema familiar, modificar las reglas inadecuadas que rigen en la familia, mejorar el reconocimiento de la dinámica intergeneracional y desalentar la adjudicación de culpas.

4) La psicoterapia de grupo comprende una serie de técnicas destinadas a ejercer una acción psicoterápica simultánea –alivio de síntomas, cambio de las relaciones interpersonales o de ciertas dinámicas específicas– sobre un grupo de individuos reunidos a tal fin. Actúan como factores terapéuticos la identificación, la universalización, la aceptación, el altruismo, la transferencia, el juicio de realidad y la exteriorización. Los grupos ofrecen un foro en el cual los temores imaginados y las distorsiones transferenciales pueden ser inmediatamente explorados y corregidos.

5) La psicoterapia general es el método más utilizado en la práctica psiquiátrica, médica y asistencial y su conocimiento debería formar parte de la formación básica del médico y de los demás profesionales de la salud. Su sistema conceptual o ideario etiopatogénico se basa en el modelo médico bio-psico-social y vivencial y atribuye su capacidad terapéutica a las propiedades resolutivas de la relación interpersonal, comunicación terapéutica, interacción y aprendizaje, que tienen lugar en la relación de asistencia y la entrevista clínica.

6) Las psicoterapias particulares comprenden todos los modelos o enfoques que, basados en las diversas teorías psicológicas, se han ido practicando a lo largo de la historia de la psicoterapia. Cada modelo aporta su propio desarrollo conceptual etiopatogénico, más o menos focalizado en algún aspecto o proceso parcial del psiquismo humano –dinámica inconsciente (psicoanálisis), orientación existencial (análisis existencial, logoterapia), comportamiento, cognición, etc., y postula sus métodos y técnicas como agentes específicos de curación y cambio.

Veamos sintéticamente lo que caracteriza a las más representativas:

Psicoanálisis

El psicoanálisis es una técnica psicoterápica destinada a modificar la estructura de la personalidad y a conseguir la corrección de determinadas enfermedades psíquicas. Utiliza como instrumento la interpretación de toda la producción mental, libremente expresada por el analizado, especialmente la referida a la relación emocional (inconsciente) que el paciente establece con el analista –la llamada transferencia–, en la cual se reproduciría el conflicto original infantil que subyace en la enfermedad. Se basa en el psicoanálisis, teoría y técnica descrita y desarrollada por S. Freud. Frente a los enfoques tradicionales, el psicoanálisis centra la vida psíquica alrededor de la noción del inconsciente, considerando que sus contenidos juegan un papel decisivo en la conducta humana y en la patología mental. Establece que por medio de la exploración de la parte inconsciente del psiquismo, llevada a cabo de manera conjunta entre el paciente y el psicoanalista, se puede llegar a descubrir los conflictos internos existentes, que serían la causa de las enfermedades psíquicas.

Psicoterapia dinámica breve

Es un tratamiento a corto plazo, que consiste generalmente en la realización de 10-40 sesio-

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-09 10:44:33.

nes desarrolladas en un periodo de menos de un año. Basada en las teorías freudianas, su objetivo es reconocer los conflictos subyacentes, lo cual daría lugar a cambios psicológicos y de conducta. El terapeuta dirige activa y reiteradamente las asociaciones y los pensamientos del paciente hacia las áreas del conflicto, previamente definido como foco del tratamiento, sin intentar otros cambios.

Análisis Existencial

Enfoque psicoterápico, con raíces teóricas en el psicoanálisis y en la filosofía existencial, que hace recaer el énfasis del tratamiento en la existencia tal como es percibida por el individuo, en la experiencia actual («aquí», «ahora») y en la propia relación terapéutica. La experiencia vital del sujeto es compartida y comparada con otras experiencias ajenas.

Logoterapia

Método de psicoterapia creado por Frankl, denominada también «análisis existencial», que considera que la plenitud de sentido del hombre es el criterio más importante de su salud mental y, a la inversa, que un proceso de curación mental puede ponerse en marcha cuando el paciente descubre en la vida su sentido personal. La labor del terapeuta es ayudar al paciente a encontrar o restablecer el sentido de su vida. Frankl opina que este sentido, que permite la realización del hombre, se encuentra en la entrega a una tarea o en el amor a una persona. Entre las técnicas utilizadas por la Logoterapia están las siguientes: el cuestionamiento por medio de preguntas de las interpretaciones del paciente; la de reflexión, o entrenamiento para no prestar una atención inadecuada al síntoma; la intención paradójica, en la que se invita al paciente a provocar o intensificar voluntariamente su síntoma, con el fin de cambiar el sentido de su aparición; y la biblioterapia, o sugerencia de lecturas relevantes al momento existencial o a la problemática del paciente.

Psicoterapia conductual

Serie de enfoques terapéuticos en los que se pretende efectuar cambios en la conducta, fundamentalmente por aplicación de principios de aprendizaje experimentalmente establecidos, pero también de los conocimientos empíricamente fundamentados, derivados de otras áreas de la psicología y ciencias afines.

Las técnicas utilizadas incluyen: técnicas derivadas del condicionamiento operante (moldeamiento, tiempo fuera, contratos de contingencia, economía de fichas); técnicas derivadas del condicionamiento clásico y el contracondicionamiento (desensibilización sistemática, inundación estimular, implosión); técnicas basadas en el aprendizaje social (modelado); y modificación cognitiva de la conducta.

Psicoterapia cognitiva

Terapia basada en el supuesto de que los desórdenes psíquicos (ansiedad, depresión, etc.) son el resultado de un patrón de pensamiento defectuoso y desadaptativo y de actitudes distorsionadas hacia uno mismo y hacia los demás. En consecuencia, el objetivo de la terapia es la «reestructuración cognitiva», proceso consistente en identificar esos pensamientos y actitudes negativos y reemplazarlos por otros más realistas. El terapeuta toma un papel activo en la dirección del proceso terapéutico, lleva al paciente a tomar conciencia de sus pensamientos automáticos erróneos y le ayuda a revisarlos y corregirlos a partir de la evidencia.

Psicoterapia sistémica

La terapia sistémica traslada la acción terapéutica desde el ámbito de lo intrapsíquico o lo individual al de los patrones de interacción interpersonal. Basa su acción terapéutica en la propiedad de los sistemas –complejos de elementos en interacción– que hace que cualquier cambio en el estado de un elemento sea seguido por el cambio en el estado de otros elementos del sistema; cambio que a su vez irá seguido de

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-09 10:44:33.

un nuevo cambio en el elemento primeramente modificado, y así sucesivamente.

El análisis de los casos se centra en el estudio de la estructura interna del sistema familiar y de las transacciones que tienen lugar en su interior: reglas que regulan la interacción familiar; subsistemas (filial, conyugal, etc.) engendrados por la dinámica peculiar de cada familia, modificaciones en la estructura de comunicación de la familia, etc. Aunque su inicial y principal aplicación fue la terapia de familia también se utiliza en la modalidad de terapia individual.

c) *Consideraciones finales sobre la psicoterapia*

La psicoterapia, junto con la terapia psicofarmacológica y el apoyo social, forman parte de los pilares básicos para el tratamiento de las enfermedades mentales. Cada patología psíquica, e implícitamente cada paciente, precisa de un tipo de intervención en el que cada uno de estos factores tiene una preponderancia determinada. Algunas patologías, las que se deben principalmente a modos personales anómalos de vivir la realidad, son susceptible de recibir un tratamiento fundamentalmente psicoterápico, de acuerdo con las directrices anteriormente señaladas.

Este proceder terapéutico es genéricamente útil y necesario, pero depende del modelo psicoterápico que se adopte, no solo de la utilidad sino de las implicaciones e influencias que va a ejercer en la vida del paciente. Si hacemos un análisis crítico de la psicoterapia nos encontramos con que existen en la actualidad alrededor de cien escuelas de psicoterapia cada una con su propio modelo interpretativo de salud y de enfermedad mental, sus propios agentes terapéuticos, objetivos y prácticas específicas.

Dada la diversidad de procedimientos terapéuticos que actualmente se ofrecen a los pacientes, nos debemos preguntar cuales puedes ser los puntos clave que debemos considerar a la hora de valorar los aspectos éticos de los distintos planteamientos terapéuticos. No es lo mismo –ética y científicamente hablando– una terapia psicoanalítica ortodoxa, una terapia de decisión directa de Greenwald o una logoterapia de Frankl.

Por eso, cuando examinamos las relaciones entre la psicoterapia y los valores de la existencia de la persona analizada y se plantea si en la aplicación del método psicoterapéutico es posible la neutralidad del analista, ya se ha visto que no existe tal neutralidad, sino que mas bien es un influirse mutuamente analizando y analista. Y esta corriente de influencia tiene dos vertientes de extraordinario interés: por un lado el método de análisis didáctico que se emplea y por otro las características personales de la persona analizada.

En cuanto al modelo psicoterápico que se adopte habrá que prestar especial atención a la interpretación que dicho modelo hace de los síntomas y al concepto de salud o estilo de vida que quiere trasmitir. En este sentido, todo modelo que en su esencia o en su proceder sea incompatible con una antropología que contemple la dimensión trascendente del ser humano, no puede ser aceptado en su totalidad. En Anexo 1 se recoge parte del discurso del Papa Pío XII al Congreso de Psicoterapia y Psicología Clínica, que tuvo lugar en Roma, el 13 de abril de 1953. A pesar del tiempo transcurrido, el texto no ha perdido un ápice de interés y sigue dando luz sobre estos temas. El Papa afirma que la psicoterapia y la psicología clínica deben considerar siempre al hombre: 1) como unidad y totalidad psíquica; 2) como unidad estructurada en sí misma; 3) como unidad social; y 4) como unidad trascendente, es decir con tendencia hacia Dios.

5. Terapias psicosociales: rehabilitación psiquiátrica

Todos los pacientes que sufren enfermedades mentales graves y crónicas requieren rehabilitación. El objetivo de la rehabilitación psiquiátrica es ayudarles para que desarrollen las habilidades emocionales, sociales e intelectuales necesarias para poder vivir, aprender y trabajar

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-09 10:44:33.

en el contexto comunitario con el menor apoyo posible por parte de los profesionales de distintas áreas. Aunque la rehabilitación psiquiátrica no evita seguir actuando sobre el impacto causado por la enfermedad, las prácticas de rehabilitación se centran en la discapacidad funcional que padece el enfermo, adquiriendo un interés especial el desempeño del rol social, incluyendo las relaciones sociales, laborales y de ocio, así como la calidad de vida y la carga soportada por la familia del paciente. Con este perfil de actuación se puede señalar que el grupo básico merecedor de dichas atención está constituido por los pacientes con síntomas persistentes, acusada inestabilidad –caracterizada por recidivas frecuentes– y falta de adaptación social.

a) *Marco conceptual*

La filosofía global de la rehabilitación psiquiátrica en los trastornos mentales comprende dos estrategias de intervención. La primera está centrada en el individuo, y su objetivo es desarrollar en el paciente las capacidades que posibiliten su interacción con un ambiente estresante para él. La segunda tiene un carácter social y se dirige hacia el desarrollo de recursos ambientales que permitan reducir los factores potencialmente estresantes. En la mayoría de las personas con cuadros de discapacidad es necesaria una combinación de ambos abordajes.

El punto de partida para una consideración adecuada de la rehabilitación es la aceptación de que esta se dirige a una persona concreta en el contexto de su ambiente específico: se debe llevar a cabo, por tanto, en condiciones de vida real. Un segundo paso necesario es ayudar a las personas discapacitadas a identificar sus objetivos personales y establecer una evaluación de la disposición del individuo al cambio

En la siguiente etapa, el proceso de planificación de la rehabilitación se centra en los puntos fuertes del paciente. Con independencia de la gravedad de los síntomas de un paciente determinado, el profesional de la rehabilitación debe trabajar con los aspectos sanos del yo, debido a que siempre hay una porción intacta del yo hacia la cual se pueden dirigir los esfuerzos terapéuticos y de rehabilitación Esta postura conduce a un concepto nuevo: el objetivo de restablecer la esperanza en personas que sufren una alteración significativa en su autoestima a consecuencia de su enfermedad.

Finalmente, la rehabilitación no puede ser impuesta; muy al contrario, se centra en la consideración del paciente como un individuo cuyos derechos deben ser respetados, y pone énfasis en la autodeterminación del individuo y en su responsabilidad con respecto a todos los aspectos del proceso terapéutico y de rehabilitación psiquiátrica.

b) *Abordajes actuales*

Como regla general, las personas que sufren cuadros de discapacidad psiquiátrica tienden a manifestar en su grupo social las mismas aspiraciones vitales que las personas que no presentan cuadros de discapacidad. Así, entre sus prioridades están: poseer su propia vivienda; conseguir un nivel educativo adecuado y un trabajo o una actividad profesional; mantener relaciones sociales y personales satisfactorias; y participar en la vida comunitaria.

Vivienda:

Los hogares protegidos constituyen un objetivo realista para gran parte de las personas discapacitadas y la mayoría de los pacientes que permanecen en ella tiene menos posibilidades de ser hospitalizada.

Trabajo:

La rehabilitación laboral está fundamentada en el presupuesto de que el trabajo no solamente mejora la actividad, los contactos sociales, etc., sino que también produce beneficios en áreas personales relacionadas, como la autoestima y la calidad de vida, dado que el trabajo y el mantenimiento de un empleo representan un avance, desde las situaciones de dependencia hacia la integración en la sociedad.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-09 10:44:33.

Habilidades sociales:

Durante los últimos años, la formación en habilidades sociales ha adquirido una gran importancia y se ha divulgado ampliamente. Se han diseñado programas sistemáticos y estructurados en forma de módulos con distintos temas. Los módulos se centran en el control de la medicación, el control de los síntomas, las habilidades básicas de conversación, los métodos de solución de problemas interpersonales, la inserción o reinserción en la comunidad, etc.

Intervención familiar:

El cuidado de las personas con discapacidad mental representa una carga significativa para las familias y no todas las familias tienen la misma capacidad para cuidar adecuadamente a los pacientes, ni poseen la voluntad necesaria para sustituir a los sistemas asistenciales insuficientes. Los familiares que ofrecen cuidados de carácter informal se enfrentan a considerables efectos adversos para su salud, como un grado elevado de estrés y depresión, disminución de bienestar subjetivo, salud física y autosuficiencia.

Los programas de intervención familiar han dado resultados prometedores. Las intervenciones familiares son eficaces para reducir el índice de recidiva y para mejorar los indicadores de evolución, por ejemplo, en el funcionamiento psicosocial. Además, los avances conseguidos con el tratamiento son bastante estables.

Bibliografía

Seva Diaz, A., La moderna organización de la asistencia psiquiátrica, en Seva Diaz, A. (Director), Psiquiatría Humanística INO Reproducciones, S.A., Zaragoza 2006.

Caruso, I., Análisis psíquico y síntesis existencial. Ed Herder. Barcelona 1954.

Pío XII, Discurso al Congreso de Psicoterapia y Psicología Clínica (Traducción de la Oficina de Prensa del Vaticano). 13 de abril 1953.

Gebsattel, F.V., Antropología Médica, Rialp, Madrid 1966.

Lynn, S.J. y Garske, J.P., Psicoterapias contemporáneas, modelos y métodos. Desclée de Brouwer. Bilbao 1988.

Bloch, S., Chodoff, P. y Green, S.A., La ética en Psiquiatría.Triacastela. Madrid 2001

Vallejo Ruiloba, J., Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría, Masson, S.A., Barcelona 2015.

Rössler, W., Rehabilitación psiquiátrica hoy, «World Psychiatry» (Edición en español), vol 4, número 3, Ars Médica, Diciembre 2006.

Sala Aymá, J.M., Las medicinas para tratar las enfermedades psíquicas, en Seva Díaz, A. (Director), Psiquiatría Humanística, INO Reproducciones, Zaragoza 2006.

Salazar-Vallajo, J., Peralta-Rodrigo, C. y Pastor-Ruíz, J., Manual de psicofarmacologia. Ed. Panamericana, Madrid 2011.

Valdés, M., Valores sociales y adaptación biológica, en Baca, E. y Lázaro, J. (editores), Hechos y valores en Psiquiatría, Triacastela, Madrid 2003.

Moreno Preciado, M., El Cuidado del «otro». Un estudio sobre la relación enfermera/paciente inmigrado, Edición Bellaterra, 2008.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-09 10:44:33.

Anexo 1

Discurso de Pío XII al Congreso de Psicoterapia y Psicología Clínica, que tuvo lugar en Roma, el 13 de abril de 1953

«La ciencia afirma que nuevas investigaciones han dado a conocer los profundos estratos del psiquismo humano, y ella se esfuerza por comprender estos descubrimientos, interpretarlos y hacerlos utilizables. Se habla de dinamismos, de determinismos y de mecanismos ocultos en las profundidades del alma, dotados de leyes inmanentes de las que se derivan ciertos modos de obrar. Estos, sin duda, se ponen en acción en el subconsciente o en el inconsciente, pero penetran también en el dominio de la conciencia y lo determinan. Se pretende disponer de procedimientos experimentados y tenidos como aptos para investigar el misterio de estas profundidades del alma, esclarecerlas y conducirlas al recto camino cuando ejercen una funesta influencia.

Estas cuestiones, que se ofrecen al examen de la psicología científica, son cosa de vuestra competencia. Lo mismo debe decirse de lo que toca a la utilización de nuevos métodos psíquicos. Pero es menester que la psicología teórica y práctica tengan presente, tanto la una como la otra, que no pueden perder de vista las verdades establecidas por la razón y por la fe, ni los preceptos obligatorios de la moral.

La actitud fundamental que se impone al psicólogo y al psicoterapeuta cristiano se sintetiza en la siguiente fórmula: la psicoterapia y la psicología clínica deben considerar siempre al hombre: 1), como unidad y totalidad psíquica; 2), como unidad estructurada en sí misma; 3), como unidad social; 4), como unidad trascendente, es decir con tendencia hacia Dios.

1) El hombre como unidad y totalidad psíquica

La medicina enseña a mirar el cuerpo humano como un mecanismo de alta precisión, cuyos elementos se sobreponen el uno al otro y se enlazan entre sí; el lugar y las características de estos elementos dependen del todo; ellos no tienen otra razón de ser que la existencia y las funciones del mismo. Pero esta concepción se aplica mejor al alma, cuyos delicados engranajes están ensamblados con mucho más cuidado. Las diversas facultades y funciones psíquicas se encuadran en el conjunto del ser espiritual y se subordinan a su finalidad.

Es inútil explicar más extensamente este punto. Pero vosotros, los psicólogos y los terapeutas, debéis tener en cuenta este hecho: la existencia de cada facultad o función psíquica se justifica por el fin del todo. Lo que constituye el hombre es principalmente el alma, forma sustancial de su naturaleza. De ella dimana en último lugar toda la vida humana; en ella radican todos los dinamismos psíquicos con su propia estructura y su ley orgánica; a ella es a quien la naturaleza encarga el gobierno de todas las energías, hasta tanto que ellas no hayan adquirido aún su última determinación. De este dato ontológico y psíquico se deduce que sería apartarse de la realidad querer confiar, en teoría o en práctica, la función determinante del todo a un factor particular, por ejemplo, a uno de los dinamismos psíquicos elementales, y entregar así el timón a una potencia secundaria. Estos dinamismos son energías, tal vez de una intensidad considerable, pero la naturaleza ha confiado su dirección al puesto central, al alma espiritual, dotada de inteligencia y de voluntad, capaz normalmente, de gobernar estas energías

2) El hombre como unidad estructurada

El hombre es una unidad y un todo ordenado; un microcosmos, una especie de estado cuya ley fundamental, determinada por el fin del todo, subordina a este mismo fin la actividad de las partes

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-09 10:44:33.

según el verdadero orden de su valor y de su función. Esta ley, en último análisis, es de origen ontológico y metafísico, no psicológico y personal. Se ha creído que había que acentuar la oposición entre metafísica y psicología. ¡Cuan equivocadamente! Lo psíquico pertenece también al dominio de lo ontológico y de lo metafísico.

Se ha pretendido establecer una antinomia entre la psicología y la ética tradicionales de una parte y la psicoterapia y la psicología clínica modernas de otra. La psicología y la ética tradicionales tienen por objeto, se afirma, el ser abstracto del hombre, que ciertamente no existe en ninguna parte y aunque merecen la admiración, contienen un error básico: son inaplicables al hombre real tal y como existe. La psicología clínica, por el contrario, parte del hombre real.

Quien estudie la constitución del hombre real debe en efecto tomar como objeto al hombre «existencial» tal como es, tal como lo han hecho sus disposiciones naturales, las influencias del ambiente, la educación, su evolución personal, sus experiencias íntimas y todos los acontecimientos exteriores. Solo existe este hombre concreto. Y sin embargo, la estructura de este yo personal obedece hasta en el menor detalle a las leyes ontológicas y metafísicas de la naturaleza humana. Son ellas las que le han formado y las que, por consiguiente, deben gobernarla y juzgarla. La razón de ello es que el hombre existencial se identifica en su íntima estructura con el hombre «esencial». La estructura esencial del hombre no desaparece cuando se le añaden las notas individuales, ella no se transforma tampoco en otra naturaleza humana. Pero precisamente la ley fundamental, de la que se trataba hace poco, descansa en sus enunciados principales sobre la estructura esencial del hombre concreto, real.

Por consiguiente, sería erróneo fijar para la vida real normas que se aparten de la moral natural y cristiana y a las que se llamara de buen grado con la palabra «ética personalista»; esta, sin duda, recibiría de aquella una cierta orientación, pero no supondría en igual medida una estricta obligación.

3) El hombre como unidad social

Lo psíquico comprende también sus relaciones con el mundo exterior y es una tarea digna de elogio, un campo abierto a vuestras investigaciones, estudiar el psiquismo social en sí mismo y sus raíces y hacerlo utilizable para los fines de la psicología profunda y de la psicoterapia. El psiquismo social toca también a la moralidad y las conclusiones de la moral afectan a las de una psicología y psicoterapia serias.

Existe un malestar psicológico y moral, la inhibición del yo, de la que vuestra ciencia se ocupa con el fin de descubrir sus causas. Cuando esta inhibición invade el campo moral, por ejemplo, cuando se trata de los dinamismos, como el instinto de dominación, de superioridad y el instinto sexual, la psicoterapia no podría, sin más, tratar esta inhibición del yo como una especie de fatalidad, como una tiranía del estímulo afectivo, que brota del subconsciente y que escapa simplemente al control de la conciencia y del alma. Téngase en cuenta de no rebajar rápidamente el hombre concreto con su carácter personal al rango del bruto. No obstante las buenas intenciones del terapeuta, hay espíritus delicados que se resienten amargamente de esta degradación al plano de la vida instintiva y sensitiva. Ni se han de olvidar tampoco nuestras observaciones precedentes sobre el orden de la importancia de las funciones y el cometido de su dirección central

4) El hombre como unidad trascendente que tiende hacia Dios

Este último aspecto del hombre plantea tres cuestiones que no querríamos pasar por alto.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-09 10:44:33.

En primer lugar, la investigación científica atrae la atención hacia un dinamismo que, radicado en las profundidades del psiquismo, empujaría al hombre hacia el infinito, que lo supera, no haciéndoselo conocer sino por una gravitación ascendente derivada directamente del sustrato ontológico. Se ve en ese dinamismo una fuerza independiente, la más fundamental y la más elemental del alma, un impulso afectivo que conduce inmediatamente a lo divino.

Esta afirmación nos lleva en seguida a una observación: si se declara que ese dinamismo se encuentra en el origen de todas las religiones, y que él significa el elemento común a todas ellas, sabemos, por otra parte, que las religiones, el conocimiento natural y sobrenatural de Dios y de su culto no proceden del inconsciente o del subconsciente ni de un impulso afectivo, sino del conocimiento claro y cierto de Dios por medio de su revelación natural y positiva.

Afirmado esto, queda todavía la cuestión de este misterioso dinamismo. Se podría decir, a este propósito, lo siguiente: no hace falta en verdad acusar a la psicología profunda cuando ella se ampara en el contenido del psiquismo religioso, se esfuerza por analizarlo y reducirlo a sistema científico, aunque esta investigación sea nueva y su terminología se encuentre en el pasado. Recordamos este último punto porque fácilmente se crean equívocos al atribuir la psicología un sentido nuevo a expresiones ya en uso. Por ambas partes se necesitará prudencia y reserva para evitar falsas interpretaciones y hacer posible una comprensión recíproca»

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-09 10:44:33.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-09 10:44:33.

Indice analítico

abstinencia de alcohol: 432
abuso alcohol: 432
– fármacos: 445
acatisia: 488
acetilcolina: 248
acompañamiento: 213
– a los enfermos: 179
– a depresivos: 243
– a personas homosexuales: 396
acto conyugal: *véase* sexualidad: 481
acto sexual: *véase* sexualidad: 92
acto suicida: 238 ss.
adaptación, trastornos de: 315
adicción a internet: 426
– a los alimentos: *véase* bulimia: 424
– al alcohol y drogas: 431
– al juego: *véase* ludopatía: 417, 424
– al sexo: *véase* sexualidad: 387, 425
– a la televisión: 426
aditivas, conductas: 427
adolescencia: 44
– y sexualidad: 144
afectividad: 44, 75
afectos: 75
afrontamiento del estrés: 284
agorafobia: 210, 307
agresivas, conductas: 171, 185
agresividad: 456
alcohol, adicción al: 431
alcoholismo: 210, 432
alma: 75, 156
alteraciones de la sexualidad: 381
altruismo: 463
alucinaciones: 227
Alzheimer, enfermedad de: 467
ambiente: 130
amnesia disociativa: 347
amor conyugal: 206
amor personal: 59, 66
amor, pasionalización del: 69
análisis existencial: 493
ancianos: 151, 480
ángeles: 230
angustia: 303
anhedonía sexual:389
ánimo, estabilizadores de: 489
– estado de: 361
anorexia: 443
ansiedad: 210, 266, 303
– fóbica: 305
– generalizada: 307
ansiógeno: 310
ansiolíticos: 490
ansiosa, personalidad: 333
anticonvulsionantes: 417
antidepresivos: 489
antiepilépticos: 489
antipsicóticos: 488
antisocial, personalidad: 329
antropología: 31, 65, 191
– y sufrimiento: 155
«apoderamiento» (de la salud): 122
apnea de sueño: 252
Asperger, síndrome de: 272
atención espiritual: *v.* acompañamiento: 213, 222, 368
atracción sexual: 391
autismo: 272
autoconciencia: 329
autoconocimiento: 132
autoinfligida, enfermedad: 348
autolisis: *véase* suicidio: 237, 242, 272, 479

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-09 10:44:33.

autonomía: 191
bienestar: 113
biología y antropología: 88
bipolar, trastorno: 371
bisexual: 393
BN:443
borderline, personalidad:121
bulimia: 424, 445
Burnout, síndrome de: 277, 278
cannabis:435
cansancio: 280
carácter: 119
castidad: 82
catecolaminas: 248
celibato: 81
ciclo menstrual: 483
– vital: 129, 151
ciclotimia: 117, 268, 375
CIE-10: 167, 216, 305, 314, 340, 371, 391, 461
cleptomanía: 417
clismafilia: 385
cocaína: 436
coleccionismo, obsesión de: 406
compra compulsiva: 418
compromiso: 63, 73, 79
compulsión: 406
compulsividad: 386
comunicación familiar: 296
comunidad de S. Egidio: 275
conciencia, trastornos de la: 170, 186, 347
conducta alimentaria, trastornos de: 211, 443
– adictiva: 387, 427
– agresiva: 144, 163
– sexual: 379
confianza: 104, 134
confidencialidad: 260
conflictos familiares: 291
compromiso: 63, 79
comunicación: 296
contaminación, obsesión de: 405
contar, compulsión de: 407
consejo médico: 367, 490
– espiritual: *véase* acompañamiento: 221
consentimiento: 175
conversión, trastornos de: 345, 352
conversivos, trastornos: 339
coprolalia: 385
corazón, lenguaje del: 83
crisis, momentos de: 147
– juvenil: 145
– edad adulta: 147
«cristal» (droga): 436
cromosomas sexuales: 382
crónica, enfermedad, *véase* enfermedad crónica: 461
cuidador de enfermos: 183, 200, 473
cuidador, síndrome del: 200
cuidar: 183
culpa normal y culpa patológica: 218
culpabilidad: 367
déficit atención, trastornos por: 262
delirante, trastorno: 458
demencia, enfermos con: 467
demonio: 229
dependencia: 191
– de alcohol: 433
– sexual, véase *parafilias*: 386
dependiente, personalidad: 334
depresión: 210, 269, 361
– modelo interpretativo: 364
– delirante: 364, 488
– psicótica: 365
– y suicidio: 269
derechos humanos: 35
desafiante, trastorno: 265
desarraigo: 283
descanso: 130, 249, 484
desconfianza: 109, 327, 358, 438, 150, 207, 299
deseo de morir: 237, 272
desesperanza: 106, 136, 241, 260, 282, 318, 362, 415, 433, 457, 463
desintoxicación: 437
determinismo: 45, 64
deterioro cognitivo: 433, 451
dignidad de la persona: 25
dificultades: 67, 391
– de adaptación: 241, 418
– de convivencia: 121
Dios: 135, 151, 368
Dios y ciclo vital: 151
discapacidad: 193
discapacitados: 172, 189

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-09 10:44:33.

discernimiento: 225, 228
discinesia: 488
disease-mongering: 117
diseño, drogas de: 434
disforia: 167, 382, 437, 447, 483
disforia sexual: 384
disfunción eréctil: 389
disfunción sexual: 388
dismórfico, trastorno: 351, 353
disociativos, trastornos: 167, 233, 340, 346
disocial: *véase* personalidad antisocial: 130, 319, 329, 336
dispareunia: 389
distimia: 270, 363
distrés: 277, 278
dolor: 155
dolor, sentido de: 160
dolor, trastornos por: 356
DOM (droga): 436
drogas: 431
– de síntesis: 435
DSM-4: 235, 340, 391
DSM-5: 167, 216, 263, 305, 324, 326, 341, 363, 371, 381, 411, 421, 430, 443, 460-461, 467
duda, obsesión de: 405
duelo: 119, 243, 316, 321, 362
educación de sentimientos: 44
– en la familia: 397
– y sociedad: 59
– objetiva y subjetiva: 80, 81
– sexual: 386
egocentrismo: 109
egosintónico/egodistónico: 268, 446
elección conyugal: 205
electroshock: 396
embarazo: 481
emociones: , *véase* afectos: 281, 307
emocionales, personalidades: 329
emotivismo: 45
empatía: 125
enamoramiento: 146, 206
enfermedad: 113
– crónica: 461
– mental: 163
– mental y posesión diabólica: 229
enfermos y familia: 160
enuresis: 253
envejecimiento: 149, 199
epilepsia: 233
equilibrio psíquico: 125
escrúpulos: 109
esperanza: 106, 133, 159, 175, 209, 217, 243, 286
espíritu, espiritualidad: 68, 100, 225, 368, 471
esquizoafectivo: 488
esquizofrenia: 211, 271, 451
esquizoide, personalidad: 328
esquizotípica, personalidad: 328
estabilizadores del ánimo: 489
estigmas: 358, 444, 455
estrés: 277
estresor: 278, 280
estresores cotidianos: 241
– extraordinarios: 280
estructura familiar: 296
ética, responsabilidad: 60, 183, 188
etilismo: *véase* alcoholismo
evitativa, personalidad: 333
excéntrico: 326
existencia, exitencial, existencialismo: 137, 237, 493
exhibicionismo: 385, 469
exorcismo: 230
explosivo, trastorno: 414, 416
éxtasis (religión): 226
– (droga): 434
eyaculación precoz: 389
facticio, trastorno: 340
factores ambientales: 130
factores de riesgo: 122, 131, 240, 388, 427
familia: 41, 160, 203, 291, 378
– y acompañamiento: 188
– y conflictos: 291
– y enfermos mentales: *véase* enfermos mentales y acompañamiento: 188
– modelos de: 48
– y sexualidad: 397
– y sociedad: 52
– y sufrimiento: 160
fármacos: 311
fastidios diarios: 280
fecundidad sex.: 93
felicidad: 70

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-09 10:44:33.

femenino: 120, 316, 341, 382, 453, 477
fenómenos místicos: 226, 228
fibromialgia: 115, 120, 167, 341, 462
ficticios, trastornos: 340
fobias, *véase* ansiedad fóbica: 102, 179, 213, 231, 267, 306, 328, 373, 407, 427, 489
formación personal: 78
fortaleza: 38
frigidez: 388
fuga psicógena: 340, 347
GABA: 248
Ganser, síndrome de: 340, 347
gay: *véase* homosexualidad: 391
generalizado del desarrollo, trastorno: 272
genoma: 115
gracia sacramental: No aparece
gonocorismo: 169
gobierno y sociedad: 61
grupos sociales: 122
– de apoyo: 464
habilidades sociales: 131, 145, 271, 327, 334, 377, 455, 496
hijo: 37, 41
hiperactividad: 262
– sexual: 386
hipocondría: 353
hipnosis: 231, 313
hipnóticos: 490
histeria: 339
histriónica, personalidad: 332, 341
hombre: 42
hombre-mujer: diferencias: 169
homeostasis: 203, 247, 277
homosexualidad: 402, 391
– y vida cristiana: 402
hormonas sexuales: 89, 121, 382, 392
humanismo: *véase* hombre: 21
humor: 268
– trastornos de: 268
ideas suicidas: 238
identidad personal: 41, 42, 101, 335
– afectiva y sexual: 43
ideología de género: 394
incapacidad mental: 275
IMAO: 489
incentivos: 135, 146, 348
inestables, personalidades: 329
individualismo: 71, 195
impotencia sexual: 489
impulso sexual: 387
impulsos: 413
impulsividad: 111, 413
inatención: 207, 262
incapacidad mental: 275
indecisa, personalidad: 335
incomunicación conyugal: 207
individualismo: 71, 195
inestabilidad afectiva: 110
infancia: 143
información: *véase,* consentimiento informado: 175
inquietud: 109
insegura, personalidad: 102, 134
insomnio: 254
instinto sexual: *véase* sexualidad: 145, 498
instituciones: 199
inteligencia: 76
intersexuales, estados: 382
intimidad: 49
intersubjetividad social: 51
internet, adicción a: 426
intranquilidad: 264, 318
jubilación: 150, 165
juego patológico, *véase* ludopatía: 417, 424
juventud: 144
lactancia: 142
lealtad institucional: 73
lenguaje, problemas de: 271, 373, 453
lesbianismo: 393
libertad: 53
– trascendental: 33
– y compromiso: 63, 66
– y conciencia de enfermedad: 169
– y lealtad institucional: No aparece
libido: *véase* sexualidad: 318
libre albedrío: 64
límite, personalidad: 331
limpieza, compulsión de: 406
locuciones: 226
logoterapia: 493
LSD: 431, 436
ludopatía: 414, 417, 424, 428
madre, maternidad: 477
madurez: 103, 146

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-09 10:44:33.

malestar emocional: 264, 282, 286
maltrato: 328, 348
manías: 371 ss.
manifestaciones sobrenaturales: 225
marcos relacionales: 294
materialismo: 69
matrimonio, *véase* familia: 52
– y trastornos psíquicos: 205, 209
MDEA: 436
MDMA: 436
medicina preventiva: 121
melancolía: 365
memoria, trastornos de: 489
menarquia: 477
menopausia: 477, 483
menores, *véase* infancia: 179, 260
menstruación: 483
mentiras: 231, 333
miedo: 266
místico/misticismo: 226
modelos de personalidad: 105
muerte: 150
mujer: 477
narcisista, personalidad: 332
necesidades:
– espirituales: 458
– sociales: 328
necrofilia: 385
negativista, trastorno: 265
neurastenia: 305
neurolépticos: 387, 415, 488
neurosis: 167, 305
– de ansiedad: 305
– psicógena: 305
nido vacío, síndrome del: 149
nihilismo: 67
ninfomanía: 387
niños, véase infancia: 259
normalidad psíquica: 126
– sexual: 379
NREM: 248
obsesiones: 405
obsesiva-compulsiva, personalidad: 335
obsesivo-compulsivo, trastorno: 267, 405
ocio, tiempo libre: 130, 135, 435
ocupación: 281
olvido: 109, 136, 359
oposicionista, conducta: 266
oración: 220
orgasmo: 389
orientación sexual: 391
paciente: 189, 377, 473
padres-hijos: 42, 103
paidofilia: 385
pánico, trastorno de: 307
parafilias: 384
paranoia: 113, 127, 217, 233
paranoide, personalidad: 327
parapsicología: 226
paro involuntario: 281
parto: 477, 482
pasión: 56, 65, 69
paz: 80
pecado: 160, 215, 218
pedofilia: 425
perdón: 110
perfeccionismo: 108
persona: 31, 41, 49, 76, 151
– y esfera afectiva: 76
– y familia: 41
– y grupos sociales: 29
– y sociedad: 49
personalidad: 99
– ansiosa: 309
– antisocial: 329
– dependiente: 334
– depresiva: 343
– evitativa: 333
– esquizotípica: 328
– esquizoide: 328
– estilos de: 105
– histriónica: 332, 341
– inestable: 242
– límite: 331
– narcisista: 332
– obsesivo-compulsiva: 335
– paranoide: 327
– trastornos de: 72, 211, 325
personas raras o extrañas: 326
pesadillas: 248, 253, 257
pesimismo: 111
piedad: 135
piromanía: 417
plasticidad sexual: 394

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-09 10:44:33.

posesión diabólica: 229
prenatal, periodo: 141
preternatural: 226
preventiva, medicina: 121, 117
primera infancia: 143
proyecto vital: 137
– personal: 95
psicoanálisis: 492
psicoeducación: 265, 270, 455
psicofármacos: 255, 487
– y mujer: 484
psicología diferencial: 485
psicología evolutiva: 141
psicológicos, factores: 168
psicópata: 164, 215, 229
psicopatología y ciclo menstrual: 483
– y embarazo: 481
psicosis: 166
psicosis no afectivas: 271
psicosomática, enfermedad: 120
– medicina: 119, 464
psicoterapia: 312, 491
– conyugal: 492
– de grupo: 492
– dinámica breve: 492
– familiar: 492
– cognitiva: 493
– conductual: 493
– sistémica: 493
psicótica, depresión: 365
psicóticos, trastornos: 72, 451
psiquiatría social: 168
– y fenómenos místicos: 226
pubertad: 144
puerperio: 480
rarezas: 229, 371
rascado compulsivo: 417
razón: 75
rechazo sexual: 389
rehabilitación (drogas): 437
rehabilitación psiquiátrica: 494
relación: 78, 173
– terapéutica: 173
relajación: 131
– técnicas: 255, 268, 288, 346, 360, 415
religión: 95, 135, 221
– y salud mental: 135
– ayuda de la: 221
REM: 248
RM: 274
resentimiento: 118, 134, 144, 150, 223, 364
respeto: 31
responsabilidad ética: 175, 183
retraso mental: 274
Rett, síndrome de: 272, 274
revelaciones: 226
rigidificación: 310
sacramentos: 135, 215, 234, 275, 402
salud: 113
– y cultura: 115
– y género: 120
salud mental: pamssim: 125, 216, 225, 484
– y proyecto vital: 137
– y religión: 135
– salud y sueño: 249
salvación: 219, 230, 234
santidad: 213
satanás, *véase* demonio: 230
satiriasis: 387
secreto profesional: 180
sensaciones: 68
sensibilidad: 81
sentido de la vida: 136, 138, 176, 197, 237, 318, 365
sentimientos: *véase* afectos: 78
serotonina: 489
«sexo débil»: 479
sexualidad humana: 85 ss.; 379 ss.
– educación de la: 45, 386
– y dependencia: 189
simetría, obsesión de: 268, 405
simulación: 348
síndrome
– premenstrual: 341, 477, 483
– del cuidador: 200, 473
– de «don Juan»: 387
– del nido vacío: 149
– demonopático de disociación de la personalidad: 233
sobrecarga del cuidador: 200, 474
sobrenaturales, manifestaciones: 225
sobreprotección: 187
socialización: 102

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-09 10:44:33.

sociedad: 49
– de consumo: 56
– e historia: 59
– y derecho: 58
– y lenguaje: 57
soledad: 46, 50, 82, 147, 150, 156, 221, 273, 284, 308, 328, 334, 362, 413, 420, 446
solidaridad: 109, 123, 128, 160
somatización: 352
somatoforme, trastorno: 352
somatomorfo, trastorno: 351, 354
somniloquios: 253
somnolencia: 248, 252, 489
sonambulismo: 252
sueño: 247
– cuidado del: 135
– problemas de: 108, 145, 251, 279
– y neurobiología: 247
sueños: 250
sufrimiento: *véase* dolor: 155
sufrimiento psíquico: 156
suicidio: 237, 272
– valoración ética: 244
suspicacia: 109
tabaco: 113, 118, 146, 264, 279, 392, 423, 431, 434, 473
TCA: 443
TDAH: 262
TEC: 490
temerosa, personalidad: 333
temor: 70, 100, 105, 152, 199, 208, 229, 252, 259, 268, 299, 304, 326, 331, 395, 405, 447, 492
temperamento: 100
tendencia sexual: 400
terapeuta: 173
terapia electroconvulsiva: 490
terapias psicológicas: 491
ternura: 44, 79
test de personalidad: 214, 217
TGD: 272
TIS: 381
TOC: 267, 407
tolerancia: 132
trabajo: 52
transexualismo: 381
trascendencia: 128
trastornos de adaptación: 315
– de comportamiento: 318, 319, 320
– de conducta alimentaria: 443, 211
– de pánico: 306
– de personalidad: 325
– delirante: 458
– explosivo intermitente: 416
– mixto ansioso-depresivo: 307
– negativista desafiante: 265
– obsesivo-compulsivo: 405
– conversivos, disociativos y ficticios: 339
– de ansiedad: 266, 303
– del control de los impulsos: 413
– de identidad sexual: 381
– del humor en niños: 268
– depresivos: *véase* depresión: 361
– disociativos: 233, 346
– mentales: 163
– neuróticos: 166, 305
– psicosexuales: 379
– psicóticos: 451
– somatomorfos: 351
trasvestismo: 381
tricotilomanía: 417
tristeza: 361
unidad personal: 218
vacunación de estrés: 287
valores: 67
vandalismo: 319
vejez: 150
verdad: 65, 68
vida espiritual y enfermedad psíquica: 213
vida laboral: 376
vida, etapas de la: 152
violencia: 427
virtud: 44
visiones: 226
vocación: 103
voluntad: 49
voyeurismo: 385
vulnerabilidad de la mujer: 479
vulnerabilidad, factores de: 210
vinculación, estilos: 103
yo: 31
zoofilia: 385

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-09 10:44:33.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-09 10:44:33.

Indice de autores

A

Aardweg, G.J.M., van den: 404
Abad, M.A.: 172
Abellán García, A.: 193
Abramowitz, J.S.: 314, 411
Adorno, T.W.: 35
Agüera Ortiz, L.F.: 476
Aguiló, A.: No aparece
Aguirre-Acevedol, D.: 202
Agustín, san: 67
Álava-Reyes M.J.: 257
Alanko, K.: No aparece
Alonso-Fernández, F.: 423, 425, 426, 427, 430
Alonso Pérez, Y.: 450
Alonso, A.: 124
Altarejos, F.: 51
Alva, J. de: 430
Álvarez Romero, M.: 7, 113, 139
Alvir, J.M.J.: 460
Alvira, R.: 39
Alzheimer, A.: 467
Amador, X.: 378
Amat Aguirre, E. (†): 7, 173
American Psychiatric Aciation: 460
Amminger, P.: 460
Andree, B.: 23
Anderson: 171
Andreasen, N.: 460
Antón Fructuoso, P.: 7, 423
Aparisi Laporta, I.: 28
Aranguren, J.: 39
Araújo, V.: 197
Arellano, J.: 62
Arendt, A.: 196
Arendt, H.: 196, 201
Aristóteles: 55, 70, 71, 80, 196, 244
Arnáiz, S.: 157
Artigas, M.: 454
Asociación Mundial de Psiquiatría: 23, 413
Asperger: 272, 274
Astiasarán, I.: 449
Astudillo, W.: 190
Aubá, F.: 7, 361, 487
Avia, M.D.: 360
Aviñó Navarro, E.: 7, 405
Ayllón, J.R.: 34, 35, 62

B

Baca, E.: 211, 314, 460, 496
Baetz, M.: 23
Baggio, A.: 195, 201
Baker, L.: 205, 391
Balducci, C.: 229, 230, 232, 233, 235
Bañares, J. I.: 63, 74
Bañares, L.: 55
Barbaree, H.E.: 385
Barceló Iranzo, M.: 7, 371, 461
Barcia Salorio, D.: 324

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-09 10:44:33.

Barredo, P.A.: 476
Barrio Campo, J.A. del: 202
Barkley, R.A.: 276
Barlow, D.: 337
Barnhouse, R.T.: 226, 235
Baron, R.A.: 112
Barrio Maestre, J.M.: 7, 31, 74
Barrio, M.V. del: 276
Bartlett, A.: 396
Bascarán, M.T.: 246
Baumgarter, I.: 223
Bayer, R.: 391
Beard: 305
Beker, J.V.: 384, 385
Beck, A.: 314
Becoña, E.: 441
Belloch, A.: 360
Benett, P.: 139
Benjamin, J.: 349
Berger, K.S.: 154
Berk, M.: 460
Bermúdez, J.: 112
Bernal, J.G.: 202
Bernard, C.: 277
Bernard, P.: 190, 310
Berns, G.: 197
Berrios, G.E.: 172, 411
Besteiro González, J.L.: 8, 325, 369
Bhugra, D.: 226, 235
Bieber, I.: 396
Biederman, J.: 276
Bilder, R.: 460
Blancafort, F.: 441
Blanco, A.: 450
Bless H.: 403
Bleuler: 169
Bloch, S.: 211, 496
Bobbio, N.: 34
Bobes-Garcia, J.: 246
Bobes, J.: 314
Boecio: 31
Boehnlein, J.K.: 225, 235
Bofarull, I.: 48
Boivin, J.F.: 205
Bonjoch, M.: 202
Borg, J.: 23
Borghello, U.: 301
Botella, C.: 360
Bousoño, M.: 246
Bradbury, T.N.: 204, 205
Bradley, S.J.: 383
Bratton, M.: 227, 235
Bringué, X.: 430
Briquet, P.: 339, 340, 352
Brisset, C.H.: 310
Brown, R.L: 466
Bruni, L.: 196
Brusco, A.: 161
Buela-Casal: 257
Bulbena, A.: 314
Burke, T:W.: 400
Bush, C.M.: 329
Buttiglione, R.: 48
Byme, D.: 112

C

Cabaco, A.S.: 202
Caballo, V.: 411
Cabanyes Truffino, J.: 8, 14, 15, 16, 99, 125, 173, 237, 247
Cáceres, M.: 202
Caffarra, C.: 481
Cain, C.: no
Calafat, A.: 441
Calkins, A.W.: 314
Calvo Charro, M.: 485
Camus, A.: 158, 237
Canedo Magariños, C.: 8, 477
Cannon, W.: 277
Cano Prous, A.: 8, 97, 203, 211, 276, 315, 450
Cantalejo, J.M.: 201
Cañas, F.: 460
Cañas, J.L.: 430, 441
Carballo, C.: 190
Carboles, J.A.: 411
Cardona Pescador, J.: 369
Carrasco de Paula, I.: 399, 400, 403
Carrasco, J.L.: 337, 421, 430
Carreño Gomariz, P.A.: 29
Carreras, J.: 48
Carretero, M.: 154
Caruso, I.: 211, 496
Casanova, J.: 435

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-09 10:44:33.

Casares, J.: 303
Casas, Mª de la L.: 403
Case, P.: 400
Caspy, A.: 205
Castilla de Cortázar: 97
Castilla del Pino, C.: 310
Castillo, G.: 301
Casulá, V.: 449
Catecismo de la Iglesia Católica: 76, 230, 402
Cervera Enguix, S.: 8, 203, 361, 450, 487
Cervilla Ballesteros, J.A.: 476
Cesana, G.: 182
Charcot: 339
Charney, D.S.: 276
Chiclana Actis, C.: 8, 259
Chodoff, P.: 211, 496
Cini Tanario, A.: 229, 235
Claret, B.J.: 230
Clark, K.: 314
Cleckley, H.: 330
Cloninger, C.R.: 100
Cloninger, S.C.: 112
Cobo, R.: 276
Cochram, S.D.: 400
Coda, P.: 195, 201
Código Derecho Canónico: 230, 245
Cohan, C.L.: 205
Cohen, B.J.: 172
Cohen, R.: 397, 399, 403
Cohler, B.J.: 244
Cohn, D.A.: 206
Collazos, F.: 460
Colom, F.: 187, 190, 369
Colomer, J.C.: 161
Concilio Vaticano II: 214, 244
Conde López, V.: 369
Conde, J.: 155
Conferencia Episcopal Española: 48
Conley, J.J.: 205
Consejo Pontificio para la Familia: 48, 301, 390
Consejo Pontificio para la Pastoral de los Agentes Sanitarios: 156, 182, 369, 466
Contreras Chicote, M.: 97
Coolidge, F.L.: 325
Cook, Ch.: 235
Cooper, C.L.: 289
Cooper, Z.: 449
Corbitt, E.M.: 329
Corlett, E.N.: 289
Cortina, P.: 124
Costa, P.T.: 325, 329
Cowan, C.P.: 206
Cowan, P.A.: 206
Cox, J.L.: 23, 235
Cox, T.: 289
Crespo, M.: 201
Crohn: 461
Check, P.: 403, 404
Crown, S.: 234
Cruz, J.; 53
Cuadrado Tapia, A.: 161
Cuenca, E.: 314
Cuesta, M.J.: 369
Cueto, A.: 124
Cuevas Badenes, J.: 441
Cullen: 305
Cummings: 346
Cunillera, C.: 441
Cushing: 462

D

D'Agostino,F.: 48
D,Onofrio, F.: 161
Dalle, B.: 168
Dallen, J.: 230
Dante: 245
Dayn, H.J.: 396
Davis, J.: 460
Davis, R.D.: 100
Dean, O.: 460
cf Irala
Devinsky, O.: 234
Dewe, Ph.: 289
Dexter, G.: 190
Diaz, M.: 421, 430
Diez Suarez, A.: 9, 259
Dodd, S.: 460
Doll, H.A.: 449
Domínguez, M.: 124
Donati, P.P.: 195, 196, 201
Druss R.G.: 465
Du Fort, G.G.: 205
Dufner, M.: 223

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-09 10:44:33.

Durand, V.M.: 337

E

Echeburúa, E.: 387, 427, 429, 430
Egidio, Comunidad de san: 275
Elmer, L.J.: 230
Elósegui, M.: 404
Eklund, M.: 188, 190
Eriksen: 278
Escamilla Canales, I.: 9, 259
Escrivá de Balaguer, san Josemaría: 37, 118
Esquirol: 166
Esteban, M.: 172
Evangelium vitae, enc.: 158, 244
Everly: 280
Evre, H.: 460
Ey, H.: 310
Eysenck, H.J.: 112, 311, 339
Ezcurra, J.: 450
Ezquerra Iribarren, J.A.: 476

F

Fairburn, C.G.: 449
Farde, L.: 23
Farmer, M.E.: 209
Favazza, A.R.: 231
Feng, D.: 205
Fenton, K.A.: 400
Fenwick, P.: 226
Fernández Crehuet, J.: 124
Fernández Gómez, C.: 441
Fernández, L.J.: 441
Ferrando Bundío, L.: 485
Ferrer i Balsebre, L.: 190
Ferrer, J.: 441
Figueroa Quintana, A.: 9, 259, 404
Fiores, S. de: 229, 235
Flores, S. de: 229, 235
Flores, T.: 462
Folkman: 285
Font i Rodon, J.: 235
Fornés, J.: 190
Fortea, J.A.: 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 441
Francisco, papa: 41, 69, 97
Franco, B.: 460
Frankl, V.E.: 71, 119, 150, 157, 158, 159, 161, 182, 223, 314, 464, 493, 494
Freidman, H.S.: 289
Freixas, T.: 281, 289
Freud, S.: 22, 23, 65, 237, 279, 305, 339, 340, 492, 493
Fridell, S.R.: 383
Fronza, L.: 195, 201
Fuentenebro, F.: 155
Fuentes Mendiola, A.: 223
Fulford, B.: 22, 23, 233
Fulford, K.W.M.: 226, 227, 233
Furer, P.: 314
Fuhrmann, C.: 449

G

Gagey, J.: 228, 235
Galeno: 119
Galindo, M.: 202
Gálvez, R.: 124
Gamazo Garrán, P.: 9, 259
Gándara, J. de la: 289
Ganser: 340, 347
García-Alberca, J.M.: 476
García Campado, J.: 485
García Cuadrado, J.A.: 9, 63
García, F.: 430
García de Vicente, J.C.: 9, 28, 391
García Madruga, J.A.: 154
García Prieto, A.: 9, 246, 325, 369
García Rodríguez, J.A.: 441
García-Hoz, V.: 430
García-Morato, J.R.: 9, 75, 76, 78, 81, 84, 85
García-Ruiz, P.: 201
García-Villamisar, D.: 9, 139, 276, 277, 281, 289
Garske, J.P.: 211, 496
Gas Aixandri, M.: 202
Gastó, C.: 314
Gauthier, R.: 386
Gavito, D.: 53
Gebsattel, F. von: 211, 496
Geisler, S.: 460
Gelder, M.C.: 460
George, L.K.: 209
Gering, R.J.: 139

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-09 10:44:33.

Gestal, J.J.: 124
Gila, A.: 449
Gilligan, C.: 197, 201
Giner, J.: 314
Ginzburg, E.: 159
Giordani, I.: 199, 201
Giraldo, D.: 202
Gitlin, M.: 226
Gleason, R.W.: 404
Glick, I.D.: 204
Goffi, T.: 229, 235
Goldberg, I.: 426
Goldman, R.: 460
Goleman, D.: 84
Gómez Gracia, E.: 124
Gómez Pérez, R.: 62
Gómez, L.I.: 124
González Martín, M.R.: 10, 291, 301
González-Pinto, A.: 450
González, A.: 190, 314
Gonzalo, L.M.: 257
Gordillo Alvarez, M.V.: 197
Gorman, P.: 139
Gracía-Portilla, M.P.: 246
Gracia, R.: 421, 430
Gracián y Morales, B.: 117
Graell, M.: 450
Grau, A.: 314
Green, S.A.: 211, 496
Greenberg, D.: 228
Griffiths: 427
Grof, S.: 226
Groves, M.S.: 464
Grün, A.: 223
Gual, P.: 449
Gual García, P.: 10, 443, 450
Guardini, R.: 112, 145, 147, 151, 154
Gudin, M.: 76, 84
Guerra, A.: 229, 235
Gull, W.: 445
Gurman, A.S.: 206, 210
Gutiérrez-Fraile, M.: 450
Gutman, D.: 197

H

Hadjadj, F.: 97
Hafner, H.: 172
Hagmaier, G.: 404
Hales, R.E.: 349, 385
Hallman, J.M.: 395
Halmi, K.: 449
Halterer, L.: 396
Hanson, R.K.: 386
Healy, J.: 23
Heidegger, M.: 32, 33, 159
Heinrot: 119
Hellon, C.P.: 239
Heras, J. de las: 112, 139, 337
Herbener, E.S.: 205
Herman, J.L.: 385
Hernández, Miguel: 94
Herodes, rey: 67
Herrán, A.: 369
Hietala, J.: 23
Hildebrand, D. Von: 39, 76, 84
Hipócrates: 119, 180, 305, 339
Hirvonen, J.: 23
Hochmann: 168
Hogarty: 171
Hollander, E.: 314
Holmes: 280
Honnings, B.: 159
Horkheimer: 35
Horney, K.: 168
Hughes, D.M.: 430
Huguelet, Ph.: 235
Hurlock, E.: 145
Hyman, B.: 411

I

Ibáñez Cuadrado, A.: 430
Iglesias, A.I.S.: 202
Imirizaldu-Pandilla, M.: 450
Introvigne, M.: 230
Irala, J. de: 97, 390, 396, 404, 449, 450
Iwamasa, G.Y.: 139

J

Jacka, F.N.: 460
Jackson, M.: 227, 235
Jacobson, N.S.: 206, 210, 360
James, W.: 233

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-09 10:44:33.

Janet: 305, 339
Jaspers, K.: 169
Jenuwine, M.J.: 244
Jiménez Díaz, C.: 119
Johanson, H.: 188, 190
Johnson, B.R.: 384, 385
Jonas, M.: 69
Jones, S.L.: 396
Jones, D.: 184, 188, 190
Josephson, A.M.: 235
Juan de la Cruz, san: 227
Juan, M.: 441
Juan Bautista, san: 67
Juan Crisóstomo, san:157
Juan Pablo II, san: 35, 39, 48, 68, 69, 78, 82, 156, 157, 158, 161, 219, 220, 235, 244, 440, 466

K

Kahun: 339
Kanner: 280
Kant, E.: 34, 70, 158, 244
Kaplan, H.L.: 337, 360
Kaplan, I.: 226
Karasek, R.A.: 289
Karlsson, H.: 23
Karney, B.R.: 204, 205
Karno, M.: 209
Karten, E.Y.: 396
Katz-Wise, S.L.: 394
Kasper, W.: 230, 235
Kavoussi, R.J.: 385
Kelly, E.L.: 205
Kendrick, T.: 139
Kernberg, O.: 332
Kilts, C.: 197
King, M.: 396
Kinsey, A.: 394
Kittay, E.F.: 197, 202
Klimo, J.: 246
Kobasa, S.C.: 289
Koenig, H.G.: 23, 235
Kohut, H.: 332
Kolbe, M.: 245
Koran, L.: 411
Koupernik, C.: 168
Kovacs: 118
Kove V.: 205
Kraepelin, E.: 166, 169, 305
Kramet, M.: 209
Kramlinger, K.: 369
Kretschmer: 339

L

L'Hermitte, J.: 229
La Bruyére, J. de: 337
Labrador, F.J.: 289, 388
Lacasa, P.: 154
Lahortiga Ramos, F.: 10, 145, 154, 276, 443, 449, 450
Lai, G.: 234
Laín Entralgo, P.: 173, 177, 182
Langevin, G.: 73
Larousse, P.A.: 116
Lasa, L.: 449
Lasègue, E.: 445
Laurentin, R.: 229, 233, 235
Lawrence, R.M.: 225
Laws, D.R.: 385
Lázaro, J.: 211, 496
Lazarus, R.S.: 282, 285, 286, 289
Le Breton, D.: 161
Le Vay: 392
Leal Cercós, C.: 349, 485
Leal Cercós, M.I.: 349
Leckman, J.F.: 276
Leclercq, C.K.: 78
Lehman, K.: 235
Lemos, S.: 325, 326, 337
León, J.L.: 161, 214
Lerch, Ph.: 84
Letamendi, J. de: 304
Levenson, J.L.: 464, 485
Lewis, C.S.: 37, 77, 84
Lee-Chiong, L.: 257
Limburg, H.J.: 230
Livesley, W.J.: 329, 332
Llano, A.: 46, 67, 157, 196
Lobato, M.J.: 186, 190
Locke, B.Z.: 209
Loperal, F.: 202
López Moratalla, N.: 45, 84, 97, 485

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-09 10:44:33.

López, G.: 390
López-Ibor, J.J.: 23, 235, 309, 449, 460
Lorda, J.L.: 390
Lorenzi, C.: 23
Lowry, C.B.: 383
Lu, F.G.: 226, 235
Lucas Collantes, M. de: 8, 141
Lugaresi, E.: 257
Lukoff, D.: 225, 226, 235
Lynn, S.J.: 211, 496

M

MacIntyre, A.: 191, 196, 202
Mackay, C.J.: 289
Madoz, V.: 435
Madrid López, R.I.: 430
Madrigal, H.: 449
Maes, M.: 460
Magrané, M.: 441
Maing, D.M.: 383
Maj, M.: 449
Malinowski, B.: 169
Malley, J.: 228
Mandelli, L.: 23
Marañón, G.: 118
Marcel, G.: 55
March, J.S.: 276
Marchesi, A.: 154
Marconcini, B.: 229
Marcuello, A.C.: 404
Mardomingo, M.J.: 172, 276
Marek Marzanski: 227, 235
Marshall, W.L.: 385
Martín, A.: 276
Martín, M.D.: 349
Martín Carrasco, M.: 10, 23, 467, 476
Martín Descalzo, J.L.: 158
Martín López, E.: 301
Martínez, J.: 201
Martínez, P.: 207
Martínez, M.P.: 360
Martínez Cano, P.:
Martínez González, M.A.: 124, 449, 450
Martínez Hernández, J.: 124
Martínez-Caro P.: 301
Martínez-Sierra, G.: 325
Marzanski, M.: 227, 235
Mason, J.W.: 289
McCrae, R.R.: 325, 329
McGrath, J.: 460
McGorry, P.D.: 460
McHugh, P.: 384
Mediano Cortés, M.L.: 10, 303
Medina Estévez, J.A.: 231
Medina Ojeda, G.: 369
Melendo, T.: 65, 301
Melián García, A.: 10, 125
Mendel, D.: 182
Méndez, L.: 201, 202
Mesa, P.J.: 390
Meyers-Kittay: 197
Meyers, D.T.: 202
Michal, M.: 463
Millán-Puelles, A.: 31, 32, 33, 35, 36, 39, 62
Millán-Puelles, L.: 301
Miller, J.S.: 226, 228
Millon, T.: 100, 326, 337
Milsum, J.H.: 289
Minuchin, S.: 301
Mio, J.S.: 139
Miranda, A.L.: 202
Miras, J.: 63, 74
Miró, E.: 257
Moeller, Ch.: 158
Moix, J.: 466
Molero, P.: 10, 487
Moliner, M.: 303
Monge, M.A.: 10, 23, 145-155, 161, 213, 214, 237, 380, 390, 411, 485
Montgomery, S.: 314
Morales, J.: 74
Morande, G.: 450
Moreno, P.: 411
Moreno Preciado, M.: 182, 190, 211, 496
Morris, L.B.: 337
Morrison, D.: 404
Morrison, V.: 139
Morton, R.: 445
Moussaoui, D.: 23
Múgica Martinena, F.: 49, 54, 59, 62
Munárriz, M.: 435
Munilla, J.I.: 97
Muskin, P.R.: 464

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-09 10:44:33.

Myers, J.K.: 209

N

Narbona García, J.: 276
Navone, J.: 229, 230, 235
Nedoncelle, M.: 63, 74
Nicolosi, J.: 395, 396, 404
Nicolosi, L.A.: 395, 404
Nieto, J.: 172
Nietzsche, F.: 65
Norman, P.: 449
Nussbaum, M.C.: 202

O

O´Donell,C.: 230
Odenwanld, R.P.: 223
Oldham, J.M.: 337
Olds, S.W.: 145
Omicini, L.: 257
OMS: 21, 114, 121, 125, 165, 166, 314, 360, 369, 371, 450
Orellana, I.: 161
Organización Mundial de la Salud: 21, 114, 124, 164, 166, 216, 305, 314, 349, 360, 363, 369, 371, 390, 391, 445, 450, 461
Ortega y Gaset, J.: 117
Ortuño, F.: 28, 369
Osorio, A.: 11, 203, 315
Otero, V.: 466
Othmer, E.: 349
Othmer, S.C.: 349
Ovidio,: 65
Owen, S.S.: 400

P

Pablo de Tarso, san: 160
Pacciola, A.: 228
Pagnoni, G.: 197
Palacios Ramos, E.: 193
Palacios, J.: 154
Palmer, S.: 246
Pangrazzi, A.: 161
Pantelis, C.: 460
Papalia, D.: 145
Papini, G.: 36
Parkinson, J.: 254, 467
Pasch, L.A.: 205
Pastor Ruiz, J.: 496
Pearson, J.: 206
Pedrick, C.: 411
Pelechano, V.: 112, 280
Pelligra, V.: 195
Pellitero Iglesias, R.: 11, 225
Pelta, R.: 124
Peralta, M.I.: 289
Peralta-Rodrigo, C.: 496
Pérez, M.: 325
Pérez Adán, J.: 48
Pérez García, A.M.: 112
Pérez-Gaspar, M.: 449, 450
Peris, M.D.: 421, 430
Pervin, L.A.: 112
Peteet, J.R.: 225, 235
Pfohl, B.: 332
Picard, C.: 184, 188, 190
Pichot, P.: 337
Pie-Ninot, S.: 230
Piedróla, G.: 124
Pieper, J.: 78
Piliavin, I.M.: 197
Piliavin, J.A.: 197
Pío XII: 211, 494, 496, 497
Pla, J.: 11, 28, 379
Platón: 244
Ploia, C.: 23
Poch, J.: 314
Polaino-Lorente, A.: 11, 41, 43, 44, 45, 48, 112, 139, 197, 207, 301, 390, 404
Poletti, R.: 190
Policante, G.: 161
Polo, L.: 39, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 59, 60, 62
Pollack, M.A.: 314
Ponseti, J.: 392
Pontificio Consejo para la pastoral de los agentes sanitarios: 156, 182, 466
Portelli, C.: 411
Poveda Ariño, J.M.: 214
Pozo Armentia, A. del: 8, 191, 197
Priebe, S.: 139
Prohaska, L.: 112
Prusak, J.: 235

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-09 10:44:33.

Pruvost, M.: 202
Przyveck, T.R.: 100

Q

Quetelet: 445

R

Rae, D.S.: 209
Rae, P.: 246
Rahe: 280
Ramirez Nebreda, N.: 11, 451
Ramos, J.: 430
Ratzinger, J.: 36, 155, 404
Real Academia Española de la Lengua: 191, 303
Rebolledo, S.: 186, 190
Reed: 340
Regier, D.A.: 209
Reiss: 171
Remplein, H.: 142, 143, 144, 146, 154
Rett: 272, 274
Rey Ardid: 168
Rey Calero, J. del: 144
Rhodewalt, F.: 112
Riaud, A.: 79
Rice, F.P.: 112, 154
Richardson, J.: 289
Ridruejo, P.: 119
Rilling, J.: 197
Rimoldi, M.: 202
Ríos González, J.A.: 301
Roberts, A.L.: 395
Robins, L.M.: 209
Robinson, D.: 460
Robles, H.: 289
Robles, L.: 466
Roca, M.: 314, 326, 337, 349, 460
Roche Olivar, R.: 197, 202
Rodin Broll, L.: 197
Rodríguez Loranga, R.: 369
Rodriguez Martos, A.: 441
Rodriguez Sacristan, J.: 198, 202
Rodriguez Sedano, A.: 51, 56
Rof Carballo, J.: 119, 142, 182, 214
Rojas, E.: 139, 155, 246, 308, 369, 404
Ronald, L.: 349
Roncero, C.: 460
Roosevelt, Eleonor.: 285
Ros Montalbán, E.: 246
Ros, S.: 421, 430
Rosenfeld: 169
Rössler, W.: 211, 496
Rousseau, J.J.: 60
Royo Isach, F.: 441
Ruiz, J.A.: 112
Ruiz Pereda, B.: 97
Ruiz Retegui, A.: 45
Ruiz-Lázaro, P.M.: 450
Rumeu Casares, C.: 11, 183

S

Sadock, B.J.: 324, 337, 360, 462
Sadock, J.: 226
Sadock, M.D.: 349
Sadock,V.A.: 324, 462
Sáez, M.C.: 124
Saiz Ruiz, J.: 23, 430
Sala Aymá, J.M.: 211, 496
Salazar, I.: 411
Salazar-Vallejo, J.: 496
Salmínen, J.K.: 23
Salvifici doloris, exh. Ap.: 156, 161
Samuel, B. Guze: 339
Sánchez Caro, J.: 214
Sánchez Sánchez, A.: 289
Sánchez Villegas, A.: 124
Sánchez-Carpintero, R.: 276
Sanchis Fortea, M.: 441
Sanders, G.S.: 289
Sandrin, L.: 161
Santamaría, M.G.: 92, 97
Santiago, M. de: 399, 404
Santo-Domingo, J.: 441, 485
Sanz, A.: 246
Sarrais Oteo, F.: 11, 339
Sartorius, N.: 449
Sartre, J.P.: 230
Satinover, J.: 391
Sayés, J.A.: 229, 235, 301, 390
Scahill, L.: 276
Scheffczyk, L.: 230
Schidlo: 397
Schiffer, B.: 392
Schlatter, J.: 11, 112, 276, 289, 380, 390, 391, 396, 400, 413

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-09 10:44:33.

Schneider, K.: 337
Schorn, J.: 466
Schreurs, A.: 223
Schroeder: 397
Schwebel, R.: 441
Scola, A.: 230
Scotte, J.: 397
Secanilla, E.: 200, 202
Segal, D.L.: 325
Seligman, M.E.: 463
Sellés Dauder, J.F.: 12, 39, 49, 62, 139
Selye H.: 277, 278, 279, 289, 463
Semlyen, J.: 400
Seoane, J.A.: 191
Serra, E.: 154
Serrallonga, J.: 314
Serrano, A.: 289
Serrano, J.: 28
Serretti, A.: 23
Seva Diaz, A.: 164, 172, 211, 223, 369, 476, 496
Seva Fernandez, A.: 12, 163
Shapiro, D.: 332
Shuman, R.: 466
Siebeck, R.: 176
Sierra, A.: 124
Silver, D.H.: 206
Simeon, D.: 314
Simon Vázquez, C.: 404
Simon, P.: 476
Sims, A.: 235, 460
Slade, M.: 139
Slater: 340
Slipp, S.: 206
Smeraldi, E.: 23
Smirnoff, A.Y.U.: 233
Smith, G.: 396
Smith, J.E.: 403, 404
Snow, E.: 233
Socarides, C.H.: 391, 396
Soderstrom, H.: 23
Solomon, M.I.: 239
Soutullo Esperón, C.A.: 12, 259, 276
Spaeman, R.: 51, 156, 157
Spencer, T.: 276
Spinoza: 64
Spitzer, R.L.: 396
Stampar: 114
Steffy, R.A.: 386
Stein, M.: 314
Stein, H.: 36
Stephen, B.: 314
Sthal, S. M.: 378
Stoner, J.R.: 430
Suàrez, M.: 160
Suenens, L.J.: 226, 231, 235
Suls, J.: 289
Sutton, P.M.: 393
Sydenham, T.: 339
Svrakic, D.M.: 100
Szentmártoni, M.: 223

T

Talbott, J.A.: 349, 385
Tamaro, S.: 75
Tanquerey, A.: 228
Taylor, C.T.: 314
Teisa, S.: 404
Tejerina, M.: 172
Téllez Moreno, R.: 12, 351
Teresa de Jesús, santa: 120, 214, 227, 246
Terris, M.: 114
Thibeault, C.A.: 188, 190
Thibon, G.: 74
Thompson, R.A.: 154, 230
Tierno, B.: 146
Toews, J.: 23
Tomas de Aquino, santo: 215, 230, 244
Tomas Moro, santo: 120
Torelló, J.B.: 139, 223, 226, 227, 228, 235
Toro, J.: 449, 450
Torralba Roselló, F.: 39
Treasure, J.: 450
Triacca, A.M.: 230, 231, 235
Trillo-Figueroa, J.: 404
Trull, T.J.: 328
Tubazio, V.: 23
Turner, R.P.: 226, 235
Turón, V.: 449
Tyrer, P.: 172

U

Unesco: 195, 201

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-09 10:44:33.

Ursin: 278
Urzainqui, M.: 435

V

Valdés, M.: 211, 337, 360, 462, 496
Valero, S.: 460
Valks, H.: 223
Vallejo, J.: 314, 337, 369, 421, 430
Vallejo, M.A.: 388
Vallejo Ruiloba, J.: 172, 211, 301, 314, 337, 349, 360, 369, 390, 411, 421, 430, 485, 496
Vallejo-Nágera, J.A.: 112, 404
Van Gogh, V.: 378
Van Praag, H.M.: 23, 235
Varea, J.L.: 430
Vargas Aldecoa, T.: 41, 43
Varo, J.R.: 12, 431, 435, 441
Vázquez, C.: 155
Vázquez, Barquero, J.L.: 324, 369
Velayos, J.L.: 257
Velásquez, H.: 53
Venderveldt, J.: 223
Verhagen, P.J.: 23, 235
Vial, W.: 223, 404
Viale, M.: 202
Vidal, G.: 167
Vidal-Quadras, J.A.: 28
Vieta, E.: 190, 369, 378
Vieta, F.: 187
Viladrich, P.J.: 206, 301
Vilar i Planas de Farnés, J.: 161
Vivas, E.: 124

W

Wade, J.C.: 396
Walker, J.: 314
Walsh, F.: 204
Wash, M.: 190
Watzlawick, P.: 301
Wedding, D.: 378
Wernicke: 166
Whitehead, N.E.: 393
Whitney, J. de: 26
Widiger, T.A.: 328, 329
Wild, J.: 383
Wilde, O.: 68, 70
Wiley, J.: 326
Winge: 169
Witztum, E.: 228
Woerner, M.G.: 460
Wojtyla, K.: 51, 79, 81, 84, 87, 97
Wolikski, R.P.: 400
Woodbridge, K.: 22, 23

X

Xiridou, M.: 400

Y

Yager, J.: 226
Yalom, I.: 225
Yarce, J.: 57
Yarhouse, M.A.: 396
Yepes Stork, R.: 39, 62, 66, 184, 190
Young, A.H.: 397
Yudofsky, S.C.: 349, 385

Z

Zacarés, J.J.: 154
Zamora, D. de: 202
Zanghi, P.: 196, 202
Zapata García, R.: 12, 148, 154, 379, 390
Zárate Rivero, Mª B.: 202
Zeh, T.: 197
Zimbardo, Ph.G.: 139
Zucchi, P.: 159
Zucker, K.J.: 383

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-09 10:44:33.

Copyright © 2017. EUNSA. All rights reserved.

Cabanyes, J., & Monge, M. Á. (Eds.). (2017). La salud mental y sus cuidados (4a. ed.). Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com
Created from bibliotecacijsp on 2018-03-09 10:44:33.