



PERSONALIDAD,
SALUD
Y MODO DE VIDA

Fernando González Rey



UNAM IZTACALA

PRESENTACION

Una visión no lineal o unidimensional, de percibir la PERSONALIDAD; y más bien, concebirla como la confluencia dialéctica de elementos vitales, concretos, en el devenir diario, nos genera complacencia académica al leer el presente libro de Fernando González Rey, titulado Personalidad, Salud y Modo de Vida, a través del cual podemos continuar aprendiendo que sobre la Personalidad del Ser Humano, hay que seguir investigando, como lo ha hecho Fernando, lo cual nos proporciona criterios, muy válidos para replantearnos la visión mecanicista de ver la realidad personológica de los individuos, sin integrar las incidencias de las formas de vida de los pueblos y su influencia en la Salud integral-particular.

En la presente obra, Fernando G. R.; nos evidencia que es imperativo investigar más y más sobre la Subjetividad humana, de tal forma que se hayan derrumbando los esquemas teóricos que aún siguen repitiendo equivocados "psicólogos marxistas" u ortodoxos "psicoanalistas". En Personalidad, Salud y Modo de Vida no se idealiza, se hace ciencia, se interpreta la Subjetividad personal y humana sin etiquetar, encuadrar y encasillar en tal o cual "escuela teórica"; se proporciona elementos metodológicos retroalimentados por lo que la Psicología Científica ha venido acogiendo investigadores serios, comprometidos con la ciencia y con los humanos como individuos y como sociedad.

PERSONALIDAD, SALUD Y MODO DE VIDA

Dr. Fernando L. González Rey

Por ello hemos creído importantísimo contribuir en la reproducción de esta obra, que servirá muchísimo a los Docentes, a los Psicólogos, y a muchos estudiantes. Es para mí, un orgullo y un compromiso histórico con la Psicología Latinoamericana, el editar en nuestra FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLOGICAS el libro de Fernando González Rey, infatigable investigador, docente y militante de la causa humana, que es el denominador común que nos identifica a todos los psicólogos del mundo.

Por ello recomiendo a los amigos Psicólogos, estudiantes y a la comunidad científica de la salud, para que hagan de la presente obra un instrumento para el desarrollo del pensamiento psicológico.

Lidia Andrade Borrero
Universidad de Guayaquil
Decana Facultad de Ciencias
Psicológicas

PERSONALIDAD, SALUD Y MODO DE VIDA

Dr. Fernando L. González Rey

CAPITULO I: CONCEPTO DE SALUD

a) Salud mental y somática.

El tema de la salud ha tenido una larga historia, donde frecuentemente ha aparecido asociado a un modelo semiológico descriptivo, imperante durante mucho tiempo en la medicina.

En los marcos de la medicina tradicional, la enfermedad se ha definido por distintas expresiones semiológicas, considerándose la salud como ausencia de síntomas. Sin embargo, el desarrollo de todas las ciencias vinculadas al hombre, hace cada vez más insostenible un concepto de salud apoyada en la ausencia de síntomas.

En el marco de un enfoque semiológico-descriptivo es pertinente la separación entre salud mental y somática, pues la semiología que define ambos tipos de enfermedades se inscribe en niveles diferentes; una, la mental, se expresa en el nivel psicológico, y la otra en el nivel somático.

La salud, sin embargo, es un complejo proceso cualitativo que define el funcionamiento integral del organismo, integrándose de forma sistémica lo somático y lo psíquico, formando una unidad, donde la afectación de uno actúa necesariamente sobre el otro.

Pienso que el concepto de salud debe considerarse más como proceso, que como producto. En la salud humana, la optimización en el funcionamiento de los distintos sistemas del organismo, somáticos y mentales, garantiza tres aspectos básicos que deben integrar la comprensión de la salud, estos son:

a) Experimentar bienestar, sentirse bien, motivado hacia la vida, con intereses definidos hacia actividades y personas concretas.

b) Ser capaz de autoregularse a partir de una cultura sanitaria efectiva. Expresar un modo de vida sano, donde las actividades concretas que se realicen ayuden el proceso de optimización de las funciones somáticas y psíquicas, sintiéndose el sujeto implicado en ellos.

c) Que el estado actual del organismo represente un momento esencial de la optimización futura de los mecanismos y procesos implicados en la salud humana.

En sentido general estos factores se inscriben en lo que Aldereguía Henríquez ha definido como "vitalidad libre", es decir que "la salud humana es una cualidad objetiva, que pone de manifiesto la vitalidad alcanzada por una población o un individuo para el desarrollo de sus capacidades biológicas, psicológicas y sociales" (pág. 33, 1988).

Revista Cubana de Salud Pública. Volúmen 14 Número 3.

En sentido general, es necesario conceptualizar la salud a nivel individual atendiendo a los siguientes aspectos:

a) La salud no se puede indentificar con un estado de normalidad, pues a nivel individual es un proceso único e irrepétible con manifestaciones propias.

La salud no es una media, es una integración funcional que a nivel individual se alcanza por múltiples alternativas diversas.

b) La salud no es un estado estático del organismo, es un proceso que constantemente se desarrolla, donde participa de forma activa y consciente el individuo en calidad de sujeto del proceso.

c) En la salud se combinan estrechamente factores genéticos, congénitos, somato-funcionales, sociales y psicológicos. La salud es una expresión plurideterminada y su curso no se decide por la participación activa del hombre, este es uno de los elementos que intervienen en el desarrollo del proceso, pues muchos de los factores de salud son ajenos al esfuerzo volitivo del hombre.

d) La expresión sintomatológica de la enfermedad es resultante de un funcionamiento estable de las funciones y mecanismos que expresen el estado de salud.

La salud no es ausencia de síntomas, sino un funcionamiento integral que aumenta y optimiza los recursos del organismo para disminuir su vulnerabilidad a los diferentes agentes y procesos causantes de la enfermedad.

De la salud mental a la somática.

En la literatura de los últimos diez años es aceptado por la mayoría de los investigadores la no pertinencia del término enfermedad psicosomática. Investigaciones muy recientes han demostrado que todas las enfermedades tienen una etiología psicosomática, pues lo síquico participa de una u otra forma en la aparición y desarrollo de la enfermedad.

La comprensión de como lo psicológico participa en la etiología y desarrollo de la enfermedad se ha ido modificando tanto sobre la base de los resultados de las propias investigaciones psicológicas en la salud humana, como por los resultados de investigaciones en campos colaterales que evidencian la acción de lo psíquico sobre complejos mecanismos de regulación somática.

Durante años, el término psicosomático estuvo reservado para enfermedades donde lo psíquico encontraba una traducción

lineal en la sintomatología, como la hipertensión, úlceras, la colitis y otras, en que la manifestación somática es altamente sensible a los cambios emocionales del individuo.

Sin embargo, con la aparición del término *estres*, que tan amplia profusión ha tenido en la literatura, el número de investigaciones orientados a la salud por vía del *stres* se ha incrementado considerablemente, demostrándose de forma general que el *distres*, o tensión negativa, aparece asociado a transformaciones incluso del sistema inmunológico, lo cual en la opinión de distintos investigadores, juega un importante papel en la etiología de enfermedades que, como el cáncer, hace veinte años nadie pensaba que estuviera afectado por los *psíquico*.

Lo mental afecta lo somático no por la aparición del síntoma, sino por una multiplicidad de formaciones, mecanismos y manifestaciones funcionales que resultan generadoras de inseguridad, ansiedad, depresión, *distres* y otras formas de expresiones psicológicas no sanas que, una vez que alcanzan determinada estabilidad en el nivel *personológico*, afectan por múltiples vías el funcionamiento somático del organismo.

Aún las investigaciones multidisciplinarias sobre la salud humana no tienen el nivel necesario de precisión para demostrar con exactitud los distintos canales de traducción de lo *psíquico* en lo somático, aunque está claro que la tensión negativa derivada del *stress* tiene efectos bioquímicos y fisiológicos en el nivel somático.

El *stres* podemos conceptualizarlo a nivel individual, como un estado tensional sostenido con repercusiones somáticas, aún cuando el individuo conscientemente no vivencie este estado como ansiedad, depresión u otros tipos de expresiones emocionales inadecuadas.

La vulnerabilidad a estados tensionales que afectan la salud somática está mediatizada por complejos mecanismos y sistemas a nivel *personológico* que, en unos casos optimizan la capacidad del sujeto para enfrentar dichos estados y, en otras ocasiones, facilitan el desarrollo de estos estados tensionales.

Lamentablemente, las investigaciones a nivel *personológico* sobre los factores que afectan la salud, han tenido su mayor desarrollo en los marcos funcionalistas de la psicología norteamericana, orientándose más a buscar e identificar unidades psicológicas susceptibles de correlación con distintas manifestaciones somáticas, que a buscar una explicación sobre las distintas formas de mediatización de lo *psíquico* sobre lo somático a nivel *personológico*. Un ejemplo de esto lo constituye la enorme cantidad de datos coleccionados en torno al Patrón A de conducta coronaria, los cuales no han permitido pasar a un nuevo nivel cualitativo en la explicación de la relación patrón A - enfermedad.

Desde nuestro punto de vista, los datos alcanzados en esta línea de trabajo no son despreciables, siendo el problema poder explicar que significación real tiene este patrón en el desencadenamiento de la enfermedad.

En torno a esta cuestión surgen múltiples interrogantes que deben ser resueltas por la propia investigación, como por ejemplo ¿el patrón A es causa de la vulnerabilidad a las situaciones tensionantes, o tiene una significación para la aparición de indicadores de riesgo una vez que el estado de tensión se ha instaurado?

Pensamos que los indicadores conceptualizados en el patrón A, guardan relación con el comportamiento fisiológico del organismo, aumentando la propensión de este a expresar indicadores de riesgo a la enfermedad cardiovascular, sin embargo, esta propensión sólo se expresa cuando el individuo está bajo *distres*, o sea, cuando ya ha sido víctima de un estado psicológico inadecuado, para cuya aparición no creemos que estos indicadores tengan relevancia real.

Nuestro punto de vista sobre los aspectos de la personalidad mediatizadores del *stress* los expresamos en el capítulo personalidad y salud.

Siguiendo con la lógica del presente epígrafe, podemos afir-

mar que la tensión psicológico negativa o distres, es un factor psíquico que afecta la salud humana en un amplio espectro de manifestaciones.

Unido a esto, afectan también la salud somática los llamados mecanismos neuróticos de la personalidad. El funcionamiento neurótico implica trastornos somáticos con una gran frecuencia, lo cual hemos comprobado en nuestra consulta con hipertensos e infartados.

En esta dirección de investigaciones se inscriben un numeroso grupo de trabajos (Z. Domínguez, F. Aday; O. Rodríguez, E. Pérez y otros), que demuestran la presencia de mecanismos neuróticos o inadecuados en la regulación psicológica de un buen número de hipertensos estudiados.

El término neurosis resulta hoy muy polémico en la literatura científica, entre otras cosas porque su definición ha tenido un basamento semiológico-descriptivo, más que explicativo, y también porque es designado como patología, reduciéndose a una expresión individual inadecuada, lo que en ocasiones no tiene suficientemente en cuenta su naturaleza social y el carácter necesario de su expresión en determinados sectores de la sociedad.

No obstante las polémicas de carácter científico e ideológico en torno a esta nomenclatura, resulta evidente la presencia de formas inadecuadas de regulación psicológica que están en la base de un conjunto de síntomas que expresan ansiedad y limitan la expresión sana y creativa de la personalidad.

Pienso que es hora de intentar una reconceptualización de los trastornos denominados neuróticos a partir de un conocimiento de su naturaleza psicológica y de los mecanismos reguladores que caracterizan su expresión.

En nuestros trabajos hemos conceptualizado una amplia gama de mecanismos psicológicos inadecuados que caracterizan establemente una forma de la regulación psicológica la cual podemos definir como no sana, o neurótica, si pudiéramos despen-

arnos de otros sentidos que el término ha tenido en la historia de la salud mental.

En cuanto a las características funcionales de la personalidad neurótica, tenemos las siguientes: a) Elevada rigidez; b) ausencia de perspectiva temporal futura, predominio del pasado en las manifestaciones actuales del individuo; c) Incapacidad para reconceptualizar o reevaluar las situaciones que le generan estados emocionales; d) Muy bajo nivel de autodeterminación y autorregulación sobre el comportamiento.

En la personalidad neurótica los contenidos se caracterizan por:

a) Presentan una autonomía relativa con relación a formas esenciales de expresión del sujeto. Así, por ejemplo, la persona expresa determinadas necesidades de forma totalmente irracional, fuera de actividades que, por su naturaleza, impliquen esa expresión. En este sentido la persona busca insaciablemente afecto, independientemente de la situación en que se encuentra, o tiene expresiones agresivas irrefrenables, etc.

Estas necesidades, propias del hombre, se expresan fuera de las tendencias esenciales de expresión creativa y socializada de la personalidad, convirtiéndose en sí mismas en lo esencial para esta, afectando al hombre en su sistema de actividades, laboral, de estudio, política y social, por su comportamiento compulsivo que impide la expresión de los intereses del sujeto.

b) Expresión ansiosa. El contenido neurótico siempre se acompaña de ansiedad, de una ansiedad que es tan incontrolable como la expresión del propio contenido en el comportamiento.

c) El contenido neurótico no se expresa como una configuración personalógica, susceptible de dirección y control por el sujeto. El contenido neurótico está fuera de las posibilidades de regulación consciente del sujeto, quien se convierte en objeto de la tensión compulsiva e inmediata que deviene del carácter de necesidad de dicho contenido.

Este cuadro de regulación psicológica, definido por las características del funcionamiento psicológico de la personalidad, lo hemos observado con frecuencia en sujetos hipertensos, lo cual, contrario a lo que plantea la psicopatología tradicional, nos demuestra que la enfermedad psicosomática y la expresión a nivel neurótico, no son dos entidades separadas, siendo el funcionamiento neurótico uno de los aspectos que puede generar manifestaciones somáticas no sanas.

Por último, es necesario plantear que los propios mecanismos sanos de la personalidad, tienen sentidos diferentes para la salud somática.

Existen muchos individuos que, sin estar sometidos a estrés, y sin tener manifestaciones neuróticas, generan un sistema de actividad vital débil que se expresa en un modo de vida pobre, y carente de suficientes estímulos para comprometerlo de forma activa con distintas esferas de su vida. Estos son sujetos con pobres intereses, pobre cultura individual que, por regla general presentan un modo de vida muy pasivo, caracterizado por actividades que pueden dañar la salud, como la fuma, la bebida, el descanso exagerado, la abulia, los malos hábitos alimenticios, etc.

La salud es un proceso integral, donde el tipo de motivacional del hombre, así como la forma en que este las configura y se implica en ellas con sus potencialidades personológicas organizadas, resultan esenciales en el desarrollo del proceso de salud.

En este sentido F. Vaughan afirma: "Se supone que además de las necesidades básicas para la supervivencia -alimento, vivienda y relaciones- se han de satisfacer las necesidades superiores de autoregulación, para poder hablar de un funcionamiento pleno en niveles de salud óptimas" (pág. 282, 1985)²

El proceso de salud, como todo proceso social es humano e histórico, por tanto, sus manifestaciones y exigencias van cambiando cualitativamente con el desarrollo de la humanidad. Con el aumento de la cultura y el desarrollo social de un pueblo, las

necesidades de autorealización, de expresión creativa, de expresión activa en la vida social, profesional y personal, pasan a tener un peso sumamente importante para la salud humana, siendo necesidades muy vinculadas al fenómeno del estrés.

La cuestión de la personalidad saludable ha sido una referencia permanente en el pensamiento psicológico, donde se han definido distintos indicadores para considerar está, influidos por la orientación general de la escuela que los ha expresado.

La psicología humanista ha resultado muy productiva para la comprensión de la personalidad saludable, comprendiendo esta por indicadores de su funcionamiento psicológico, enfatizando la necesidad de superar el síntoma como unidad esencial de la diferencia entre salud y enfermedad.

Algunos indicadores que se reflejan de forma general en la comprensión por los psicólogos humanistas sobre la personalidad saludable, son los siguientes:

- La capacidad de la personalidad para asumir sus propias decisiones. Así S. Jourand, escribe: "Las personalidades saludables adultas aceptan la responsabilidad de sus acciones: toman decisiones y buscan trascender los efectos determinantes y limitativos que en su conducta tienen las incapacidades, las presiones sociales para la conformidad, el estrés desmedido y los impulsos y sentimientos biológicos" Pág. 27, 1987)³. La personalidad saludable.

Otros indicadores referidos por la literatura son:

- La capacidad de amar.
- La creatividad.
- La capacidad para realizar un trabajo productivo.

² Mas allá del ego. Editorial Kairn. Barcelona.

³ Editorial Trillos, 1987. S. Jourand. T. Landsman.

- La capacidad para integrar experiencias negativas dentro del yo.
- Apertura hacia las nuevas ideas y hacia la gente.
- Preocupación por uno mismo, por otras personas y por el mundo natural.

Todos estos son indicadores cualitativos del proceso de salud mental, los cuales no descansan en una semiología, sino en un modo de funcionamiento de la personalidad. La ausencia de estos indicadores, además de reflejar una personalidad no saludable con repercusiones indiscutibles en la salud mental, expresa también una mayor vulnerabilidad del individuo para el daño de la salud somática.

Muchos de estos indicadores, integrados en otra forma de comprender la personalidad, se corroboran en las investigaciones cuyos resultados presentaremos en este libro.

Por tanto, podemos concluir que el propio nivel de desarrollo de la personalidad, aún cuando en esta no se manifieste estres, ni trastornos neuróticos, es un elemento fundamental en la expresión del proceso de salud.

De la salud somática a la salud mental.

Es indiscutible que cualquier manifestación de daño en la salud somática afecta la salud mental.

Partiendo del concepto amplio de salud que hemos presentado en este libro, donde la salud se comprende como proceso, como momento activo que presupone la participación consciente del individuo junto a sus restantes determinantes, es necesario aceptar que, el comportamiento de la salud es sistémico y que el funcionamiento no óptimo de cualquier sistema tiene un reflejo en la psique del individuo, en el comportamiento de la psique, aún cuando no aparezcan vivencias negativas en la conciencia del sujeto.

Así, el proceso de obesidad que, sin duda daña el organismo, puede reflejarse a nivel psicológico en un bajo nivel de autocontrol del sujeto en la regulación alimenticia, lo cual, si bien no es vivenciado negativamente por el sujeto, si daña su salud física y a la vez la mental, en tanto la inadecuada regulación de esta esfera puede tener repercusiones en el tono, la energía y la capacidad del sujeto en otras esferas vitales para él.

Las consecuencias de un estudio somático inadecuado sobre lo psíquico no tienen que ser inmediatas. Así, la propia obesidad puede tener también una serie de consecuencias indirectas y mediatas sobre la salud mental, no solo por sus consecuencias fisiológicas, sino por consecuencias propiamente psicológicas.

El obeso en ocasiones es objeto de burla y desarrolla un sentimiento de minusvalía física que, al dañarle su esfera autovalorativa, lo limita en sus distintos sistemas de relaciones personales, con las consecuencias que esto tiene en términos de salud psíquica.

En procesos más graves, que trascienden en los sistemas de regulación más automatizados; el sueño, la alimentación y otros, como puede ser la aparición de una enfermedad, el reflejo en la salud mental es aún mayor, dependiendo sus efectos de la propia personalidad del sujeto y de los recursos culturales y experienciales que este ha logrado sistematizar a lo largo de su vida.

La enfermedad somática actúa sobre lo psíquico, tanto por sus propias manifestaciones somáticas, las que afectan la base somática de lo psíquico, lo que ocurre en muchas enfermedades, como las asociadas esencialmente al sistema nervioso y el endocrino, como por la imagen que el sujeto se forma de la enfermedad, de su propia autovaloración en el proceso de enfermedad.

Si el sujeto se devalúa a si mismo, pierde sus intereses y desestructura sus sistemas de objetivos, apareciendo simultáneamente con el proceso de enfermedad estados anímicos de depresión y ansiedad que, según muchos reportes de investigación, favorecen un mal pronóstico en su desarrollo.

En muchas ocasiones, sobre todo en enfermedades de mal pronóstico, cuya aparición se asocia con la muerte, como el cáncer y el SIDA, los individuos resultan aplastados por la expectativa de pérdida de vida, desorganizándose sus distintos sistemas de sentidos psicológicos en la personalidad. La pérdida de intereses y objetivos esenciales en las esferas que resultaban más relevantes para él, tiene efectos psicológicos verdaderamente dañinos para el proceso de enfermedad.

Toda enfermedad somática tiene dos niveles de repercusión sobre la salud psíquica; un primer nivel, es el representado por la repercusión de los cambios asociados a la enfermedad en los procesos somáticos que afectan lo psíquico y, el segundo nivel, estaría dado por el reflejo de la enfermedad en la propia estructura psicológica de la personalidad, reflejo que siempre aparece mediatizado por la posición que conscientemente el hombre asume como sujeto de la enfermedad.

Entre los cambios susceptibles de producirse a nivel psicológico están los siguientes; cambios en la jerarquía motivacional de la personalidad, cambios en la autovaloración, construcción inadecuada de la imagen de la enfermedad, eliminación del sentido psicológico de la perspectiva temporal futura, etc.

En toda persona la optimización de las funciones y sistemas del organismo, tiene una expresión inadecuada en la salud mental.

Así cuando una persona hace ejercicios físicos, se produce una vivencia de fuerza, de seguridad y de capacidad energética que estimula las diferentes formas de expresión psíquica del sujeto, actuando también positivamente en la expresión sana de las emociones.

b.- Modo de vida y salud. Aspectos psicosociales de la salud humana.

La dimensión social de la salud se ha visto relegada con relación a la atención que han recibido los aspectos orgánicos y somáticos, los cuales, durante años, definieron el sentido funda-

mental de las investigaciones médicas. Sin embargo, el estado de los conocimientos y el volumen de investigaciones dedicadas a la etiología psicosocial de las enfermedades ha evolucionado considerablemente desde mediados de los años 70.

La importancia de las condiciones sociales en la etiología y evolución de las enfermedades es algo reconocido desde hace mucho en la literatura, pero por múltiples causas no materializado en una dirección consecuente de reflexión e investigación.

Ya en 1923 el autor alemán A. Grotjahn había planteado: "No solo muchas enfermedades tienen su origen primario en causas sociales, sino que un número mucho mayor son influidas decisivamente en su evolución, ya sea favorable o desfavorable, por circunstancias sociales"⁴

En el epígrafe anterior, al analizar el vínculo entre salud mental y somática, de hecho estaba implícito el valor de lo social, pues en nuestra comprensión de lo psíquico, lo social tiene un papel esencial, reflejándose precisamente en lo psíquico su sentido para el individuo y, por tanto, para su salud.

Lamentablemente, las investigaciones sociológicas concretas han tenido un peso relativamente pobre en los países socialistas, incluyendo el nuestro, donde las investigaciones de los aspectos sociales de la salud humana han tenido un reflejo mucho mayor en médicos, especialistas en epidemiología social, destacándose en este sentido J. Aldereguía Henríquez.

Toda sociedad presenta un modelo de funcionamiento que, orientado a mantener su organización socioeconómica, refleja sus valores históricos y culturales en un sistema de normas e ideales sociales que influyen en todas las instituciones de la vida social.

La organización política de la sociedad garantiza los mecanismos que permiten el desarrollo del status-quo imperante, el

⁴ Tomado de Sociología para médicos 1985. Referencia a Patología Social, Berlín, 1923.

cual debe reflejar de la mejor forma posible las formas de organización económicas y sociales que caracterizan un determinado sistema socio-económico. Sin embargo, la organización superestructural de una sociedad, representa un sistema que de ninguna manera puede comprenderse como la expresión lineal de una determinada forma de organización económica de la sociedad.

En las normas, valores e ideales imperantes en la sociedad, influyen decisivamente las tradiciones, la cultura y el propio nivel de desarrollo general que dicha sociedad haya alcanzado. Incluso estas formas de regulación social varían entre clases, capas y sectores de una misma sociedad.

El ideal social, el sistema de normas y valores con el que se pretenden alcanzar los fines sociales planteados en cualquier proyecto, no puede imponerse por encima de la capacidad real que tienen los individuos de una sociedad para seguirlos en un momento histórico determinado, pues cuando el proyecto trasciende las potencialidades de los individuos para implicarse en él por su autodeterminación, por regla general aparece la compulsión social como resorte esencial en la movilización del plano individual, lo que implica una disonancia permanente en los individuos que se convierte en importante fuente de stress.

La organizacional social y económica de una sociedad, determinan las condiciones de vida en que el hombre realiza su labor, las cuales van a tener un activo papel en el modo de vida.

El modo de vida es un importante concepto sociológico en el que se expresan las motivaciones esenciales del hombre en un sistema de actividades concretas, por lo cual esta categoría tiene un importante significado para el estudio de la salud humana.

Sobre Modo de Vida se han dado distintas definiciones en la literatura, así N. Rutkevick escribe: "Así, por modo de vida debe comprenderse el conjunto de formas de actividad tomadas en indisoluble unidad con las condiciones en que se ejecuta la actividad" (Pág. 9, 1989).

J. Petrony ha señalado muy bien " . . . muchas investigacio-

nes del modo de vida realizados hasta la fecha no han pasado más allá de describir las condiciones de vida y establecer conjuntos más o menos completos de indicadores, sin tocar en esencia la problemática del papel del hombre, como sujeto de su modo de vida" (pag. 20, 1989) (Subrayado nuestro F. Glez).

Para la utilización explicativa de esta categoría por disciplinas afines en problemas como el que nos ocupá; la salud, es necesario trascender lo puramente descriptivo y penetrar el modo de vida como la conjunción de dos factores, los sociales, que inducen y posibilitan determinadas formas de actividad concreta y los factores de personalidad que definen un conjunto de potencialidades del individuo en su condición de sujeto del modo de vida.

Unido al condicionante social, el individuo tiene también un papel activo en su modo de vida, condicionado por el nivel de desarrollo de su personalidad, su cultura y su experiencia, todo lo cual aumenta sus potencialidades de convertirse en sujeto activo de su comportamiento.

En este sentido el propio Potrony señala: "El modo de vida se despliega en la interrelación que se da entre las condiciones de vida, propias de una sociedad dada, y un determinado conjunto de actividades vitales. Naturalmente, en la elección del estilo de vida se presentan también factores de determinación subjetiva, los cuales hacen que la personalidad, en ocasiones a contrapelo de los cánones del modo de vida normativo que rija en una sociedad dada, opte por formas de actividad y comunicación que enriquezcan o lesionen la herencia social ya acumulada, más toda elección que haga obviamente tiene que ser factible de realizarse dentro de las condiciones de vida de su quehacer cotidiano, creadas por el desenvolvimiento del modo de vida real de la sociedad" (pág. 23, 1989).

Este "factible de realizarse" subrayado por el autor, representa exactamente el determinismo socio-histórico sobre la individualidad, el cual no se da prescrito por alternativas concretas que el individuo tiene, pues estas son ilimitadas en dependencia de su desarrollo. El límite real de dichas alternativas, para poder

comprender el determinismo socio-histórico fuera de todo mecanicismo, viene dado por el sello que la época imprime al comportamiento, el cual guarda una relación necesaria con las posibilidades reales para expresar o plantearse algo, que se derivan del carácter necesario que este algo puede tener para el sujeto.

Lo necesario sólo aparece cuando es posible, siendo la posibilidad, a este nivel, algo que no está al alcance consciente del sujeto definir y, por tanto, no aparece como alternativa real a su conciencia individual. Por ello, el determinismo socio-histórico es un proceso supraindividual y no una restricción mecánica de las alternativas que resultan posibles a un sujeto en un momento histórico determinado.

El sistema de actividades que integran el modo de vida y el sentido psicológico que estas tienen son decisivas para la salud humana.

La sociedad, con los recursos y la organización de que dispone, define un conjunto de condiciones que de forma directa o indirecta influyen sobre la salud humana.

De forma directa, como expresiones políticas intencionales, la sociedad desarrolla un sistema de salud que refleja la ideología y los fines de su organización política. Así, la sociedad socialista garantiza la salud gratuita para todos los ciudadanos y, junto a ello, en algunos países socialistas entre ellos Cuba, se desarrollan campañas de prevención que abarcan propaganda, vacunación, acción educativa en la comunidad y la familia en lo cual se invierten grandes recursos.

Sin embargo, las campañas educativas dirigidas a la transformación de hábitos y formas de vida que dañan la salud, requieren, para su efectividad, del desarrollo de los distintos grupos, capas y clases a las que estas campañas van dirigidas. La educación para la salud no es un aspecto ajeno a la educación integral de la personalidad, en la cual se expresa la cultura de una población determinada.

Las tendencias nocivas, los malos hábitos en las distintas es-

feras de la actividad humana, se inculcan desde muy temprano en la vida familiar, arraigándose en las actividades que caracterizan el modo de vida de los individuos, los grupos, capas y clases de una sociedad.

Esta situación determina que realmente serán muy eficaces las campañas dirigidas a la prevención y control de enfermedades bacterianas y virales contagiosas, por los esfuerzos y las políticas estatales, las cuales pueden definir grandes presupuestos para vacunaciones masivas y para la creación de formas idóneas de control social para los enfermos y portadores.

Sin embargo, hay un amplio espectro de enfermedades, donde el modo de vida del sujeto, así como su capacidad para enfrentar la vida sin convertirse en objeto de situaciones permanentes de stress, son decisivos para su prevención y control, entre los cuales tenemos las enfermedades cardiovasculares, angiológicas, la diabetes, el cáncer y muchas otras, cuya manifestación, sobre todo las cardiovasculares, van a la cabeza del cuadro epidemiológico que el país presenta actualmente.

En este epígrafe nos detendremos básicamente en el modo de vida por una cuestión de presentación de nuestras ideas, pues realmente modo de vida, sociedad, personalidad y salud, constituyen un sistema que resulta muy difícil desarticular en un esfuerzo analítico.

Dentro del modo de vida tienen una significación esencial para la salud las actividades en que el sujeto se siente realizado, donde siente placer y disfruta su realización, las cuales, de acuerdo con el sociólogo J. Patrony, pueden considerarse como actividades de tiempo libre, aún cuando sean actividades obligatorias como la laboral. Para este autor las actividades de tiempo libre deben reunir dos condiciones esenciales; ser recreativas y estar reguladas indirectamente.

Entendidas así, las actividades laborales u otras de carácter social o político, pudieran considerarse actividades de tiempo libre al estar orientadas por el deseo del sujeto y no por pautas de

regulación externas sobre ellas. En este sentido el autor señala: "... es necesario definir el tiempo libre a partir de la naturaleza de la actividad inherente a él y no por oposición a otras formas de utilización del tiempo, las cuales tácitamente habría que considerar "no libres" (pág. 55, 1989).

La cuestión del tiempo libre y su sentido para la salud, es un problema esencial para la investigación social general, sin embargo, aún la propia sociología se encuentra trabajando los aspectos teóricos y metodológicos más generales sobre esto, por lo que todavía la categoría tiempo libre no se ha expresado con fuerza en la investigación aplicada sobre la salud en investigaciones sociológicas y epidemiológicas.

Sin embargo, el vacío de investigaciones aplicadas en esta esfera no puede conducirnos al silencio, pues de forma indirecta los resultados de las investigaciones psicológicas, así como nuestra cosmovisión más general de lo presentado en la literatura sobre el tema, nos evidencia las necesidades de articular lo sociológico, lo epidemiológico y lo psicológico en el campo de la salud humana.

Desde nuestro punto de vista, la implicación y motivación por parte del hombre en el desarrollo de sus actividades, es la antítesis de la enajenación y, por tanto, del distres en la realización de las mismas. En este sentido, la coincidencia entre el deseo personal y lo socialmente necesario en aquellas actividades que son obligatorias en la vida social, permite un despliegue sano de la individualidad en las mismas, lo cual podemos considerar como un importante indicador de salud que sería necesario precisar en investigaciones concretas.

La riqueza de intereses, la activación intencional de las potencialidades individuales en direcciones concretas, contribuyen a la eliminación de la fatiga, del tedio, de la pasividad improductiva, factores que, además de tensionantes en sí mismos, derivan por regla general en actividades dispersas y de evitación, las que por su carácter, en muchas ocasiones son dañinas a la salud, como la bebida, el excesivo descanso, la fuma excesiva, etc.

Desde nuestro punto de vista, las actividades más sanas implican de forma estable al sujeto, tanto de forma directa, como indirecta, presuponiendo una cierta anticipación de futuro que permanentemente implica y mantiene en tensión al sistema de potencialidades del sujeto, en función de los fines propios que este se plantea en la consecución de las mismas.

El carácter de sano, no viene dado por el tipo de actividad, sino por su sentido cualitativo para el sujeto.

Mientras mayor sea el espectro de actividades sanas que ocupan el tiempo libre del sujeto, mas este ejercitará su autodeterminación, así como el sistema de capacidades y características psicológicas implicadas en el desarrollo de estas actividades, factores que indiscutiblemente refuerzan el comportamiento saludable de la personalidad.

El sistema de objetivos que el sujeto se plantea en estas actividades tiene tal fuerza motivacional, que es uno de los aspectos más relevantes para la integridad psicológica de individuos que contraen enfermedades directamente relacionadas con la expectativa de vida, lo que ha sido demostrado por diversos autores en investigaciones sobre el cáncer.

El desarrollo y activación de las potencialidades autorreguladoras de la personalidad, unido al fortalecimiento de la proyección mediata en la regulación motivacional, son importantes elementos psicológicos para el enfrentamiento del sujeto a la enfermedad, así como de la resistencia del organismo para su aparición y desarrollo.

Entre las actividades importantes del tiempo libre, están no solo las que presuponen sistemas de operaciones concretas en su ejecución, o sea, esencialmente operatorias, como la científica, artística, deportiva, etc. sino también actividades cuyo elemento esencial es la comunicación, o más exactamente actividades de comunicación, entre las cuales están todas aquellas que caracterizan los sistemas de relaciones del sujeto; la amistad, la amorosa, las relaciones laborales, familiares, etc.

En estas actividades la comunicación sana, auténtica y espontánea, es un requisito esencial en su funcionamiento, teniendo las mismas gran importancia para la salud humana.

Las dificultades en la comunicación, la incapacidad para expresar lo que se siente y confundir lo que el otro siente, conducen a un conjunto de problemas concretos en las relaciones que se convierten en fuente permanente de tensión psicológica para los implicados en ellas. Entre los efectos de una mala comunicación, están la tendencia a deformar manifestaciones parciales del otro, otorgándoseles un valor universal, la tendencia a asimilar todo lo nuevo a estereotipos ya creados, etc., lo cual imposibilita cambiar el sentido cualitativo de la relación.

En el proceso de comunicación humana se genera con más fuerza que en ninguna otra forma de actividad, una contradicción que, además de fuente esencial del desarrollo de la personalidad, puede tener también una marcada influencia patógena sobre ella. Esta es la contradicción entre lo vivenciado y lo conceptualizado.

En la medida en que el sujeto es más sano, más activo, expresará una mayor tendencia a implicarse en las distintas actividades y relaciones donde participa, siendo su participación ilimitada y creativa, pues la misma responde a su propia autodeterminación, a fines propios que él se ha planteado en sus sistemas de actividades y de comunicación. En este sentido, cualquier vivencia negativa que aparece en el desarrollo de sus actividades, cualquier inconformidad o contradicción en la consecución de estas, el sujeto las enfrenta directamente, realizando un esfuerzo volitivo en la identificación de sus causas y en la superación de los elementos que le afectan.

Esta orientación activa del sujeto es propia de una personalidad sana y de un sistema sano de actividades y relaciones. Si la personalidad sana participa en un sistema no sano de actividad, experimenta una elevada tensión psicológica que moviliza todos sus sistemas defensivos al máximo, los cuales pueden llegar a ceder, convirtiéndose el estrés en distres.

La orientación pasiva es totalmente opuesta a la descrita. En ella el sujeto se adapta a lo impuesto por las circunstancias, no implicándose realmente en los fines, ni de sus actividades, ni de muchos de los sistemas de relación en que participa. Se produce una enajenación de los fines de la actividad con las verdaderas necesidades del sujeto, las que en ocasiones no pueden ser identificadas por él.

Estos individuos no desarrollan una cultura individual, no crecen en su mundo espiritual, convirtiéndose en "ecos" de presiones externas, en cuya consecución desarrollan la seguridad necesaria para el logro de un equilibrio personal. Por lo general, estos son individuos orientados por un profundo determinismo externo, viven para lograr la valoración de los otros, o para afirmarse en los valores de otros, sin llegar a una verdadera autodeterminación.

Ante una vivencia negativa, una contradicción o una interrogante, se orientan al refuerzo del equilibrio, minimizando el sentido de estos indicadores negativos que, aunque no los asuma conscientemente, son expresión de necesidades que tiene, las cuales continuarán afectándolo al margen de su intencionalidad.

Los sujetos de una orientación pasiva no son dados a la comunicación, siendo por lo general rígidos y con una fuerte orientación al desarrollo de estereotipos, a través de los cuales simplifican las situaciones vitales que enfrentan, logrando el equilibrio dentro de las mismas.

A pesar del carácter esencialmente defensivo de estas personalidades, no pueden evitar el distres, pues aún cuando evitan al máximo sus conflictos con el medio, entran en profundos conflictos consigo mismo, conflictos que, al no ser identificados por ellos, se convierten en verdaderos azotes que cada vez le generan más tensión. Esta posición determina que estos individuos se conviertan en objetos de sus conflictos, más que en sujetos de los mismos.

Además del sistema de actividades que caracterizan el modo de vida y del nivel de implicación del sujeto en ellas, es suma-

mente importante el sistema de hábitos que expresa el sujeto (higiénicos, alimenticios, de cultura física, fuma, etc.)

El problema de los hábitos adecuados para vivir, no puede separarse del desarrollo de la cultura de un pueblo, la cual repercute en el desarrollo de la personalidad, así como de todas las instituciones sociales.

Cuando el hombre es portador de una orientación activa, es gestor de su propia cultura individual, asume la responsabilidad individual de sus actos, desarrollando una sólida orientación volitiva hacia los diferentes aspectos de su vida. Es capaz de autorregular todo su sistema de hábitos en función de sus fines personales y del sentido de los mismos en su concepción del mundo.

La combinación de esta orientación activa, con una sociedad que promueve los valores, que brinda una adecuada educación para la salud por sus distintos canales de interacción con el hombre, constituye un factor esencial para el desarrollo de la autorregulación del sistema de hábitos.

La regulación de los hábitos presupone como condición necesario, pero no suficiente, el despliegue de una amplia campaña de salud en la población, que permita a todos disponer de la información necesaria para actuar adecuadamente de forma individual. Sin embargo, el gran reto de todas las formas de educación, es que la información por sí misma, no se traduce en necesidad, no regula directamente el comportamiento del sujeto.

Toda información debe pasar por un proceso de personalización, en que el sujeto la hace relevante para la autorregulación de su comportamiento, lo cual dependerá mucho del propio nivel de desarrollo general que el sujeto tenga.

Muchos de los malos hábitos que caracterizan el comportamiento del hombre, constituyen verdaderos mecanismos defensivos ante tensiones que éste no puede enfrentar en su comportamiento consciente. Es conocido que el hombre bebe, fuma en

exceso, o come en exceso como forma de canalizar estados de tensión que experimenta.

Los individuos se diferencian también de acuerdo a su capacidad de soportar tensiones, manteniendo una acción individual organizada. Mientras más fuerte es la motivación del sujeto hacia algo, más elaborados sus objetivos en esta dirección y más seguro de sí es el sujeto, mayor capacidad tendrá para mantener su expresión creativa, soportando niveles elevados de tensión.

El hábito no es sólo una forma de conducta fijada, sino una expresión integral de todo un sistema personalógico, siendo su control una acción integral del sujeto sobre su propia vida personal.

La pobreza del modo de vida, la orientación pasiva de la personalidad, que no encuentra actividades ni relaciones que impliquen verdaderamente sus intereses, hacen del tiempo libre momentos de ocio, cuyo escape solo se logra por hábitos inadecuados y dañinos para la salud.

La orientación pasiva de la personalidad, que a su vez es expresión de la pobreza de esta, guarda una estrecha relación con un modo de vida pobre y con del desarrollo de hábitos inadecuados para la salud. Este cuadro, revela una extraordinaria pobreza cultural, relacionándose estrechamente con una falta de amor a la lectura y a otras actividades de crecimiento cultural del hombre.

Tras este cuadro florece lo peor y lo más primitivo de la subjetividad humana, resultando interesante que muchos de estos sujetos obtienen reconocimiento social, aún cuando su expresión social está totalmente enajenada de su verdadera expresión individual.

c. Lo social y lo individual en la salud humana. Las instituciones sociales y la salud.

Los estudios epidemiológicos en los países desarrollados,

evidencian que el avance tecnológico y la asignación de recursos cada vez mayores a la salud pública, si bien han eliminado prácticamente las tasas de mortalidad de las enfermedades contagiosas de tipo bacteriano, disminuyendo sensiblemente la tasa de mortalidad infantil y aumentando la esperanza de vida, sin embargo, se ha producido un incremento en las tasas de mortalidad u morbilidad por enfermedades cardiovasculares, accidentes, suicidios y, más recientemente, se ha producido una enorme proliferación del SIDA, enfermedades muy vinculadas al modo de vida y al nivel de desarrollo de la personalidad.

La salud a nivel social no debe confundirse con la institución de salud, canalizadora directa del presupuesto estatal para el desarrollo de las actividades de salud pública.

Todas las instituciones sociales y el propio funcionamiento integral de la sociedad en su conjunto, constituyen la base social para el desarrollo de la salud humana, como analizaremos con más detalle en el próximo epígrafe.

La existencia de una óptima red de hospitales e incluso de una excelente campaña de salud a nivel social, propia de los países desarrollados ha demostrado no ser suficiente para llegar al modo de vida y la conducta individual del hombre, factores que deben estar preparados por su propio desarrollo histórico-social, a través de las diversas instituciones sociales, para convertir a los individuos en verdaderos sujetos de salud que expresan una conducta individual consecuente con un modo de vida sano.

En las sociedades capitalistas más desarrolladas económicas y tecnológicamente, se observa un crecimiento alarmante del consumo de drogas, a pesar de enorme riesgo que actualmente este consumo implica, que es el SIDA. El hombre, aún conociendo todas las consecuencias que ello tiene para su salud emprende este camino de autodestrucción, tras el cual se manifiesta un profundo vacío existencial y de sentido de la vida.

Al parecer, como diría E. From, el crecimiento irracional del tener, ha vaciado al ser, pero no puede haber salud humana sin salud espiritual. Como fenómeno cada vez más específica-

mente humano, la salud requiere de un desarrollo y una formación humana.

El desarrollo de la economía y la tecnología ha ido acorralando cada vez más la acción de los agentes biológicos generadores de enfermedades, sin embargo, en este proceso ha crecido el papel de los agentes sociales de la enfermedad, los que no pueden ser controlados con respuestas tecnológicas, sino sociales y psicológicas, lo cual conduce a una comprensión diferente del trabajo profiláctico.

Este cuadro epidemiológico de los países desarrollados es muy similar al que se presenta en Cuba, donde a pesar de no existir un desarrollo económico a ese nivel, la orientación intencional al desarrollo de la salud, partiendo de un sistema social diferente, donde la ideología no se organiza a partir del "tener", ha permitido indicadores de salud social realmente elevados. Sin embargo, también son elevados los indicadores de las enfermedades asociadas al modo de vida y la personalidad humana.

No existen suficientes investigaciones epidemiológicas y multidisciplinarias que nos permiten un conocimiento profundo de las causas de este crecimiento, sin embargo, las propias condiciones de crecimiento acelerado de nuestro país en distintas esferas de forma simultánea, más la presión, permanente del bloqueo y las agresiones de los Estados Unidos, generan un acelerado y tenso ritmo de vida, el cual también afecta el funcionamiento de las distintas instituciones sociales.

Por supuesto, que la causalidad no sólo puede atribuirse a factores externos, existiendo también factores internos que han generado elementos distorsionadores, tanto del modo de vida, como del desarrollo de la personalidad individual, sobre los cuales hay que profundizar y actuar.

Esta situación nos plantea hoy un enorme reto que no puede resolverse en los marcos de la institución salud, para el cual ha sido una decisión muy acertada la creación del médico de la familia, sin embargo, esta decisión no agota las enormes exigen-

cias que presupone una profilaxis social en este terreno, la cual exige una reorientación de las propias instituciones sociales; familia, escuela y centro laboral, con el fin de lograr una acción sistémica sobre el modo de vida del hombre y sobre la propia educación individual de su personalidad.

En esta dirección nos identificamos plenamente con la idea de Aldereguía Henríquez de "una profilaxis cualitativamente diferente, de orientación activo-constructiva, y esencialmente humana", la cual, según el autor, presupone lo siguiente "1) La transformación de las relaciones sociales, que condicionan una estructura y funcionamiento de la sociedad de naturaleza patológica, o en el mejor de los casos, limitado del desarrollo de la vitalidad en relaciones de cooperación y dirigidas a satisfacer las necesidades humanas" (pág. 40, 1980).

A partir de este aspecto esencial, implicador de la sociedad en su integridad, Aldereguía analiza otros tres factores que presupone esta reorientación del trabajo profiláctico, destacan, entre ellos, el cambio de la orientación a la patología hacia la sanología, cuyo objetivo esencial sería el fortalecimiento del hombre sano y el vínculo entre el programa socioestatal y la responsabilidad de cada persona en el mejoramiento de la salud.

Este último punto es esencial, pues sin una persona capacitada para asumir una orientación activa hacia su propia salud, todo esfuerzo de orientación estatal se desvanecería, no siendo realmente efectivos en este nivel de profilaxis, defendido por Aldereguía y, que en nuestro criterio, sería el único capaz de lograr efectos positivos en las enfermedades más asociadas al modo de vida y la personalidad humana.

Es precisamente en este nivel donde la acción de las diferentes instituciones sociales y de las regularidades del funcionamiento social en su conjunto, se conviertan en agentes esenciales del proceso de salud, pues el desarrollo de ese individuo, capaz de asumir la salud como una responsabilidad individual y de darle un sentido a las informaciones y orientaciones derivadas de las campañas estatales de promoción de salud, es el resultado de la acción conjunta de toda la sociedad.

Por tanto, el desarrollo de una personalidad plena, activa, capaz de autodeterminarse en su relación con la vida, defendiendo con fuerza el sentido de sus diferentes formas de implicación social, es un requisito esencial del individuo sano, pues el individuo no podrá realizarse con relación a su salud de una forma totalmente opuesta a la que lo hace en sus restantes esferas relevantes.

El individuo es la célula en que se refleja el sentido de todo el proceso social en que participa, mediatizándose este reflejo por su pertenencia a una determinada clase o grupo social, por el comportamiento de los microclimas en que participa, etc. Sin embargo, ningún proyecto social adquiere un sentido por sí, fuera de su sentido para el individuo concreto que debe devenir en sujeto de dicho proyecto.

La profundización en estos complejos problemas de la salud humana requieren de serios proyectos de investigación en epidemiología social que permitan articular los factores psicológicos y sociales en la etiología de las enfermedades, superando los enfoques descriptivos de la epidemiología tradicional, en la cual el cuadro de salud se presenta como un conjunto inconexo de cifras sin ningún ánimo explicativo.

La salud y las instituciones sociales

La sociedad humana opera a través de múltiples mecanismos relaciones e instituciones, todo lo cual tiene una expresión formal en órganos, instituciones y sistemas de leyes, más también tienen una expresión informal en el sentido que todo este sistema adquiere para los distintos grupos, clases e individuos que integran la sociedad.

Entre las instituciones sociales más relevantes, cuyo funcionamiento refleja muchas de las regularidades del funcionamiento social en su conjunto, están la familia, el centro laboral y la escuela. Estas son instituciones muy estables, cuyo funcionamiento tiene un decisivo papel en la educación del hombre y, por ende, en la salud.

Como hemos planteado anteriormente, la salud es una expresión integral del desarrollo humano, por tanto su prevención es el resultado del funcionamiento integral de la sociedad, teniendo en ella un papel esencial las instituciones que a continuación analizaremos.

La familia: La familia es el grupo social donde el hombre expresa su mayor intimidad y espontaneidad, pues como grupo, la familia tiene amplio margen de libertad para definir su propio sistema de normas, estilo de vida, etc.

Sin embargo, esta libertad de posibilidades está siempre mediatizada por el funcionamiento de la sociedad, que juega un decisivo papel en las funciones de los distintos miembros de la familia, así como en el propio desarrollo individual de estos, el cual define las positividads de cada individuo concreto dentro del seno familiar. . .

La relación sociedad-familia es profundamente compleja existiendo múltiples canales directos e indirectos que la caracterizan, sobre lo cual la investigación sociológica y psicológica aún no ha aportado muchos resultados.

La familia es un importante elemento en la promoción de salud, pues en ella se forma la personalidad de los más chicos y se desarrolla permanentemente la de los mayores, lo cual es un elemento esencial de la salud humana.

Analicemos algunos de los elementos esenciales de la vida familiar que juegan un importante papel en la salud:

En primer lugar la familia es una vía primaria y esencial de la educación afectiva del niño, la cual descansa fundamentalmente en el valor afectivo de las relaciones familiares.

El niño aprende a expresar su afecto cuando lo recibe, siendo las relaciones familiares una fuente de desarrollo de las emociones humanas.

Los primeros años de la vida del niño resultan esenciales para formar sentimientos hacia los demás, hacia los ancianos, los animales, las plantas, proceso a través del cual se va educando la sensibilidad del niño y por consiguiente su capacidad general de amar.

La falta de afecto, la agresión, la indiferencia hacia el niño, la comunicación de doble vínculo y otras deformaciones de las relaciones humanas, son extraordinariamente dañinas al desarrollo afectivo del niño. Todas ellas son fuentes de agresividad, timidez y múltiples trastornos en la conducta infantil.

En el sistema familiar la atención a los hijos tiene que darse a través de la comunicación real con ellos, que se expresa en la capacidad para oírlos, atenderlos, estimularlos, hacerles nuestras reflexiones, cuentos anécdotas y otras formas de contacto vivo, sin las cuales la comunicación con el niño no existe.

Comunicarse con el niño es penetrar en su lógica y desarrollar esta. Muchas veces la incapacidad para esto se expresa en los regalos exagerados, la exasperación de los padres, así como la propia comunicación de doble vínculo, donde el canal emocional permanentemente contradice los contenidos de la expresión verbal dirigida al niño.

En la satisfacción de las necesidades de comunicación social seguridad y afecto que se expresan en las relaciones del niño con el adulto, se comienzan a desarrollar patrones sanos de respuesta emocional, sentimientos positivos y expectativas felices, que serán factores decisivos para un desarrollo emocional sano de la personalidad.

La frustración de las expectativas infantiles, y la insatisfacción permanente de las necesidades arriba enumeradas, serán fuente de distres y ansiedad, que pueden traducirse en formas estables de respuesta emocional inadecuada, como hipersensibilidad, celos incontrolables, formas paranoides de respuesta y muchas otras cuya irracionalidad expresa su vínculo con desajustes de la esfera emocional, los cuales crean innumerables dificultades en el desarrollo de la personalidad.

La ansiedad y el distres provocados por los diferentes tipos de reacciones emocionales inadecuados de la personalidad serán fuentes permanentes de desequilibrio psíquico y somático, vinculándose estas inadaptaciones tanto a las llamadas enfermedades mentales, como a las psicósomáticas.

El adulto también necesita para la conservación de su salud y para el permanente desarrollo de sus potencialidades psíquicas de relaciones emocionales adecuadas en su marco familiar.

El nivel de comunicación con la pareja y los hijos es un elemento esencial para el bienestar emocional del adulto. En muchos pacientes hipertensos e infartados hemos notado serias dificultades en su comunicación de pareja, los cuales no habían concientizado antes de comenzar el tratamiento.

Las dificultades de relación que no pueden canalizarse en la comunicación directa de pareja, se traducen en vivencias negativas sobre las que el individuo no puede ejercer ninguna acción consciente, transformándose así en fuentes estables de distres para la personalidad.

Cuando en el individuo se acumulan un conjunto de vivencias negativas en cualesquiera de sus sistemas de interacción vital, las cuales no se corresponden con los conceptos y elaboraciones que apoyan su expresión consciente en esa área, se crean estados permanentes de distres con sus correspondientes consecuencias somáticas. Esta imposibilidad de asumir sus propias necesidades y de ser consecuente con ellas, es uno de los factores psicológicos más nocivos, tanto a la salud somática, como mental.

Otro aspecto esencial donde la vida familiar tiene un papel decisivo es el de la formación de hábitos adecuados, entre los que debemos tener en cuenta los higiénicos, alimenticios, de cultura física, de descanso, etc.

Los padres representan modelos decisivos en los primeros años de la vida, en los cuales el niño se fija en todo lo que ve, tendiendo a reproducirlo.

La formación de hábitos exige de una sistematización de ciertos comportamientos que deben ser orientados, controlados y estimulados por el adulto. Muchas veces, sobre todo en el marco de incomunicación del adulto con el niño, o por las grandes "ocupaciones" en las que el adulto se siente enfrascado, este se despreocupa del seguimiento de un conjunto de comportamientos sanos en el niño, apareciendo una total irracionalidad en el régimen diario del mismo.

La ausencia de hábitos adecuados a seguir en la vida cotidiana, va a dañar también la función autoregulatora de la personalidad, pues el niño no tiene ningún fin que oriente su orientación volitiva, la cual no se educa en un régimen caótico e irregular que no le ofrece nunca parámetros estables de orientación.

La fijación de la atención, la estabilidad del niño en una determinada tarea, su disciplina y persistencia, tienen mucho que ver con la capacidad del niño para asumir actividades propias, comprometiéndose con un resultado. La célula esencial de estas actividades son los hábitos.

Los primeros años de vida son una etapa muy sensible para la formación de buenos hábitos de salud, los cuales, de no adquirirse en este momento, cuando la complejidad de exigencias de la relación niño-medio es mucho menor, serán muy difíciles de adquirir en etapas posteriores, cuando todas las fuerzas de la personalidad estarán empeñados en esfuerzos mucho más complejos.

Finalmente quiero referirme al importante valor de la educación moral para la salud y el lugar de este proceso en la vida familiar.

Los primeros años del niño, igual que son importantes para la formación de adecuados hábitos de salud, son esenciales para la formación de sentimientos y valores morales, tal como planteamos en la primera parte de este epígrafe.

La educación moral y afectivo no pueden separarse a lo largo de la educación de la personalidad. El niño va apropiándose

de los valores morales como suyos, cuando su educación se acompaña de vivencias positivas que le interesan y lo implican. Sin embargo, en muchas ocasiones los valores morales se presentan al niño como censores de sus necesidades más importantes, cuyo sentido psicológico es totalmente desvirtuado por la imposición de los adultos.

Cuando esto es así, la moral es sentida como algo externo, enajenado de las verdaderas necesidades individuales, si esta forma de regulación pasa a un plano interno, se traducirá en una regulación moral compulsiva, censora, que determinará una orientación irracional en el comportamiento moral, el cual no será objeto de la acción racional del sujeto, ni responderá a los verdaderos fines de sus necesidades individuales, produciéndose una enajenación entre las necesidades individuales y la moral.

Fue precisamente este tipo de comportamiento moral el que Freud metafóricamente ubicó en el super yó. Este tipo de educación moral, apoyada en el autoritarismo y la falta de comunicación será fuente de múltiples contradicciones ulteriores de la personalidad que afectarán profundamente su salud.

La moral refleja una permanente síntesis de las necesidades individuales y los valores sociales en un hombre concreto. En un individuo bien integrado los valores morales se convierten en necesidades individuales, pero necesidades vivas, en permanente movimiento e interacción con todas las fuerzas motivacionales de la personalidad, dentro de cuyo sistema crecen y se modifican. Solo una moral que responde a esta orientación caracterizará el desarrollo de una personalidad sana.

El individuo, como sujeto de su regulación moral, debe tener un nivel adecuado de integridad para reconocer y asumir sus contradicciones y conflictos, cuya evasión será un tipo de defensa que perpetuará el distres causado por estos.

Aunque hemos enfatizado aspectos referidos a los primeros años de vida, por la particular importancia de la familia en estos, por ser el único sistema de interacción presente en este momen-

to del desarrollo, lo cierto es que la familia es un sistema relevante a todo lo largo del desarrollo de la personalidad.

La educación moral transita por distintos períodos sensibles, los cuales son particularmente fecundos para su desarrollo.

El primer período, al cual ya nos hemos referido, está ubicado en los primeros años de vida, los otros son el período escolar, la adolescencia, la edad juvenil, el comienzo de la vida laboral y el matrimonio.

La referencia de la familia en la educación moral, dependerá de la capacidad de los padres para desarrollar el sistema de comunicación con sus hijos. Muchos de los problemas entre padres e hijos, se dan cuando los padres mantienen códigos de comunicación anteriores y absolutos, en etapas donde el desarrollo del hijo ya no acepta los mecanismos de comunicación empleados con "efectividad" en etapas anteriores. Esto se refleja mucho en relaciones autoritarias y egocéntricas, donde los padres no están centrados realmente en la felicidad del hijo, sino en su propia felicidad a través del hijo.

Esta situación lleva a una franca incomunicación entre padres e hijos, que aún cuando ha caracterizado la vida de muchas personas de talento excepcional, es sumamente perjudicial para la salud del hombre.

El papel de la comunicación en la familia es la expresión de una cultura creciente que debe abarcar toda la sociedad y sus más diversos medios. La familia no es una institución independiente del resto de la sociedad, por el contrario, es el reflejo, de los procesos esenciales que ocurren en cada sociedad.

Como veremos a continuación, la familia se relaciona estrechamente con la vida de las otras dos instituciones que en este epígrafe analizaremos; la escuela y el centro laboral.

Sobre el papel de la comunicación y la adecuada integración social en la salud humana, coinciden la mayoría de los investigadores contemporáneos, así los médicos Raúl Guzzo y Eulogio

García escriben: "Intuimos, por nuestra parte, que ello será posible a la luz de una nueva conciencia cultural (se refiere a la posibilidad de recuperar el diálogo familiar), uno de cuyos presupuestos centrales, la salud total, no sólo involucra a la familia, sino que incide sobre ella, movilizándolo su positiva transformación. Y no será posible después que esa nueva conciencia cultural haya sido colectivamente alcanzada, no; la edificación de una nueva conciencia cultural colectiva no es trabajo de gabinete, sino un proceso histórico y social; no una empresa voluntarista diseñada en laboratorios, programada y computarizada, sino un acto social vivo, dialéctico, progresivo y, en órdenes profundos, autónomo e inexorable, que ya ha comenzado y que es impensable si no concita, desde el origen mismo, la comunicación, la integración y el diálogo (pág. 49, 1981).

La orientación al factor humano, a la cultura, como fuente general de bienestar y salud, se opone a todas las variantes de tecnocratismo, que pretenden reducir el desarrollo de la salud a la aplicación de altas tecnologías. La alta tecnología, sin una base social activa e integral, no penetra los resortes humanos que deben mover la salud del hombre, la mejor muestra de ello es la proliferación de la droga en los países tecnológicamente más desarrollados.

La escuela : La escuela es una institución social esencial, por cuanto en ella transcurre prácticamente toda la infancia y gran parte de la juventud del individuo en la sociedad actual. En este sentido, la escuela, tiene una enorme importancia para la educación y, por tanto, también para la salud del hombre.

La escuela será la continuación y el complemento permanente de la educación recibida por el niño en el medio familiar, debiendo en muchos casos, compensar déficits importantes de la educación familiar.

Cada vez se impone con una mayor fuerza en la literatura, una representación de la escuela orientada a la formación de la personalidad del educando, uno de cuyos momentos es la adqui-

sición del conocimiento. Sin embargo, el enfoque personalizado de la educación, enfatiza que, tan importante como la adquisición de conocimientos, es la formación de un individuo seguro, creativo e interesado, que sepa hacer del conocimiento aprendido un sistema personalizado, aplicable a las diferentes exigencias que la vida plantea ante él.

La meta esencial de la educación es formar un individuo capaz de convertirse en sujeto de sus conocimientos, trascendiendo las formas clásicas, más conservadoras de la educación, orientadas al individuo como objeto de conocimientos, donde este se concibe como un reservorio reproductivo de los contenidos que recibe. En esta dirección, cualquier metodología didáctica de impartición de conocimientos pasa de forma necesaria por el sujeto de este proceso, el individuo que los recibe, sin el cual las más diversas formas de organizar el proceso docente prodrían resultar estériles.

La enseñanza que enfatiza el momento pasivo-reproductivo, educa a su vez, pasividad, falta de acometividad, inseguridad y temor, mientras que la enseñanza que enfatiza el momento activo transformador, educa la acometividad, la audacia, la decisión y la implicación del educando en proceso de aprendizaje.

El proceso de enseñanza no agota el de educación en los marcos de la institución escolar, pero es una parte esencial de él. En este marco, con frecuencia restringimos el vínculo de educación para la salud en el curriculum escolar. Sin embargo, pudiéramos preguntarnos ¿se agota la educación para la salud en una asignatura que brinde información necesaria para optimizar la salud humana?, somos del criterio que no, pues tan importante como brindar esa información, es formar a un individuo capaz de utilizarla en la regulación de su comportamiento a lo cual sólo es posible aspirar a través de la educación de la personalidad.

Sin dudas, en la escuela deben transmitirse conocimientos sobre la salud humana, orientados a formar buenos hábitos de salud, así como al logro de una representación adecuada en los educandos sobre el papel activo que cada uno de nosotros tiene en el desarrollo de su salud.

Esta información tiene que complementarse con las exigencias de la vida cotidiana en la escuela, garantizándose en esta el desarrollo de adecuados hábitos alimenticios, de descanso, higiene, etc.

Unido a esto, la escuela tiene un importante papel en el desarrollo de una personalidad sana. Junto a la impartición de conocimientos e incluso a través de éstos, la escuela debe ser una vía esencial para el desarrollo de importantes aspectos de la personalidad que, como han reportado múltiples investigaciones, tienen una estrecha relación con la salud del hombre.

Así, el desarrollo de un sólido sistema de intereses, de una forma flexible de enfrentar los problemas, de la capacidad para decisiones, de la seguridad en sí mismo, de una autovaloración adecuada, son, entre otros indicadores, aspectos psicológicos que han evidenciado un rol importante en el desarrollo de la salud humana.

La educación de estos importantes aspectos de la personalidad están vinculados, tanto a la enseñanza propiamente dicha, como al sistema integral de exigencias, relaciones y actividades en que el educando se implica en su vida escolar.

En el proceso de enseñanza debe educarse la orientación hacia la formación de criterios propios sobre las cosas, a aprender a defender estos, a ser capaces de expresar lo aprendido con palabras propias, debe educarse la capacidad de formarse interrogantes, es decir, estimular la aproximación al conocimiento a través de juicios y reflexiones, evitando la memorización. El desarrollo de estas operaciones estimula la autonomía, la eliminación del miedo, la seguridad, la flexibilidad, el afán de búsqueda, aspectos psicológicos que caracterizan la personalidad sana.

Algo que hemos demostrado en nuestras investigaciones anteriores (1), es lo dañino que resulta para la personalidad el de-

(1) Ver motivación moral en adolescentes y jóvenes.

sarrollo de sistemas valorativos sobre el joven apoyados en orientaciones externas, en los cuales unos niños siempre resultan elogiados, sin ninguna orientación crítica, mientras que otros siempre son relegados, subestimados y en ocasiones explícitamente rechazados.

Lo más interesante de este sistema de valoraciones externas sobre el niño, es que ambos extremos resultan igualmente nocivos para el desarrollo de una personalidad saludable, conduciendo a formas inadecuadas de autovaloración, en unos casos por sobrevaloración y en otros por subvaloración, pero cuyos efectos son similares en el desarrollo de inseguridad, ansiedad y otras formas inadecuadas de manifestación de la personalidad, muy asociadas a su vulnerabilidad al distres psicológico.

La escuela debe crear toda una cultura de los educandos para sus relaciones personales, los niños y jóvenes deben aprender a comunicarse, debe fomentarse el diálogo, estimular la capacidad de ponerse en el lugar del otro.

La educación moral debe enfatizar la necesidad de ser auténticos, de que los educandos sepan asumir sus sentimientos y sus decisiones, que sepan expresarlos y defenderlos. La educación moral debe desarrollarse a través de la reflexión y de actividades que exijan los principios y cualidades que se pretendan formar.

La escuela debe eliminar todo mecanismo declarativo que conduzca a repetir cosas que el joven no les vé un sentido, o el desarrollo de actividades formales que este siente como totalmente ajenas a él.

Lo social se tiene que ir cultivando en la educación a través de un desarrollo rico de la individualidad, a través de formas diversas de asumir dichos valores por cada individuo concreto, a pesar de la conciencia estratégica entre ellos. Este camino conduce a la evitación de cualquier forma de enajenación entre lo social y lo individual, factor que genera una enorme tensión psicológica en el hombre.

La formación de la personalidad no puede ser un proceso es-

pontáneo, que en muchas ocasiones queda en el vacío de una adecuada consigna, sino un proceso organizado y orientado que, a través de acciones y formas concretas, también puede ser proyectado y evaluado.

Todos estos aspectos educativos de indiscutible importancia para el desarrollo de la personalidad del escolar, sólo pueden desarrollarse a través de una adecuada comunicación de éste dentro de la vida escolar, tanto con sus coetáneos, como con sus maestros, en una atmósfera donde prevalezcan la confianza y la seguridad, elementos esenciales para el buen trabajo de la institución escolar.

La educación exige tanto del contacto grupal como individualizado del profesor con el alumno, lo que implica objetivos a lograr tanto a nivel de grupo, como a nivel diferenciado con los diferentes estudiantes que educa.

En cada nivel de enseñanza deberán diferenciarse los alumnos que entran con los requisitos necesarios, de aquellos que llegaron a dicho nivel con un déficit, cuyo origen puede estar en cualesquiera de los sistemas de relación social en que el mismo participa. Los alumnos que llegan con déficit deben ser objeto de una atención individualizada, que evite el desarrollo en ellos de recursos defensivos que afectan en normal desarrollo de su personalidad.

El trabajo de la escuela debe relacionarse estrecha y permanentemente con el trabajo de la familia, para lo cual es necesario el diálogo permanente entre ambas, el que no puede tener simplemente un carácter informativo sobre los resultados docentes, sino instituir una verdadera reflexión sobre el desarrollo de la personalidad del niño o joven. Los aspectos cualitativos de la formación de la personalidad en la escuela guardan una estrecha relación con la formación de salud en esta institución.

Finalmente, la organización escolar debe prever espacios que permitan la expresión de la iniciativa de los educandos en la realización de distintos tipos de actividades. La posición del niño

como sujeto de su propio proceso educativo es esencial para el desarrollo de una personalidad saludable.

Centro laboral: El centro laboral es la institución social donde el adulto va a desarrollar su actividad productivo-profesional a lo largo de su vida. El interés y la satisfacción en el desempeño de esta actividad tendrá un papel esencial en el bienestar emocional adulto, el cual es un elemento esencial de la salud humana.

Con la actividad productiva-profesional se desarrollan los más importantes proyectos de la vida adulta. En ella el individuo canaliza sus intereses profesionales y, a su vez, mediante ella va expresando otro conjunto importante de aspiraciones personales, relacionadas con su nivel de vida, su status, etc.

La actividad laboral no tiene características idénticas en todas las esferas de la actividad humana. Hay actividades más creadoras, más activas que otras, presentándose también en esta, actividades extraordinariamente monótonas y fatigantes.

Los diferentes tipos de actividad laboral, exigen realmente regímenes y formas diferentes de realización laboral, así como sistemas diferenciados de estímulos. La actividad que por sí misma, por sus propias características objetivas, es repetitiva, monótona y mecánica, exige de estímulos externos a los propiciados por su propia ejecución, los cuales tendrán un importante papel en la organización de la motivación individual hacia las mismas.

Es indiscutible que la organización del trabajo tiene una importante repercusión en el bienestar laboral experimentado por el hombre, así como en los sistemas de relaciones que coexisten en el centro laboral, los estilos de dirección, etc, pero los objetivos del presente libro no nos permiten extendernos en estas consideraciones.

Sin embargo, creemos imprescindible detenernos en la consideración de un conjunto de factores que se vinculan direc-

tamente al bienestar emocional del hombre en su realización laboral, los cuales, al no funcionar adecuadamente, pueden ser generadores de distres. Estos factores no constituyen un sistema de unidades parciales y aisladas que de forma unilateral determinan el estado emocional del trabajador. Por el contrario, ellos configuran un sistema que integralmente resulta definitorio en el estado emocional del trabajador.

Los factores que consideraremos en el presente epígrafe de ninguna manera agotan el tema, entre los mismos tenemos los siguientes:

1) Forma de dirección de la actividad laboral.

El desarrollo de las relaciones entre el personal dirigente y subordinado, es uno de los factores que más actúan sobre el bienestar emocional de los trabajadores en un centro laboral. Las relaciones adecuadas entre estos factores estimulan la seguridad, la confianza y el sentimiento de unidad e integración de los trabajadores.

El trabajador, como cualquier persona, debe sentir que su opinión es respetada, que la misma tiene importancia para quienes lo dirigen, y, que él o ella, en su condición de trabajador, no es simplemente un operador ante un puesto concreto, sino miembro de un colectivo donde activamente participa.

La comunicación es una condición esencial en las relaciones de dirección, sobre todo en sistema como el nuestro que descansan, en lo fundamental, en valores y estímulos de tipo moral.

El estilo autoritario de dirección, omnipotente, centrado en el equipo que dirige, sin vínculo real con los trabajadores, conduce al formalismo, a la doble moral y a otros fenómenos sumamente negativos que se convierten en agentes de malestar para los trabajadores.

Los sentimientos de ser necesario, valorado, de que otros se preocupan por nosotros, son elementos fundamentales del bienestar emocional del individuo en cualquier colectivo.

Los estudios institucionales en la esfera laboral, deben tener en cuenta las formas organizativas que facilitan un estilo de dirección abierto y participativo, con vistas a ensayarlo en diferentes centros laborales. En este estilo de dirección los fines sociales del centro laboral, constantemente se potencian por la acción y la iniciativa individual de los miembros del colectivo.

La dinámica formal de la vida laboral, que es la antítesis del estilo participativo se caracteriza por:

- 1) Orientación absoluta al cumplimiento.
- 2) Carencia de iniciativas individuales vinculadas a la institución y al propio proceso laboral.
- 3) Corrientes subterráneas de opiniones y rumores dañinos al clima moral del colectivo.
- 4) Apatía ante las nuevas ideas y proyecciones.
- 5) Falta de pertenencia al centro laboral, reforzamiento de posiciones individualistas orientadas sólo a la función que cada uno tiene que desempeñar.
- 6) Absoluto descuido por el ornato y las condiciones físicas del centro.

Cuando estos índices aparecen en una dinámica laboral, se convierte esta en un verdadero "cáncer social" de la institución, como el bienestar emocional de quienes integran.

En el plano individual, esta situación provoca irritabilidad en los trabajadores, ausencia de intereses, falta de proyección futura, inseguridad y otros factores sumamente dañinos por su sentido en la aparición de distres emocional.

2) Carácter de la tarea a desarrollar

Es indiscutible que las actividades laborales concretas difieran por su sentido psicológico para el hombre.

Las actividades que son monótonas, repetitivas, que no requieren de la superación individual, ni de la iniciativa del trabajador, son iniciativas mucho más tensionantes, que aquellas don-

de el individuo se siente permanentemente en desarrollo y que exigen de su superación y su iniciativa.

Es por ello, que el régimen de trabajo debe ser estudiado teniendo en cuenta las características del propio desempeño de la actividad de que se trate. Deben tenerse en cuenta factores como la fatiga, la carga tensional que la actividad produce y otros, para orientar los recesos que deben existir, así como el tipo de actividad que en estos recesos deben ser desarrolladas.

El descanso no siempre es sinónimo de improductividad. El régimen de labor y descanso debe ser científicamente analizado y evaluado por los resultados de la producción y por la satisfacción y el bienestar del propio trabajador. En ocasiones un descanso mal planificado conspira contra la eficacia laboral y contra la salud del trabajador.

Las investigaciones del régimen laboral y sus efectos sobre la salud aún son escasas en nuestro país.

3) Condiciones físicas del centro laboral.

Los aspectos físicos en que el hombre desarrolla su actividad lo afectan, incluso al margen de su propia voluntad. Creo que para todos los investigadores sociales en nuestro país, está claro que por el nivel actual de nuestro desarrollo económico es imposible desarrollar en todos los centros y empresas las condiciones objetivas óptimas para la actividad laboral, sin embargo, esta realidad no puede traducirse en un cruzado de brazos, burocrático e inerte, que invocando este hecho real, lo conviertan en un escudo político para sus deficiencias y falta de iniciativa.

La administración de cualquier centro laboral tiene la responsabilidad de luchar incansablemente por obtener condiciones laborales mínimas que estimulan al trabajador. Así, la organización de un comedor bonito, acogedor, de una sala de descanso con música, la presencia de juegos de mesa en el centro y otras muchas iniciativas, están al alcance de cualquier administración, sin embargo, en muchas ocasiones vemos que no hay una verdadera preocupación por estos aspectos.

En ocasiones vemos como en trabajos que exigen del obrero temperaturas más calientes que las normales, las neveras se pasan rotas meses, sin ninguna solución alternativa.

El nivel de conciencia del trabajador no puede tensarse para llevarlo a comprender lo inexplicable, pues cuando hacemos esto conspiramos contra el sentido del valor político que enarbolamos.

Es indiscutible el daño a la salud que crean las condiciones inadecuadas de trabajo, que van desde la toxicidad, hasta la disminución del estado anímico y motivacional, el cual es causante de distres por déficit de sentido psicológico en la realización de algo.

4) Sistemas de medidas específicamente dirigidas a la salud.

Los sistemas de medidas orientados a la salud, son de tipo muy diferente, habiendo algunos de carácter general, necesarios para cualquier tipo de actividad laboral y, otros más particulares, definidos por las propias exigencias de un tipo u otro de actividad laboral. Entre las medidas más particulares, tenemos las de protección, las cuales, por regla general, están determinadas por las características concretas de la actividad que el trabajador desempeña.

Las medidas de higiene, aunque influidas por la actividad particular, tienen un conjunto de características que son generales al desempeño de cualquier tarea. Sin embargo, hay muchas otras medidas que, vinculadas a la prevención de factores de riesgo de enfermedades tan extendidas en el país como las cardiovasculares, aún no son suficientemente tenidas en cuenta en las instituciones laborales.

En estos momentos se hace un enorme esfuerzo en el país en el campo de la prevención laboral, con la creación del médico

en la fábrica, el cual puede convertirse en un importante promotor de salud en la institución laboral.

El médico en la institución laboral debe tener claro que su función esencial es social, preventiva, más que especial, estando dentro de sus responsabilidades concretas, el análisis del régimen laboral, estimular una cultura de salud entre los trabajadores, velar por el desarrollo de una atmósfera laboral sana, discriminar personas de alto riesgo, de forma diferenciadas para distintas enfermedades, etc. El médico debe trabajar en los centros laborales que así lo permitan, en una estrecha relación con psicólogos, ingenieros industriales y otros profesionales muy vinculados al factor humano en la institución laboral.

Una labor esencial de tipo preventivo en el centro laboral es el chequeo de la presión sanguínea, incluso en condiciones de desempeño laboral, también es de vital importancia el chequeo de los lípidos en aquellos sectores que desempeñan sus funciones bajo condiciones de una elevada tensión psicológica.

Es necesario en los centros de trabajo una política diferenciada con las personas que han sufrido infartos del miocardio, las cuales una vez restablecidos, no son adecuadamente atendidas, en los marcos de su actividad laboral.

De este déficit son conscientes los propios trabajadores, así, en una carta que recibimos después de haber sido publicada una entrevista que me hicieron a propósito de este tema en la sección sobre Salud, del periódico Trabajadores se me expresaba: "En mi centro de trabajo existen varias comisiones con fines preventivos para diversos frentes, tales como: comisión de ahorro de energía, materia prima, etc. . . más adelante pregunta . . . ¿por qué no constituir entonces una comisión o designar un compañero, que informe al lugar que se estime conveniente la ocurrencia de un infarto en cada centro de trabajo?"

La preocupación de este trabajador está relacionada, como explica más adelante en su carta, a la falta de comprensión que en ocasiones existe con personas que han sufrido un infarto, lo que requiere señalando: ". . . hay personas que sutilmente acusan al infartado de habérselo buscado él mismo". Esta afirmación es muy ilustrativa, en tanto muchas veces se produce en torno al infarto una atmósfera de presión social que, más que ayudarlo, le crea una serie de presiones subjetivas que es necesario eliminar.

Las medidas específicas dirigidas a la salud, deben estimular el aumento de la cultura general de salud del trabajador, orientando sus hábitos alimenticios, los aspectos referidos al régimen de descanso, la fuma, etc., y, a su vez, creando condiciones en el centro de trabajo para la realización de descansos productivos a los fines de la salud.

Hemos señalado algunas condiciones importantes de la institución laboral que intervienen en la salud, aunque este es un amplio complejo campo que está abierto a la investigación y la práctica profesional, sobre el cual debemos disponer de muchos más resultados de la investigación nacional en años futuros.

La salud como indicador del desarrollo social. Aspectos epidemiológicos del pronóstico social.

La salud humana, como hemos definido desde el inicio del presente libro, tiene una naturaleza social, lo cual no quiere decir que su expresión no sea orgánica, sin embargo, en las condiciones actuales, la existencia biológica del hombre está medietizada por un sinnúmero de factores sociales, que van, desde la cultura alimenticia, hasta formas políticas que permiten o no una asistencia masiva de la población en los aspectos de salud.

Los enormes adelantos de la ciencia y la técnica han desarrollado poderosamente la industria farmacológica, y han provocado una verdadera escisión en el comportamiento de salud del mundo; de una parte, existen un conjunto de países desarrollados que han variado radicalmente su cuadro epidemiológico,

conservándose otra parte del mundo con un cuadro epidemiológico similar al existente hace 50 años.

Las transformaciones de la ciencia y la técnica, no se han acompañado para una mayoría importante de países de cambios políticos y sociales que garanticen la asequibilidad masiva de la población a los medios de salud.

Sin embargo, el desarrollo de la ciencia y la técnica, no han podido eliminar la enfermedad, pasando el peso, tanto en su etiología, como en su tratamiento, de los aspectos biológicos a aspectos socio-psicológicos.

En este sentido, el permanente desarrollo de la sociedad humana engendra simultáneamente nuevos puntos de vulnerabilidad del organismo humano y nuevas combinaciones etiológicas para la enfermedad, en las cuales los agentes contagiosos, bacterianos y virales, ceden su lugar a complejas formas de vida que alteran el funcionamiento biológico del hombre.

Así, la salud se convierte en un importante indicador del funcionamiento social, siendo el cuadro epidemiológico un reflejo de las contradicciones y factores que afectan al hombre en una determinada sociedad. Es por ello, que la salud no puede ser ajena a las investigaciones sociales, siendo, por el contrario, uno de los puntos nodales en que pudieran tener una lectura integral muchos resultados parciales de las ciencias sociales.

La salud es una esfera convergente de los resultados de investigación de áreas muy diversas, los cuales deben organizarse en diferentes niveles de explicación y de organización conceptual de esta esfera de la vida, sin hipertrofiar ninguno de ellos.

Una disciplina que adquiere una relevancia particular para la articulación de las ciencias sociales con la medicina, la biología y otras ciencias en el estudio de la salud, es la epidemiología.

La epidemiología, de una rama descriptiva, ha pasado a ser una importante rama explicativa de las condiciones y factores

que actúan en la aparición y desarrollo de las enfermedades humanas, enfatizando cada vez más la utilización de métodos cualitativos con muestras pequeñas, las cuales al explotarse intensivamente, son una fuente mucho más real para estudiar las etiologías causales, que las grandes muestras descriptivas.

Particular importancia dentro de este campo ha tenido desde mediados de la década del 70 la epidemiología social, referida a los aspectos sociales y psicológicos del origen de las enfermedades.

El nexo entre sociedad y enfermedad es sumamente complejo, pues implica las formas de funcionamiento de las instituciones sociales, de los grupos formales e informales, de los distintos sistemas de interrelación del hombre, tanto los personalizados, como con los medios de difusión masiva, las tradiciones, formas de conciencia social, etc., todas las cuales se interrelacionan simultáneamente de formas muy diversas, definiendo múltiples sentidos psicológicos para el hombre.

El propio funcionamiento de los órganos de dirección de la sociedad imprime una lógica a todos los procesos sociales de esta, que también se traducen en la salud humana.

Por otra parte, el nivel de desarrollo del individuo, de su personalidad, los recursos con que cuenta para integrarse en los sistemas de exigencias derivados de las instancias sociales arriba enumeradas, son decisivos en el sentido y el afecto de sus relaciones para su salud.

Sin embargo, aprehender y seguir la lógica de las distintas formas en que la salud evidencia y refleja la sociedad en que el hombre vive, es una tarea sumamente compleja e imposible de reducir a un diseño concreto de investigación empírica. Esta tarea, objetivo esencial de la epidemiología social, implica nutrirse de los resultados parciales de distintas ciencias sociales, entre ellos de la psicología y la sociología y, a través de esos resultados, desarrollar síntesis y explicaciones teóricas, susceptibles de diseños multidisciplinarios cada vez más complejos, aunque sin

pretender una relación lineal entre resultados concretos y elaboraciones conceptuales, lo cual dificultaría mucho, o quizás haría imposible, la revelación de los nexos múltiples y simultáneos entre sociedad y salud.

En muchas ocasiones, la sociedad como sistema se nos pierde en la multiplicidad de diseños parciales con que abordamos la realidad, siendo bastante timoratos en la elaboración de generalizaciones posibles sobre el universo de resultados disponibles.

El desarrollo de la epidemiología social necesita utilizar y orientar los más diversos resultados de investigación de disciplinas afines hacia la explicación de la etiología de las enfermedades. En este sentido, se van integrando en distintas lógicas los diferentes sistemas de interrelación del hombre y los propios niveles de desarrollo de este en cada sociedad concreta.

Un mismo resultado o sistema de resultados de la investigación concreta, puede tener sentidos diferentes de acuerdo a lo que se pretende explicar y de los sistemas de otros resultados en que se pretende descubrir su sentido teórico. Así, una investigación de psicología pedagógica que revela las dificultades en el aprendizaje de niños rígidos y estereotipados, puede ser muy relevante a la psicología social, al intentar revelar cómo se configuran estos aspectos personológicos en la vida social del niño, y muy útiles a la psicología de la salud, si estos aspectos aparecen como psicológicamente significativos, por ejemplo, en la hipertensión.

En nuestro país se evidencia una tendencia creciente de las enfermedades asociadas al estrés psicológico, así, según datos de R. Pérez Lorelle (1989), las primeras causas de muerte en el país en el período comprendido entre 1970 y 1984, se comportaron como sigue:

Causas	1970	1975	1980	1984
-Enfermedades del corazón	148,6	148,3	166,7	176,0
-Tumores malignos	98,9	99,3	106,6	117,5
-Enfermedades cerebrovasculares	60,3	50,8	55,3	61,5
-Accidentes	36,1	33,3	38,0	39,7
-Influenza y neumonía	42,1	38,8	38,6	37,3
-Suicidio y lesiones autoinfligidas	11,8	17,2	21,4	21,1

Como bien señala el autor. . . " en la etiología de las mismas el momento psicológico desempeña un papel importante. . . y . . . en la profilaxis y tratamiento y en la recuperación de los daños causados por las mismas, se requieren comúnmente cambios en el modo de vida de las personas y, por lo tanto, implica también determinada acción psicológica" (pág. 75, 1989).

La explicación causal a estos cambios en el cuadro epidemiológico del país, debe orientarse a una seria investigación epidemiológica social, que nos permita desentrañar los aspectos del modo de vida y de las formas de comunicación que lo caracterizan, que realmente constituyen elementos de estrés a la población.

Es indiscutible que la propia situación social, donde se han reflejado profundos cambios revolucionarios durante treinta años, implicando un tenso esfuerzo en el camino de nuestra autodeterminación ante enormes presiones externas, unido a las dificultades que esto genera, es de por sí una situación estresante a escala social, sin embargo, seríamos simplistas si redujéramos a esto todo el sistema de causas que provocan el estrés.

Yo diría, aunque en esto vamos a detenernos en el próximo capítulo, que el estrés está ante todo relacionado con elementos del sistema de comunicación en las distintas interrelaciones en que el hombre simultáneamente participa. Genera mucho más estrés la falta de afecto, los patrones agresivos de relación, la inseguridad, la indiferencia y otras manifestaciones del hombre

que se expresan en su comunicación, que vivir de forma estrecha, aunque claro, esto es uno de los factores objetivos que favorecen las manifestaciones antes mencionadas.

Los datos de nuestros trabajos nos revelan una exagerada necesidad de quedar bien ante los demás en los sujetos hipertensos e infartados, la que hemos denominado como determinismo externo, en contraposición con la autodeterminación, así como una gran inseguridad para asumir decisiones propias, factores estos que, sin duda, generan una gran tensión psicológica. Sin embargo, la investigación sobre las causas que generan esto, sobre los efectos no deseados, ni previstos de las formas de nuestra vida social, aún están ausentes en la investigación.

La profundización en el campo de la epidemiología social ha implicado una revaluación en la forma de concebir lo social en la etiología y desarrollo de las enfermedades, enfatizándose el origen no específico de las enfermedades, así como el papel del individuo en el afecto del agente agresor externo, en lo cual coinciden muchos investigadores.

El autor francés M. Renaud escribe: "nuestra forma habitual de ver la enfermedad está profundamente matizado por la visión de que a cada enfermedad debería corresponder una sola causa, o por lo menos una cadena causal precisa. Esta visión, sin embargo, no permite comprender el origen de la mayoría de las enfermedades crónicas que padece la población". (8, 1987).

Las investigaciones orientadas a una relación lineal de causa-efecto, responden más a la epidemiología descriptiva, donde estas relaciones se establecen por correlaciones estadísticas, sin embargo, no descubren los mecanismos mediante los cuales un elemento o conjunto de ellos se transforman realmente en agentes de la enfermedad.

CAPITULO II. PERSONALIDAD Y SALUD SOMATICA

Como afirmamos en el primer capítulo, existe un creciente reconocimiento al papel de lo psíquico en la enfermedad somática, lo cual es reconocida hoy por diversas posiciones, tanto en la medicina, como en la psicología.

Sin embargo, la cuestión de la relación entre lo psíquico y lo somático se torna cada vez más en un imperativo de la investigación científica y la práctica profesional, lo cual exige pasar del momento declaratorio de esta aseveración, buscando las regularidades y niveles de esta relación, utilizando dichos hallazgos en la práctica profesional.

La relación entre lo psíquico y la regulación de procesos somáticos del organismo fue demostrada y tratada de forma terapéutica, por primera vez, por el psicoanálisis. Fue Freud quien comprendió la naturaleza psicológica de los síntomas de conversión histérica y, quien trató y solucionó los mismos con técnicas psicológicas.

También fue desde el psicoanálisis que se desprendió toda una concepción de trabajo en el campo de lo psicosomático (Alexander, F.) la cual mantiene su pertinencia hasta nuestros días.

Sin embargo, el desarrollo de la sociedad y del hombre, trajo aparejado un cambio en el cuadro epidemiológico de los países desarrollados y de algunos países en vías de desarrollo, en los cuales pasaron a ser las primeras causas de muerte, enfermedades muy relacionadas con el modo de vida y la psique del hombre, como las cardiovasculares, cerebrovasculares y el cáncer.

El desarrollo de la medicina y de la propia psicología, ha implicado que a partir de los años 70, un conjunto de autores se hayan replanteado el concepto de enfermedad psicosomática, definiendo que toda enfermedad tiene ese carácter, lo cual es aceptado hoy por la mayor parte de la comunidad científica. En este sentido el autor norteamericano R. Lazarus señala: "Ampliar el concepto de psicosomático desde un grupo específico de dolencias, tales como úlceras e hipertensión, hasta el concepto general de que toda enfermedad podría tener una etiología psicosocial dentro de un sistema multicausal, ha estimulado la consideración de la respuesta inmune como posible factor incluso de la aparición de procesos neoplásicos, trastornos sumamente alejados del significado original de psicosomático" (Pág. 33 1986).

Por tanto, la cuestión hoy, más que defender la pertinencia de considerar lo psíquico en la enfermedad somática, es demostrar como esta relación se produce y las múltiples alternativas que tiene de expresarse.

Actualmente existen en la literatura científica diferentes formas de comprender la mediatización personológica en el proceso de enfermedad somática, sobre algunas de las cuales nos detendremos por la significación que han tenido en el análisis de esta situación.

Uno de los enfoques que más ha concentrado en las últimas tres décadas la atención de los investigadores, es el orientado a la búsqueda de patrones estables, definidos por un conjunto de rasgos, no necesariamente personológico que, evidencien correlaciones estadísticas relevantes con los trastornos cardiovasculares de riesgo.

Esta tendencia ha estado representado por la definición de los patrones A y B, introducida por Fridman y Roserman, en 1974 sobre la base de investigaciones realizadas desde los años 50.

El patrón A está configurado por un conjunto de indicadores de riesgo señalándose por la mayoría de los autores como los definitorios la urgencia temporal, el planteamiento de múltiples metas simultáneas, la competitividad y la agresividad.

Esta línea de trabajo ha acumulado una gran cantidad de investigaciones empíricas con muchos resultados contradictorios entre sí. Estas investigaciones han tenido diseños metodológicos similares, que podemos caracterizar por:

- a) Se han realizado sobre las bases de tareas experimentales de laboratorio, orientadas a buscar respuestas fisiológicas diferenciadas entre los sujetos con patrones A y B ante situaciones inmediatas, básicamente de ejecución, estimulación o interacción con otras personas.

Esta característica ha sido criticada por diversos autores, así

L. Wright señala : "Nuestra suposición es que el set artificial de laboratorio elicitó formas de autocontrol en individuos con patrón A, que son menos propensas a operar en vivo" (Pág. 11, 1988).

- b) Los resultados obtenidos no han logrado expresarse en un nuevo momento de desarrollo conceptual sobre el patrón A o B, constituyendo una acumulación de evidencias descriptivas no explicadas. Así B. Kent Houston en 1983 desarrolla un interesante trabajo orientado a sistematizar las múltiples investigaciones orientadas a demostrar las diferencias en la excitación psicofisiológica entre los sujetos con patrón A y B ante distintas situaciones de ejecución e interacción.

En este sentido las conclusiones a que arriba sobre las múltiples investigaciones realizadas en esta dirección son del siguiente tipo: "En general aparece que las diferencias en la (respuesta psicofisiológica entre el tipo A y B, son encontradas cuando a los sujetos se le presentan situaciones individuales de ejecución que: a) Son percibidas como intermedias en su posibilidad de fracaso, que no son fáciles, pero tampoco muy difíciles ni imposibles y b) Tareas que ofrecen al sujeto un incentivo moderado a realizarlas bien" (Pág. 27, 1983).

De este tipo son las diferentes conclusiones a las que el autor arriba en el análisis de las investigaciones orientadas al objetivo señalado en tareas de diferente naturaleza.

- c) A partir de la limitación anterior se desprende esta tercera, relacionada con el carácter absolutamente cuantitativo y descriptivo de los resultados alcanzados, los que se orientan más a buscar el sentido de las diferencias entre patrones homogéneos y totalmente estandarizados, en las diferencias de las tareas, que en las diferencias de los procesos psicológicos implicados en las situaciones presentadas, de ahí la ausencia de valor explicativo en los resultados hasta ahora acumulados en esta dirección de trabajo.

d) Al orientarse a buscar diferencias estandarizadas en los sujetos portadores de patrón A y B, no se reflejan esfuerzos en la literatura que tengan en cuenta las diferencias individuales dentro de los propios sujetos portadores de uno u otro patrón, lo cual constituiría el sentido esencial de la investigación psicológica en esta esfera, pues nos limitaría realmente explicar los procesos psicológicos y sociales mediante los cuales, en unos casos el sujeto con patrón A, es más vulnerable al estrés y en otros casos lo es menos.

e) Otra dificultad que ha presentado esta línea de investigación sobre la cual se ha enfatizado en distintos trabajos de la década de los 80, es la referida al valor de los instrumentos utilizados para evaluar las diferencias entre los patrones A y B.

Esencialmente en la medición del patrón A, se ha trabajado con la entrevista estructurada, la que contiene 24 preguntas para el sujeto y con la escala autodescriptiva de Jenkins (JAS) desarrollada por Jenkins, Rosenman y Friedman.

La validación inicial del inventario autodescriptivo de Jenkins expresó un 72 o/o de acuerdo con la entrevista estructurada, sin embargo, el comportamiento del instrumento ha sido apreciado de forma diferente por distintos investigadores, quienes han obtenido resultados diferentes en su utilización.

Hay un número elevado de investigadores que no han encontrado una correlación positiva entre los resultados del inventario autodescriptivo y la patología cardíaca (Blumenthal, Williams, King, Schamberg and Thompson 1978, Case, Heller, Moss (1985), entre otros.

Esta dirección metodológica ha orientado un cambio en la proyección de algunos investigadores hacia el estudio del patrón A. En esta dirección L. Wright se orienta a la búsqueda de medidas no psicométricas para el estudio del patrón A, (1988), pues señala que: "Como mencionamos antes los problemas de la deseabilidad o indeseabilidad social del patrón A pueden ser formidables. Parece existir un increíble bienestar entre muchos in-

dividuos tipo B, al relatar (con aparente sinceridad) que tienen fuertes tendencias del tipo A. Correspondiente, hay un gran bienestar en muchos sujetos con patrón A, a negar sus tendencias en el comportamiento. Entonces algún instrumento psicométrico que se proponga medir al tipo A, puede lograr alguna vía de control sobre esto (pág. 9, 1988).

Es indiscutible que la deseabilidad del sujeto de reforzar la imagen de sí, es un elemento que conspira contra cualquier escala autodescriptiva, pudiendo llegar a invalidar sus resultados.

Además de estas limitantes metodológicas que hemos señalado, existen un conjunto de cuestionamientos sobre el verdadero sentido del patrón A, como elemento de riesgo para las enfermedades cardiovasculares.

En primer lugar, distintos autores se orientan a enfatizar algunos de los componentes del patrón A como el portador de riesgo real, desestimando el patrón en su conjunto. Así, Dembroski y Williams (1984) difunden la conclusión de que la dimensión hostilidad cólera, es la única que tiene un valor predictivo real sobre la enfermedad cardiovascular.

L. Wright por otra parte, considera que lo realmente relevante para definir el riesgo cardiovascular es el cluster formado por la urgencia temporal, la activación crónica y la polifasia, referido esta última a la tendencia a tener "más hierro" en el negocio a atender y a hacer más de una cosa al mismo tiempo (pág. 3, 1988).

En segundo lugar, hay un conjunto de autores orientados a buscar mediatizadores psicológicos que permitan diferenciar las respuestas dentro de los propios sujetos portadores del patrón A. En este sentido Helbrun and Renert (1986) señalan un estilo defensivo y represivo y una orientación antirreflexiva como moderadores del estrés en los sujetos con patrón A. Otro estudio de Helbrun and Freidberg (1986) explica el mismo efecto moderador de la autopreocupación.

En este mismo sentido, un conjunto de autores, según referencia de R. Lazarus (1986), se han planteado la hipótesis de que el aumento en el riesgo a padecer enfermedad cardiovascular solamente aparece cuando el patrón A se combina con recursos de afrontamiento deficientes (Vicken, Hervig, Rebe y Rosenman, 1981).

En esta segunda dirección, de hecho, se está responsabilizando del estrés a variables del funcionamiento psicológico y no al patrón A, lo cual nos va conduciendo a pensar que, efectivamente, los indicadores del patrón A guardan una determinada relación con la sensibilidad del organismo para determinadas respuestas psicofisiológicas que afectan la salud cardiovascular, sin embargo, al parecer, esto sólo ocurre cuando el organismo experimenta un estrés negativo o distres, de cuya aparición no es responsable el patrón A, como se piensa aún hoy por un grupo de investigadores.

R. Lazarus escribe: "Por tanto, no es ilógico suponer que el patrón A por sí mismo, es la combinación de tal patrón con una escasez de recursos de afrontamiento lo que generaría la sensación de estar amenazado" (pág. 147, 1986).

Estas últimas posiciones se acercan más al enfoque personalógico planteado por nosotros en la comprensión del estrés y de la mediatización psicológica a las enfermedades cardiovasculares, que al enfoque funcional-descriptivo que caracterizó las investigaciones sobre el patrón A en la década del 70. Las exigencias del propio objeto se van reflejando en puntos de convergencia en las distintas aproximaciones al fenómeno estudiado.

b) Enfoque procesal de la psicología cognitiva.

Otra concepción que es ampliamente utilizada en la explicación de los mediatizadores psicológicos de la enfermedad, es la teoría del afrontamiento que, derivados de la psicología cognitiva ha sido elaborada esencialmente a partir de los trabajos de R. Lazares, D. Folkman, J. R. Averill, y otros).

En esta posición el centro de la atención se desplaza de una definición estructural, caracterizada por un conjunto de rasgos o dimensiones en el patrón A, a un enfoque procesal, orientado a definir la relación entre la forma de afrontar un hecho o fenómeno (coping o afrontamiento) y las consecuencias de este hecho sobre la salud humana.

Esta orientación le da una especial connotación al aspecto valorativo del sujeto sobre los hechos o situaciones que enfrenta ubicando sus conceptos esenciales en el marco relacional del individuo con los hechos y situaciones que le afectan, pasando los aspectos personalógicos a un lugar secundario. Desde mi punto de vista esto representa un punto débil importante en esta concepción.

Para atender al sistema de categorías propuesta por estos autores para explicar la mediatización psicológica ante el estrés, es bueno presentar la definición de estrés de que parten R. Lazarus, escribe: "El estrés psicológico es una relación particular entre el individuo y el entorno que es avaluado por este como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar" (pág. 43, 1986).

Este concepto es superior a aquellos que enfatizan el carácter estresante por ser de determinados hechos o eventos del medio externo que afectan al sujeto, pues concede particular importancia al aspecto relacional, donde la influencia de lo externo sólo adquiere un sentido psicológico en la relación particular que contrae con las valoraciones del sujeto, las que se expresan en un tipo de afrontamiento concreto con el hecho externo.

Sin embargo, también esta definición presenta un conjunto de puntos débiles que reflejan los aspectos más vulnerables de esta teoría. En primer lugar relaciona de forma absoluta el estrés con la ocurrencia de un hecho o situación del entorno que resulta amenazante, con lo cual minimiza el aspecto subjetivo del estrés que se manifiesta por complejas elaboraciones y vivencias internas, cuyo momento relacional, si lo hubo, no guarda ningún vínculo actual con la trama psicológica en desarrollo.

En segundo lugar, ocupa un lugar muy absoluto la evaluación, como momento psicológico primario para el desencadenamiento del estrés, reduciéndose el origen de tan complejo fenómeno a una operación cognitiva inicial, de donde se desencadenan los restantes momentos del proceso psicológico mediatizador presentado por estos autores.

Esta apreciación nuestra se confirma en el siguiente párrafo de R. Mc. Crae: "Primero, la mayor parte de los esfuerzos de afrontamiento son concebidos como respuesta a estresores externos, como enfermedad, divorcio o pérdidas más que como respuestas a conflictos inconscientes. Segundo, las respuestas en sí mismas son considerados estrategias conscientes. (pág. 919-920, 1984).

Esta cita demuestra aún con mayor nitidez que la primera, la profunda reducción del estrés y su naturaleza a aspectos cognitivo-conscientes, siendo ignorados de forma secundaria, aspectos afectivos e inconscientes que, en nuestro criterio, son otra alternativa simultánea de génesis y manifestación del estrés.

La mediatización psicológica elaborada en este enfoque se resume en el siguiente párrafo de R. Lazarus: "Nuestro interés más inmediato ha de dirigirse hacia el estudio de las causas generadoras de estrés psicológico en distintos individuos. Consideramos esta cuestión a través del análisis de los dos procesos críticos que tienen lugar en la relación individuo-entorno: evaluación cognitiva y afrontamiento. La evaluación cognitiva es un proceso evaluativo que determina por qué y hasta qué punto una relación determinada a una serie de relaciones entre el individuo y el entorno es estresante. Afrontamiento es el proceso a través del cual el individuo maneja las demandas de la relación individuo-ambiente que evalúa como estresantes y las emociones que ello genera" (pág. 44, 1986).

Al parecer la estrategia de afrontamiento depende de un solo proceso psicológico; la evaluación y, esta, a su vez, depende del contacto concreto con la situación estresante, lo cual parecería reflejar una concepción espontáneo-situacional del proceso.

Ante esto cabe preguntarse ¿no hay determinantes psicológicas más profundas que definen este proceso? ¿de qué factores depende el sentido que tenga la evaluación?, ¿funciona realmente el hombre como un mecanismo racional absoluto de evaluaciones y respuestas?, realmente pensamos que no. Un análisis crítico sobre esta posición la presentamos en el capítulo VI del libro "La personalidad; su educación y desarrollo".

Es cierto que los autores refieren factores psicológicos o personales que influyen en la evaluación, sin embargo, un peso mucho mayor otorgan a los factores situacionales. Al analizar los factores psicológicos S. Folkman refiere que: "los recursos psicológicos incluyen las creencias, la habilidad para resolver problemas, la autoestimación y la moral. (pág. 842, 1984).

Lazarus enfatiza sobre todo en los compromisos, las creencias y la moral, sin embargo, no queda clara la articulación de estos elementos psicológicos con los procesos de evaluación y afrontamiento, ni tampoco se presentan resultados de investigaciones o un modelo metodológico orientado a este fin.

Esta dirección de pensamiento que analizamos tiene como positivo, desde nuestro punto de vista, el hecho de penetrar en un momento activo del sujeto; sus procesos de evaluación y afrontamiento, procesos reales que, sin duda, tienen un papel en la relación personalidad-enfermedad somática. Sin embargo, la forma en que estos procesos son presentados, responde más a una respuesta cognitiva, que a una expresión cognitiva personalizada, o sea, que a una expresión de la personalidad.

En la teoría de estos autores se hace más hincapié en la evaluación de los momentos procesales, representados por las evaluaciones primaria y secundaria y por los tipos de afrontamiento, que en la relación necesaria de estos procesos con la personalidad, así como en su congruencia histórica dentro del sujeto que los expresa. Los procesos de evaluación y afrontamiento son más estudiados dentro de sus características generales como procesos, que en sus diferencias apartir de los sujetos que los asumen desde una personalidad concreta.

Siguiendo la posición de estos autores, parecería ser que el sujeto y la personalidad se reducen a sus capacidades de identificación, evaluación y afrontamiento conscientes, dentro de las cuales se agotan todos sus mecanismos y recursos psicológicos.

Sin duda, estos autores ubican una importante expresión de la subjetividad humana, con lo cual contribuyen en el complejo e infinito proceso de descubrir los nexos entre lo psíquico y lo somático en el hombre aunque el carácter cerrado que dan a su posición no contribuye a su ulterior desarrollo, desapareciendo en la función el sujeto realizador de la misma, que es, en nuestra opinión, uno de los objetivos esenciales a desarrollar.

c) Orientación personológica en el estudio del papel de lo psíquico en la enfermedad somática.

En la década del 80, aumentaron significativamente las investigaciones orientadas a la determinación de formaciones y sistemas personológicos mediatizadores del estrés y de los indicadores de riesgo a las enfermedades cardiovasculares.

Entre los indicadores personológicos más relevantes que hemos encontrado en la literatura, se encuentran las investigaciones orientadas a la relación entre el bienestar y los proyectos personales Little, (1976, 1983, Palys and Little, 1983) Klinger, Busta and Maxeiner 1981, Emmons, 1986 y Ruehlman. L. and Wolchik, Sh, 1988) entre otros.

Aunque la forma de conceptualizar las metas es diferente entre estos autores, todos coinciden en señalar el sistema de proyectos de la personalidad como un elemento psicológico esencial del bienestar emocional.

L. Ruehlman y Sh. Wolchik presentan en su investigación (1988) resultados que evidencian la relación entre las propiedades de los proyectos personales y las medidas más generales del estrés psicológico.

Estos resultados son coincidentes con la relevancia que hemos otorgado en nuestros trabajos al indicador de la estructuración temporal futura de los contenidos personológicos, el cual hemos investigado en distintas formas concretas de su expresión (intenciones, ideales y proyectos de vida). En este sentido se destacan también los trabajos de Héctor Arias sobre la capacidad de anticipación en pacientes infartados.

Otra línea de trabajo de interés es referida a la relación entre los estilos explicatorios pesimistas y la enfermedad física. En esta dirección distintas investigaciones sugieren que los individuos que explican pesimistamente los eventos negativos que les ocurren presentan una función inmune más baja, que los hace más vulnerable a la enfermedad (Kamen Rodin and Seligman (1987) Petterson 1988).

Petterson and Seligman (1984) han establecido distintas dimensiones del estilo explicativo, que han tenido significación en sus investigaciones, estas son: estabilidad-inestabilidad, especificidad-inespecificidad e internalidad-externalidad.

Según estos autores: "Una persona que explique los distintos hechos que le ocurren de forma pesimista de una manera estable, global y referida a causas internas, presenta un mayor déficit, una mayor impotencia que una persona que los explica de forma inestable, específica y referida a causas externas. Esos déficits incluyen pasividad, depresión, pobreza en la solución de problemas, bajo autoestima, pobre función inmunológica y alta morbilidad" (pág. 24, 1988).

A pesar de la connotación tan descriptiva de las relaciones presentadas en muchos de estos estudios, cuyo valor aún más que conceptual, es estadístico, contribuyendo poco a la configuración explicativa de estos datos, lo cierto, es que ya se apunta a correlaciones entre diferentes elementos subjetivos de la personalidad que pueden llegar a constituir verdaderas formaciones psicológicas de esta.

Otro conjunto de autores norteamericanos, algunos de los cuales han sostenido posiciones anteriores muy conductistas,

han complejizado los estudios sobre el afrontamiento, incluyendo un elemento de clara definición personalógica, como la autoestima. En este sentido A. Bandure escribe: "Las personas quienes creen que ellas ejercen un control sobre las amenazas potenciales no evocan estas con cogniciones aprehensivas, por lo cual no son perturbadas por ellas. Pero aquellos quienes creen que no pueden manejar las amenazas potenciales experimentan altos niveles de estres y de activación ansiosa" (pág. 1177, 1989).

En esta cita y a lo largo del trabajo en que la misma aparece, se enfatizó la gran importancia de la autovaloración, reflejada en la autoestimación, como mediatizador de los procesos de afrontamiento, así como del sentido que adquieren para el individuo los eventos externos. A partir de estos planteamientos, el autor desarrolla algunas funciones psicológicas muy vinculadas a esta formación de la personalidad, como son, el carácter de sus metas y proyectos y la capacidad de anticipación, las que no son presentadas en este trabajo como posiciones aisladas, sino estrechamente interrelacionadas entre sí y con la autoestimación.

c.1 Nuestra comprensión sobre el papel mediatizador de la personalidad. Distintos niveles de esta mediatización.

En la forma en que hemos venido desarrollando nuestra concepción sobre la personalidad, la cual se ha ido enriqueciendo de diferentes direcciones de la investigación concreta, cuya articulación con la teoría ha definido un planteamiento metodológico en constante desarrollo, consideramos la personalidad como un sistema vivo, definido por un conjunto de mecanismos, formaciones, subsistemas y funciones que, organizados en diferentes niveles en los distintos individuos, representa potencialmente un conjunto de alternativas simultáneas que, comprometidas con dichos recursos psicológicos, están en la base de los más diversos comportamientos humanos.

En nuestra concepción de la personalidad, desarrollada progresivamente en un conjunto de publicaciones cuya expresión más acabada aparece en el libro. "La personalidad; su educación y desarrollo", partimos de la integración de los aspectos funcio-

nales y de contenido de esta, a través de su organización en diferentes niveles de regulación.

Históricamente, los estudios sobre la personalidad humana, sobre todo aquellos inspirados por un enfoque positivista, orientado a la cuantificación y al dato concreto de comportamiento han subvalorado la riqueza de múltiples formas subjetivas de la personalidad que están en la base de sus disímiles comportamientos.

Si bien es cierto que en la personalidad se organizan múltiples contenidos psicológicos en configuraciones estables que devienen en elementos estructurales de su organización, es necesario enfatizar que estas configuraciones expresan naturalezas psicológicas diferentes y se organizan en distintos niveles de complejidad, no manifestando una relación lineal e inmediata con ningún comportamiento concreto.

Por regla general, el comportamiento concreto no constituye una expresión acabada y absoluta de ninguna unidad parcial de la personalidad tomada de forma aislada, siendo más bien un indicador objetivo de complejos sistemas de relaciones personalógicas, derivando de ahí su importancia metodológica para el estudio de la personalidad.

Brevemente, por estar en otras publicaciones que no necesariamente son conocidas por el lector del presente libro, presentaré la forma en que concebimos la organización estructural y funcional de la personalidad.

Hemos definido tres formas esenciales de integración de los contenidos psicológicos en configuraciones estables de la personalidad. Estas formas son: a) Unidades psicológicas primarias. Están representadas por contenidos psicológicos parciales, que portadores de un valor emocional, se expresan en formas concretas de comportamiento.

Entre estas unidades tenemos los rasgos, los valores, las normas, las actitudes, y muchos otros conceptos que apuntan a de-

finiciones comportamentales parciales y que coexisten sin una discriminación fina entre sí, en la literatura psicológica.

Estas unidades psicológicas parciales están afectadas por el nivel general en que una personalidad funcionan, estando su nivel de dependencia hacia sistemas más complejos de la personalidad, en función de las características más generales del propio desarrollo integral de esta.

b) Formaciones psicológicas. Las formaciones psicológicas representan un nivel estable y organizado de información personalizada, teniendo una base plurimotivada.

En nuestros trabajos anteriores hemos centrado nuestra atención en las formaciones motivacionales complejas, pues fueron estas las unidades psicológicas que nos llevaron a las elaboraciones ulteriores sobre los niveles de regulación y la organización psicológica de la personalidad, sin embargo en ellas no se agotan las formaciones psicológicas de la personalidad. Las formaciones motivacionales complejas se caracterizan porque expresan un contenido elaborado intelectualmente por el sujeto que está en la base de sus comportamientos intencionales.

Sin embargo, existen formaciones motivacionales, que, aún constituyendo una organización compleja de distintos motivos, sobre cuya base se organiza todo un sistema de información personalizada, no representan sistemas elaborados conscientemente por el sujeto, pudiendo incluso no ser conscientes.

Ya en 1982, en artículo conjunto publicado con Bratus, B. S. habíamos planteado que: "Las formaciones del sentido acentúan su atención, no en los motivos por sí mismos, sino en sus relaciones. Además, no se trata sólo de los motivos superiores y conscientes, sino de las interacciones entre los motivos de distintos niveles y grados de concientización. Las formaciones del sentido... pueden ser inconscientes..." (pág. 63, 1982).

Las formaciones del sentido, categoría también relativamente nueva sobre la cual coexisten distintas aproximaciones, son un ejemplo de formaciones psicológicas. En nuestro país, M.

Cálviño, trabaja otros tipos de formaciones psicológicas en el estudio de la motivación humana.

Síntesis reguladores: Pensamos hoy, que la mayoría de los comportamientos más elaborados de la personalidad son el resultado de las relaciones necesarias entre distintas formaciones y mecanismos de esta, siendo estas relaciones que conducen a una expresión psicológica concreta, a las que hemos llamado síntesis reguladoras. Sin embargo, aún las posibilidades metodológicas para el estudio de las mismas son muy limitadas.

Un ejemplo de síntesis reguladora es el llamado afecto de inadecuación ante el fracaso cuyo estudio puede constituir una de las vías de configuración de la personalidad con alto riesgo a padecer trastornos cardiovasculares.

Unido a estos aspectos estructurales, cuya organización representa aún un marco hipotético para la integración de la información conocida en esta esfera, el cual nos permite abordar niveles de expresión de la personalidad imposibles de ser comprendidos en el marco estático de los enfoques dimensionalistas, consideramos esencial desarrollar una serie de indicadores asociados al como un contenido concreto de la personalidad se expresa. A estos indicadores le hemos llamado Indicadores funcionales.

Algunos de estos indicadores funcionales aparecen tratados de forma aislada en la literatura, presentándose al principio de este epígrafe algunas referencias.

Los indicadores funcionales que hemos podido definir en la investigación son, los siguientes:

Rigidez - Flexibilidad

Estructuración temporal de un contenido psicológico (referido a si la persona actúa en sus motivaciones esenciales a través de una organización de las mismas en el futuro, por proyectos u objetivos, en el pasado o en la inmediatez de su vida presente).

- Mediatización de las operaciones en las funciones reguladoras de la personalidad.
- Capacidad de estructurar el campo de acción.
- Estructuración consciente activa de la función reguladora de la personalidad.

Estos indicadores funcionales se fueron develando ante nosotros a lo largo de nuestro trabajo de investigación, unas veces de forma indirecta y sin esperarlo y, otras, de una forma dirigida, una vez que conscientemente pudimos organizar y conucir hipótesis nuestras.

En la propia investigación nos fuimos dando cuenta de que estos indicadores guardaban una estrecha relación entre sí, en los dos polos opuestos de su manifestación, es decir, en su expresión positiva y negativa. A la relación necesaria de estos indicadores entre sí, le denominamos nivel de regulación de la personalidad, pues dichos indicadores se manifestaban integralmente en la definición de las características más generales de las funciones autoreguladoras de esta.

El nivel de regulación representa, a su vez, una integración de los aspectos funcionales y de contenido, pues hemos podido determinar que muy asociado a estas formas de integración funcional, la personalidad opera esencialmente a través de unidades estructurales diferentes. Así, los sujetos que operan en el nivel consciente volitivo, como denominamos a aquel en que los indicadores se expresan en su extremo positivo, se apoyan mucho en formaciones activacionales complejas en la regulación de su comportamiento, estando más orientadas a la autodeterminación.

Los sujetos que expresan el otro nivel de regulación, al que hemos denominado de normas, valores y estereotipos, se orientan más por unidades psicológicas primarias, de ahí su denominación, siendo muy propensos a determinar su comportamiento por factores externos, tendencia que hemos denominado determinismo externo y, que al parecer, tiene una importante significación en la génesis de las emociones negativas que están en la base de los trastornos cardiovasculares.

Estos niveles de regulación, representan un momento de conceptualización más sistémico y complejo que los utilizados tradicionalmente para explicar la personalidad, permitiendo dar respuesta a comportamientos más complejos de esto que, son excepción de la psicología humanista, no han sido un objetivo esencial para otras corrientes relevantes del pensamiento psicológico contemporáneo. Sin embargo, con ellos no se agotan, ni la naturaleza psicológica de la personalidad, ni sus propios mecanismos y funciones reguladoras.

Si bien los niveles de regulación indican un conjunto de recursos diferentes de la personalidad, expresando diferencias cualitativas importantes en la forma de asumir el sujeto sus funciones reguladoras, no podemos absolutizar el carácter efectivo de uno sobre el otro, pues la propia efectividad del determinismo psicológico de la personalidad está muy vinculado con el tipo de situación que el sujeto enfrenta, así como por las propias características de la mediatización del sujeto en cada momento histórico - concreto de su devenir individual.

Los indicadores funcionales, por ejemplo, del nivel consciente - volitivo, facilitan el ejercicio de las funciones reguladoras por el individuo, pero no absolutizan sus posibilidades de éxito en la regulación del comportamiento, ni la integración idónea de las distintas formaciones y síntesis reguladoras de su personalidad, los cuales son momentos positivos de la organización y dirección del comportamiento del individuo como sujeto de su propia personalidad.

Esto se ha demostrado en distintas investigaciones (Z. Domínguez, 1987 y E. Pérez, 1989), en las que aparecen sujetos conscientes - volitivos con hipertensión esencial, coincidiendo en ambos casos la existencia de una autovaloración por sobrevaloración en los sujetos que presentaron estos cuadros.

El enfoque por niveles que presentamos, no pretende presentar el marco psicológico de la enfermedad cardiovascular, como la resultante descriptiva de la correlación estadística, nivel de regulación - enfermedad, pues con ello estaríamos reprodu-

ciendo desde otro marco conceptual, la orientación funcionalista - descriptiva que ha predominado en esta esfera de trabajo.

Pretendemos avanzar en la explicación de la compleja mediatización de lo psíquico sobre la enfermedad, lo que exige salir del camino de las correlaciones lineales, o de las exclusiones recíprocas, para entrar en otro, mucho más complejo, que nos permita identificar formas diversas de mediatización psíquica, conducentes a las emociones negativas que se traducen en indicadores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares, así como a niveles diferentes de organización de lo psicológico en esta mediatización.

El nivel de regulación en abstracto no permite explicar la mayor propensión a la enfermedad cardiovascular, aún cuando se exprese una altísima correlación estadística en las investigaciones realizadas entre el nivel de normas, estereotipos y valores o indicadores concretos de éste, y la enfermedad cardiovascular. Es necesario, sin embargo, penetrar en las múltiples formas en que las características de cada uno de los niveles propicien formas psicológicas concretas generadoras de emociones negativas, por lo que resulta esencial la identificación de estas unido, a la propia determinación del potencial estresante de los niveles de regulación a partir de su naturaleza psicológica.

En cualquier persona puede aparecer una forma de respuesta psicológica no adecuada, que se consolida en un determinado sistema parcial de expresión psicológica, el cual sería responsable directo de la afectación somática y psíquica que se exprese en un individuo concreto. No obstante, estas manifestaciones psíquicas parciales que afectan la salud, guardan una determinada relación con los aspectos más generales que caracterizan la personalidad, pues el funcionamiento integral de esta, unido a la posición activa que el individuo asume sobre la base de sus propios recursos psicológicos, mediatizan el sentido psicológico de los diferentes elementos externos e internos que afectan al sujeto. La lógica de estas complejas relaciones es necesario profundizarla mucho aún en la investigación concreta.

Creemos que para analizar el estrés es necesario tener muy en cuenta las características de la personalidad en su relación con las diferentes particularidades cualitativas del sistema de interrelaciones sociales del sujeto, las cuales tendrán sentidos psicológicos diferentes para individuos con diferentes características de personalidad. Así, una situación abierta, sin alternativas claras que evidencien la respuesta buena o mala, o situaciones que exijan respuestas alternativas rápidas o cambios en el individuo, pueden tener un valor estresante mayor para individuos que se caracterizan por el nivel de normas, estereotipos y valores.

Sin embargo, una situación que hace al individuo exageradamente dependiente de factores externos para la realización de sus objetivos, o que limita la expresión individual, exigiendo demasiado pasividad al sujeto, puede ser mucho más estresante para un sujeto de nivel consciente - volitivo.

No obstante, por la riqueza de recursos de que disponen los sujetos que expresan un nivel consciente - volitivo de regulación, siempre que no se presenten síntesis parciales inadecuadas en su personalidad, del tipo descrito anteriormente, su resistencia ante las situaciones de estrés debe ser superior, de lo cual puede ser un índice la presencia mucho menor de estos sujetos entre la población hipertensa o infartada que ha sido objeto de nuestros estudios.

El análisis de la relación entre la personalidad y su sistema de interrelaciones relevantes no puede prescindir del individuo en su condición de sujeto, tanto de su personalidad, como de su sistema de relaciones.

La personalidad es la organización sistémica, viva y relativamente estable de las distintas formaciones psicológicas, sistemas de estas e integraciones funcionales de sus contenidos que participan activamente en las funciones reguladora y autoreguladora del comportamiento, siendo el sujeto quien ejerce estas funciones.

Las decisiones asumidas ante las situaciones de la vida, las estrategias ante ellas y la dirección general que se le dá al comportamiento, asumiendo unas alternativas y desechando otras, son funciones del sujeto, para las cuales dispone de una personalidad, cuyo desarrollo facilita o dificulta estas funciones, para que, por mucho desarrollo que ella tenga, jamás sustituye el momento activo y permanentemente presente que implica el sujeto.

Este es otro importante factor que mediatiza el sentido estresante de cualquier aspecto de la situación vital del sujeto en un momento dado de su vida. Como elemento activo, pensante y susceptible de una multiplicidad de vivencias presentes, el sujeto, con sus determinantes personalógicas, toma decisiones que expresan su estado y su valoración personal en el momento en que las asume, lo cual hace con sus recursos personalógicos estables, pero imprimiéndole un sentido particular a la situación que definiera las consecuencias ulteriores de su decisión para la personalidad.

El momento del sujeto, del sentido que su mundo tiene, sus valoraciones y proyecciones, es fundamental en el diagnóstico psicológico que orientará la labor terapéutica con él.

El sujeto sintetiza la historicidad de su personalidad, con el momento social en que se expresa y, de esta relación permanente aparecerán las múltiples contradicciones y alternativas que exigen su posición individualizada y activa, la cual, si bien se desarrolló sobre la base de sus recursos personalógicos, implica decisiones y cambios, que el sujeto debe asumir a través de los cuales se desarrolle su propia personalidad.

Por supuesto, no todo el sistema de influencias sociales se reduce al momento consciente - intencional de expresión del sujeto en su medio.

Esta relación es sumamente compleja y muchas veces el sujeto no puede conceptualizar aspectos relevantes de su sistema de interrelaciones que le provocan estados de tensión.

El medio social actúa también de forma permanente sobre el individuo, y este, en su constante desarrollo, va experimentando con sentidos psicológicos diferentes hechos, eventos y relaciones, claramente conceptualizados con otro sentido en momentos anteriores de su vida.

Este proceso es sumamente complejo, surgiendo muchas veces verdaderas contradicciones entre valores, creencias y principios conceptualizados por el sujeto, y las vivencias que este experimenta en cualquier esfera de su vida. Si el sujeto no es capaz de identificar las causas de estas contradicciones y orientarse hacia su solución sin esquemas anticipatorios rígidos, ni defensas evasivas, se convertirá en objeto de las mismas y aparecerán claros estados emocionales negativos.

Las relaciones del hombre con los distintos sistemas de su medio social se expresan en lo psíquico de dos formas fundamentales; en los conceptos y las vivencias. Las contradicciones entre ambos tipos de reflejo de la realidad son un importante dinamizador del desarrollo psíquico, pero a partir de un determinado momento, cuando uno de dichos aspectos se desarrolla progresivamente sin que existan cambios en el otro, aparecen graves crisis en la personalidad que pueden devenir en estados permanentes de estrés o configuración neurótica.

Estas contradicciones entre lo conceptualizado y vivencial, que pueden expresarse en distintas esferas de la actividad humana, uno de cuyos ejemplos es la contradicción entre valores morales, conformados en etapas anteriores de la vida y las necesidades crecientes del desarrollo individual, son enfrentadas por el sujeto con los recursos de que dispone como personalidad, es por ello que la relación personalidad - sujeto - medio social, constituyen un sistema en el que la expresión de cualquier estado depende del comportamiento integral de los tres factores.

En nuestra consulta e investigaciones con sujetos hipertensos e infartados hemos observado que los sujetos que se caracterizan por el nivel consciente - volitivo expresan una tenencia activa a concientizar los aspectos que les provocan vivencias ne-

gativas, manteniéndose permanentemente elaborando hipótesis y reflexionando sobre las posibles causas de dichos estados. Sin embargo, los sujetos de normas y estereotipos, tienden a negar cualquier vivencia que pueda afectar los principios inmóviles que caracterizan su estabilidad emocional.

Esta complejidad hace que las relaciones entre personalidad y enfermedad somática, debe estar regida por un principio dinámico, que permita comprender las distintas alternativas que pueden conducir al estrés psicológico, buscando la explicación procesal de las mismas y sus relaciones con niveles más generales de conceptualización sobre la personalidad, que puedan integrarse en verdaderos sistemas explicativos.

Entre las integraciones explicativas parciales que hemos podido identificar como causa de estrés psicológico, correlacionadas con indicadores de riesgo cardiovascular, están las siguientes:

a) Indicadores patológicos de la regulación psicológica: Insomnio, ansiedad, hipocondría, temor a la muerte y depresión. Estos indicadores caracterizan a un grupo numeroso de los pacientes hipertensos estudiados, cuyos estados son francamente no sanos o neuróticos. Se caracterizan por una insuficiente activación para la actividad, o bien por una anticipación ansiosa y derrotista, carente de objetivos definidos.

Este grupo nos demuestra que la división semiológica entre enfermedad psicósomática y neurosis es inadecuada, pues la tensión psíquica es una fuente permanente de estrés, susceptible de expresión somática.

b) Sujetos cuyo conflicto central se expresa por el fuerte determinismo externo que caracteriza su comportamiento. Determinismo externo no debe confundirse con locus de control.

Entendemos por determinismo externo la dependencia que establece el sujeto de los otros para el desempeño de su comportamiento personal.

Estos sujetos están centrados en que los demás los aprueben, los valoren y los reconozcan, teniendo muy bajo nivel de auto-determinación. Para ellos cumplir con lo que se les establece y no ser criticados es una orientación obsesiva, hacia la cual manifiestan un comportamiento ansioso y muy vulnerable a la frustración.

Son individuos muy rígidos, típicos del nivel de normas, estereotipos y valores, la mayoría de los cuales expresa un nivel no concientizado de inseguridad en sí mismos; la que aparece por la frecuente vivencia de fracaso que experimentan ante la influencia de juicios ajenos que son incapaces de controlar o regular.

c) Sujetos impulsivos, con muy bajo control emocional, muy susceptibles de respuestas agresivas, de las cuales se arrepienten, experimentando fácilmente estrés psicológico.

d) Sujetos con una autovaloración inadecuada por sobrevaloración. Su nivel de aspiración está centrado en estar por encima de los demás, resultando ajeno a los resultados de la actividad que despliegan.

Los objetivos que se plantean no dependen de su esfuerzo personal, sino de la valoración de otros, lo que implica una situación de bajo control para ellos, muy vulnerable al estrés.

Son sujetos no interesados por la calidad de su ejecución en las actividades que desarrollan, siendo su fuente vivencial esencial al éxito, valorado siempre a través de criterios externos.

Estos individuos experimentan con mucha frecuencia vivencias de fracaso, lo que se explica por su necesidad de estar por encima de otros en la valoración social, lo cual no siempre es posible, aún con una ejecución exitosa. La frecuencia de vivencias de fracaso los conduce a una inseguridad no concientizada en sí mismos.

Estos resultados están evaluados por investigaciones realizadas no sólo en hipertensos, sino también en escolares.

- e) Sujetos con pobres recursos personológicos para el desarrollo de las funciones reguladoras y autoreguladoras de su personalidad. Estos individuos viven en una dimensión presente, inmediata, con muy poca elaboración sobre su posición en la vida.

Tienen serias dificultades en la jerarquización de objetivos y en la toma de decisiones, procesos afectados por la propia inmediatez de su acción temporal.

Ante situaciones que exigen de ellos la prioridad de unas cosas y la subordinación de otras, dado la multiplicidad de exigencias que los afectan, son incapaces de tomar decisiones y quieren responder a todo de forma simultánea, apareciendo situaciones extremadamente tensionantes que se escapan de su capacidad reguladora.

Finalmente, queremos referirnos a mecanismos psicológicos directamente responsables de la aparición de estrés, que, aunque observados en muchos de los sujetos clasificados en las agrupaciones parciales anteriores, pueden presentarse de manera situacional en sujetos con adecuados recursos personológicos que enfrentan situaciones de conflicto. Estos mecanismos son los circuitos tensionales reverberantes y la contradicción entre lo conceptualizado y lo vivencial.

Los circuitos tensionales reverberantes, a diferencia de las ideas obsesivas, son preocupaciones que el sujeto no puede eliminar y, gradualmente elabora y enriquece con reflexiones que aumentan su nivel de tensión, por su carácter anticipatorio y negativo, no guardando relación con el hecho real que le afecta.

La contradicción entre lo vivencial y lo conceptualizado, es una de las contradicciones esenciales del desarrollo humano, sin embargo, cuando uno de los polos experimenta cambios agudos, sin que se refleje en el otro, aparecen serios estados tensionales susceptibles de expresarse en hipertensión u otros indicadores de riesgo a diversas enfermedades somáticas.

Este tipo de contradicción aparece en muchos de los conflictos que experimenta el sujeto en distintas esferas de su actividad.

La aparición de vivencias negativas expresa contradicciones, las que en ocasiones responden a la aparición de nuevas necesidades que no son justificadas, ni con el comportamiento, ni con el sistema de valores actuales del sujeto.

La motivación humana, como hemos expresado en otros trabajos, expresa un continuo de vivencias positivas y negativas. Estas últimas deben provocar la acción y la reflexión del sujeto hacia la identificación de sus causas y la eliminación del estado vivencial de displacer, sin embargo, esto no siempre es así.

En nuestros trabajos hemos corroborado que un número importante de sujetos no desarrollan ningún esfuerzo volitivo por identificar las causas de sus emociones negativas, encubriendo, por diversos mecanismos, poco claros todavía, la acción de estas vivencias a nivel consciente. Sin embargo, estas vivencias mantienen su potencial dinámico que, al no expresarse en comportamientos concretos orientados a la solución de las contradicciones que las provocan, alcanzan una expresión somática.

Esta contradicción la hemos observado en sujetos que manifiestan un nivel de regulación de normas y estereotipos, sobre todo en individuos muy orientados por el determinismo externo sobre su comportamiento.

Es indiscutible que el análisis sobre el papel de la personalidad en la enfermedad somática, implica considerar múltiples alternativas simultáneas que participan en el proceso personológico, cuyas regularidades psicológicas debemos seguir desentrañando, así como la integración sistémica de lo personológico, lo social y el papel activo del individuo como sujeto de su actividad.

En el capítulo III explicitaremos como se expresan las categorías aquí presentadas en el diagnóstico de los sujetos hipertensos e infartados.

c) El estrés: su problematización actual. Carácter personal del estrés.

Aunque el término estrés se maneja incluso por autores de la ciencia médica en el siglo XIX, lo cierto es que una utilización más definida y sistemática del mismo aparece en 1936, cuando Hans Selye definió técnicamente el estrés por un conjunto interrelacionado de reacciones ante cualquier estímulo nocivo, incluidos los psicológicos. El ubica el estrés en las respuestas fisiológicas a las demandas ambientales, llamándole a esta reacción Síndrome general de adaptación.

La forma en que Selye manejó el término enfatiza las expresiones psicológicas del fenómeno estudiado, sin embargo, las causas se orientan al exterior del individuo, como estímulos nocivos que le afectan (subrayado nuestro F. G.), lo cual dejó profundas huellas en el pensamiento psicológico, sobre todo en el orientado por la fórmula clásica del conductismo. E - R. Otra influencia importante en la definición de Selye que ha estado presente en la mayoría de las definiciones psicológicas del término, es su carácter adaptativo.

Fuera de estas influencias, desarrolladas más bien en el plano conceptual, podemos afirmar que los trabajos de Selye, así como las múltiples investigaciones que siguiendo su orientación se realizaron sobre respuestas fisiológicas ante el estrés, aun cuando tuvieron implicaciones en los niveles psico y sociológicos de análisis, realmente no condujeron a un planteamiento más amplio y preciso de las determinantes internas del estrés, ni a una concepción sistémica del estrés.

En un análisis histórico sobre el término R. Lazarus señala: "En la vertiente psicológica estrictamente individual, el estrés fue sobreentendido durante mucho tiempo como una estructura organizadora para pensar sobre psicopatología, sobre todo en las teorizaciones de Freud y de autores posteriores orientados en las teorías psicodinámicas. Sin embargo, se utilizó el término ansiedad en lugar del de estrés. La palabra estrés no apareció en el índice de Psychological Abstracts hasta 1944 (pág. 28, 1986).

Al referirnos a los antecedentes de la definición de estrés en psicología, no puede dejar de ser mencionado Walter Cannon quien, aun antes de Selye, fue el primero en usar el término estrés, sugiriendo claramente sus componentes fisiológicos y psicológicos. Este autor enfoca el estrés como una causa potencial de problemas médicos, y reconoce que el estrés emocional puede afectar la naturaleza fisiológica.

El trabajo de Cannon, aun cuando fue precursor del de Selye sobre el estrés biológico, trasciende este en su análisis sobre los aspectos psicológicos del estrés, en lo se ubica más cerca de las definiciones más actuales del término.

Con particular fuerza, se desarrolla una orientación bien definida, en la década del 70, a los aspectos psicobiológicos del estrés. En esta dirección se presenta un conjunto de trabajos muy significativos, como el de Mason, quien plantea el estrés como una respuesta fisiológica específica, cuya expresión exige del conocimiento psicológico del evento nocivo, con lo cual discrepa del planteamiento de Selye, profundizando en la naturaleza psicológica del estrés.

También Marianne Frankenhauser y sus colegas. (1972) revelan un fuerte componente psicológico en el estrés. Esta autora demostró que las secreciones de adrenalina y noradrenalina están afectadas por el funcionamiento cognitivo y emocional, siendo segregadas en respuestas a eventos puramente psicológicos.

Esta orientación psicofisiológica del estudio del estrés, ha revelado importantes resultados que contribuyen decisivamente al conocimiento de su naturaleza psicológica, así Patkál (1971) presenta que el incremento de la adrenalina y la noradrenalina está asociada no sólo con los eventos nocivos, sino también con eventos placenteros que resultan incontrolables. Como veremos más adelante, el control es uno de los elementos que facilitan que una situación se torne estresante para el hombre.

R. Lazarus y sus colaboradores agregan una dimensión psicológica al concepto de estrés; la noción de evaluación psicoló-

gica, la cual es consistente con las aproximaciones que hemos citado más arriba, sobre los aspectos psicobiológicos del estrés.

Como señalamos en el epígrafe dedicado a Lazarus y sus colaboradores, el concepto de estrés que ellos presentan tiene la ventaja de romper con enfoques mecanicistas y unilaterales orientados a definir el carácter estresante de un evento por su propia naturaleza, ubicando la importancia del carácter mediatizador del sujeto en este proceso.

Al definir el estrés, Lazarus señala: "El estrés psicológico es una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por este como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar" (pág. 43, 1986).

Como toda definición de algo complejo corre el riesgo de ser unilateral o incompleta, esta no resulta una excepción en este sentido, sin embargo, analizaremos en ella la incompletitud que refleja la concepción general del autor que en ella se expresa, más que otros elementos cuya ausencia refleja la necesidad de síntesis en la esencialidad definida.

En primer lugar, Lazarus absolutiza el estrés como momento relacional, que necesariamente presupone la evaluación del sujeto sobre algo externo en términos de amenazante o desbordante de sus recursos. En este sentido Lazarus soslaya la génesis personalológica del estrés, al reducir la mediatización del sujeto a su evaluación sobre el hecho externo.

Es cierto que el estrés puede surgir ante una relación con un evento que evaluamos como amenazante, sin embargo, también puede aparecer como una construcción subjetiva que, aún configurada por indicadores muy diversos de distintos sistemas relevantes, no puede ubicarse ni por su temporalidad, ni por su orientación, en un marco relacional particular.

¿Cuántos elementos tensionantes no existen en la información personalizada que un sujeto dispone en su conciencia?

La forma en que un sujeto activamente elabora y construye

sus reflexiones y convicciones presentes sobre la base de su información personalizada, es decisiva en la aparición de muchas formas de estrés.

En segundo lugar, en esta definición de estrés se enfatiza el momento consciente de la relación. Ante esto podríamos preguntarnos ¿no puede tener el estrés una naturaleza esencialmente inconsciente, al margen de cualquier proceso de evaluación?

Como respuesta a esta interrogante responderíamos afirmativamente, pues muchas de las contradicciones más agudas del sujeto, este no las reconoce conscientemente, mecanismo defensivo que determina la incapacidad de respuestas del sujeto ante ellas, con lo cual pierde el control sobre las mismas, convirtiéndose en objeto de estas.

Creemos que un aspecto esencial, disparador de la reacción integral que presupone el estrés, es la calidad de las emociones que el sujeto experimenta, las cuales están esencialmente determinadas por el proceso personalológico que activamente mediatiza el mundo externo e interno del sujeto y que descansa en la configuración psicológica de la personalidad.

Hoy distintos autores orientan sus puntos de vista a definir las configuraciones personalológicas que facilitan pasar por los contratiempos lógicos que la vida implica, sin desencadenar reacciones de estrés, para conservar la diferencia entre la tensión negativa, dañina, y aquella que aún con manifestaciones fisiológicas similares resulta positiva al desarrollo del organismo.

J. Brangelman, del Instituto Max Planck de Munich, señala: "En los últimos decenios la ciencia se ha ocupado ante todo de los estresores del medio ambiente. Nuestra conferencia quiere demostrar, en base a resultados propios, como el individuo reacciona ante la sobrecarga y qué consecuencias tiene con respecto a la calidad de vida de las personas sanas y enfermas" (pág. 48, 1986).

Más adelante señala el mismo autor: "Nuestras investigaciones han evidenciado que la capacidad de autocontrol y control

social son decisivas para la creación de una calidad de vida positiva. En autocontrol consiste en que las decisiones se tomen con libertad y franqueza y en (consonancia) con los objetivos personales, así como también se realicen según responsabilidad propia" (pág. 49, 1986).

El peso que atribuye el autor al autocontrol como agente esencial de la calidad de vida y, por tanto, como mediatizador activo del proceso de estrés, por una parte, ubica la categoría calidad de vida en un marco subjetivo, en el sentido que tiene la misma para el sujeto, lo cual es esencial y, por otra parte, implica necesariamente buscar que tipo de personalidad, que naturaleza psicológica de la personalidad está en la base del ejercicio del autocontrol, tal y como es concebido por este autor.

En nuestro criterio, el estrés psicológico refleja un estado de tensión sostenida del organismo, que provoca una respuesta fisiológica estable. Este estado puede resultar positivo, cuando la integración psicosomática de esta tensión se exprese en sistemas de actividades o relaciones que despierten el interés permanente y activo del sujeto, encontrando su expresión en formas de comportamiento organizado de la personalidad en esa esfera, o en su sistema de objetivos y aspiraciones más mediatas.

Sin embargo, esta tensión puede ser profundamente perjudicial, llamándole muchos autores estrés, cuando la misma, de forma estable, se deriva de aspectos contradictorios, ambiguos, o de una carga que el individuo percibe como excesiva y no puede personalizar en su expresión aspectos que determinan una vivencia permanente de tensión, unida a desinterés e incapacidad para expresarla en formas organizadas de comportamiento.

La activación fisiológica resultante del estrés, aparece asociada a alteraciones de riesgo para distintos tipos de enfermedad, destacándose en la literatura las vinculadas a las enfermedades cardiovasculares (hipertensión, elevación del colesterol y los triglicéridos, etc).

El estrés, aún cuando tiene una naturaleza multicausal sistémica, participando en su génesis los distintos sistemas de inter-

acción relevantes del individuo (familia, laboral, política, etc.) así como las diferencias individuales para la activación psicofisiológica, referida en las investigaciones sobre el patrón A, está muy relacionado con la capacidad del sujeto, como personalidad, para enfrentar y resolver las distintas situaciones que personalmente le afectan.

A diferencia de los animales la instancia de la personalidad, asociada a las potencialidades conscientes del individuo, que lo definen como sujeto de su comportamiento, mediatizan activamente la acción de las diferentes influencias externas sobre la organización fisiológica, dependiendo la respuesta fisiológica del sentido psicológico que adquiere para el sujeto una influencia externa o el desarrollo de algún sistema de ideas y de emociones internas. Para ello, ni las calidad de los eventos externos por sí sola ni las particularidades de la activación fisiológica conducen de forma directa e inmediata al estrés, de ahí el carácter necesariamente sistémico de esta reacción.

En nuestra definición sobre estrés incluimos dos elementos esencialmente psicológicos que van a definir el carácter positivo o negativo que para el organismo tiene la tensión experimentada por el sujeto, estas son: la implicación del sujeto en el sistema externo o interno que determina la tensión y las posibilidades de expresión del mismo en este sistema, sea en el comportamiento concreto, o en los sistemas de proyección mediata de la personalidad.

El estrés no se produce sólo por exceso de estimulación, sino también por falta de esta. Cuando el hombre no le encuentra un sentido a lo que hace y no es capaz de organizar planes sobre los cuales organizar su vida presente, aún cuando su régimen de actividad sea descansado, experimentará fuertes tensiones internas que definirán el estado de estrés.

El estrés aparece en la personalidad por múltiples vías, en un complejo proceso dinámico cuya caracterización no resiste correlaciones estáticas, ni modelos universales.

En los epígrafes anteriores presentamos un conjunto de ele-

mentos psicológicos de la personalidad, funcionales y de contenido, que juegan un importante papel en la capacidad de resistencia del sujeto al distres psicológico, sin embargo, no podemos considerar la personalidad en abstracto, fuera del sujeto psicológico que la expresa y, que a su vez, se expresa en ella, como ya afirmamos.

Por ello, un espacio en que sujeto y personalidad se unen es lo que hemos denominado formas de regulación. Entendemos por ello, los contenidos en que la personalidad expresa su potencial regulador en cada momento de su devenir histórico, así como la forma en que lo hace.

Los recursos personológicos de un individuo, se utilizan por este en todas las situaciones que enfrenta en calidad de sujeto del comportamiento, sin embargo, en que y como se utilizan, es una definición propia del sujeto, y no un desprendimiento necesario de la personalidad. El hombre fija su potencial regulador, sus recursos personológicos, en distintos aspectos de su vida en cada momento de su decursar, los que identificamos como las formas de regulación, pues de hecho, estos aspectos constituyen la forma en que sus recursos personológicos activamente se expresan en cada momento concreto del desarrollo.

Las particularidades de la personalidad mediatizan activamente la expresión de las formas de regulación en cuanto a su amplitud, simultaneidad, complejidad y características concretas de estas, sin embargo, en última instancia, las formas de regulación reflejarán el estado y la capacidad del sujeto en el momento en que las expresa.

Las formas de regulación siempre se expresan a través de motivos que resultan esenciales para la personalidad. Así, un sujeto con alta motivación profesional, puede simultáneamente expresar varias formas de regulación vinculadas a esta esfera como son: la participación en un curso de post-grado, la realización de su propio trabajo profesional, la escritura de un libro, etc. Lo mismo ocurre en cualquier otra esfera motivada del sujeto.

Sin embargo, la presencia de un motivo relevante, no siempre se acompaña de formas de regulación vinculadas a él, pues la forma de regulación representa la máxima implicación del individuo en su conducta concreta, o en su reflexión, elaboración y mundo vivencial, en aspectos vinculados a la motivación sobre las que ellas se apoyan.

En este sentido, un individuo puede tener una elevada motivación profesional y, sin embargo, debido a un conflicto muy agudo en otra área relevante para él, no poder ni disfrutar, ni aprovechar su actividad en un momento dado de su vida. En este caso, el individuo participa en sus distintas actividades profesionales, pero de forma despersonalizada, concentrando todos sus recursos en el conflicto que le afecta. En este sujeto concreto puede que la fijación en su conflicto, sea la única forma de regulación activa en un momento de su vida.

Cuando esto ocurre en una personalidad rica portadora de múltiples motivaciones esenciales, el sujeto experimenta una elevada tensión, unido a bajo control sobre ella, pues sufre, tanto el conflicto, por su propia naturaleza, como su incapacidad para implicarse en esferas muy relevantes para él, en las cuales, a pesar de un esfuerzo volitivo estable, no logra concentración. De ahí el bajo control sobre la situación, pues, a pesar de su intervención consciente en ella es incapaz de mejorar su ejecución personal.

Los fenómenos personológicos ocurren en los sujetos, influidos o mediatizados por la organización psicológica de su personalidad, pero no linealmente definidos por esta. Así, en el ejemplo que poníamos sobre la fijación de un conflicto, esta aparece con mayor facilidad, en un individuo con pobres intereses, rígido, con baja capacidad de estructurar el campo de acción, etc, sin embargo, puede ocurrir también en un sujeto consciente volitivo, cuando la permanencia y la intensidad del conflicto van subordinando otras potencialidades de la personalidad, lo que en gran parte está determinado por la historia de decisiones concretas que el sujeto va asumiendo en esta dirección.

Las formas de regulación muchas veces agotan nuestra capa-

alidad de respuestas personalizadas a nivel subjetivo, interno, sin expresarse en el comportamiento concreto. Así, en el ejemplo que anteriormente expusimos, la regulación personalizada se agotaba en la fijación del sujeto en su conflicto, siendo formal su participación en otras esferas de la vida formal.

Coyunturalmente, cualquier individuo puede tener una expresión formal en esferas motivadas de su personalidad. Esta, por lo general, ocurre cuando una forma de regulación concreta, en otra esfera de su vida, concentra todas sus potencialidades como personalidad.

La capacidad de expresarse simultáneamente en diferentes formas de regulación, en calidad de sujeto del comportamiento, es un importante factor de resistencia al estrés.

Como hemos analizado en este epígrafe, el estrés, en su expresión tensional negativa, o distres, como muchos autores han preferido diferenciar, no se produce directamente por ningún evento externo, por traumatizante que este parezca, ni por diferencias individuales en la capacidad de respuesta psicofisiológica del organismo, apareciendo siempre mediatizado por las potencialidades psicológicas del sujeto y la forma en que este las utiliza en sus distintas situaciones vitales.

Por otra parte, el distres puede aparecer por sistemas tensionales inadecuados de la personalidad, los cuales se desarrollan de forma progresiva en la subjetividad del individuo, sin que este pueda intervenir de forma consciente y eficiente en la dirección de los mismos.

Esta es una de las características psicológicas esenciales de la neurosis pero también muy evidente en pacientes con trastornos somáticos que, aunque con muchos indicadores neuróticos en sus funciones reguladoras, no presentan un cuadro de síntomas definidos.

Es indiscutible que la activación fisiológica que caracteriza la reacción de distres, se desencadena ante estímulos externos, o resultantes del propio mundo subjetivo de la personalidad, que

alcanzan una definición cualitativa única para el sujeto, cuyo potencial estresante no puede ser inferido fuera del marco singular en que este se expresa en un individuo concreto.

Aspectos no psicológicos mediatizadores del distres.

Es indiscutible que un conjunto de elementos relacionados con la forma de vida del sujeto, con sus sistemas de relaciones y con la propia organización social en que decursa su vida, representan o no facilitadores del distres.

El hombre, con su personalidad y su experiencia en calidad de sujeto del comportamiento, tiene un papel muy activo en la aparición del distres, sin embargo, aún cuando sus potencialidades de resistencia al distres sean muy elevadas, la acción persistente de condiciones totalmente antagónicas a su esencia psicológica, puede conducir a la aparición del distres.

En la literatura han sido estudiados múltiples aspectos mediatizadores del distres, entre los cuales destacaremos los siguientes:

Apoyo social

El hecho de que la persona necesita integrarse en grupos en los que se sienta querida y necesitada es reconocido por todos y tiene indiscutiblemente una importancia esencial para el desarrollo de la personalidad.

El apoyo social se define como el "sentimiento que una persona tiene de ser atendida y valorada por otros y de pertenecer a un grupo social determinado" Gatchel, Ryot (pág. 54, 1989).

Sin embargo, la definición de apoyo social como señalan diversos autores (S. Monroe (1986), Gatchel R. (1989), S. Cohen (1984) y, otros, es aún muy general e intuitiva, existiendo diversos problemas metodológicos en los estudios realizados.

Los problemas que se presentan en el estudio del apoyo social, están muy relacionados con las cuestiones generales que hemos analizado en las investigaciones sobre personalidad y estrés.

En primer lugar, ha habido una tendencia muy generalizada a estudiar el apoyo social a través de cuestionarios, buscando más resultados estandarizados, que la definición personalizada del "como" esta variable afecta el proceso de aparición y desarrollo del distres.

Estas limitaciones se han expresado en distintos autores, así R. Gatchel y A. Baum escriben: "Los problemas aparcan porque la mayoría de todas las medidas de apoyo social son basadas sobre lo que dice la persona y, por tanto, susceptible al autoparte (así, alguien con pocos amigos, puede ser resistente a admitirlo). Unido a esto, la medida más objetiva de apoyo, como el número de amigos, no posee información sobre la calidad de estas relaciones" (pág. 54-55, 1989).

Por otra parte en un análisis sobre el valor heurístico actual de la categoría, S. Monroe y S. Steiner escriben:

"Por tanto, esfuerzos recientes a determinar los componentes específicos del apoyo han sido útiles para mover las conceptualizaciones de las premisas globales a los procesos más específicos". . . más adelante continúan. . ." pero aproximaciones adecuadas pueden resultar necesarias para establecer como el apoyo trabaja" (pág. 29, 1986).

Es evidente que el carácter tan descriptivo que ha predominado en las investigaciones sobre apoyo social, orientado a establecer sistemas de correlaciones entre las consideraciones del sujeto sobre sus sistemas de relaciones y la enfermedad y/o indicadores de riesgo de estas, han limitado extraordinariamente el conocimiento sobre la esencia de los sistemas de apoyo social, así como sobre los mecanismos que definen la efectividad del apoyo social para la personalidad.

Pensamos que las categorías no personológicas que median el proceso de estrés, no pueden presentarse en un mosaico

de fenómenos aislados que, tomados por separado, son o no significativos con relación a otros sistemas de indicadores ubicados en la enfermedad, la personalidad o el propio proceso de estrés.

El funcionamiento de los sistemas de apoyo social, depende mucho de que el sujeto implicado en ellas personalice o no su relación con dichos sistemas. Así, por ejemplo, la familia debe resultar un elemento importante en el sistema de apoyo social del hombre, sin embargo, muchas veces actúa más como estresor permanente que como sistema de apoyo. El carácter de apoyo que cualquier tipo de relación adquiere para el hombre, depende del sentido cualitativo que el mismo adquiere para el desarrollo, funcionamiento y bienestar del sujeto.

El apoyo social no puede verse como un glosario de autoapreciaciones del sujeto sobre sistemas parciales de sus relaciones, debemos descubrirlo en su integridad, en el carácter necesario que tienen entre sí los distintos sistemas sociales en que el sujeto participa.

El apoyo social no sólo se experimenta por el carácter situacional en que un sistema social se expresa de forma directa e inmediata con relación al sujeto, sino en la articulación de los diferentes sistemas más inmediatos con la organización política y social más general en que estas se inscriben.

El mal funcionamiento de la atmósfera laboral, conduce con frecuencia a niveles de tensión en el individuo que, a su vez, estropean el funcionamiento de sus otros sistemas de relaciones más inmediatas. Tras estas manifestaciones particulares de sistemas parciales, con frecuencia se expresan características generales de la sociedad muy difíciles de hacer tangibles en las investigaciones empíricas - concretas, pero que no pueden ser olvidadas en la respuesta de las ciencias sociales ante un problema tan complejo.

El sistema de apoyo social depende mucho de la jerarquía motivacional de la personalidad, de sus valores y de los proyectos y aspiraciones que se derivan de ellos. Cuando para un indi-

viduo su motivación esencial es la laboral y comienza a tener problemas en el sistema de relaciones definido en su actividad laboral, puede desarrollar una enorme reacción de distres, aún cuando su sistema de apoyo en la familia y sus amistades sea óptimo. Es por esto que los sistemas de apoyo no pueden analizarse en abstracto, fuera de la persona concreta que se expresa en ellos.

En nuestra opinión, el óptimo funcionamiento de cualquier sistema de apoyo social implica:

- a) Reconocimiento a la persona tal cual es
- b) Respeto a la expresión auténtica de su individualidad.
- c) Que la persona sienta afecto en la comunicación
- d) Que la persona sienta posibilidad de expresarse y ser considerado en las decisiones de ese marco relacional.

Cualquier otro efecto del apoyo social, se logrará solo si el sistema en cuestión cumple los requisitos enumerados por nosotros. En ocasiones se han presentado intentos de enumerar tipos de apoyo social, sobre la base de las funciones que cada uno de ellos cumple. Así Wills 1985 presenta cuatro tipos de apoyo: apoyo a la estima, referido a los efectos de otra persona en el incremento de la autoestimación, del apoyo informacional, cuando una relación nos brinda información necesaria, el apoyo de compañerismo, es definido como el apoyo derivado de una actividad social y el apoyo instrumental, referido a la ayuda física que se puede obtener de los amigos.

Este tipo de clasificaciones basada en la función que el apoyo social cumple, nos parece muy pragmática y mecanicista, en primer lugar, porque el sentido principal que define el concepto de apoyo social, es de tipo afectivo, por ello, un mismo sistema puede cumplir simultáneamente más de una de las funciones descritas en la clasificación de Wills, sin embargo, aun cuando la cumple, si las relaciones que se expresan en dicho sistema no garantizan las características generales definidas por nosotros para cualquier sistema de apoyo social, este puede incluso ser generador de distres, aunque la función que cumpla sea útil para el individuo.

Pensamos que queda mucho por delante en la investigación de los sistemas de apoyo social a través del sentido que los mismos adquieren para el individuo concreto.

Control.

El concepto de control se ha manejado desde la década del 50 en la literatura (White 1959) y, a pesar de matices y diferencias en las definiciones, todas tienen en común que el control es la capacidad del sujeto para predecir y manipular su medio. El individuo subjetivamente siente una relación entre su acción, su proyección y su esfuerzo con y los resultados concretos que obtiene en diferentes esferas de la vida.

Gatchel define el control como "... la habilidad real o percibida para determinar el éxito de un evento" (pág. 76, 1989).

Pensamos que las situaciones de bajo control afectan mucho más a las personas orientadas a la autodeterminación y la autorrealización, que a personas orientadas por un determinismo externo, cuya aspiración fundamental es obtener la aprobación de los demás, más que sentir la congruencia entre el resultado y su esfuerzo o acción concreta en la obtención del mismo.

Cuando la vivencia de control es percibida por el individuo como inasequible, ocurre una interesante reacción que distintos autores han denominado impotencia aprendida. La impotencia aprendida se expresa en el sentimiento de no poder hacer nada de que cualquier cosa que nos esforcemos por hacer terminará en un fracaso.

Según Seligman (1975), la causa primaria de la impotencia aprendida es el reconocimiento por el sujeto de que su respuesta y el éxito son independientes.

La impotencia aprendida genera pasividad y desinterés en los individuos, aspectos que se convierten en importantes fuentes de distres, muy vinculadas a la pérdida del sentido de la vida y el aplanamiento del sistema de metas y objetivos del sujeto.

Simultáneamente con esto el individuo pierde el sentido de su responsabilidad individual en las distintas tareas que realiza.

La apatía y el desinterés derivados de la impotencia aprendida, la mayor parte de las veces se acompaña de inseguridad, cuadro psicológico que frecuentemente conduce a conductas evasivas como las drogas, el alcohol y otras.

El desencadenamiento de la impotencia aprendida, crea un sentimiento de soledad y minusvalía en el individuo, quien no se siente importante con relación a ninguna esfera donde participe, lo cual obstaculiza el sano desarrollo del sentido de la vida.

La impotencia aprendida depende en un alto grado del sistema de relaciones en que el individuo se desarrolla, desde la familia, hasta el centro laboral, así como de los distintos mecanismos que la sociedad genera. Cuando el sistema de relaciones limita la iniciativa, es rígido, no tolera las diferencias individuales y no se retroalimenta de manera eficiente y sistemática por los aportes individuales que en él se expresan, son muy propensas a generar impotencia aprendida en la individualidad.

Por supuesto, que la impotencia aprendida, aún cuando puede resultar un mecanismo parcial de la personalidad, que aparezca en un sistema particular de sus relaciones con el medio, puede ser una expresión estable de ella, resultante de su propia organización psicológica, reflejando aspectos esenciales de sus sistemas histórico de relaciones relevantes en la sociedad.

La impotencia aprendida es un mecanismo defensivo de la personalidad ante situaciones que el sujeto experimenta sin control, o con muy bajo control, las cuales generan una elevada tensión psicológica.

Los eventos vitales.

La ocurrencia de hechos relevantes, que el sujeto experimenta con una elevada carga emocional, ha sido otro de los factores que ha ocupado históricamente la atención de los investi-

gadores en su relación con el estrés y la ocurrencia de enfermedades.

Sin embargo, el hecho lógico de que determinadas experiencias o cambios vitales, experimentados con gran intensidad emocional por los individuos, tenga repercusión en la reacción de distres y en la enfermedad, se enfrenta con múltiples problemas metodológicos para la investigación.

En primer lugar, como analizamos en el epígrafe dedicado al estrés, ningún hecho o cambio, por relevante que parezca, tiene un sentido estresante en sí mismo, fuera del sentido psicológico que adquiere para el sujeto. Además, los propios eventos o cambios vitales, no pueden verse como unidades de acción aisladas sobre el individuo, pues su propia acción estresora dependerá mucho del lugar que ocupen en el sistema de hechos y relaciones en que el individuo desarrolla su actividad vital.

Estos factores durante un largo período no fueron tenidos en cuenta por los investigadores, predominando en los estudios sobre eventos vitales la utilización de cuestionarios que, de forma estandar, asignaban valores absolutos a un largo listado de eventos, evaluando cuantitativamente la potencialidad al distres del sujeto, de acuerdo a los puntos que este acumulaba en un determinado período de tiempo.

Con este criterio se escandalizaban hechos, presuponiendo de ello un valor concreto de los mismos como indicador de su potencial estresante para el individuo, no teniéndose en cuenta que cada uno de estos hechos adquiere un valor individualizado, que debe ser buscado en la subjetividad del individuo concreto y no en la constatación objetiva, externa, sobre su ocurrencia.

Así, en el inventario de experiencias recientes de Holmes y Rolie, al divorcio se le otorga 73 puntos, considerándole como una experiencia sumamente traumatizante, sin embargo, la ocurrencia de un divorcio puede representar el restablecimiento de valores propios que hagan más feliz al individuo y aumenten su resistencia al estrés.

Otra contradicción importante que este tipo de cuestionario expresa es que se presentan como eventos vitales, hechos que más bien resultan consecuencias de determinados eventos, que eventos en sí mismos, como por ejemplo dificultades en el sueño o en el apetito.

Más recientemente algunos investigadores han comenzado a tener en cuenta, junto a los eventos vitales, múltiples aspectos diferentes de los mismos que, según sus reportes, juegan un importante rol en el carácter estresor que el evento expresa. Así, Pilkomis, Imber y Rubinsky (1985) quienes trabajaron con el cuestionario sobre los eventos vitales y con la entrevista para identificar sus características más importantes, refieren tres que, según su criterio, son definitorias en el carácter estresor de los eventos, estos son: deseabilidad del evento, control y reajustes requeridos. En esta dirección comienzan a tenerse en cuenta características de los eventos que dependen del valor subjetivo de los individuos que lo experimentan.

En otro sentido, se define la nocividad del evento por la capacidad del sujeto para afrontarlo (Engel, Sihmale y Thurlow).

En sentido general podemos considerar que los distintos eventos que ocurren en la historia individual de un sujeto no pueden ser identificados como valores estándar con una expresión cuantitativa, pues su carácter estresor dependerá de su configuración individualizada en el marco de la subjetividad de un individuo concreto.

Cualquier evento alcanza su significación psicológica, tanto en dependencia de la subjetividad integral del individuo, como del estado de su sistema de comunicación en el momento en que el hecho se manifiesta.

Todas las categorías que hemos analizado en el presente epígrafe designan aspectos que deben tenerse en cuenta al analizar el estrés y su implicación en la enfermedad somática, sin embargo, en nuestro criterio, las mismas no pueden ser utilizadas como un mosaico correlacional, externo al mundo subjetivo.

Estas categorías sólo tienen valor, si se les considera como elementos del sistema subjetivo de un individuo concreto, en cuya trayectoria se inscribirán con un valor subjetivo irrepetible todos los hechos y experiencias de su vida.

El afán de identificar ciencia y cuantificación no ha permitido hasta el presente, aprovechar dentro de un marco sistémico el análisis de las categorías aquí presentadas, las que han sido utilizadas como criterios estándar para ubicar diferencias individuales "precisas" definidas sobre todo por la utilización de cuestionarios.

Salud mental

La salud mental ha estado y, aún está, en determinados círculos, muy asociado a los esquemas de una psicopatología descriptiva que, apoyada en la semiología de la medicina tradicional, ha permitido encerrar el tema de la salud mental en un conjunto de entidades gnoseológicas definidas por la presencia de síntomas.

Simultáneamente con esta concepción, en la psicología se han desarrollado tantas definiciones de salud mental, como escuelas de psicología existen presentándose grandes diferencias entre estas (psicoanálisis, conductismo, humanismo, psicología cognitiva, etc.).

Derivado de los marcos tradicionales de los enfoques semiológicos descriptivos, en este campo de la salud mental se ha acuñado un término que ha servido de parámetro para diferenciar la salud de la patología, este es el término de normalidad.

De entrada, pienso que el criterio de normalidad definido en unos casos por la ausencia de síntomas, y en otros, por la existencia de conductas socialmente establecidas como tales, es un falso concepto que no puede asumirse como sinónimo de salud mental.

Por lo tanto, lo sano alcanza una definición individual que aún cuando refleja regularidades generales, estas no se pueden definir como criterios estandarizados para ubicar a cada uno de los individuos sanos.

Por otra parte, lo sano no es un estado estático, algo dado de una vez y por todas, sino un proceso permanente sujeto a la acción y la reflexión individual.

Pienso que la crítica a los enfoques existentes no puede darse sin una definición que aún con el carácter limitado y relativo (Subrayado nuestro F. G.), de toda definición nos sirve para nuestro marco actual de trabajo en esta esfera.

El concepto de salud mental se inscribe de forma necesaria en el concepto de salud que brindamos en el primer capítulo (pág. 2 - 3).

En esta definición de salud se articulan de forma armonica un conjunto de elementos que son, en su integración, los que definen un estado sano del organismo. Estos son a) Expresar bienestar, sentirse bien.

b) Tener capacidad de autodeterminación y de una expresión congruente con ella, sobre la base de las principales motivaciones de la personalidad.

c) A estos aspectos, ya referidos en el concepto general de salud, deben añadirse al considerar la salud mental, los siguientes:

d) Tener posibilidad de expresar el potencial individual autodeterminado en su proyecto social.

e) No tener necesidades orientadas al sufrimiento de otros, ni al sufrimiento personal.

A estos indicadores se les pueden hacer un conjunto de objeciones, sin embargo, como conjunto, creo que no disponemos

de otro sistema alternativo que sea más completo, al menos en su momento actual.

La definición de la Salud Mental tenemos que realizarla necesariamente sobre indicadores del individuo, pues es en él donde se opera el proceso de salud, lo cual no quiere decir que consideremos ausencia de salud, en la mayoría de los casos, como la resultante congruente de un mal funcionamiento social.

Aceptar esta realidad no puede eliminar la necesidad que tiene la Psicología como ciencia de categorizar los procesos no sanos del funcionamiento psíquico. En este sentido, existe una configuración no sana de regulación psicológica, que ha sobrevivido a las múltiples y diferentes utilizaciones que de ella se han hecho, que es la neurosis.

La neurosis como término ha tenido un lugar en la psicopatología tradicional, en el psicoanálisis y, en casi todas las direcciones de la psicología que se han orientado al campo de la salud mental.

Es cierto que la utilización del término neurosis, se ha visto acuñado por particularidades de la subjetividad humana, no desarrollándose desde la psicología con la implicación de otras ciencias, un estudio de la sociedad como generadora de neurosis, respondiendo las ciencias sociales ante el estudio del problema con la misma fragmentación con que, desde una posición ideológica, se pretende presentar la acción de la sociedad sobre el individuo.

Este enfoque ha conducido a un fenómeno que muy acertadamente reflejan los psicólogos puertorriqueños Marga Nuñez y Edwin Fernández, quienes expresan: "Los conflictos humanos se generan porque las personas actúan mal. Es decir, como no se examinan los procesos humanos, históricamente, la génesis de los conflictos se atribuye a categorías personales del bien y el mal, el bueno y el malo". (pág. 48, 1988).

Este análisis es válido para la relación que históricamente se ha presentado entre normalidad y neurosis en la psicología, sin embargo, el problema según pensamos, no es eliminar el término neurosis, sino abrir una línea de investigación sobre él, partiendo de nuestra comprensión socio-histórica sobre su génesis.

Por otra parte, es lógico que una sociedad genere estados psíquicos no sanos en aquellos sectores de la población que margina, explota y/o enajena, cuyo reflejo en la psique debe ser presentado y elaborado por la psicología.

Al parecer existe una respuesta no sana de la personalidad que se expresa en un estado integral de ésta y, en formas concretas de comportamiento por el sujeto que la asume, cuya representación en el sistema categorial actual de la psicología, aún pudiera definirse por una categoría que pudiera ser la neurosis, enfatizando el desarrollo y la continuidad histórica de este término.

Por supuesto, la continuidad en el uso de esta categoría para definir una configuración no sana de los procesos psicológicos y del propio sujeto, requerirá de una serie de exigencias que diferencien su utilización con relación a otros marcos en que la misma se ha trabajado. Desde nuestro punto de vista, algunas de estas exigencias serían las siguientes:

a) La neurosis debe ser definida por un conjunto de mecanismos subjetivos, internos de la personalidad, de cuyo comportamiento sistemático dependieran los comportamientos asumidos por el sujeto.

b) En la definición de la neurosis debe hacerse un mayor énfasis en las manifestaciones funcionales de lo psíquico que en los contenidos. Los contenidos más diversos pueden convertirse en agentes del proceso neurótico.

c) No debemos representarnos la neurosis como una enti-

dad estática, sino como un proceso del que puede participar cualquier sujeto en un momento dado de su devenir histórico.

d) La neurosis no debe tener una definición etiológica, es decir, no debe estar asociada ni a un tipo concreto de conflicto, ni a una etapa particular de la vida, su aparición puede representar etiologías causales múltiples y sumamente complejas, siendo lo común a ellas su configuración psicológica. Esto es válido para su expresión sintomatológica también.

e) Existen indicadores neuróticos en el funcionamiento de la personalidad, sin que necesariamente pueda caracterizarse esta por un estado neurótico.

Una visión dialéctica de la neurosis debe conducirnos a una representación de ésta muy vinculada al desarrollo necesariamente conflictivo de la personalidad humana, a través del cual el hombre, como sujeto del comportamiento, va enfrentando múltiples conflictos y los correspondientes estados de su personalidad, sobre cuya base construye alternativas de respuesta que pueden, en cualquier momento de su vida, conducirlo a un estado neurótico.

Claro está, al igual que en la mediatización psicológica de los estados somáticos, la aparición de la neurosis está mediatizada por una multiplicidad de factores, desde los psicológicos, hasta los biológicos, cuyo desarrollo esta permanentemente integrado por la existencia social del sujeto, cuya historicidad es el marco de la expresión sistémica actual de su individualidad. Por tanto, quizás sería pertinente definir niveles diferenciados de vulnerabilidad a la neurosis en distintos sujetos.

En la lógica de este análisis apoyamos la crítica de A. Alonso, a la utilización del concepto de personalidad promórbida, de profundo lastre semilógico-descriptivo en el análisis de la neurosis, Alonso señala: "El término personalidad promórbida" en la neurosis establece una división estéril, ya que la personalidad no

cambia sustancialmente, sólo se acentúan las alteraciones de los mecanismos autoreguladores de su funcionamiento. Los conceptos psiquiátricos "etiología" y "personalidad promórbida" en la neurosis no deben ser considerados como aspectos independientes. La personalidad con sus alteraciones, constituye un factor etiológico esencial en la neurosis" (1985).

El concepto de personalidad promórbida contribuye a una representación estática de la neurosis, concebida más como un estado "enfermo" específico para determinados antecedentes, que como una configuración posible para cualquier sujeto, aún cuando la vulnerabilidad de unos, sea mucho mayor que la de otros.

En nuestro país ha recibido una especial atención en los últimos años el estudio de la configuración psicológica de la neurosis N. Pérez (1983), L. Arés (1983), F. González (1983-1987), A. Alonso (1985-1989) y otros.

Particular interés presentan los resultados de la tesis de candidatura a Doctor del Lcdo. Armando Alonso en la configuración psicológica de la neurosis. Las alteraciones psicológicas del neurótico encontrados por este autor se expresan con mucha claridad en su tesis. (Ver pág. 125, 1989).

En la tesis de Alonso reciben continuidad una serie de indicadores de la personalidad que habíamos trabajado en nuestra Dirección de Investigación (H. Pérez, L. Arés, Ana M. Espín, F. González) entre las cuales podemos señalar las alteraciones en la estructura jerárquica del sistema de motivos, las alteraciones de la autovaloración, de la perspectiva temporal y la regulación consciente, lo cual al parecer reafirma las relaciones sistemáticas entre estos indicadores en el neurótico.

Unido a esto, Alonso introduce una serie de elementos muy interesantes, dando un nuevo paso en esta dirección de trabajo,

entre los cuales están las alteraciones en la mediatización de los motivos, y el papel que le otorga a las necesidades de efecto, apoyo y seguridad en la configuración neurótica. También resulta de sumo interés la relación que el autor establece entre el nivel de desorganización de la personalidad y el papel de la motivación inconsciente en el comportamiento neurótico.

En nuestra Tesis de Doctorado (1987), observamos una interesante diferencia entre los neuróticos estudiados. En un primer grupo, los sujetos se caracterizan por: pasividad, predominio de un determinado externo inmediato sobre la autodeterminación, pobreza del papel dinamizador de los objetivos sobre la conducta, predominio del pasado en el marco actual de referencia temporal del sujeto, ausencia de intereses y profunda subvaloración. (pág. 370, 1987).

Los sujetos de este grupo estaban totalmente desmovilizados, incapacitados para la realización de cualquier esfuerzo volitivo orientado hacia sus conflictos, no teniendo ningún nivel de reflexión consciente sobre su problema.

Los sujetos del segundo grupo, mantienen un esfuerzo volitivo activo, así como su jerarquía de motivos, elaborado permanentemente sobre las causas de su malestar, sin embargo no pueden controlar los síntomas que le afectan, manifestando un elevado nivel de ansiedad. Estos resultados nos hacen pensar en el enorme papel de las diferencias, no sólo de personalidad, sino del propio sujeto portador de la configuración neurótica.

Por supuesto, que ya establecido el estado neurótico, el individuo de forma progresiva va convirtiéndose más en objeto que en sujeto de su propio estado, no obstante, las diferencias individuales manifiestas, tienen un importante mediatizador en el surgimiento, desarrollo y respuesta terapéutica del sujeto.

En estudios realizados recientemente Z. Dominguez (1986), O. Rodriguez (1987), E. Pérez (1989) se ha confirmado la exis-

tencia de sujetos que, aún cuando no presentan un cuadro neurótico configurado, se caracterizan por indicadores neuróticos en la regulación del comportamiento.

Esta constatación nos llevó a reflexionar sobre lo que podíamos entender como una formación neurótica en la personalidad, la cual definimos mediante lo siguiente:

a) Contenido en que se fija de forma irracional y afectivo toda la construcción subjetiva del individuo, siendo este contenido una manifestación parcial de la personalidad que se abstrae por el sujeto del sistema de factores en que el mismo se debe integrar.

b) La relación emocional con dicho contenido es totalmente ansiosa e incontrolada.

c) Dicho contenido no es susceptible de integración en un sistema de expresión personológica.

d) Dicho contenido no es susceptible a la regulación consciente.

Estos tipos de formaciones neuróticas pueden coexistir en una personalidad integrada que no expresa una configuración neurótica consumada.

Los Sistemas de Expresión Personológica, (subrayado mío F.G.) son las formas más integrales de manifestación de la personalidad en las distintas esferas de la vida, donde se implican lo intencional y lo no intencional, lo consciente y lo inconsciente, aún cuando las mismas se organizan en torno a una motivación consciente, activamente organizada y estructurada por el individuo.

Así, por ejemplo, en una pareja hay un motivo explícito elaborado, consciente, que define la integración de pareja como proyecto individual, y a través de esta estructura motivada, se

expresan otras necesidades generales de la individualidad, como las necesidades de afecto, seguridad, comunicación y muchas otras, configurándose un sistema integral motivado que caracteriza la expresión personal.

Estos sistemas de expresión personológica son sistemas vivos, con una amplia base de información y vivencias, sobre los cuales el individuo, en calidad de sujeto, va articulando progresivamente sus distintas formas de comportamiento en su historicidad individual, las que pueden ser, sobre la misma base, profundamente contradictorias a lo largo de su vida individual.

El contenido neurótico no es susceptible de esta integración personológica, donde el sujeto participa de forma estable y sistemática, aún cuando su intencionalidad no pueda controlar el de curso completo de este complejo proceso. Así, continuando el ejemplo de la pareja, cuando en esta esfera se organiza una formación neurótica, por regla general se hace depender el vínculo de una necesidad hipertrofiada, sea ésta de afecto, seguridad, autoestima o cualquier otra, cuya tensión dinámica se expresa en una urgencia incontrolable en todos los momentos presentes del comportamiento del sujeto en esta área, dificultando la verdadera integración y comunicación en la pareja.

El individuo en calidad de sujeto, no está en condiciones de participar y autoregular sus manifestaciones en esta esfera de la vida, con la cual dicha formación se separe del proyecto intencional de la personalidad.

La división entre formación neurótica, indicadores neuróticos de la regulación y configuración neurótica de la personalidad, pensamos será útil en la propia profundización de los estudios sobre la personalidad humana, donde lo sano y lo no sano tienen múltiples formas de coexistencia en dinámicas integradoras.

Entre los intentos más modernos de diseñar un criterio de salud mental y su diagnóstico, se encuentra el DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders).

Este sistema de diagnóstico y, por tanto, de concepción de la salud mental, fue construido intencionalmente por sus autores de forma totalmente empírica, fuera de todo marco conceptual que pudiera interferir la comunicación entre profesionales que, desde distintos marcos, trabajen en la salud mental.

Esta intención se revela explícitamente por uno de los más activos colaboradores de este modelo T. Millon, quien escribe: "La clasificación del DMS-III no sólo se derivó intencionalmente de forma ateórica, sino que, ningún sistema teórico coherente fue seriamente explorado con el fin de poseer un marco consistente para coordinar los variados síntomas que presenta". (pág. 63, 1986)

Esta intencionalidad, explícita desde el comienzo mismo del proyecto por sus autores, ha sido objeto de fuertes críticas desde posiciones diversas. En esta dirección H. J. Eysenck señala: "El hecho de que tal enfoque (se refiere al DSM-III) tan vacío ateórico y antiexperimental pueda encontrar aceptación en la psiquiatría, dice más acerca de la psiquiatría moderna, de lo que cualquier crítico, a pesar de ser hostil, pudiera decir de ella". (pág. 95, 1986)

Es indiscutible que querer unir representantes de posiciones teóricas diferentes, prescindiendo de categorías o explicaciones teóricas ya elaboradas en los marcos de las diferentes corrientes existentes es un objetivo inaceptable, del cual, de hecho, se desprende una orientación teórica bien definida, de factura totalmente empirista. Creo que esta es una de las limitaciones más grandes del modelo presentado.

Sin embargo, en su afán de representar una alternativa sistémica, más compleja y flexible que la representada por la psicopatología tradicional, la clasificación del DSM-III propone implícitamente una alternativa de comprensión de la enfermedad que no debe ser desestimada y de la cual se derivan intentos de organización teórica, como el propuesto por el propio T. Millon.

El DSM-III, aún cuando conserva su orientación hacia entidades definidas por síntomas, reconoce la inevitable covariación de diversos síntomas dentro de categorías simples.

El DSM-III integra un sistema de ejes, cuya interacción necesaria conduce al diagnóstico siendo, en mi opinión, el contenido de estos ejes lo que más interés despierta para el desarrollo conceptual de la salud mental, diferenciándose en este aspecto de la psicopatología tradicional, centrado de forma absoluta en la presencia o ausencia de síntomas.

Los ejes que configuran el DSM-III, son los siguientes:

Eje: I: Está constituido por los desórdenes mentales tradicionales, constituidos por síntomas y síndromes, así como de un conjunto de categorías especiales, que incluyen condiciones no atribuibles al desorden mental, pero que pueden convertirse en un primer foco de la atención clínica o el tratamiento.

Eje: II: Está compuesto de dos secciones, una para niños y otra para adultos. La sección infantil integra una variedad de trastornos del desarrollo, como retardo en la madurez del lenguaje y en la articulación de la expresión. La parte de adultos integra los trastornos de personalidad.

Eje: III: Provee un conjunto de desórdenes físicos los que pueden ser importantes para la comprensión o dirección del paciente. La base para incluir estos trastornos en una clasificación de salud mental obedece, de acuerdo a T. Millon, a lo siguiente: "primero; porque ofrece una dirección etiológica muy sugestiva; segundo, porque identifica dolencias físicas que, en parte, pueden aparecer por el impacto de factores psicológicos y tercero; porque indica factores que deben ser considerados en la planeación de los regímenes terapéuticos, como por ejemplo, la enfermedad coronaria". (pág. 56, 1986)

Eje: IV: Se configura por juicios sobre la presencia y severidad de los "estresores psicosociales".

Eje: V: Es definido por el "nivel más elevado de funcionamiento adaptativo" en el pasado año. Esto permite que el individuo que está siendo atendido en el presente clínicamente, en un momento de gran tensión para él, no sea diagnosticado y potencialmente "estigmatizado" como si sus conductas presentes fueran fijas y estables. El nivel reciente de funcionamiento adaptativo que exhibe un individuo en tratamiento puede ser un útil indicador diagnóstico.

A pesar de declarar explícitamente su orientación atórica, al colectivo de autores del DSM-III, nos presenta un modelo que revela una importante y sistémica integración teórica que se apoya en tres puntos que, en el nivel de generalidad en que son presentados, trascienden toda demostración fáctica parcial, más resultan esenciales en una definición de salud mental. Estos puntos son, a mi juicio, los siguientes:

a) Unidad indisoluble de lo mental y lo somático, constituyendo los indicadores de un nivel, material relevante, para el análisis del otro nivel.

b) Papel que se le otorga a la personalidad en la definición integral de la psicopatología, así como a los estresores psicosociales. Con este enfoque se trasciende lo semiológico descriptivo, orientando el diagnóstico hacia problemas esenciales que están en la base de los síntomas.

c) El eje.V se orienta a la definición de indicadores que revelen las potencialidades del sujeto diagnosticado, quien en el momento de su atención, presenta un nivel disminuido de sus diferentes funciones psicológicas.

Evidentemente que esta concepción representa un intento de orientación mayor al funcionamiento de lo psíquico que a la descripción de sus manifestaciones, lo cual, si bien no es superado aún en el DSM-III, se constituye un momento importante para la ulterior reflexión y desarrollo del diagnóstico psicopatológico.

Con este enfoque se trasciende la representación estática de lo patológico y de la personalidad enferma, teniéndose en cuenta las diferencias históricas que puede tener el comportamiento psicológico en condiciones ambientales y subjetivas cambiantes o conflictivas.

Pienso que una seria limitación del DSM-III para los objetivos que implícitamente deja planteado en el plano teórico es la absolutización de las técnicas cuantitativas para el diagnóstico.

Finalmente, queremos detenernos en algunas reflexiones teóricas de T. Millon sobre la personalidad patológica, las cuales desarrolla sobre las particularidades del comportamiento psicológico de éstas y, aún cuando se mantiene en los marcos de las definiciones nosológicas tradicionales de los trastornos de la personalidad; apoya éstas en el funcionamiento psicológico de las mismas y no en su expresión sintomatológica.

T. Millon define la personalidad como una configuración de estructuras y funciones, planteamiento congruente con las direcciones más actuales en el estudio de tan complejo sistema. En una analogía entre la personalidad y el organismo humano este autor señala: "Nuestro cuerpo como integridad comprende un sistema bien organizado, de una estructura relativamente estable, abierta y funcionalmente interconexa integrando sus procesos un amplio rango de eventos internos y externos de una manera coherente y eficiente" más adelante continúa "El constructo personalidad representa un sistema psíquico de estructuras y funciones que son paralelas a aquellas del cuerpo. . . la personalidad no es una sumatoria de rasgos no relacionados ni una mezcla de conductas, sino una organización estrechamente entrelazada de estructuras estables. (pág. 462 y 463, 1986)

Partiendo de esta definición sobre la personalidad el autor se orienta a ubicar los trastornos de la personalidad a partir de tres polaridades: Sujeto (ego); Objeto (mundo externo); Placer-dolor; actividad-pasividad.

A partir de este enfoque, (Hegmans y Wiersma Mac., Dougall, Meurreann y otros), define al funcionamiento de los llamados trastornos de la personalidad (para ampliar información leer "Una derivación teórica de la personalidad patológica" de T. Millon.

Los resultados de nuestros trabajos y el momento actual de nuestra reflexión, convergen el sentido general con distintas búsquedas en lo referido a la salud y al papel de los procesos personológicos en su desarrollo.

En el próximo capítulo analizaremos los resultados de las investigaciones realizadas por nuestro equipo de trabajo, en sujetos hipertensos e infartados.

CAPITULO III

RESULTADOS DE LA INVESTIGACION PSICOLOGICA CON SUJETOS HIPERTENSOS E INFARTADOS

La tradición de investigar la personalidad y su expresión saludable o patológica en el marco de un modelo semiológico descriptivo, se ha asociado en la conciencia de los investigadores con la necesidad de definir rasgos, contenidos e incluso tipos de personalidad como nocivos o dañinos, como inductorres inmediatos de la enfermedad.

Este enfoque orientado a describir rasgos, tipos y otros contenidos como buenos o malos en abstracto, prescindiendo del sujeto concreto portador de estas tendencias y de la situación vital activa que este enfrenta, conduce a un enfoque estático en la configuración de lo psicológico en la enfermedad mental y/o somática.

La enfermedad es un proceso vivo, que debe ser comprendida en cada individuo concreto y, aunque existen regularidades

generales de tipo personológico que definen una mayor o menor vulnerabilidad del individuo al estrés, ellas por sí solas jamás definen el proceso de enfermedad. La personalidad no define de forma lineal o correlacional ninguna enfermedad, siendo necesario penetrar en la construcción viva de la subjetividad del individuo en un momento dado de su vida, dentro de la cual, la personalidad representa una potencialidad concreta que sirve de base a un sistema múltiple, e incluso contradictorio, de alternativas simultáneas de comportamiento, entre las que el sujeto debe elegir una.

Las potencialidades del sujeto, sus recursos para organizar una representación consciente de su situación que optimice la expresión de su personalidad, tienen un enorme valor en las consecuencias que el sistema de contradicciones que enfrenta tiene para su salud.

Por supuesto, el espacio del sujeto y el de la personalidad se interpenetran establemente a lo largo del desarrollo individual, así el desarrollo de una sólida cultura individual, cuyo agente activo es el sujeto, se traduce también en importantes indicadores funcionales y de contenido de la personalidad, como son la mediatización reflexiva de la función reguladora, la capacidad de estructurar el campo de acción, el desarrollo de la concepción del mundo, la autovaloración y el sistema de proyectos de la personalidad, entre otros.

La cultura es la organización personalizada y motivada que resulta de la experiencia y el aprendizaje del individuo, por ello, no debe confundirse cultura con escolaridad. Con frecuencia la escolaridad se apoya en una sumatoria de conocimientos que el sujeto no hace suyos para vivir.

En el diagnóstico psicológico de los factores de riesgo de la hipertensión y el infarto del miocardio, debemos diferenciar los factores personológicos y el estado actual del individuo como

sujeto de su comportamiento, dentro del cual debemos definir sus contradicciones, el estado anímico preponderante, la representación actual que tiene de su mundo, el esfuerzo volitivo que realiza en la búsqueda de soluciones, etc. Unido a esto, debemos precisar el comportamiento social de su situación vital, los factores ajenos a su voluntad que le afectan y la forma en que esta situación vital objetiva deberá continuar evolucionando.

En nuestra consideración sobre el valor de lo personalógico en el proceso de enfermedad, queremos enfatizar que no aspiramos a descubrir un tipo de personalidad de riesgo, sino, que existen múltiples combinaciones psicológicas que ante una situación concreta del sujeto, pueden convertirse en configuraciones psicológicas de riesgo.

Otro aspecto del proceso de enfermedad que queremos enfatizar, es su naturaleza única, es decir, que en el análisis de la etiología de estas enfermedades altamente mediatizadas por lo psicológico, no se puede hipertrofiar esto como causa única, integrándose activamente con otros factores de carácter genético, congénito y social, de cuya integración dependerá la evolución etiológica. Incluso en casos de alta predisposición genética, lo psicológico siempre mediatizará, activando o retardando la aparición de indicadores de riesgo.

Así, un sujeto con antecedentes hiperlipémicos muy fuertes, de carácter heredado, controlará mucho mejor su manifestación individual, si es delgado, practica deportes, cuida su dieta y mantiene una vida emocional sana y en desarrollo. Estos factores, todos de naturaleza psicológica, guardan una estrecha relación entre sí, pues si el sujeto no logra niveles de realización que optimicen su vida emocional, tendrá mayores dificultades de autorregular hábitos nocivos que en muchas ocasiones son compensatorios a la tensión psicológica.

Un modo de vida sano, orientado a optimizar las potencialidades individuales, exige una organización individual y un es-

fuerzo volitivo que sólo son posibles sobre la base de una personalidad bien integrada, en un sujeto activo en proceso de realización.

En los sujetos hipertensos e infartados estudiados en una serie de investigaciones dentro de esta dirección de trabajo (Z. Domínguez, O. Rodríguez, F. Aday, E. Pérez, entre otros) se han observado un conjunto de indicadores generales en los sujetos estudiados, combinados con otros que los diferencian, lo que implicó el concepto de agrupaciones funcionales de la personalidad (Z. Domínguez, 1987).

Entre las regularidades generales encontradas, se ha observado la presencia muy generalizada en estos sujetos de los indicadores funcionales del nivel de normas, estereotipos y valores, unido a otros importantes indicadores psicológicos, como son: determinismo externo, orientación al perfeccionismo en su actividad, pobreza de intereses, desplazamiento de sus deseos y aspiraciones personales a los de otras personas, esencialmente sus hijos, en quienes expresan todos sus anhelos y proyecciones de su vida futura, circuitos tensionales reverberantes y pérdida del sentido de la vida.

Estos indicadores se reflejan a través de múltiples ejemplos concretos en el capítulo de Educación para la Salud, de nuestro libro "La Personalidad; su educación y desarrollo", por lo cual no nos detendremos en la presentación y desarrollo de ejemplos que los avalen.

En el presente capítulo queremos enfatizar como se combinan múltiples configuraciones psicológicas de la personalidad y estados concretos de los sujetos, en una mediatización psicológica que favorece la vulnerabilidad al distres, para lo cual analizaremos algunos casos concretos, cada uno de los cuales encierra múltiples esencialidades, cuya generalización en la teoría se reflejará con la continuación de estas investigaciones.

Una particularidad metodológica de la Psicología, que adquiere especial relevancia en esta esfera de trabajo, es que nuestro objeto de estudio se define esencialmente por ser el objetivo de nuestro conocimiento, el receptor de todas nuestras acciones emprendidas para conocerlo. Es sólo en este sentido que podemos hablar de objeto, pero en realidad nuestro objeto es un sujeto de actividad intencional, que experimenta importantes cambios por su interacción permanente en múltiples sistemas de la vida social.

Antes de pasar al estudio de los casos concretos orientados a demostrar la multiplicidad de configuraciones que pueden convertirse en fuente de distres para el sujeto, quisiéramos detenernos en una reflexión teórica sobre los indicadores generalizados encontrados en las investigaciones con sujetos hipertensos e infartados.

Si analizamos la relación que existe entre el determinismo externo (orientación total a la valoración de los demás, acompañada de una alta sensibilidad hacia ella), el perfeccionismo (tendencia obsesiva a que todo salga bien, a ser cada vez mejor) y la pobreza de intereses y de sentido de la vida, nos daremos cuenta que estos son indicadores de un proceso de despersonalización, donde la autodeterminación es reemplazada por una orientación a seguir criterios externos, que se acompaña necesariamente de la agudización de conflictos simultáneos entre múltiples necesidades individuales que no encuentran su expresión en la organización consciente actual del sujeto y las orientaciones concretas en que el sujeto se manifiesta.

Esta contradicción puede llegar a ser tan fuerte que quebranta totalmente el sentido de la vida de muchos sujetos, tendencia que se expresa muy bien en el trabajo de Felicia Aday (1988), el que refleja una tendencia en personas infartadas menores de 45 años al retiro de su actividad laboral, la cual hemos observado en muchos de estos sujetos en la consulta.

El deseo de terminar la vida laboral activa refleja achatamiento de los intereses y de la perspectiva temporal, predominando en el sujeto un deseo de paz y tranquilidad que no es propio al momento de la vida en que se encuentran.

Resulta muy interesante que los sujetos que expresan deseo de retirarse, manifiestan a su vez una rígida orientación al cumplimiento del deber, lo que evidencia que el deber es una forma de quedar bien con otros, más que una tendencia autodeterminada hacia una esfera de alta motivación del sujeto.

La despersonalización que refleja la combinación del determinismo externo, el perfeccionismo y la pobreza de intereses, implica también la aparición de inseguridad en el sujeto, pues la situación de bajo control que supone depender permanentemente de un marco valorativo externo, genera vivencias de frustración con elevada frecuencia, siendo esta uno de los elementos psicológicos esenciales en la génesis de la inseguridad.

Aunque la gran mayoría de los sujetos estudiados en esta dirección de investigación responden al nivel de normas, valores y estereotipos esto no significa de forma mecánica que en los sujetos con este nivel de regulación, se manifiestan directa e inmediatamente reacciones de distres, pues existen múltiples configuraciones psicológicas que están en la base de la vulnerabilidad al distres.

En esta dirección de trabajo no podemos caer en la trampa del enfoque correlacional-descriptivo, orientado a establecer prevalencias estadísticas en las relaciones entre distintos contenidos de la personalidad y la vulnerabilidad al distres. Para nosotros lo más importante es buscar explicaciones cada vez más completas y profundas sobre el complejo fenómeno de la mediación psicológica de la vulnerabilidad al distres.

Así, si bien la mayoría de los sujetos estudiados en esta dirección de investigación presentan indicadores funcionales del

nivel de normas, estereotipos y valores, con frecuencia la configuración psicológica que está en la base de distres, como demuestran las agrupaciones funcionales establecidas (Z. Domínguez, 1987), responden a factores psicológicos que, aunque facilitados por el nivel de normas, estereotipos y valores, no son un desprendimiento lineal del mismo.

A nosotros como investigadores, no nos interesa quedarnos en la afirmación de que el nivel de normas, estereotipos y valores, es predominante entre los sujetos hipertensos e infartados, sino buscar las múltiples configuraciones psicológicas que facilitan la vulnerabilidad del individuo al distres, la relación de estas con los niveles de regulación, pero en un plano explicativo, así como con otras formaciones y mecanismos de la personalidad que, en ocasiones, como veremos más adelante, generan configuraciones psicológicas estimulantes del distres, independientemente de los niveles de regulación de la personalidad.

Analicemos varios ejemplos precisando diferencias y semejanzas que nos conduzcan a algunas conclusiones generales.

M. Ch., 50 años

Frasas relevantes en la técnica de completamiento.

El tiempo más feliz el 1o. matrimonio y nacimiento de mis 2 hijos.

2o. haber logrado desarrollo de mi persona.

Fracasé. Al no lograr mantener mi primer matrimonio y mis dos hijos.

Este caso fue tomado de la tesis de O. García realizada bajo nuestra tutoría.

Mi mayor problema es mi madre y su falta de comprensión.

Siempre he querido a mi primera esposa.

Mi principal ambición ser mejor padre.

En estas cinco frases se evidencia su incapacidad para estructurar el campo de acción, pues el sujeto sigue fijado al sentido psicológico de su primer matrimonio y de sus hijos, aún cuando se volvió a casar, no observándose una tendencia activa a la reconstrucción subjetiva de su mundo personal. Sus principales vivencias, reflexiones y anhelos, se mantienen vinculados a una situación sobre la cual no puede actuar de forma relevante. No ha podido ubicar a sus hijos en su mundo personal actual, manteniendo la integración de los mismos con su esposa anterior.

Es muy interesante analizar lo que constituye su mayor problema; la falta de comprensión de su madre. Es difícil imaginarse un hombre de 50 años, para quien su mayor problema está en la comprensión de otra persona y no en su sistema de objetivos y propósitos.

Esto, además de reflejar la incapacidad para estructurar el campo de acción, refleja un acusado determinismo externo.

Además de su baja capacidad para estructurar el campo de acción, se observa rigidez, la que se evidencia en las siguientes frases:

- No puedo aceptar desorden, descontrol y todo lo que lo rodea.
- Me fastidia la alteración, el desorden, el escándalo.
- Me deprimó cuando veo lo mal hecho.

En un medio como el nuestro, donde el desorden, el descontrol y el escándalo son muy frecuentes, mantener esa posición evidencia que dichas situaciones son estresores efectivos, que por su elevada frecuencia, deben ser una fuente permanente de tensión y malestar para el sujeto, a pesar de lo cual el no ha podido cambiar su sentido psicológico.

Unido a las características anteriores, también se observa

una tendencia al perfeccionismo, muy propio de este cuadro psicológico el que se evidencia en frases como:

- Me esfuerzo diariamente por ser mejor, cumplir con todos.
- Me he propuesto mejorar y superar mi propio carácter.
- Me esfuerzo por ser mejor, lograr lo máximo para todos.

Esta tendencia a ser mejor en abstracto, comprometida con los otros y no con líneas de acción y objetivos propios, está muy vinculada al determinismo externo, orientado a obtener una valoración positiva a toda costa por parte de los demás.

En líneas generales, es un sujeto sin un sistema autodeterminado de objetivos, que se caracteriza por su rigidez, bajo capacidad de estructurar su campo de acción, perfeccionismo y determinismo externo. En su situación vital actual, estas características tienen un relevante papel en las contradicciones vivas que mantiene con su medio; su madre, y no poder trascender la significación subjetiva de su primer matrimonio.

También se observa la tendencia a asumir la responsabilidad por la felicidad de quienes le rodean, sin relacionar de forma adecuada ésta con su propia felicidad.

Son muy interesantes los valores sobre los que sustenta su relación con su esposa actual, a la cual sólo se refiere en una ocasión y de forma secundaria en el completamiento de frases. Sobre su esposa actual, a la que ubica entre las tres personas más importantes para él, escribe:

Mi esposa

"Esta es la imagen del sacrificio, la gente que se sacrifica sin exigencia, que no ha podido disfrutar lo mejor de sus años, llena del peso que la vida nos exige diariamente.

No recibo más que beneficios, conflictos, los normales, por conceptos de forma o carácter.

Esperemos el resultado del tiempo que he de vivir, considerando sea igual al actual".

Aquí vemos como indicadores de felicidad, comunicación, placer, etc., no aparecen, basándose el vínculo en la actitud de la mujer, no en la caracterización del estado real de la relación.

El mundo entero de este sujeto se apoya en lo valorativo, subordinando lo vivencial, sus motivos, sus deseos y proyecciones propias.

En la investigación de O. García, incluimos la situación experimental de solución de problemas de diferente grado de dificultad. El experimento fue realizado creando cuatro series de nueve problemas cada una, los que se agrupaban de a tres, en fáciles, medianos y difíciles. Al sujeto se le dan cuatro opciones de ejecución, en las cuales acumula una puntuación equivalente a la sumatoria de los números que indican el orden de cada problema en su serie, es decir, si resuelve bien el problema tres, acumula tres puntos, y así sucesivamente a lo largo del experimento. En caso de fracasar en su ejecución no acumula ningún punto.

El resultado de cada ejecución se le informa inmediatamente al concluir ésta, precediendo su próxima elección.

Por ser sujetos hipertensos e infartados, la consigna utilizada en el experimento no era altamente tensionante, enfatizándose que "van a realizar un conjunto de tareas, cuyo resultado nos evidenciará el desarrollo de algunas de sus capacidades, lo que ayudará a la estrategia de su rehabilitación".

Esta consigna, aún cuando compromete la autoestimación, no absolutiza el valor de los resultados para una evaluación de

las capacidades integrales del sujeto, ni crea una situación de expectativa colectiva sobre el resultado individual a alcanzar. La situación, sin duda, es menos tensionante que muchas situaciones de la vida cotidiana.

Al sujeto se le tomaba la presión antes y después del experimento. El sujeto anteriormente presentado, comenzó el experimento con 90 con 130 y al finalizar tenía 150 con 120.

En la investigación de O. García, diecinueve de los veinte sujetos estudiados tuvieron una subida de presión durante la realización experimental, la cual, en nueve de los sujetos, resultó particularmente acusada, subiendo en veinte o más valores. Es interesante que en todos los sujetos estudiados se evidenció una elevación tanto de la presión máxima como de la mínima.

La realización experimental en el trabajo de Omar García, se comportó como sigue:

TABLA DEL EXPERIMENTO DE OMAR GARCIA

Sujeto	Secuencia de solución								Presión Sanguínea	
	A	B	C	D					Antes	Después
1-V.Q.F.	D10	D11	E6	A9					130/90	150/100*
	D	B D	B D	M F	B					
2-N.N.G.	B1	B3	D8	E2					140/100	160/120*
	F	B F	B Mc	M F	B					
3-L.L.M.	B5	C4	D2	D4					120/80	120/80
	F	B F	B Mc	M Mc	B					
4-O.P.G.	A3	D6	A12	D7					120/80	150/100*
	F	B Mc	B D	M Mc	B					
5-A.E.R.	A1	C7	E5	D10					130/80	170/100*
	F	B Mc	B D	M D	B					
6-M.CH.	C5	D8	C7	D10					130/90	150/120*
	F	B Mc	B Mc	B D	M					sigue

TABLA DEL EXPERIMENTO DE OMAR GARCIA

Sujeto	Secuencia de solución								Presión Sanguínea	
	A	B	C	D					Antes	Después
7-A.A.G.	B5	C5	D9						130/90	
	F	B F	B Mc	M						
8-N.M.F.	C2	D4	E6	D2					130/80	150/90*
	F	B Mc	B D	M Mc	B					
9-C.V.C.	A12	D4	E4	E6					130/90	140/100*
	Mc	B Mc	B D	M Mc	B					
10-L.F.A.	B5	A12	D8	E2					120/80	130/90
	F	B Mc	B Mc	M F	B					
11-M.V.A.	C5	C7	D7	C4					120/80	130/90
	F	B Mc	B Mc	M Mc	B					
12-V.C.R.	A5	C7	D11	D4					130/90	140/100
	F	B Mc	B D	M Mc	B					
13-F.L.P.	D4	E5	B2	C5					130/90	150/120*
	Mc	B D	M F	B F	B					
14-C.S.G.	C2	C4	E2	D2					120/80	130/90
	F	B F	B Mc	M Mc	B					
15-V.L.A.	D10	E9	E11	Afecto					130/90	150/20*
	D	B D	B D	M de inadecuación						
16-L.C.G.	D1	D2	D10	D4					110/80	120/90
	F	B F	B D	M Mc	B					
17-J.L.T.	D9	D10	D11	B1					120/80	140/100*
	Mc	B D	B D	M F	B					
18-J.F.C.	D4	E10	D11	D2					130/90	140/100
	Mc	B D	B D	M F	B					
19-F.C.H.	C2	C7	E4	B12					120/80	140/100*
	F	B Mc	B D	M Mc	B					
20-A.M.G.	No realizó experimento									

En la tabla aparece la siguiente nomenclatura:

C2 - La letra grande con el número pequeño indica la tarea resuelta

D-Me-F: Las letras pequeñas de la izquierda indican si el problema es fácil, mediano o difícil.

B-M: Las letras pequeñas de la derecha indican si el problema se resolvió bien o mal.

En el experimento hubo una elevación de la presión sanguínea, tanto de la mínima como de la máxima, en diecisiete de los dieciocho sujetos que pudieron ser evaluados antes e inmediatamente después de la situación experimental. De estos diecisiete, diez experimentaron una elevación acusada de la presión, la cual consideramos cuando tanto la mínima, como la máxima, aumentaban en veinte unidades o más.

Fue muy interesante la expresión del afecto de inadecuación en dos sujetos durante el experimento (sujetos 7 y 15). Estos sujetos, al experimentar su primer fracaso, el cual se produjo después de los ejercicios exitosos, haciendo más significativa su reacción, expresaron visiblemente disgustados, su deseo de no continuar el experimento, alegando no sentirse bien de salud. Uno de ellos, el sujeto 7, incluso se opuso a que le tomaran nuevamente la presión.

Este afecto de inadecuación, cuya investigación ha sido desarrollada en los marcos de la Psicología Pedagógica en escolares que presentaban dicha reacción ante el fracaso escolar, lo exploramos por primera vez en sujetos adultos.

La presencia del afecto de inadecuación en estos sujetos, unido a la elevación acusada de la presión sanguínea en más del 50 o/o de los casos estudiados, evidencia la enorme vulnerabilidad de estos individuos al fracaso.

Siguiendo la lógica de los resultados que hemos ido acumulando en esta dirección de investigación, este hecho es totalmente explicable, pues una característica muy generalizada en los sujetos estudiados ha sido el determinismo externo, que precisamente evidencia su enorme dependencia y sensibilidad a la valoración externa. En este sentido, las aspiraciones y compromisos esenciales de estos sujetos se orientan al logro de una valoración elevada por los demás, lo cual no es controlable desde su esfuerzo en la tarea.

Esta situación psicológica se asemeja mucho a la identificada por nosotros en la categoría de nivel de aspiración artificialmente elevada, el que no se definía por un objetivo concreto en la ejecución de la tarea, sino por la valoración externa que se recibía sobre el resultado. En estos casos ocurre algo similar, los sujetos no siguen la lógica de los problemas ni se interesan por ella, buscando a toda costa el resultado.

Los resultados de esta situación experimental, ponen en el tapete de esta línea de investigación, la necesidad de profundizar en una configuración psicológica altamente vulnerable al distres, que al aparecer, actúa simultáneamente con las configuraciones que ya hemos definido en las agrupaciones funcionales, o en la propia profundización de las formas diversas en que las características del nivel de normas, estereotipos y valores se presentan como aspectos particularmente vulnerables al distres.

La configuración que al parecer está en la base de la respuesta hipertensiva observada en el experimento, se define por la relación necesaria entre inseguridad, determinismo externo y desinterés por la actividad concreta que el sujeto enfrenta. Este tipo de respuesta es un ejemplo de conducta despersonalizada, en tanto el sujeto no se implica en lo que hace, definiéndose sus estados emocionales por factores totalmente ajenos a su autodefinición.

Esta configuración no es exclusiva de ningún nivel psicológico o agrupación particular de indicadores personológicos, presentándose, también, como se evidenció en las investigaciones de Z. Domínguez y de O. García, en sujetos con indicadores generales del nivel conciente volitivo de regulación. Veamos por ejemplo:

A. A. (54 años)

Frasas relevantes en la técnica de completamiento:

La gente a veces vive pendiente de lo que uno hace.

No puedo tolerar que se me acuse de algo injustamente.

Me gusta que la gente me estime y me considere.

Me cuesta mucho olvidarme de alguna mala acción que se me haga.

Pienso que los demás a veces son superficiales.

La gente a veces vive pendiente de lo que uno hace. No toda.

En estas frases, expresado de diferentes formas, se observa un profundo determinismo externo, caracterizado, de acuerdo a su definición por una enorme dependencia de la valoración externa, lo que determina una gran susceptibilidad hacia ésta.

Este determinismo, asociado a la rigidez que en algunas de estas frases se observan y que más adelante se evidenciará aún más conduce a errores de conceptualización al sobregeneralizar los aspectos que lo afectan en el tipo de relación valorativa que el sujeto establece.

Este determinismo externo provoca muchas vivencias negativas en el sujeto, por cuanto en sus sistemas de relaciones él está absolutamente centrado en la valoración de los otros, lo que representa para el individuo una situación de bajo control, en tanto las vivencias de sus acciones no dependerán de él, sino de un criterio externo que no controla.

La rigidez marcada que ya se expresó en las frases antes presentadas, que a su vez eran indicadores del determinismo externo, se observa en otras, como las siguientes:

El hogar para mí debe ser lo más sagrado.

El matrimonio lo trataré de conservar siempre a pesar de cualquier contratiempo.

Estoy mejor cuando existe una total armonía familiar.

Mi mayor placer que haya total armonía en mi casa.

Odio las discusiones y querellas.

En estas frases, vemos como el sujeto expresa una lógica vital, centrada en criterios absolutos de carácter valorativo. El matrimonio para él, más que una relación de felicidad que, cuando no funcione es necesario revisar, es un valor absoluto que hay que preservar a toda costa, aún cuando sea causa de infelicidad.

Hace depender su estado anímico en la familia de una total armonía, como si la armonía pudiera ser un estado estático permanente. Parece totalmente intolerable a las contradicciones e incluso discusiones que todo convivir en algún grado presupone. Otro indicador muy acentuado en la configuración psicológica de este sujeto es su incertidumbre futura, y el papel activo del pasado en la organización actual de su subjetividad.

En este sentido manifiesta:

Quisiera saber cuál será mi futuro.

Lamento estar enfermo; haber dejado de hacer muchas cosas en mi vida.

Sufro por no tener ahora 30 años menos.

Mi futuro lo veo incierto por mi enfermedad.

Quisiera ser 30 años menor para no volver a cometer todos los errores cometidos por inexperiencia y otras causas.

Mi vida futura es una incógnita.

En estas frases se observa una total incertidumbre futura, que responde a la falta de aspiraciones bien estructuradas, aún cuando él lo justifica por su enfermedad.

El sentido que la enfermedad adquiere para el sujeto está muy relacionado con su propia personalidad, más aún, está determinado por ésta. Así, para algunos sujetos la enfermedad es un incentivo para optimizar todos sus recursos en la recuperación y alcanzar un sinnúmero de objetivos que aún no han logrado, lo que se convierte en un importante factor psicológico para el restablecimiento, mientras que para otros, como ilustra este caso, la enfermedad es un motivo para justificar la pasividad, reforzando ésta.

Además, de incertidumbre futura, en este sujeto se observa la acción activa del pasado, el cual se manifiesta con total valor en su vida presente, en la configuración consciente de su vida actual.

Este sujeto no ha encontrado su realización, ni aspira a esta en la vida que le queda por delante, ante la cual es totalmente pasivo. En lugar de querer vivir treinta años más para resolver todo lo que desea, se lamenta de no tener treinta años menos, para lo cual realmente no puede hacer nada.

Este conformismo y pasividad con relación a la enfermedad, derivados de su propia organización personalógica, se observa en muchos de estos sujetos, debiendo ser uno de los elementos esenciales a tener en cuenta en su rehabilitación.

Otra característica muy frecuente en estos sujetos, también presente en A.A., es la despersonalización del sentido de su vida, ubicando éste en la posibilidad de apoyar, ayudar o hacer feliz a sus seres queridos. En este sentido en las frases expresa:

Mi mayor temor fallecer antes de dejar debidamente encaminada a mi hija.

La preocupación principal lograr la felicidad y la seguridad de mi hija.

Necesito tener salud para seguir luchando por mi familia.

Mi principal ambición que mi esposa e hijos sean felices.

Esta tendencia, la cual ya reflejamos en el capítulo sobre Educación para la Salud, del libro La Personalidad; su Educación y Desarrollo", en el caso de R. L. hipertensa, hace que el individuo suplante funciones de la otra persona, lo cual puede generar distintos conflictos que aumenten su estado de distres.

La concreción de los indicadores antes referidos en los contenidos concretos que caracterizan su expresión en este sujeto, aumentan considerablemente su vulnerabilidad al distres.

En el experimento, el sujeto expresó una conducta evasiva al enfrentar el fracaso, abandonando el experimento ante la solución del cuarto problema, lo que evidencia la tensión que para él significó su realización experimental.

Estos sujetos, ubicables nítidamente en el nivel de normas, estereotipos y valores, presentan una configuración vulnerable a partir de algunos de los indicadores concretos de este nivel, los cuales, asociados a su sistema de motivos y al sentido psicológico que le otorgan a su situación vital, determinan una elevada vulnerabilidad al distres, constituida a nivel individual.

La estructuración de la lógica individualizada sobre las particularidades generales de la personalidad que en ella se expresan, constituyen el único camino posible para llegar al conocimiento de las regularidades múltiples de tan complejo fenómeno. De ahí que, constatar simplemente la presencia predominante de los indicadores del nivel de normas, estereotipos y valores en los sujetos infartados e hipertensos, representó un momento anterior en esta lógica de conocimientos, el cual, por hoy no aporta nada nuevo a las necesidades del tema, siendo necesario precisar más las distintas combinaciones que, aún sobre la

base de dicho nivel, son los elementos sensibles para la aparición del distres.

J. F. (40 años).

Frases relevantes en la técnica de completamiento:

Sufro cuando me engañan.

La preocupación principal son los estudios de mis hijos.

Mi principal ambición no soy ambicioso.

Considero que puedo trabajar mejor.

Me esfuerzo diariamente por ser mejor como padre y como esposo.

Me cuesta trabajo decir que no.

Mi mayor deseo es que mis hijos terminen sus estudios.

Siempre he querido ayudar a los demás pero me engañan.

Me cuesta mucho trabajo conocer a las personas.

Mis aspiraciones son por el momento no tengo.

Trataré de lograr que mis hijos terminen sus estudios.

A menudo reflexiono sobre que he vivido para los demás.

Necesito conocerme un poco más.

En las frases presentadas se manifiestan los rasgos esenciales de lo que hemos denominado vulnerabilidad al distres por pobres recursos para la regulación psicológica. Este es un sujeto de pobres motivaciones, centradas esencialmente en aspectos concretos de su vida presente; su familia y su trabajo.

Es una persona sensible que no ha podido enfrentar con éxito sus sistemas de relaciones, esencialmente en su vida laboral, como veremos más adelante en su composición y como se refleja en el hecho de sentirse engañado, manifiesto en las frases.

Por su imposibilidad de manejar los hechos que le afectan, estos se traducen de forma inmediata en emociones negativas, de alta propensión a convertirse en indicadores de riesgo a la enfermedad cardiovascular.

Sus ambiciones esenciales se vinculan a la felicidad de sus seres queridos, no apareciendo objetivos propios, vinculados a su autodeterminación en esferas importantes de su vida.

Estos individuos, casi siempre bondadosos, por lo general presentan una importante fuente de distres al querer ayudar a los demás y quedar bien ante una multiplicidad de demandas externas, entrando en complejos círculos de exigencias simultáneas, ante las cuales, por su incapacidad para organizar y jerarquizar sus acciones, expresan reacciones de distres. Esto se evidencia en una sola frase, pero muy significativa, donde expresa que le cuesta trabajo decir que no.

Esta frase aisladamente puede no decir nada, pero dentro de la organización progresiva del conocimiento sobre estos sujetos, adquiere rápidamente una significación en el conjunto de los restantes indicadores analizados, comprobándose plenamente en la situación de entrevista.

En la técnica de explicitar los cuatro proyectos más importantes de su vida actual, expresa: "Actualmente no tengo proyectos ni aspiraciones, sólo superarme y seguir trabajando normalmente, de simple carpintero. Si pudiera me gustaría trabajar por cuenta propia, aunque mi trabajo me gusta, siempre se presentan muchos problemas".

Es interesante como la definición a trabajar por cuenta propia no la realiza sobre una determinación ideológica, sino por los problemas que enfrenta en su centro de trabajo, ante los cuales no tiene recursos psicológicos para una respuesta individual que mediatice la reacción de distres.

Es muy interesante su intencionalidad, orientada a conocerse más, consciente de que su incapacidad en este sentido ha tenido un papel en el distres que ha experimentado. En este sentido, en la técnica sobre sus conflictos actuales manifiesta: "Yo deseo conocerme más a mí y conocer con profundidad a las per-

sonas, para no sufrir más desengaños ni decepciones como hasta ahora. A pesar de que me gusta ayudar a los demás, siento que no ocurre lo mismo conmigo”.

Resulta muy interesante, que en el experimento de solución de tareas este sujeto mantiene su presión normal, lo que evidencia la adecuación de su autovaloración y el hecho de que en su actuación la autoestimación no ocupa el lugar central.

Veamos ahora otro caso, J. A. S. (52 años).

Frases relevantes en la técnica de completamiento.

Me gusta ser un hombre severo, tranquilo, armónico.

Quisiera saber cómo puedo tener dominio de mí mismo.

En la escuela fui nervioso y desordenado.

Sufro enormemente por todo.

Deseo encontrar la tranquilidad, la quietud.

Yo prefiero no tener problemas económicos y ser sereno.

Mi problema principal es como lograr ser pausado, tranquilo, mesurado,

Me esfuerzo diariamente por dominarme.

A menudo reflexiono sobre mi exaltado carácter nervioso.

Siempre que puedo trato de corregirme faltas.

Lucho por equilibrar mi proceder.

Al acostarme pienso tanto que duermo mal.

En estas frases, tanto por su frecuencia en el conjunto de la técnica, como por su contenido, se evidencia la gran impulsividad y susceptibilidad de este sujeto, así como su nivel de conciencia sobre el conflicto que esto representa para él y su esfuerzo por controlarse, el cual, a pesar de su intencionalidad no logra ser efectivo.

Si nos orientamos por las agrupaciones funcionales ya establecidas en investigaciones anteriores, ubicamos a este sujeto en

la agrupación que integra como configuración psicológica de la vulnerabilidad al distres, las acentuadas manifestaciones tonal-temperamentales, asociadas a bajos recursos de autocontrol. Sin duda, la impulsividad y la sensibilidad de este sujeto, representan un elemento esencial en su vulnerabilidad al distres, sin embargo, como afirmamos más arriba, pueden presentarse de forma simultánea, en un mismo sujeto, múltiples configuraciones psicológicas que, en su integración, se potencian recíprocamente en la determinación del nivel de distres en el individuo.

Pasemos al análisis de otras frases que nos evidencian particularidades personalógicas de una elevada propensión a generar distres.

No puedo tolerar que son injustos conmigo.

Fracasé por mi forma inmadura de actuar.

Estoy mejor cuando me respetan o estoy en soledad.

Algunas veces necesito compañía, amistad.

Yo secretamente pienso mucho, ideo mucho.

Yo no soy como quiero ser.

Considero que puedo lograr encontrarme.

Mi vida futura sin preocupaciones, sería un paraíso.

El pasado me ha hecho mucho daño.

Mi aspiración es respetar y que me respeten.

Me fastidia ser relegado a un plano secundario.

Los hombres unos aman y los otros destruyen.

Pienso que los demás muchos son admirables, otros no.

La gente debe tener otros conceptos de la verdad y el respeto.

Odio, la injusticia, el engaño.

En el futuro necesitaría ayuda y comprensión.

Cuando tengo dudas no tengo con quien aclararme.

Cuando estoy sólo pienso, pienso y pienso.

Me deprimó cuando mi verdad la ven mentira.

Mis amigos son tan pocos, tengo un concepto muy mío de la amistad.

Mi grupo trato de ponerme a su nivel y no logro nada, puedo ser yo la causa pero . . .

Este otro conjunto de frases nos brinda información sobre otras configuraciones psicológicas que están en la base de la vulnerabilidad al distres en este sujeto. En este sentido, tenemos el determinismo externo, el cual, en este caso, aparece muy asociado a categorías valorativas que el sujeto ha construido de forma rígida.

Así, en la frase primera, refleja una gran dependencia de la valoración externa, pues él no puede controlar que los demás sean o no injustos con él, aspecto que al parecer vivencia con mucha frecuencia, sin embargo, él si pudiera controlar su definición de lo justo, que se ampliaría al máximo si pudiera llegar a la conclusión del carácter relativo de la categoría y su sentido diferenciado, de acuerdo a nuestras propias experiencias y nuestra situación vital actual, lo que implicaría una conceptualización cosmovisiva mucho más flexible, amplia y portadora de menos efecto negativo.

Su orientación valorativa rígida, orientada a ubicar las cosas en extremos opuestos, sin matices, se observa en otras frases, referidas tanto a sí mismo, como a los demás. Así, con relación a sí mismo vemos que achaca sus fracasos a su forma inmadura de actuar, con lo cual garantiza un sentimiento de culpa permante, que es uno de los determinantes de los circuitos tensionales reverberantes que claramente se expresan, en muchas de las frases presentadas, como son las referidas a su tendencia a pensar, sin definir nada concreto sobre lo que piensa, lo que incluso le afecta el sueño.

Su tendencia a idear, pensar, está muy relacionada con su intranquilidad actual y con sus preocupaciones futuras, las cuales

son el resultado de anticipaciones irracionales derivadas de sus circuitos tensionales reverberantes.

La construcción tan rígida de su esfera valorativa es otro elemento esencial de su elevada tendencia al distres, pues sus valoraciones extremas hacia los demás, unido a su sensibilidad, lo hacen atribuir sentidos valorativos de carácter moral, a comportamientos que realmente no los tienen, lo cual define su frecuente posición agresiva ante los otros en situaciones que a estos les resulta difícil explicarse, no siendo una excepción ni sus seres queridos.

Un ejemplo de esto fue, cuando en una de las sesiones de psicoterapia, el sujeto nos expresó que su esposa era una mentirosa y una deshonestas, lo cual le había elicitado mucha tensión. Al profundizar en las determinantes de su juicio, la causa había sido que, para salir con él una tarde, la esposa, quien era sumamente dependiente de su madre, a niveles verdaderamente intolerables para él, le había dicho a ésta que iba a hacer una gestión, no expresándole que saldría con él, pues por las malas relaciones entre ellos, las salidas con él a la madre le afectaban mucho.

Este acto de la esposa, si bien no tiene por que satisfacerlo, tampoco es suficiente para una valoración ética de esta naturaleza, que derivó en una airada agresión contra ella. Este hecho parcial, no es más que expresión de una relación interpersonal muy inadecuada entre ellos, donde la esposa, aún cuando lo ama y lo quiere mucho, no puede superar su dependencia de la madre y centrarse de forma absoluta en él, lo cual, dado la necesidad de afecto que él manifiesta y su elevada sensibilidad le resulta imprescindible. Incluso él logra expresar esto al señalar:

Me fastidia ser relegado a un plano secundario.

Estas mismas características de su personalidad conducen a otra configuración subjetiva altamente propiciadora de distres en la esfera de sus relaciones interpersonales, la cual determina

que se sienta sólo e inadaptado, reflejándose también en las frases señaladas.

Como puede observarse, se produce una compleja configuración subjetiva, generadora de distres por su propio carácter, la cual, en su integración sistémica integra múltiples dinámicas personales que, aún cuando no tienen los mismos determinantes, establecen una relación necesaria entre sí en los marcos psicológicos de este individuo, que trasciende sus posibilidades volitivas y los recursos que, en su condición de sujeto, activa en la intención de superar sus problemas.

Es un individuo autocrítico en cuanto a la atribución causal de sus conflictos, sin embargo, es incapaz de concientizar los aspectos de su personalidad que están en la base de éstos y, por tanto, de organizar una acción consecuente dirigida a su superación.

J. A. fue uno de los casos que recibió atención psicoterapéutica, en cuyo proceso evidenció resultados positivos. Después de establecer una adecuada relación terapéutica con él, la cual fue difícil, dado su elevada sensibilidad y rigidez, así como por su marcada autosuficiencia, comenzamos un trabajo de choque a sus valores rígidos y absolutos, orientándonos no al desmoronamiento de los mismos, lo cual sería un profundo error, sino al cambio del sentido psicológico de éstos.

Esta fue una de las primeras acciones terapéuticas emprendidas con él, pues su estado permanente de irritabilidad y agresividad en el hogar, estaba muy mediatizado por su construcción valorativa. En este sentido, él se sentía ufano, pues era fuerte y había que respetarlo, valores que asociaba a conductas violentas como romper platos, patear un mueble o injuriar a su suegra, que eran sus respuestas más frecuentes ante las provocaciones de ella, lo cual expresaba con orgullo, afirmando que "él si no se dejaba pisotear por nadie".

Ante esto, nosotros le planteamos que estos comportamientos eran expresión de debilidad más que de fuerza, pues la suegra lograba de él lo que se proponía, desorganizarlo, incomodarlo, presentarlo ante la hija como un bestia, etc., y le expresábamos que en la vida la fuerza estaba muy vinculada a la consecución de objetivos propios.

J. A., fue receptivo a nuestros planteamientos, identificándose plenamente con ellos, lo cual le condujo a un cambio radical en su conducta, el que se fortaleció, al constatar que la suegra se irritaba muchísimo al provocarlo y no lograr sus objetivos, lo cual contribuyó a reforzar enormemente el cambio que J.A. había operado a nivel de conducta.

A pesar de su rigidez y bajo nivel, J. A. era un hombre con cultura, que había leído mucho, manifestando una activa preocupación hacia si mismo, lo cual facilitó mucho las acciones terapéuticas en el marco nacional-reflexivo. Los resultados en este sentido los profundizaremos en el capítulo que dedicaremos a la psicoterapia.

Nuestra orientación en este campo de trabajo, es precisamente buscar las diferentes formas de integración psicológica de indicadores diversos que, configurados en múltiples formas particulares, nos permitan explicar el distres del sujeto y las distintas esferas sensibles de la individualidad que tienen un sentido en el mismo.

Ni el diagnóstico, ni la predicción, se pueden asociar rígidamente a la aparición de determinados indicadores, siendo necesario el conocimiento de las formas de integración de éstos y de su sentido en la individualidad que los asume, para llegar a conclusiones. En este mismo proceso, gradualmente hemos ido arribando a regularidades generales que, encubiertas en formas de expresión muy diversas, sólo podemos descubrir e interpretar por la acumulación progresiva de conocimientos que hemos obtenido en esta esfera.

Analicemos ahora una configuración totalmente diferente a la anterior, F. L. (mujer, 45 años).

Frases relevantes del completamiento:

Necesito afecto a mi alrededor.

Mi mayor placer es la vida familiar armónica.

Me deprimó cuando me siento sola o no siento todo el afecto que necesito.

Odio las discusiones y la violencia en las relaciones humanas.

Mi principal ambición es la felicidad posible.

Deseo una vida alegre y tranquila.

Sufro por muchas cosas que me rodean.

Quisiera saber qué lograrán mis hijos.

La preocupación principal el futuro de mis hijos.

Algunas veces quisiera sentirme libre de obligaciones.

Estoy mejor cuando hago lo que me gusta.

Este es el primer bloque de frases relevantes que analizaremos, el cual nos brinda indicadores diversos, susceptibles de relación entre sí, la cual trataremos de establecer en nuestra interpretación.

En primer lugar, se destaca la necesidad de afecto y de interacción familiar adecuada que este sujeto tiene, evidenciándose simultáneamente con esto, la presencia de conflictos en esta esfera, muy relacionados con la soledad y depresión que en ocasiones experimenta.

Es muy significativo que el esposo fue omitido en las setenta frases, pudiendo ser la figura central en los conflictos que la sujeto manifiesta y de su anhelo de felicidad, la que evidentemente no tiene. Este cuadro nos hace inferir que, su odio a las discusiones y la violencia, puede estar muy vinculado a la presencia de éstas en su hogar, lo que significaría que el esposo es totalmente opuesto a ella.

Su infelicidad se hace muy notoria en las últimas dos frases referidas, donde señala que algunas veces quisiera sentirse libre de obligaciones y que está mejor cuando hace lo que le gusta. Esto permite inferir que se siente cargada de obligaciones y que pocas veces hace o que realmente le gusta.

Como es típico en estos casos con poca realización en su vida presente, se observa en ella una preocupación grande hacia la vida futura de sus hijos, a través de la cual refuerza el sentido futuro de su propia vida.

Un segundo bloque de frases nos brinda otro sistema de información complementario con este. En ellas expresa lo siguiente:

Yo secretamente pienso en cosas que no siempre digo.

Yo a veces me siento insegura.

Mi problema principal son los problemas que me creo y que no sé enfrentar.

Me cuesta mucho iniciar la relación con personas de mayor categoría social.

Mis aspiraciones son todavía lograr cosas en la vida.

A menudo reflexiono sobre mis posibilidades reales.

Me he propuesto aprovechar el tiempo activo que me queda.

A menudo siento que no he hecho todo lo que debía.

Los hombres tienen valores muy positivos sin ser perfectos.

Se observa en estas frases una fuerte tendencia a la subvaloración que, además, refleja una preocupación consciente de ella como sujeto, que se expresa en su orientación a la reflexión sobre sus posibilidades reales. Como parte de esta subvaloración y, quizás como determinante de ella también, se refleja un sentimiento de desrealización y de insatisfacción con lo logrado hasta el presente en su vida, lo que deviene en una necesidad de realización que se ha propuesto desarrollar intencionalmente.

Simultáneamente con la expresión de su necesidad de realización, se observa, muy relacionado también con su subvaloración y el tono predominante depresivo que en general expresa, un sentimiento de final, de terminación de la vida, que no se corresponde con la edad que tiene.

Este sentimiento se manifiesta implícitamente en las frases: Mis aspiraciones son todavía (subrayado nuestro) . . . y Me he propuesto aprovechar el tiempo activo que me queda, cuando realmente los cuarenta y cinco años son una etapa de plena productividad creadora.

Esta es una persona insegura, no realizada, con un conflicto permanente, no sintiendo fuerzas para enfrentarlo, cuadro que la lleva a experimentar la vida en término de obligaciones, que se traducen en vivencias negativas de displacer, depresión y soledad, las cuales son una fuente de distres tan definida como las vivencias de agresividad, competencia, o urgencia temporal.

Es una persona que ha construido su subjetividad esencialmente en torno a un matrimonio no realizado, con el consecuente costo a su desarrollo individual y social; lo que ha afectado aún más su propia subvaloración. Esta tensión permanente, de estar subordinado a un sistema de relación en el que experimenta de forma estable malestar, limitándose en su realización es el centro de su reacción de distres, reforzado por su configuración personal que le incapacitó para emprender medidas, como sujeto, en la solución de su cuadro conflictivo vital.

En este caso no se presentan indicadores del nivel de normas, valores y estereotipos, siendo francamente opuesto al caso anterior presentado (J. A.).

Está sujeto, aún cuando ha experimentado múltiples decepciones y frustraciones a partir de la vida que escogía, no presenta errores de conceptualización, destacando las virtudes de los hombres, a pesar de su propia infelicidad.

Veamos, finalmente, el caso de A. E. (55 años), cuya configuración psicológica al distres, se organiza esencialmente, sobre la base de una inadecuada autovaloración. En este caso, a diferencia de los anteriores presentados, se manifiestan distintos indicadores del nivel consciente-volitivo de regulación.

Frases relevantes para el análisis

No puedo dejar de cumplir con la responsabilidad asignada.

Fracasé al no alcanzar un total dominio de mi especialidad.

Mi mayor problema es ser exigente conmigo mismo.

Me cuesta trabajo comprender el egoísmo en muchas personas.

Me fastidia el oportunismo, la simulación y la falsa amistad.

Odio la hipocresía, el servilismo y el maltrato.

En estas frases se refleja una tendencia al cumplimiento y una sensibilidad particular hacia valores negativos en las relaciones interpersonales, que son importantes fuentes negativas por la orientación del sujeto al determinismo externo.

Este determinismo, es posible de diagnosticar, gracias a los resultados de la situación experimental, pues en las frases no se evidencia con la misma claridad que en los casos anteriores.

En la situación experimental A. E., experimentó un sólo fracaso, en su tercera elección (ver pág. sujeto 5), sin embargo, la presión le aumentó extraordinariamente, lo que implica un compromiso valorativo externo, así como su extraordinaria sensibilidad al fracaso, factores estos que, unidos a los indicadores del completamiento de frases, nos permiten diagnosticar una autovaloración inadecuada, asociada a un fuerte determinismo externo.

Pasemos a analizar otro bloque de información, que nos revela los indicadores del nivel consciente-volitivo y la riqueza de intereses que se manifiestan en este sujeto.

La lectura resulta amena y nos permite conocer otras costumbres.

Yo me siento orgulloso de mis hijos, esposa y hermana.

La felicidad está presente en las cosas más simples.

Mis aspiraciones las de crear un equipo de trabajo con alta calidad técnica y profesional.

Me he propuesto realizar algunos proyectos aplazados.

Siempre que puedo dedico un tiempo a visitar lugares históricos.

Lucho por no caer en el conformismo y la rutina.

A menudo siento deseos de viajar y conocer nuevas costumbres.

Mi opinión trato de fundamentarla, no de imponerla.

Pienso que los demás deben tener criterios propios.

En el futuro seguir luchando y mantener mis deseos de superarme.

Mis amigos son leales y nos relacionamos en momentos difíciles.

Mi equipo lo integran los compañeros de trabajo, amistades y amigos sin excluir la familia.

En estas frases se evidencia la elaboración personal de este sujeto, su orientación reflexiva a respuestas con un profundo sello personalizado, un sistema rico de intereses que se traduce en aspiraciones concretas.

A diferencia de los sujetos estudiados anteriormente se observa una dimensión futura bien organizada sobre la base de intereses del sujeto en diversas esferas de su vida; básicamente en la profesional y la familiar.

La enfermedad, lejos de sentirla como un freno, le ha impuesto a sus aspiraciones, las cuales ha organizado adecuadamente para alcanzarlas. Es un sujeto que se mantiene activo en el campo de su profesión y en el sistema de sus relaciones personales.

Los valores negativos que rechaza los experimenta en un plano social general y posiblemente en sus relaciones laborales, pero sus dos sistemas más íntimos, el familiar y el de sus amistades marchan bien.

En la técnica sobre los proyectos vitales, expresa cuatro muy bien elaborados, sin que la enfermedad limite su proyección futura. En esta dirección ejemplificamos uno de ellas, congruente con lo ya analizado en las frases:

“Formar un equipo de trabajo con alto nivel técnico y el deseo de rescatar el lucimiento del comercio y sus vidrieras”.

Para esto es necesario incorporar gente joven con nuevas ideas y un mayor nivel técnico y poder conjugar esos conocimientos con otros basados en la experiencia de años en nuestra actividad.

Las contradicciones son propias en los cambios de estructura, funciones y contenido de trabajo, así como la falta de técnicos de mayor nivel, la falta de recursos materiales, una plantilla acorde a los requerimientos y el apoyo necesario para impulsar la actividad o proyecto”.

Aquí se evidencia la elaboración personal del sujeto sobre sus aspiraciones, así como la fuerza en la consecución de las mismas.

La riqueza de las aspiraciones del sujeto, nos evidencia su capacidad para estructurar el campo de acción, en tanto trasciende el impacto de la enfermedad y vuelve a organizar su vida en proyectos que continúan la lógica de su vida anterior.

Esta capacidad para estructurar el campo de acción y la elevada mediatización intelectual de las funciones reguladoras de su personalidad, se evidencian también muy claramente en la

técnica de expresión sobre sus tres peores experiencias en la vida. En ella refiere:

- De forma general las peores experiencias las enmarco al sentirme defraudado del concepto sobre la verdadera amistad y el compañerismo en algunas ocasiones.
- Ocurrieron por anteponer el egoísmo o el beneficio propio y no aceptar la sinceridad y la verdad como prueba de amistad, prefiriendo la adulación.

Quizás podrían haberse evitado de no darle tanta relevancia o el haber idealizado el concepto de amistad y el respeto mutuo.

Sigo considerando importante la amistad sincera, pues las experiencias ya pasadas han quedado atrás y no impiden que aún considere y tenga amistades sinceras.

Recuerdo que me sentí defraudado y todo aquel concepto que por años se alimenta, de un golpe se desploma y transitoriamente se sentía uno desconcertado, gradualmente fue desapareciendo ya que todos de una forma y otra tenemos criterios, virtudes y defectos".

Es sumamente interesante la explicitación por parte del sujeto de su lógica en la reestructuración del campo de acción de uno de sus mayores conflictos, ubicado en el área de sus relaciones interpersonales. Además, la técnica corrobora plenamente el sentido de las frases presentadas en el primer bloque, con lo cual gana en veracidad y profundidad el diagnóstico realizado.

Los indicadores del nivel consciente volitivo vuelven a expresarse en el análisis de sus tres mayores conflictos actuales, donde nos plantea . . . "Tener un cabal conocimiento de mis futuras limitaciones lo cual necesariamente me obligará a buscar nuevas formas y métodos tanto en el trabajo, como en la vida normal, aunque habituado al trabajo dinámico, tengo premura en conocer al respecto "

Como vemos, desarrolla una activa orientación al conocimiento de su enfermedad, enfatizando en este caso, las limitaciones que de ella se derivarían, las que desea conocer, con vistas a "buscar nuevas formas y métodos tanto en el trabajo, como en la vida normal", lo que refleja su flexibilidad y disposición activa a modificar su vida en función de la nueva situación que experimenta; su enfermedad.

Resulta muy interesante la flexibilidad e integralidad autovalorativa que el sujeto refleja en su relación con la enfermedad, sin embargo, su capacidad para expresar estos atributos, no resulta suficiente para protegerlo de las intensas vivencias negativas que experimenta al comprometer su autoestimación, lo que se refleja muy nítidamente en el experimento.

Este caso nos ilustra fehacientemente, la necesidad de superar los diagnósticos estandarizados a través de índices parciales, y la exigencia metodológica a estudios en profundidad al nivel individual, para el descubrimiento de las regularidades generales que vamos construyendo. Si hubiéramos obrado superficialmente, no habríamos podido explicar la configuración psicológica al distres, permaneciendo en el momento descriptivo sin poder explicar éste personológicamente, pues el sujeto opera en el nivel consciente volitivo, el cual probabilísticamente, es mucho menos vulnerable al distres.

Creo importante, pasar a algunas reflexiones generales de carácter metodológico, que el análisis de esta línea de investigación nos ha elicitado.

CONSIDERACIONES TEORICAS Y METODOLOGICAS GENERALES SOBRE EL DIAGNOSTICO Y LA INVESTIGACION EN ESTE CAMPO DE ESTUDIO

La forma en que hemos presentado nuestros resultados en este capítulo no es casual, sino que responde a la concepción

metodológica que hemos explicitado en otros trabajos y sobre la cual nos detendremos con más detalle en este epígrafe, a propósito de los resultados alcanzados en esta esfera.

En el curso del capítulo, muchos habrán extrañado las tablas, cifras y correlaciones a que tan acostumbrados estamos en la literatura sobre el tema, sin embargo, estos fueron substituidos por el análisis de casos, cuya exploración profunda nos permitió descubrir regularidades similares tras comportamientos diferentes y viceversa, o sea, tras comportamientos similares, encontrar regularidades diferentes.

A lo largo del capítulo, hemos presentado casos individuales que representan regularidades particulares, conducentes a probables tipologías y, que a su vez, contienen regularidades generales que pudimos observar a pesar de las diferencias con que se expresaban en el nivel individual.

En el hombre lo general no se expresa de forma "pura" a nivel fenoménico, ni en su conducto, ni en sus expresiones directas, de ahí que pretender obtener indicadores generales de la conducta y la auto-observación, nos puede conducir a correlaciones de valor probalístico, pero nunca a explicaciones de lo estudiado.

En el hombre, sobre todo en el nivel de su personalidad, lo general aparece integrado en el proceso vivo de la individualidad y sólo puede ser descubierto, penetrando en los diversos sentidos psicológicos con que se manifiesta en individuos diferentes.

En una ingenuidad representarnos lo general como un contenido bien definido, homogéneo, que se presenta de forma única en todos los individuos y que se devela en formas bien definidas y estandarizadas, ante instrumentos que hemos construido para este propósito. Esta forma ingenua, de concebir lo general en

una representación similar a las sustancias que encuentren una definición exacta por sus elementos externos en la sensorialidad humana, es uno de los errores más graves que el empirismo legó al pensamiento psicológico.

El fin principal de una ciencia es conocer, lo cual presume la construcción activa del objeto a nivel teórico, sin cuya anticipación necesaria, el momento empírico de la ciencia resultaría estéril. La teoría es imposible de verificar en relaciones lineales y puntuales con los datos. El dato empírico, o el sistema en que este se inscribe constituyen entradas al pensamiento, que encuentran su sentido en la historicidad teórica de ese pensamiento.

La obtención de un resultado empírico, es la expresión de una continuidad histórica, teórica, que en su expresión metodológica ha hecho posible dicho resultado. Por tanto, el resultado se integrará, con un valor positivo y negativo al proceso de desarrollo de la teoría, dentro del cual, su propio sentido variará de acuerdo al momento histórico en que la teoría se encuentre.

El resultado empírico no afirma ni niega nada de forma inmediata y categórica, integrándose a la reflexión teórica como un momento particular de éste, como un elemento constitutivo más del desarrollo que toda teoría implica y es, en el curso de este desarrollo, como los sistemas de datos, integrados en nuevas construcciones teóricas, de las cuales son, a su vez, inductores, tienen un sentido en las transformaciones cualitativas que todo saber científico implica.

Tras las formas correlacionadas descriptivas del conocimiento se ocultan varios presupuestos que, a los ojos de muchos autores, forman parte inseparable de la definición de ciencia, entre estos están:

- a.- El carácter cuantificado del resultado.
- b.- Su significación probabilística.
- c.- La ilusión de su valor empírico.

Esta lógica lleva a sacrificar el problema a estudiar, su complejidad, en aras de la pureza metodológica de los instrumentos a utilizar, lo que define que el problema se simplifique por las limitaciones metodológicas que su estudio presupone, conduciendo esto a que se sustituya conocimiento por probabilidad, quedándose fuera de la exploración científica, múltiples aristas esenciales del objeto de estudio.

En este sentido el autor venezolano Miguel Martínez expresa: "Sin embargo, "leyes" estocásticas (se refiere a aquellas que son resultado de enunciados estadísticos y probabilísticos) son leyes a medias", pues no explican, ni siquiera en la física, los acontecimientos y procesos individuales, sino únicamente el resultado o promedio de un grupo o conjunto. Debido a ello se puede decir -hablando en sentido estricto que el conocimiento estadístico no es realmente conocimiento, sino una sustitución provisional del mismo (pág. 26, 1989).

El fin esencial de la ciencias es la obtención, sistematización y organización del conocimiento, lo cual no podemos identificar de forma inmediata y lineal con la capacidad de predicción. Muchos autores positivistas y otros influidos por el positivismo, que ha dejado una huella muy profunda en la metodología general del conocimiento científico, identifican conocimiento científico con predicción. En el fondo de esta identificación subyace otra, que es la identificación de la ciencia con las definiciones probalísticas.

El hallazgo del conocimiento puede expresarse en múltiples formas diversas, sobre todo en el ser humano, cuyo carácter activo lo lleva a representarse alternativas diversas en su comportamiento, en cada momento de su desarrollo, por tanto, el conocimiento es necesariamente un proceso de construcción activa, siendo la predicción un momento dentro de este proceso, pero no el rasero absoluto de la científicidad de un conocimiento adquirido.

Dentro de esta cultura positivista a que hemos hecho referencia más arriba, se ha derivado también la tendencia a hipertrofiar el resultado como fase única aportadora de conocimiento en la investigación científica, concebiéndose el resultado en una dimensión empírica, cuantificable y probalística, de donde se deriva su valor predictivo.

Sin embargo, en la ciencia y sobre todo en las ciencias sociales, la psicología y otras relacionadas con el hombre, la construcción de cualquier momento de aproximación a la realidad es, en sí mismo, un momento del conocimiento científico. En este contexto es muy pertinente la afirmación de Adam Schaff de que "El único consuelo (para el autor) es la certidumbre de que en la historia de la ciencia, la detección y el planteamiento del problema es tan importante casi como su solución y, a veces, incluso más importante, porque enriquece nuestros conocimientos sobre el mundo al incorporar a éstos un tema novedoso, cuya solución, (con excepción de las ciencias que se basan en la deducción) siempre es el resultado de un proceso y no una verdad absoluta". (pág. 56, 1990).

Todas estas reflexiones nos llevan a la necesidad de utilizar y crear, todas las vías posibles que nos permitan organizar una información válida, facilitadora para la construcción activa del objeto y su funcionamiento en un plano conceptual, susceptible a ser aplicada y enriquecida permanentemente en el comportamiento concreto del objeto.

La investigación de esta compleja esfera que hemos presentado, exige necesariamente el estudio intensivo de la individualidad como vía para descubrir, tanto lo general, como las diversas formas en que éste aparece en agrupaciones particulares y en la propia individualidad, momento insoslayable en la explicación de la enfermedad, pues ésta se da diferenciadamente en cada individuo concreto.

La integración del conocimiento en esta esfera es sumamente compleja, por las múltiples y simultáneas aristas del objeto y de sus interrelaciones, que integralmente participan en cada resultado a analizar. Esta complejidad se ha venido reflejando en el propio desarrollo que permanentemente han manifestado las diferentes investigaciones concretas que en esta dirección se han venido realizando.

Los conceptos de niveles de regulación, agrupaciones funcionales y configuraciones individuales susceptibles al estrés, han configurado una integración sucesiva de reflexiones, que se expresa en un nuevo momento cualitativo, tanto de nuestro análisis, como de nuestra aproximación metodológica. En esta construcción progresiva defendemos, junto a lo personológico, el importante papel del sujeto y de su situación vital objetiva, factores que se deben integrar, tanto a la investigación y el diagnóstico de estos sujetos, como a la psicoterapia.

El sujeto representa la expresión intencional de sus potencialidades personológicas, la cual logra a partir de una organización singular de las mismas, ante la situación concreta que en cada momento le toca enfrentar.

El énfasis que hemos hecho en los aspectos funcionales y estructurales de las funciones reguladoras de la personalidad y de los procesos y formaciones que están en la base de la intencionalidad del sujeto y del cómo esta se expresa, por supuesto no agotan las dimensiones psicológicas a tener en cuenta en esta dirección de investigaciones.

Es necesario, junto a lo configuracional, junto al estudio de la organización necesaria de la personalidad con sus aspectos funcionales y estructurales, penetrar también en el complejo problema de sus determinaciones, las cuales pueden tener un papel esencial sobre los contenidos de la personalidad y sobre la forma en que los mismos se expresan en la regulación del comportamiento.

Enfatizo la palabra pueden, pues la relación determinantes-configuración actual en lo personológico, es una relación poco conocida y poco investigada, sobre la cual hay que continuar trabajando para llegar a un conocimiento mayor de su comportamiento. Sin embargo, aunque sea en un nivel general, queremos dejar planteado el problema por sus implicaciones para el diagnóstico y la psicoterapia de estos sujetos.

Pienso que, si bien no todo momento, configuración y particularidad actual de la personalidad, es una expresión directa de sus determinantes o la forma que estas determinantes adoptan en la integración consciente, absolutización realizada por el psicoanálisis, si creo que existen casos, donde el momento configuracional, a nivel personológico, no se ha establecido de forma autónoma, en relación a sus determinantes.

La autonomía funcional, concepto de tanta trascendencia en este campo de estudio, introducido por Gordon Allport, no se logra en todos los sujetos en su configuración personológica actual, lo cual demanda la exploración de esta relación en los casos concretos que enfrentamos, algunos de los cuales los ejemplificaremos en el capítulo sobre psicoterapia.

Por último queremos hacer algunas consideraciones sobre la aplicación de las técnicas que hemos ido ilustrando de forma diferenciada en cada uno de los ejemplos referidos.

Como se puede apreciar del análisis de los casos, la implicación o capacidad de los sujetos para brindar información en las distintas técnicas es sumamente diversa, lo cual hace que la propia utilización de la información recibida sea necesariamente individualizada, integrándose el sentido psicológico de cada caso, a través de los indicadores específicos que éste revela de forma complementaria en las distintas técnicas.

En algunas ocasiones los indicadores se expresan de forma directa, explícita, con mucho parecido entre los casos estudia-

dos, en otras ocasiones se expresan a través de contenidos y formas diferenciadas, que hacen necesaria la construcción activa de su sentido por el investigador, a partir del universo de información de que dispone.

Lo mismo ocurre con los instrumentos. En algunos casos basta el análisis del completamiento para organizar el diagnóstico, el cual posteriormente se corrobora en el análisis de las distintas técnicas. En otros casos, sin embargo, se hace necesario complementar indicadores aislados, que aparecieron como información indirecta en un instrumento, con información obtenida en otras técnicas, alcanzando dichos indicadores psicológicos un sentido para el diagnóstico, sólo en su relación complementaria con la información procedente de otras técnicas.

Con esto queremos señalar que el diagnóstico es un proceso vivo que, aún cuando se realiza sobre una base teórica, con indicadores que se definen en los instrumentos utilizados, la integración y finura de este proceso depende de la capacidad del sujeto que lo realiza, pues el proceso no puede encerrarse en marcos despersonalizados, de carácter estandarizado y neutro. Es, como la mayoría de los momentos del conocimiento humano, una integración activa, subjetiva, sobre la que se deriva una acción eficiente sobre el mundo objetivo.

En relación a las propias técnicas, queremos enfatizar el papel de la introducción del experimento en esta línea de trabajo, el cual, además de permitirnos una corroboración de muchas cuestiones ya elaboradas, ha permitido una nueva entrada de información relevante, la cual, además, permite vincular estrechamente el dato psicológico con expresiones somáticas. Es necesario abrir en esta, y otra vía experimental, constataciones a otras respuestas somáticas, pues la hipertensiva no es general a todos los sujetos.

La introducción de experimento nos conduce a una reflexión más general, enmarcada en la relación teoría-técnica. A pe-

sar de haber sido utilizado este experimento por nosotros mismos en otra dirección de trabajo, sólo devino como necesidad en este campo, cuando la organización conceptual lograda en el desarrollo de esta línea, nos elicó un sistema posible de hipótesis derivadas de su utilización y la capacidad de darle un sentido a los resultados alcanzados con su aplicación.

O sea, que el propio proceso de construir o aplicar nuevas técnicas en una dirección de trabajo, es el resultado de la madurez creciente que vamos logrando en la misma, y no de consideraciones a priori, fuera de un contexto determinado por el que transita nuestra elaboración teórica en cada momento.

Un aspecto de esta dirección de trabajo que continuaremos desarrollando en el futuro, cuyos resultados han sido alentadores, es el referido al estudio del sujeto en el marco de sus sistemas relevantes de relaciones, cuyos primeros resultados se alcanzaron por A. Jorge (1984) y E. Barrero (1986). Esta línea nos debe orientar a descubrir regularidades de la comunicación de estos sujetos que, como expresión de su propia personalidad, o condicionando el desarrollo de ésta en determinado momento, representa una vía más a integrar en la representación integral de la vulnerabilidad al distres.

CAPITULO IV: LA PSICOTERAPIA EN PACIENTES HIPERTENSOS

CONSIDERACIONES GENERALES:

En los capítulos anteriores hemos concentrado nuestra atención en los complejos procesos sociales y psicológicos que participan en la etiología de la hipertensión y el infarto del miocardio, así como en las exigencias para el diagnóstico de dichos procesos. En este capítulo nos detendremos en el proceso psicoterapéutico con estos enfermos, sobre lo cual tampoco se ha trabajado mucho.

En primer lugar, creemos necesario definir qué es la Psicoterapia, así como hacia quiénes y para qué se hace necesaria su utilización.

Ante todo, la Psicoterapia es un proceso de relación humana, el cual cumple todos los requisitos de cualquier tipo de relación: amistoso, amoroso, etc., es decir, que la relación psicoterapéutica exige de la aparición de un clima de respeto, de seguridad, empatía, confianza y deseos de expresarse, sin el cual, las acciones técnicas que en dicho proceso se emprendan, tendrán pocas posibilidades de realización exitosa.

Sin embargo, la Psicoterapia se diferencia del resto de las relaciones humanas por su fin, el cual, en su sentido más general, es la educación de la o las personas implicadas en dicho proceso, lo cual presupone, de forma diferenciada, de acuerdo al problema que se enfrenta, lograr una influencia sobre el sujeto que se traduzca en un cambio de aspectos que lo limiten y lo afectan, aun al margen de su propia conciencia.

La Psicoterapia siempre va dirigida a mejorar el estado general del sujeto que la solicita, orientándose a modificar las necesidades de éste de forma tal que se sienta más pleno, es decir, que experimente subjetivamente bienestar y que pueda plantearse de forma diferente, aspectos que conscientemente o no lo dañaban su salud física y mental.

Partiendo de esta amplia definición, la Psicoterapia es necesaria a cualquier individuo, en quien lo psicológico sea parte de un proceso de afectación psíquica y/o somática, no quedando solamente para sujetos con "trastornos mentales".

La influencia educativa del proceso terapéutico es necesaria, desde la eliminación de un síntoma, hasta la reorganización de los hábitos de vida de un individuo concreto, aspectos que no cambian con la simple comprensión del sujeto sobre el daño

que los mismos, provocan, pues, tanto el síntoma, como de un determinado hábito nocivo, responden a necesidades del sujeto.

En el campo de la salud, la orientación y la psicoterapia son dos procesos íntimamente relacionados, siendo ambos importantes en la labor de prevención. En muchas ocasiones se vincula la psicoterapia con la enfermedad, lo cual, a nuestro juicio es erróneo, pues precisamente la intervención psicoterapéutica es necesaria antes de que aparezca el síntoma. Hay sujetos que experimentan una serie de tensiones o manifestaciones orgánicas, en las cuales, aún sin aparecer una sintomatología definida, están presentes factores psicológicos, cuya neutralización es fundamental.

En este sentido, asumiendo el importante peso de lo psicológico en enfermedades como la hipertensión y el infarto, sin duda que la psicoterapia tiene que ser un elemento estable en el tratamiento de ambos. El hecho de que la psicoterapia sea un elemento estable en el tratamiento de estas enfermedades, de ninguna manera es sinónimo de que su etiología sea psicológica, lo cual ya aclaramos en los capítulos precedentes, sin embargo, en ambos, lo psíquico está presente tanto en la etiología, como en la respuesta del sujeto a la aparición de la enfermedad.

Antes de pasar a la especificidad del proceso psicoterapéutico en pacientes hipertensos e infartados, hemos valorado necesario algunas consideraciones generales sobre la psicoterapia como proceso.

El marco conceptual de la psicoterapia ha guardado una relación muy estrecha con las escuelas tradicionales del pensamiento psicológico, las cuales han condicionado, tanto el sentido de las acciones terapéuticas concretas en el marco de cada enfoque, como el nivel de comportamiento psicológico al que se orienta la terapia en su sentido más general.

La misma fragmentación que caracteriza el conocimiento

psicológico sobre la personalidad humana, que define un movimiento circular cerrado entre lo teórico y lo metodológico, donde lo segundo reitera y confirma terapéuticas vigentes, en las cuales los hallazgos logrados por vías diferentes son totalmente incompatibles entre sí.

Desde nuestro punto de vista, tras la diversidad de posiciones existentes se ocultan hechos y regularidades generales que debemos desentrañar, para plantearnos en un marco lo más amplio posible, el vínculo entre psicoterapia, personalidad, sujeto y relaciones interpersonales.

Un problema esencial que ha sido punto de contradicción en los enfoques desarrollados hasta el presente sobre la relación terapéutica, es el relacionado con su orientación fundamental a lo intrapsíquico o a lo interpersonal. Esta contradicción se ha expresado en dos formas diferentes de conceptualizar el proceso que, para unos, es básicamente un medio de acción sobre una dinámica interna cerrada, cuyo mejor ejemplo es el psicoanálisis y, para otros, un medio de cambiar las pautas que rigen las interrelaciones personales del sujeto, que esencialmente se ha reflejado en las terapias sistémicas, como la escuela de Palo Alto.

Absolutizar uno u otro momento de la orientación psicoterapéutica, significa un reduccionismo del significado de éstos aspectos en el marco terapéutico, que en unos casos subvalora lo interno y en otros el significado de lo interpersonal.

El individuo se expresa y desarrolla de forma histórica, implicado permanentemente en un sistema de interrelaciones diversas, que tienen un sentido psicológico de acuerdo a su personalidad y al momento en que se encuentra en su condición de sujeto de su regulación psicológica. Sin embargo, en esta compleja relación hay que discriminar lo histórico de lo actual en los tres sistemas, o sea, en el sistema de relaciones relevantes del sujeto, en la personalidad y en el propio sujeto.

El individuo como personalidad expresa su propia historia de relaciones sociales relevantes, en una organización psicológica altamente individualizada, donde las leyes, recursos y mecanismos de la personalidad se integran en una configuración irrepetible, a través de la cual él participa en sus distintos sistemas de relaciones relevantes como sujeto de su comportamiento.

La personalidad como sistema psicológico interno, relativamente estable y organizado, no sustituye las potencialidades activas y permanentes del individuo, en su condición de sujeto de su actividad y de su propia personalidad.

En esta compleja madeja de elementos relevantes para el comportamiento del sujeto, la combinación necesaria de sus recursos como personalidad, con sus decisiones actuales, será un importantísimo elemento del sentido que tendrá para él cada una de las situaciones que enfrenta. Sin embargo, el papel activo del sujeto, su capacidad para optimizar los recursos que como personalidad dispone, se integran en una relación necesaria con las características de los sistemas de relaciones relevantes que lo afectan.

La categoría sujeto es un elemento esencial para integrar en un sistema único, articulado, a la personalidad y su sistema de relaciones relevantes.

El sistema de relaciones relevantes, actuante en la vida presente de cada individuo, también refleja una historia que, no sólo afecta la configuración de sus relaciones actuales, sino que afecta el propio sentido psicológico de las mismas en su personalidad.

Así, lo que un individuo percibe como hostil en un momento de su dinámica familiar, pudiera parecer una aberración para un observador externo a este sistema, pero tiene una connotación muy profunda en la personalidad de quien se siente agredi-

do, la cual expresa un sentido históricamente configurado que, fuera del marco familiar y de su historia, se torna totalmente incomprensible como reacción individual.

Un ejemplo concreto de nuestra consulta. N. L. 29 años, refiere una incontenida agresividad en su marco familiar, donde aparentemente, sin ninguna justificación, tiene reacciones agresivas ante hechos irrelevantes. En este marco nos explica como al recordarle su padre que llevara un libro a un médico amigo que le había atendido, incluso por vía de él, le respondió agresivo que estaba harto de recordatorios, pues era la cuarta vez que se lo referían.

N. L. califica de desmedida su reacción emocional, sin embargo, ésta se ubica en un sistema de relaciones familiares muy autoritario, donde N. L. nunca ha sido valorado por sus padres y sus actos son asumidos por estos como un deber que debe cumplir, siendo, sin embargo, recompensados en demasía las personas que el propio N. L. logra que resuelvan los problemas a sus padres en una u otra actividad.

En el ejemplo expuesto, el médico que atendió a sus padres, era un amigo de N. L. quien, a su vez había atendido múltiples problemas de este médico en su labor profesional. De esta manera, el joven siente cuando sus padres le insisten en que le lleve un libro que, además es suyo, como ignoran el rol que él ha tenido en la solución de su problema, agradeciéndole al médico y no a él, lo cual se inscribe en una historia de falta de reconocimiento y de estímulo a N. L. desde su infancia.

En este ejemplo se evidencia no sólo una afectación en las relaciones familiares del sujeto, sino también los sentidos psicológicos que la familia ha definido en la personalidad, vinculados a la esfera de los afectos y la realización individual del sujeto atendido.

En el proceso psicoterapéutico debemos ubicar con preci-

sión los tres aspectos a que hemos hecho referencia: personalidad, sistema de relaciones interpersonales y sujeto, con vistas a definir con precisión qué objetivos nos vamos a plantear con cada una de estas instancias para lograr los cambios deseados en el sujeto de nuestra interacción psicoterapéutica.

Existe un criterio muy generalizado, respaldado más por un estereotipo transmitido, que por su científicidad, de que el objetivo de la psicoterapia es el cambio de la personalidad de un sujeto, lo cual es totalmente falso, siendo mucho más frecuente actuar sobre determinadas configuraciones subjetivas, inadecuadamente organizadas por el sujeto, que sobre el sistema más estable de regulación personalógica. Es por esto que ubicar en nuestro diagnóstico el nivel en que se estructura el conflicto es fundamental para el proceso psicoterapéutico.

El individuo en su condición de sujeto de su propia personalidad, dispone de un amplio marco de información y experiencia personalizadas, sobre cuya base puede realizar distintas configuraciones conscientes, definiendo sistema de sentidos personalizados que transforman su orientación consciente. En ocasiones el sujeto hace fuertes fijaciones afectivas a determinada configuración, la cual retroalimenta conscientemente con su propia elaboración y sus reflexiones, sin embargo, los objetivos que de la misma se desprenden pueden entrar en contradicción con el comportamiento del sistema de relaciones del sujeto, el cual no responde a su voluntad.

Cuando ocurren conflictos o modificaciones en el sistema de relaciones del sujeto, que niegan el sentido de cualesquiera de sus configuraciones subjetivas, se produce un conflicto, el cual puede derivar en configuraciones personalógicas inadecuadas, de carácter neurótico, o bien ser resuelto por el propio sujeto, para lo cual en ocasiones necesita de la ayuda psicoterapéutica.

En el caso anterior que ejemplificamos, el de N. L., las relaciones familiares ya han configurado una formación personalo-

gica estable con consecuencias simultáneas en diferentes áreas de la regulación personalógica, de la cual el sujeto no es consciente, lo que exige una acción terapéutica que alcanza un nivel personalógico y el del propio sujeto, cuya intencionalidad activa el mejoramiento siempre hay que lograr en cualquier tipo de terapia.

La acción psicoterapéutica siempre va dirigida a un sujeto vivo, que participa activamente, de una forma u otra en la interacción psicoterapéutica, por ello, al referirnos a las instancias más arriba señaladas, lo hacemos con el objetivo de establecer el lugar de la integración conflictiva, la cual, aunque afecta todas las instancias, implica una orientación diferente en el proceso psicoterapéutico.

En este sentido si nos enfrentamos con un sujeto rígido de baja capacidad para estructurar el campo de acción, quien ha hecho una fijación inadecuada a un hecho de su sistema de relaciones, debemos tener claridad sobre la configuración hacia la cual debemos orientar nuestra acción terapéutica, aún cuando para ello tengamos que actuar sobre elementos personalógicos que entorpecen la modificación necesaria. Sobre estos elementos debemos actuar como parte del conflicto, pero no con la intención ignea de modificar la personalidad general del paciente, lo cual, en la mayoría de los casos, no es posible.

Si partimos de la posición que hemos sostenido de que la personalidad no es buena o mala, ni afectiva o no efectiva en abstracto, definiéndose esto por la posición del sujeto en un sistema concreto de relaciones, debe quedar claro que, salvo en los sujetos con integraciones psicológicas inadecuadas, de tipo neurótico, o en caso de otras patologías bien definidas, en la mayoría de los casos que enfrentamos, entre ellos el de sujetos infartados e hipertensos sin configuraciones inadecuadas, asequibles a la regulación voluntaria e intencional del sujeto. Esta es una de las razones que explican el éxito tan generalizado de la psicoterapia breve, de orientación directiva.

La psicoterapia breve es adecuada para eliminar síntomas o desajustes que no son expresión de una inadecuación personalógica compleja, inscribiéndose la inadecuación en la instancia del sujeto. Sobre la psicoterapia breve nos detendremos más adelante.

Otro elemento sometido a las encrucijadas teóricas que atraviesa, tanto la teoría de la personalidad, como la teorización sobre el proceso de psicoterapia, es el síntoma. Hay tantas explicaciones sobre la naturaleza psicológica del síntoma, como escuelas existen en el campo de la psicoterapia. Pienso realmente que esto es posible por la diversidad de etiologías posibles de la expresión sintomatológica.

Sin embargo, a partir de la explicación sobre la conducta sintomatológica, se desprenden diferentes posiciones en la psicoterapia, sobre qué hacer con el síntoma. Así, en la tradición psicoanalítica, donde el síntoma representa un equilibrio de contradicciones internas insostenibles al sujeto, la eliminación del síntoma representa un retorno al conflicto, para el cual el sujeto no dispone de recursos suficientes, lo que conducirá a la aparición de un nuevo síntoma como único recurso para el equilibrio del sistema.

En el marco de la terapia relacional el síntoma pierde su carácter intrapsíquico, considerándose "como medios que el paciente utiliza para obtener alguna ventaja en sus relaciones interpersonales . . ."

Desde mi punto de vista, el síntoma puede tener su origen tanto en un marco relacional, como intrapsíquico, puede ser de base orgánica o psicológica, sin embargo, cuando aparece, todos estos planos se integran en una unidad funcional. En este sentido, el síntoma puede estar motivado por un conflicto, cuyo sentido el sujeto no logra controlar, dando lugar la tensión permanente a un cuadro sintomatológico, lo cual no niega que, una vez aparecido, cumpla una función en el sistema de relaciones

del sujeto, contribuyendo a su fijación. Sin embargo, deducir de forma absoluta que su origen está en el marco de las relaciones, puede conducir a errores en el tratamiento.

La propia hipertensión, además de su determinación emocional, puede, en individuos concretos, adquirir el carácter de síntoma psicológico, siendo utilizada para determinados objetivos del sujeto en sus sistema de relaciones, lo mismo puede ocurrir con el infarto una vez ocurrido. El sentido psicológico de estas alteraciones dependerá de la propia personalidad del sujeto de la configuración que este último hace de su enfermedad y de la situación del sujeto en el sistema de relaciones.

La orientación que se emprenda hacia el síntoma en el proceso de psicoterapia, dependerá tanto de las causas que lo motivaron, como de la organización del mismo en el cuadro personalógico y relacional del sujeto. No obstante, aún cuando nos orientemos a su eliminación inmediata, debemos atender integralmente al sujeto que lo manifiesta con vistas a actuar sobre el conjunto de determinantes del mismo.

Pensamos que la psicopatología tradicional orientada al diagnóstico sobre un conjunto de categorías generales; a través de los síntomas que el sujeto presenta, conduce con frecuencia a graves errores de diagnósticos que tienen su expresión en la psicoterapia. Queremos referirnos a dos casos concretos.

O. M. (17 años). Llega a consulta con un diagnóstico de esquizofrenia, siendo tratado con fuertes fármacos. La expresión de su rostro es muy alterada y manifiesta un cuadro comportamental bastante desorganizado. Presenta un síntoma de ahogo, sintiendo que pierde la respiración y no puede someterla a control voluntario. Es muy poco comunicativo, tiende a evadir la mirada del terapeuta y concentrarse en si mismo.

El marco de sus relaciones es bastante complejo. Vivió con su abuela en Oriente hasta los 11 años. Después su mamá lo trajo, junto a su hermano, a vivir en La Habana. El padre nunca lo ha atendido. Le cambia bruscamente su medio afectivo, físico y relacional.

Tiene broncas sistemáticas con su hermano.

Durante las primeras entrevistas terapéuticas la hermeticidad del sujeto comenzó a ceder estableciéndose una buena empatía con el terapeuta, caracterizándose nuestras conversaciones por la cordialidad y el afecto. Gradualmente el terapeuta fue participando menos en el plano verbal, asumiendo el sujeto una participación cada vez más activa.

Una vez creado un clima de confianza, seguridad y adecuada comunicación, pasamos a orientar ejercicios de relajación al sujeto, enfatizando el control de su respiración. Los éxitos en este proceso fueron rápidos, cambiando mucho las manifestaciones ansiosas del sujeto, las cuales, por su intensidad, podían confundir al terapeuta.

Después de lograda la relajación y la concentración de su atención en ejercicios respiratorios, pasamos a una desensibilización progresiva con relación al síntoma. Relajábamos al sujeto, este controlaba su función respiratoria y le inducíamos, una vez lograda adecuadamente la relajación, que se representara su síntoma. Ante la inducción le apareció la sintomatología, logrando, con nuestro apoyo su control.

La repetición de este ejercicio se acompañó de la desaparición del síntoma, lo cual influyó en una notoria disminución de la ansiedad, la que era causa del síntoma y, a su vez, consecuencia, actuando en un círculo que el sujeto no podía trascender. Unido a la desaparición del síntoma se logró algo muy importante que el tratamiento anterior estaba reforzando; eliminar la

imagen de enfermo que el sujeto estaba configurando sobre sí mismo.

En total utilizamos 13 sesiones, más 3 que dedicamos a la madre. Seguimos a este sujeto durante dos años posteriores a su alta y no volvió a manifestar ningún trastorno.

Otro caso H. L. (21 años), estudiante de último año de Ingeniería. Se le trajo de la URSS por presentar un cuadro caracterizado por: insomnio, pérdida de hábitos y ausencia de expresión emocional. Se le diagnostica esquizofrenia simple, siendo sometido a un tratamiento consecuente con dicho diagnóstico, el cual recibe interno en un hospital.

Experimenta cierta recuperación y es remitido a su casa, manteniendo la consulta externa en el hospital, sin embargo, los padres observan que mantiene un permanente estado depresivo y evade todos los contactos con sus amistades anteriores. Manifiesta una total ausencia de intereses.

Con este cuadro nos llega el sujeto a consulta. En la primera entrevista se manifestó lento y atontado por los medicamentos, sin embargo, al ser considerado persona, y preguntarle sobre sus estudios, sus reflexiones y puntos de vista, determinó que se sintiera bien y manifestara a sus padres el deseo de volver a consulta.

Después de algunas sesiones de trabajo con el sujeto, nuestra hipótesis fue que hizo una reacción ante una sobre excitación del sistema nervioso, unido a un debilitamiento físico progresivo, motivado por un deficiente régimen de sueño y alimentación. El sujeto nos narra, lo cual verificamos con sus compañeros, que empezó a seguir un régimen muy irregular, tocando guitarra hasta altas horas de la noche, lo cual acompañaba con mucha fuma y té.

Una vez recuperado de este estado, comenzó a configurar un cuadro psicológico inadecuado, cuyos principales elementos

eran la inseguridad, preocupación ante la imagen de enfermo que se le indujo, culpa por el tiempo perdido, y vergüenza ante sus antiguas relaciones. Dada la capacidad reflexiva del joven y la buena empatía lograda, nos planteamos una reconstrucción del sentido actual de su vida, comenzando esta labor con la ruptura de su imagen como enfermo.

En este proceso el sujeto fue expresando sus temores, fue organizando sin ansiedad sus reflexiones sobre sí mismo y dándose cuenta de los aspectos psicológicos que le estaban afectando. A partir de este proceso comenzó a sentirse mejor, apareciendo deseos hacia el estudio y la lectura.

Simultáneamente con la reorganización de su mundo psicológico, le orientamos un conjunto de actividades que emprendió gradualmente. Entre ellas estaban: hacer deporte, entrar en contacto con sus amigos, pasear y estudiar en la Biblioteca Nacional.

El sujeto fue asumiendo sus nuevas actividades y experimentando vivencias positivas en las mismas, apareciendo necesidades hacia éstas que le permitían una orientación autodeterminada.

Posterior al tratamiento matriculó el último año de su especialidad y terminó satisfactoriamente sus estudios de ingeniero. Lo seguimos hasta 2 años después de comenzada su vida laboral sin ninguna recaída.

Como vemos, los errores de diagnóstico como resultado de seguir mecánicamente un criterio semiológico, pueden ser inductores de una evolución negativa en el sujeto que necesita ayuda terapéutica. Mucho más importante que el síntoma es la explicación de su aparición y la definición de los mecanismos individuales de este proceso.

El proceso terapéutico exige la orientación individualizada del paciente, siendo totalmente dañino proceder de forma estan-

darizada, ante supuestas entidades que son clasificadas como idénticas. El terapeuta no tiene delante de sí nunca a un neurótico, tiene a Juan Rodríguez, a José Leyva, cuya inadecuación ha conducido a una configuración semiológica, tras la cual hay una evolución totalmente diferenciada.

EL PROCESO TERAPEUTICO. PRINCIPIOS Y ACCIONES TERAPEUTICAS CONCRETAS

Como expresamos al comienzo de este capítulo, la relación psicoterapéutica es una relación humana, que cumple con una serie de exigencias generales a toda relación humana, es decir, requiere de aceptación, confianza, comprensión, empatía y seguridad, sin el logro de los cuales, toda acción terapéutica parcial está condenada al fracaso.

La creación de una atmósfera que se caracterice por los elementos antes citados, conduce al establecimiento de la relación terapéutica, momento esencial, para el desarrollo de cualquier acción terapéutica. Este clima, sin embargo, responde a un fin específico de la psicoterapia, que es lograr un cambio en la persona que solicita nuestro apoyo, con el fin de que mejore estados que, conscientemente o no dañan su salud física y/o mental.

El logro de una relación terapéutica implica superar adecuadamente distintas contradicciones que en este proceso se presentan, algunas de las cuales examinaremos en este epígrafe.

La psicoterapia relacional enfatiza mucho el control de la relación como elemento central del proceso terapéutico, enfatizando que toda relación implica una lucha dirigida a la definición de la relación. Desde nuestro punto de vista los autores orientados por esta posición absolutizan mucho el valor de este elemento, no obstante, el mismo es uno de los aspectos que deben ser atendidos por el terapeuta en el proceso de formación de la relación terapéutica.

La persona que acude conscientemente a buscar apoyo psicoterapéutico expresa una paradoja, por una parte sufre el síntoma o la situación por la que atraviesa, pero por otra, quiere conservar un nivel de autoestimación ante el terapeuta y ante sí mismo, para lo cual presenta la situación de un modo tal, que trata de comprometer al terapeuta con sus puntos de vista y sumarlo a su "causa". Para esto el sujeto realiza distintas maniobras, mediante las cuales puede llegar a definir la relación terapéutica, lo cual es fatal para los objetivos del proceso psicoterapéutico.

Algunas de las maniobras que el sujeto puede emprender en este sentido, son las siguientes: llevar la relación terapéutica a un plano amistoso, de relajación, anecdótico, provocando que el terapeuta comparta aspectos de su vida personal, para lo cual puede usar el chiste, la conversación sobre aspectos de la cotidianidad, el tuteo con el terapeuta, etc.

Desde nuestro punto de vista, el terapeuta debe ser espontáneo y fraternal, pero es a él a quien corresponde definir la relación. Además, el ambiente terapéutico nunca debe relajarse; ni en lo verbal, ni en lo postural, como toda relación, el respeto se garantiza por una adecuada expresión individual en el marco de la relación.

En ocasiones hemos observado relaciones terapéuticas que parecen más una conversación de "esquina" que una relación profesional, pues además de humana, la terapia es una relación que se define también por fines profesionales.

Cuando este tipo de maniobras se presentan en el sujeto, debemos prestarle atención y, sin cortarlo bruscamente, inducir la conversación de acuerdo a nuestros fines. También podemos escucharlo atentamente y, al cabo del tiempo estipulado informarle que la sesión ha terminado, lo cual debemos hacer de forma afectuosa, con vistas a definir en la próxima sesión el sentido que tuvo este comportamiento del sujeto, o sea, que existen diversas

formas concretas de enfrentar la situación, aún cuando todas tienen una misma dirección, no perder el control de la relación.

Otro principio importante en el establecimiento de la relación terapéutica, es que el terapeuta no puede guiarse por sus estados anímicos, ni por sus simpatías y antipatías, lo cual exige de un sólido entrenamiento volitivo, y de una clara concepción del sujeto a quien va dirigida la terapia, la cual se logra en la educación del terapeuta. En este sentido, el terapeuta como parte de su entrenamiento debe analizar cada una de sus respuestas y ubicarlas en el objetivo de la relación.

El terapeuta debe estar preparado incluso para frases ofensivas, como "que desagradable es usted", ante las cuales tiene distintas formas de reacción, como pueden ser el silencio y continuar la conversación como si nada hubiera ocurrido, puede ser una respuesta directa, como por ejemplo "no es necesario ser agradable para poderlo ayudar"; "usted me califica, pero se ha detenido a pensar por qué", en fin, al igual que en el caso anterior, pueden existir distintas salidas, aunque ninguna puede ser una respuesta agresiva ante la agresión.

Otro aspecto a considerar en la relación terapéutica es el límite de tiempo de las sesiones. En relación a esto no podemos ser mecánicos, aunque me gusta explicitar desde la primera entrevista, que las sesiones durarán aproximadamente una hora, pudiendo variar ocasionalmente de acuerdo a lo que esté ocurriendo en la relación, pero sólo ocasionalmente.

Otro principio importante de la relación terapéutica es que nunca debemos utilizar consejos, o sugerencias simples encaminadas a mejorar la vida del paciente, pues los cambios en el proceso terapéutico no se obtienen por la vía de la comprensión, sino por un proceso de desarrollo de nuevas necesidades. El mejor ejemplo de esto lo tenemos en las técnicas utilizadas por M. Erickson en la psicoterapia breve.

Así, por ejemplo, a una persona que refería intensas cefaleas, a las cuales no se les había podido descubrir ninguna causa orgánica, Erickson no le expresaba "que no pensara en el dolor, pues estaba sugestionada", ni ninguna otra recomendación de esta naturaleza, sino le hacía preguntas como las siguientes: ¿Le gustaría más tener el dolor de día o de noche?; ¿preferiría que fuera más intenso y durara menos? y otros tipos de preguntas, orientadas a que el paciente se comprometiera con distintas valoraciones sobre su gusto por el dolor, con lo cual acepta implícitamente su posibilidad de cambio.

Las sugerencias al sujeto deben estar siempre implícitas y será el propio sujeto quien las configurará a lo largo del proceso terapéutico.

El terapeuta no debe, en mi opinión, responder directamente cuestiones formuladas por el sujeto a él, sobre todo en las relaciones con el problema que es objeto de atención terapéutica, pues la configuración subjetiva que el sujeto va haciendo de la relación terapéutica es sumamente compleja, no estando el terapeuta en condiciones de evaluar que significa, en un momento dado de la relación, una afirmación categórica de su parte.

El terapeuta debe ir controlando cada vez más, todo lo que el sujeto va conceptualizando o reconceptualizando a lo largo de la relación terapéutica, ya que estos son procesos esenciales del cambio terapéutico.

La relación terapéutica se desarrolla durante todo el curso del proceso psicoterapéutico, siendo en sí misma, una importante vía del cambio terapéutico, no obstante, a partir de su establecimiento, el terapeuta emprende lo que hemos denominado acciones terapéuticas, que son técnicas concretas orientada a objetivos específicos dentro del proceso terapéutico. Podemos considerar como acciones terapéuticas la desensibilización progresiva, la hipnosis, la utilización de situaciones paradójicas, la reconfiguración de determinados aspectos de la personalidad, la aso-

ciación libre, la inoculación de estres y muchas otras, procedentes de las más diversas escuelas.

Estoy de acuerdo con Haley cuando afirma: "La Psicoterapia será más rigurosamente científica cuando se sintetizen las técnicas de los diversos métodos, hasta conseguir la más eficaz estrategia posible para inducir a una persona a que cambie espontáneamente de conducta" (pág. 105, 1966).

Un error que se observa con frecuencia en los terapeutas, es que desechan las acciones terapéuticas derivadas de un enfoque conceptual y tiendan a perpetuar sólo aquellas acciones e interpretaciones del enfoque que comparten, con lo cual desarrollan generalizaciones inadecuadas, orientadas a tratamientos similares para sujetos con necesidades terapéuticas diferentes. Suerte que independientemente del enfoque, los buenos terapeutas tienen como rasgo general la capacidad para el establecimiento de la relación terapéutica, la cual es, de hecho, un factor de alivio para el sujeto.

Las acciones terapéuticas no son patrimonio de ninguna corriente, ni de niveles parciales del ser humano. El hecho de que las técnicas orientadas a la modificación de conducta hayan surgido a partir del análisis conductual, cuyos autores se concentraron en el comportamiento humano, es totalmente lógico, sin embargo, el avance de la psicología, nos permite conocer la complejidad que muchas veces provoca en la psique del hombre, una acción emprendida en el plano conductual.

El proceso terapéutico permanentemente estimula la iniciativa del terapeuta para emprender acciones terapéuticas. Las acciones terapéuticas dependerán mucho del sujeto que tenemos ante nosotros, del desarrollo de su personalidad y del tipo de inadecuada a que nos enfrentamos.

PSICOTERAPIA EN PACIENTES HIPERTENSOS E INFARTADOS

Lo primero que debemos atender en la psicoterapia a estos sujetos es que los mismos llegan a nuestra consulta generalmente por prescripción médica, pues la mayoría de estos sujetos no tienen un conocimiento sobre el papel de lo psíquico en su enfermedad. Sin embargo, y aunque no sean conscientes de ello, como la mayoría son víctimas del distres, al encontrar una orientación terapéutica que brinda elementos muy relacionados con sus vivencias, la mayoría de estos sujetos se motivan y se implican profundamente en el proceso terapéutico.

Por tanto, lo primero que exige al establecimiento de la relación terapéutica con este tipo de sujetos es el desarrollo de una representación adecuada de su enfermedad, que contemple la forma en que los factores psicológicos participan en su etiología.

Cuando estos sujetos acuden a consulta, por regla general responsabilizan por su enfermedad a factores ajenos a su personalidad y a su comportamiento, como la carga de trabajo, disgustos frecuentes con su suegra, etc. O sea, la mayoría de los sujetos presentan un locus de control externo con relación a su enfermedad.

Este primer momento exige de explicaciones precisas y comprensibles por parte del terapeuta, quien deberá comprometer el esfuerzo volitivo del sujeto con los cambios de modo de vida, personalidad y formas de organizar la vida que exige su recuperación.

En el caso de los hipertensos la situación para la ayuda terapéutica es todavía más difícil, pues éste en ocasiones no experimenta ningún malestar, siendo susceptible de ser controlado por medicamentos.

La acción de persuasión del terapeuta hacia estos enfermos exige que en las primeras entrevistas, junto a la explicación del papel de lo psíquico en la enfermedad, el terapeuta utilice distintos ejemplos sobre diversas formas de aparición y manifestación de la tensión psicológica, procurando implicar al sujeto, quien posiblemente se vea representado en alguno de los ejemplos expuestos por el terapeuta.

El diagnóstico debe orientar al terapeuta sobre la naturaleza de los conflictos más estresantes para el sujeto, sobre los aspectos de la personalidad que generan distres, sobre el sistema actual de relaciones y sobre el estado actual del sujeto. Sobre esta base debe plantearse los objetivos de su intervención terapéutica.

Después de conquistada la voluntad de cambio del sujeto y de establecida la relación terapéutica, se debe pasar a trabajar su modo de vida, su sistema de hábitos. En este aspecto es esencial en los sujetos hipertensos e infartados, orientar una dieta adecuada, disminuir la fuma, con vistas a erradicarla, comenzar la práctica de ejercicios físicos y enseñar al sujeto a disfrutar de distintas formas su tiempo libre.

La mayoría de estos sujetos de acuerdo a nuestros resultados actuales de investigación, expresan un acentuado determinismo externo, siendo muy pobre su autodeterminación en las diferentes esferas de la vida.

Con relación al modo de vida, sobre todo en lo relacionado al tiempo libre, hemos desarrollado un tipo de acción terapéutica que nos ha resultado muy eficaz, consistente en invitar al sujeto a tomar una hora al día, la que el desee, para realizar una actividad verdaderamente deseada, sin ningún tipo de presión externa.

Esta acción, que por su dirección está orientada al comportamiento, provoca cambios de lo más interesantes en los sujetos. La mayoría de los sujetos experimentan vivencias positivas du-

rante esta hora, las cuales los inducen a realizar distintas reflexiones sobre su vida y el sentido de la misma, las que aprovechamos para reforzar la importancia de la autodeterminación y la necesidad de cultivar un espacio para nosotros mismos.

Muchos sujetos nos plantean su deseo de aumentar este tiempo, en cuya utilización se sienten apoyados por el terapeuta, lo cual les brinda seguridad y fuerza para enfrentarse a otros sistemas de exigencias y a su propia culpa.

Algunos sujetos son incapaces de experimentar bienestar en el aprovechamiento de este tiempo, pues las exigencias a las que deben responder les crea la percepción subjetiva de que el tiempo no les alcanza, lo cual les crea una situación de tensión que se expresa de diferentes formas, desde ansiedad hasta culpabilidad, estados que le impiden al sujeto concentrarse en esta hora. Estos casos necesitan que el terapeuta mantenga un trabajo activo sobre este aspecto, sobre la base de la reflexión y la persuasión.

El cambio de hábitos nunca debe hacerse de forma autoritaria, ni radical, pues puede implicar resistencias no explícitas del sujeto y, a su vez, contribuir a perpetuar la posición dependiente de la mayoría de estos sujetos hacia la vida.

Debemos tener presente que en ocasiones los malos hábitos son verdaderos síntomas, a través de los cuales los sujetos canalizan tensiones de su vida psíquica y, que en ocasiones, también son utilizados como un medio en sus relaciones personales.

La sugerencia o los métodos usados por nosotros, no deben permitir al paciente la alternativa de negarse a nuestro propósito, por ello nuestro propósito debe implicar distintas alternativas. Una forma de inducir nuestro propósito es a través de una acción racional, donde conversemos con el paciente sobre el sentido de la fuma, los daños que implica el análisis, el por qué se

ha convertido en una necesidad para él, etc. De esta reflexión podemos llegar a un acuerdo con el paciente, que siempre debe partir de él, inducido por nosotros, con preguntas como éstas: ¿bueno y después de estas reflexiones a qué conclusiones ha llegado y qué piensa hacer? Es el sujeto quien se compromete y hace suyo el propósito del terapeuta, o lo niega, alternativa esta última muy difícil para él, pues pone en juego la relación terapéutica que representa un importante punto de apoyo.

En caso de ser afirmativa su respuesta, la reducción de cigarrillos debe ser gradual, recomendándose también la utilización de una situación paradójica, es decir, recomendando al sujeto que las dos semanas siguientes se fume una caja más de lo acostumbrado, con lo cual se le estimula la manifestación que se pretende eliminar, orientando al sujeto que en esas dos semanas se vaya preparando para el proceso de reducción de cigarrillos, persiguiendo con esto la implicación de su autodeterminación en este proceso.

Si la respuesta del sujeto fuera negativa una vez realizada la acción racional, podemos pasar a una estimulación, paradójica, similar a la anterior. Por ejemplo, bueno, usted decide continuar fumando, por favor, fume una cajetilla más durante tres semanas y exprese qué siente.

Otra salida del terapeuta puede ser respetar la decisión del sujeto, aceptarla, pues de todas formas él como terapeuta no ha sugerido lo contrario, y pasar a la exploración de otro hábito inadecuado.

Estos tipos de acciones terapéuticas pueden emplearse para inducir la regulación de distintos tipos de hábitos negativos: alimenticios, de sedentarismo, etc.

Debemos recordar que todos estos hábitos responden a necesidades del sujeto que, en ocasiones, son muy diversas, por ello, el hábito en sí mismo no puede ser un foco de atención par-

cial del terapeuta, debiendo ser considerado como un momento necesario dentro de la configuración inadecuada de la regulación psicológica del sujeto que tiene delante.

Por lo anterior, el inicio del proceso terapéutico a través de la orientación y modificación de los hábitos y del modo de vida, no implica ver este momento como la primera etapa del proceso terapéutico de estos pacientes. Comenzar por esta esfera es parte de la estrategia del terapeuta para infundizar confianza y seguridad al sujeto, sin embargo, a través de ella y de forma simultánea, el terapeuta va penetrando en otros aspectos, pudiendo desplazar hacia los mismos en caso necesario, la atención esencial del proceso terapéutico, posponiendo el análisis de los hábitos.

Así, el sujeto en un momento de la conversación puede referir al terapeuta que fuma, pues con ello estimula un momento de tranquilidad y soledad que necesita, lo cual da pie al terapeuta para profundizar en aspectos más complejos del mundo de relaciones del sujeto, como son ¿Cuándo prefiere fumar?, ¿Cuál es la posición de quienes le rodean cuando fuma?, etc.

El abordaje de una esfera de la vida en el proceso terapéutico, no es un momento mecánicamente preestablecido, sino un momento racionalmente manejado por el terapeuta que tiene sentidos diferentes en cada sujeto que se analiza y, por tanto, significados diferentes en la propia estrategia terapéutica.

Todos los pacientes hipertensos e infartados deben comenzar a realizar ejercicios físicos, necesitándose para la indicación de los mismos la orientación del médico sobre la capacidad actual del paciente. El ejercicio no debe orientarse solamente como realización de actividad física, sino como forma de entretenimiento, de disfrute, de contacto con la vida.

Independientemente de los ejercicios físicos concretos que se realizan como parte del plan de rehabilitación del infartado,

es bueno recomendar al sujeto caminatas, las cuales debe ir graduando de acuerdo a su resistencia. Ni las caminatas, ni el ejercicio físico deben conducir a un estado de agotamiento. Cuando el sujeto se siente cansado debe interrumpir los mismos.

La orientación del ejercicio físico no puede considerarse una indicación mecánica para la realización de un tipo de actividad, sino como parte de un proceso integral de educación al sujeto, enfatizándose como lo más importante la disposición y concentración del sujeto para la realización y disfrute de la actividad, factores éstos que determinan el valor del ejercicio para la salud.

El ejercicio no es bueno en abstracto, no se debe realizar como una meta más, hacia la cual el sujeto desarrolla los mismos mecanismos destresantes que caracterizan otras actividades de su vida. Cuando el sujeto no es capaz de disfrutar el ejercicio, realizándolo bajo la presión de otros pensamientos o tensiones de su vida cotidiana, el ejercicio pasa a ser un elemento tensionante más en la vida del sujeto, perdiendo su valor como factor de salud.

Para la realización del ejercicio, el control del hábito de fumar y de la alimentación, el sujeto puede llevar anotaciones diarias, que le permitan configurar cada semana y tomar plena conciencia del ritmo de sus adelantos. Ante esto el terapeuta puede reforzar a través de la sugestión al sujeto para la realización de dichas actividades, expresándole en un momento dado de su desarrollo, que debe sentirse mejor en cuanto a su respiración y su ritmo cardíaco, enfatizando ambos aspectos en el tratamiento de autorelajación.

Los ejercicios de autorelajación son otro alimento general en el proceso terapéutico de estos sujetos, los cuales deben acompañarse de la enseñanza al sujeto para identificar sus estados de tensión e interrumpirlos. Sobre técnicas de autorelajación no nos detendremos, pues abundan manuales que las ilustran.

Ante esto hemos sugerido una acción a cuyos resultados los sujetos se refieren de forma satisfactoria. La acción consiste en lo siguiente: una vez que le hemos expresado al sujeto en qué consisten estos circuitos, poniéndoles ejemplos concretos sobre los mismos, ante lo cual el nos expresa lo mucho que le afectan, le sugerimos que emplee una libreta de anotaciones, donde deberá escribir las reflexiones que le afecten con lo cual desaparecerá el temor de que algo se le olvide, orientándose la atención del sujeto a configurar su inquietud para escribirla, con lo cual debilita el momento afectivo que lo inquieta.

Esta es una acción terapéutica orientada a intervenir en el mundo ideativo generador de tensión, no actuando sólo sobre el estado tensional, como la hacen los tratamientos de relajación, sino sobre un importante mecanismo generador de tensión, aún cuando no se actúe sobre la compleja determinación psicológica del mismo.

Una vez planteados dentro de la relación terapéutica un conjunto de acciones dirigidas a cuestiones generales que el sujeto debe regular, por ser nocivas a los trastornos que nos ocupan, debemos, si no lo hemos hecho en un momento propicio anteriormente, comenzar a particularizar la relación, enfrentando al sujeto con un problema concreto, en una esfera particular de su vida que, de acuerdo al diagnóstico realizado es generadora de distres.

Este nivel de la acción terapéutica siempre implica trabajar en un plano reflexivo-emocional, siendo necesario establecer como momento de la relación terapéutica, lo que significa esta área para el sujeto, qué representación tiene de la misma, la dinámica de la relación, el sistema de valores y prejuicios a través de los cuales opera en la relación y, a su vez, el terapeuta deberá desentrañar aspectos que el sujeto no ha configurado conscientemente y que lo dañan en esa esfera de su vida.

Las acciones terapéuticas sobre los hábitos y el modo de vida del sujeto, se inscriben en la lógica de la relación terapéutica individualizada que se establece con cada sujeto, y cada sesión de trabajo debe encontrar puntos de contacto con lo anterior, manteniendo intercambios de interés para ambas partes de la comunicación terapéutica. El enfoque en esto tiene por objetivo evitar las rupturas bruscas en el proceso de comunicación terapéutica, lo cual muchas veces ocurre cuando el terapeuta piensa que ha conquistado al sujeto y comienza a actuar como aplicador de instrumentos determinando así la relación terapéutica.

Otro aspecto general en el proceso terapéutico es la reducción de la tensión en los sujetos, para lo cual se utiliza la relajación y la autorelajación, contribuyendo a ello también la propia marcha de la relación terapéutica y los cambios que el sujeto realiza en la regulación de sus hábitos nocivos y del modo de vida.

Sin embargo, estos sujetos se caracterizan por distintos mecanismos psicológicos inadecuados, que autogeneran tensión, aumentando la tensión inicial experimentada por el sujeto ante un conflicto o frustración de su vida cotidiana. Uno de estos mecanismos, ya descrito en el Capítulo II, es el que hemos denominado Circuitos Tensionales Reverberantes.

Estos circuitos los hemos definido como un estado psicológico que se caracteriza por la recurrencia continua de imágenes y pensamientos que el sujeto elabora sobre una situación que le afecta, la cual, lejos de perder fuerza con el decursar del tiempo, aumenta su carácter estresor como momento subjetivo del individuo, quien al reproducirla permanentemente, cada vez la distorsiona más en un sentido negativo para él. Además estos circuitos reproducen una situación de bajo control, pues ya la situación concreta pasó y el sujeto no tiene ninguna posibilidad de cambiarla en el momento presente.

El tránsito de los aspectos más generales a los particulares, el terapeuta lo puede realizar a través de áreas diversas, pero siempre debe ser sobre problemas que se han evidenciado en el diagnóstico, bien de la personalidad del sujeto, como síntomas o aspectos inadecuados que se evidencien, o bien sobre aspectos que se expresan en el sujeto, o en su personalidad, cuya génesis está en una esfera de su sistema de relaciones.

La relación terapéutica siempre presupone una estrategia por parte del terapeuta, quien debe organizar jerárquicamente los objetivos y niveles que se propondrá en el proceso terapéutico. En nuestra opinión el proceso terapéutico debe ir de lo más particular a lo más general, de lo más estructurado a lo menos estructurado, es por ello que recomendamos particularizar la relación en algo que sabemos afecta al sujeto, aún cuando este elemento no esté entre la configuración esencial generadora de distres.

Aún cuando debemos estar claros que nuestro objetivo es el sujeto integral, no siempre, como expresamos al principio, la modificación terapéutica tiene que ser total, pues en ocasiones los propios problemas que el sujeto presenta son parciales por su misma génesis.

El hecho de que el proceso terapéutica debe ir de lo más estructurado a lo menos estructurado, como señalamos anteriormente, significa que el paso de lo general a lo particular, presupone, además del material de que disponemos por el diagnóstico, trabajar con lo que el sujeto nos reporta sobre las situaciones que le resultan más estresantes.

Cuando el sujeto está en condiciones de describir situaciones que le resultan estresantes, es como si estudiáramos frente a un síntoma, pues resulta algo que el ha configurado completamente, siendo consciente del daño que le hace. Ante esto, resulta interesante que el sujeto nos describa detalladamente su percepción sobre la situación, las emociones que experimenta, las

ideas que pasan por su mente y el comportamiento ante las mismas.

Siempre que el sujeto pueda definir directamente situaciones que le afectan, debemos aprovechar esto, tanto para cambiar su sentido psicológico para el sujeto, lo que significará un alivio para él, como para profundizar la propia relación terapéutica, en caso de que sea necesario continuar hacia aspectos no estructurados que pueden afectar al sujeto.

Un recurso que el terapeuta puede utilizar para que el sujeto se concentre al máximo en su expresión y ofrezca una información lo más rica posible, es pedirle que cierre los ojos y se concentre sobre la experiencia, enfatizando que disponga del tiempo que necesite. Con ello, además eliminamos la presión que puede significar la información de nuestro rostro para el paciente.

Otro recurso que hemos usado en consulta, que también es usado en las terapias anti-estres de orientación cognitiva, son los autoregistros. (Nelson 1977, Turk 1983, Meichenboun 1987).

En el marco de las terapias anti-estres se pone mucho cuidado en orientar los procesos de percepción y comprensión de los sujetos sobre lo que se les pide, para lo cual se utilizan distintos recursos, que van, desde la repetición del sujeto sobre lo solicitado, hasta la inversión de roles, es decir, se le dice al sujeto que pasa a ser terapeuta y debe explicar en este caso al terapeuta, convertido en sujeto, cual es la tarea a realizar.

La maniobra de inversión de roles resulta útil en situaciones diversas del proceso terapéutico, siendo una forma de vencer las resistencias del sujeto en aspectos concretos.

El autoregistro varía de acuerdo a los objetivos con que se usa. Como toda acción terapéutica exige de una explicación de-

tallada y convincente al sujeto, sobre el carácter necesario de su realización. Más arriba nos referimos al autoregistro como recurso de apoyo para el control de hábitos, sin embargo, este recurso también lo podemos utilizar si vamos a apoyarnos en el testimonio directo del sujeto sobre los hechos que le provocan distres.

Las terapias anti-estres, están muy orientadas a las situaciones particulares de distres que el sujeto enfrenta, concentrando su atención, la mayoría de ellas, en el estilo de afrontamiento que el sujeto emplea, orientando la acción terapéutica en un marco transaccional que no siempre contempla las alternativas en que la situación de distres no es más que una expresión parcial de un cuadro más complejo del sujeto total.

En este sentido D. Meichenbaum escribe: "... el campo de control del estres se caracteriza por la enseñanza de habilidades de afrontamiento específicas (por ejemplo, relajación y asertividad) a las poblaciones tratadas. Tal enfoque es comprensible pero algo problemático, dado nuestro conocimiento limitado del estres y el afrontamiento. . . Además, el programa de adiestramiento que elaboran suele recalcar los rasgos prácticos del sistema y pocas veces considera la manera de preparar a los pacientes para intervenir, como motivarles para el cambio y como abordar los problemas de resistencia, falta de adhesión y recaída" (pág. 27, 1987).

Dentro de los mismos terapeutas orientados en la línea contra el estres se empiezan a hacer evidentes las limitaciones funcionalistas de esta dirección, ubicando las acciones concretas que hasta ahora han sido lo esencial en estos tratamientos en el marco más complejo e integral del proceso terapéutico, teniendo en cuenta la integridad del sujeto hacia el cual las acciones parciales van orientadas.

No obstante, muchas de las acciones terapéuticas desarrolladas por esta dirección son de indiscutible valor para tratar las causas del distres. Un ejemplo de ellos es el propio autoregistro,

cuya finalidad no es sólo la obtención de información, siendo también muy útil para educar la orientación consciente y volitivo del sujeto hacia la situación donde se le genera el distres y hacia los propios mecanismos que él genera ante dichas situaciones, lo cual es un importante auxiliar en el tratamiento integral del sujeto y, en caso de ser la reacción de distres la resultante de una configuración inadecuada parcial, estas técnicas pueden ser un fin en sí mismas.

El autoregistro se sugiere como la consecuencia lógica de una reflexión con el sujeto sobre las formas de su distres, a que están asociadas y si él logra identificarlo. En este sentido, al sujeto se le puede pedir que empiece a atender la aparición de los estados de tensión, para lo cual lo mejor es anotar en qué momento lo experimenta, ante que situación surgió, que emociones le provocó, así como los pensamientos, que experimentó y las conductas que asumió.

A partir de los reportes del autoregistro pueden desarrollarse acciones terapéuticas orientadas a la reconfiguración de las situaciones expresadas por el sujeto, profundizar en las determinantes de dichas situaciones, así como entrenar al sujeto para que aprenda a regular sus respuestas emocionales y plantearse alternativas diferentes ante cada situación concreta de tensión.

La psicoterapia contra el estrés tiene, en nuestra opinión dos niveles: uno que va orientado a la reacción estresante en sí mismo, que es el más atendido en los marcos de la orientación cognitiva, y otro orientado a las determinantes de la reacción estresante, sobre los cuales el sujeto puede no haber logrado una configuración consciente. Estos niveles de acción terapéutica no se excluyen entre sí, sino que se complementan.

La acción del autoregistro del sujeto va dirigido al primer nivel y, como toda acción terapéutica, debe presentarse a partir de una necesidad que la relación terapéutica va induciendo en el sujeto.

El autoregistro puede presentarse en distintas formas al sujeto, siendo una de las más productivas presentarlo como resultado de un análisis sobre las tensiones que el sujeto refiere, señalando a este aspecto que faltan en sus explicaciones, los cuales resultan de interés al tratamiento. En este sentido el terapeuta pide precisiones que al sujeto le resultarán difíciles de explicar, como por ejemplo: ¿qué siente cuando experimenta las tensiones?; ¿qué tiempo le duran sus estados tensionales?; ¿cómo se sentía en el momento que se irritó?, etc.

Como resultados de estas acciones racionales, una vez que el sujeto está motivado a buscar recursos que le permitan presentar sus estados al terapeuta, éste puede sugerir el autoregistro en su forma más sencilla, es decir, anotar, inmediatamente después de experimentar un distres, lo siguiente:

- a) Antecedentes anímicos del sujeto
- b) Causa del distres
- c) Estado que experimentó, emociones y sentimientos
- d) Pensamientos que experimentó
- e) Qué conductas expresó
- f) Tiempo que le duró el estado

El hecho de tener que pasar de forma inmediata a una organización racional de lo experimentado facilita, a su vez interrumpir el circuito tensionante de la reacción, tanto a nivel de pensamiento, como vivencial, con lo cual el registro sería simultáneamente una vía de obtener información y una acción terapéutica.

A partir del autoregistro, como acción de un primer nivel, podemos pasar a otras acciones terapéuticas más complejas en la búsqueda de las determinantes de las reacciones distresantes del sujeto.

Otras acciones de un primer nivel pueden ser la desensibilización progresiva y la inoculación del estrés, las cuales presuponen

nen un dominio precedente de la autorelajación para el desarrollo de las operaciones específicas de estas acciones terapéuticas.

La desensibilización progresiva va orientada a la inhibición de situaciones concretas generadoras de ansiedad intensa en el sujeto, sobre las cuales no puede actuar a través de la regulación voluntaria, mientras que la inoculación del estrés es algo más compleja. La inoculación del estrés, de acuerdo con M. McKay, M. Davis y P. Fanning, presupone tres momentos: elaboración de una lista personal de situaciones de estrés ordenadas desde las situaciones menos estresoras a las más estresoras. Después se aprenderá a evocar cada una de estas situaciones en la imaginación y cómo relajar la tensión mientras se visualiza claramente la situación estresora.

El segundo momento es la creación de un arsenal propio de pensamientos de afrontamiento del estrés, los cuales se utilizarán para contrarrestar los antiguos pensamientos deformados.

El tercer momento es la utilización de habilidades de relajación y afrontamiento en vivo, para ejercer presión sobre los hechos estresores que se consideran perturbadores, mientras se respira profundamente, aflojando los músculos y utilizando pensamientos de afrontamiento del estrés.

En la práctica la acción de inoculación del estrés debe desarrollarse acompañada de todo un trabajo terapéutico en el plano racional emotivo, en el que se reconceptualicen deformaciones del sujeto en sus sistemas valorativos habituales. Por tanto, la inoculación del estrés debemos contemplarla como el resultado de una fase de desarrollo de la relación terapéutica con el sujeto.

D. Meichenbaum, define la inoculación de estrés en la siguiente forma: "El adiestramiento en inoculación de estrés no es una técnica aislada, sino un término genérico que se refiere a un paradigma de tratamiento consistente en un plan de adiestramiento semi-estructurado y clínicamente sensible" (pág. 35, 1987).

A pesar de la utilidad indiscutible que estas acciones pueden tener ante situaciones estresantes, que presuponen estímulos estresantes actuantes en el marco interactivo sobre el que se define el estrés para toda la línea de orientación cognitiva, las mismas presentan limitaciones en los casos en que el estrés resulta más una expresión compleja de la organización personalógica, que ha perdido su relación puntual con los agentes externos que han participado en su configuración, así como en los casos en que el estrés es expresión de una configuración subjetiva inadecuada del sujeto, quien genera mecanismos subjetivos no asociados con eventos concretos externos.

ACCIONES TERAPÉUTICAS ORIENTADAS A UN PLANO EMOTIVO-RACIONAL COMPLEJO

Realmente podemos llamar acciones emotivo-racionales, aquellas operaciones concretas orientadas a modificar pensamientos, valores, conceptos, u otras formas concretas de la cognición que, portadoras de un valor emocional, generan en el sujeto reacciones de estrés y/o ansiedad por su inadecuación a las demandas de la vida y de la propia personalidad del sujeto. Por otra parte, podemos afirmar que, de forma general, el plano emotivo-racional es un nivel permanente de la relación terapéutica cuyos resultados trascienden las simples acciones efectuadas en este nivel, permitiendo una reflexión permanente del sujeto, cuyos resultados son solo apreciables en una perspectiva mediata y, en muchas ocasiones, en un momento de independencia relativa del sujeto.

Reflexiones sobre qué es la vida, la realización, la felicidad, la amistad, el amor y muchos otros conceptos cosmovisivos del hombre, son marcos de referencia permanentes para actuar sobre estados emocionales del sujeto asociados a configuraciones cognitivas inadecuadas o errores de conceptualización, en los que frecuentemente participan conceptos cosmovisivos.

La orientación cognitiva en la psicoterapia ha logrado conceptualizar e intervenir sobre formas cognitivas concretas gene-

radoras de distres, sin embargo, no podemos reducir el complejo mundo de la subjetividad personológica a manifestaciones cognitivas parciales, susceptibles de ser corregidas por acciones concretas.

El marco reflexivo del sujeto y su capacidad para configurar de múltiples formas el potencial de información personalizada de que dispone es infinito.

Las acciones terapéuticas orientadas a través de la reflexión y de otras operaciones cognitivas de determinación personológica son múltiples y orientadas a niveles diferentes de la organización cognitiva de la personalidad.

En nuestros sujetos hipertensos e infartados, por regla general tenemos que trabajar sobre la reconceptualización de los valores que éstos expresan, los cuales tienden a ser rígidos, concebidos por una definición extrema y única, que con mucha frecuencia entra en contradicción con la vida.

Por regla general, la mayoría de los valores humanos son buenos por su contenido, sin embargo, por la forma en que se configuran en la personalidad y son utilizados por el sujeto, pueden llegar a ser sumamente dañinos.

En la psicoterapia nos orientamos más a reconceptualizar los valores que a modificarlos, pues realmente el sentido de éstos para un sujeto adulto está profundamente enraigado, siendo muy difícil, e incluso dañina su modificación.

Pasemos a ilustrar con un ejemplo el proceso de reconceptualización, se trata de J. A., sujeto cuyo diagnóstico presentamos en el capítulo anterior. Entre sus valores expresados con una elevada carga emocional y de forma muy rígida, se destacaban la hombría, ser fuerte y ser independiente, los cuales reafirmaba constantemente a través de un comportamiento agresivo y ofensivo, que le provocaba fuertes alteraciones.

Así, en una de nuestras conversaciones, le expresamos que su conducta, lejos de evidenciar los valores que el suponía, en nuestro criterio expresaba valores totalmente opuestos, es decir, dependencia y debilidad, razonamiento que lo tomó totalmente de sorpresa afirmando que me lo permitía por lo que yo había representado para él.

Le pedí que me dejara fundamentar mi criterio, explicándole su debilidad por el hecho de que era incapaz de controlarse ante las provocaciones de su suegra, quien lograba lo que quería cuando él expresaba sus respuestas, o sea, que él no era capaz de poner las reglas en la relación con su suegra, siendo su conducta totalmente reactiva ante las iniciativas de la suegra al provocarlo. Esto le señalamos, no es más que un indicador de debilidad, por otra parte, era dependiente, pues no podía imponer otro tipo de relación en su hogar, dependiendo de lo que su suegra decidía hacer.

Siguiendo esta lógica le expresamos que sus arranques impulsivos manifestaban su debilidad, pues cuando el hombre actúa de esta forma es porque ha perdido el control de la relación, sin embargo, el veía en ellos una manifestación de hombría, lo cual no era más que un recurso para autoengañarse.

Más que acciones terapéuticas aisladas, este paso significó un nuevo momento de indiscutible valor terapéutico en las relaciones con el sujeto, frente al cual podía evidenciar fuertes resistencias o asimilarlo para el logro de un cambio profundo de su personalidad, así como en su sistema de relaciones. Nos referimos a un cambio profundo de su personalidad por la reorganización que el sujeto debía emprender en la esfera valorativa, así como sobre formaciones subjetivas que ya se habían organizado a nivel personológico, como era el sentido integral de la familia.

La reflexión con el sujeto sobre este tópico se extendió a más de cinco sesiones terapéuticas, llegando a reflexiones mucho más generales y cosmovisivas sobre qué significaba la vida.

el carácter relativo de algunas respuestas que él consideraba como absolutas, y el profundo daño que sus concepciones implicaban para su salud.

El sujeto tuvo una magnífica respuesta, cambiando totalmente su estilo de comunicación en el hogar, para lo cual tuvo que realizar un esfuerzo volitivo muy grande, según, nos refería, sin embargo, cuando comenzó a percibir los resultados de su cambio y constató que era su suegra quien se descomponía y desorganizaba ante su nueva actitud, se sintió muy estimulado y continuó profundizando sobre el sentido de su comportamiento y los errores que históricamente había tenido.

Este sujeto entra en un proceso muy interesante de reconceptualización de todo el sentido de su propia vida, que le imprimió seguridad, una independencia relativa del terapeuta y lo llevó a asumir decisiones trascendentales en su vida, como el divorcio, pues la relación de la esposa con su madre se le hacía insostenible, por lo cual optó por la alternativa del divorcio. Seguimos al sujeto año y medio posterior a la consulta, y su cuadro hipertensivo se había normalizado.

Otro aspecto que forma parte del tratamiento con estos pacientes, es la modificación de lo que hemos denominado errores de conceptualización que, como hemos descrito anteriormente, son generalizaciones inadecuadas a partir de experiencias parciales que el sujeto ha vivenciado. Ejemplo de errores de conceptualización son los siguientes:

- La amistad no existe
- Las mujeres son superficiales
- Los demás no me entienden
- La mayoría de las personas no son honestas

Estos errores de conceptualización llevan al sujeto a anticipaciones inadecuadas que limitan y dañan sus propias experien-

cias personales y, a su vez, le crean dificultades en sus sistemas de relaciones.

Los errores de conceptualización pueden considerarse un tipo particular de lo que Beck (1963) denominó pensamientos automáticos, concepto que utilizó para describir los pensamientos específicos discretos que tienen los pacientes y que se producen con mucha rapidez, sin que al parecer los interrumpan acontecimientos inesperados, y que no son resultado de un pensamiento dirigido.

Como ejemplos de pensamientos automáticos están los siguientes:

- No soy tan bueno como los otros
- Todo es inútil
- En el pasado sólo he cometido errores
- Todo lo que hago me sale mal
- La vida no tiene sentido
- Les he decepcionado. Sólo yo tengo la culpa

El pensamiento automático no es más que un juicio absoluto que sintetiza con una elevada generalización un conjunto de experiencias parciales del sujeto.

En nuestras investigaciones hemos constatado que la tendencia a los errores de conceptualización y a los pensamientos automáticos, es mucho mayor en los sujetos rígidos, con baja capacidad para mediatizar sus funciones reguladoras con sus elaboraciones intelectuales.

Los sujetos del nivel de normas estereotipos y valores tienden a rotular o conceptualizar con atributos extremos y opuestos, las situaciones poco estructuradas a que se enfrentan. En este sentido, al enjuiciar situaciones experimentales de conflictos de diálogos, en lugar de expresar su valoración a través de distintos tipos de juicios, se orientan a rotular los comporta-

mientos que manifiestan los participantes en el diálogo, en actitudes diametralmente opuestas, como bueno-malo, revolucionario-no revolucionario, honesto-deshonesto, etc.

La modificación de estas formas distorsionadas de pensamiento, debe emprenderse como momento final de una fase integral del proceso terapéutico, orientada a la reconceptualización y modificación de los elementos cognitivos inadecuados que mediatizan la regulación del comportamiento por el sujeto. La mayor parte de las veces, estos elementos son la expresión de la inadecuación de formaciones esenciales de la personalidad, como la autovaloración, la concepción del mundo, y otras, lo que se expresa en complejas configuraciones personológicas que implican en una relación necesaria, inseguridad, pesimismo, determinismo externo, rigidez y otras deformaciones personológicas que están en la base de todas sus operaciones cognitivas.

No obstante, el abordaje parcial de las deformaciones cognitivas señaladas representa una de las alternativas para el tratamiento más profundo de las configuraciones personológicas y, a su vez, representa un alivio importante para el sujeto, quien tiende a apoyar sus proyecciones en este tipo de deformaciones que, de forma organizada y automática aparecen en su conciencia.

La fase emotivo-racional del tratamiento, se caracteriza por la orientación del sujeto a una reflexión reconstructiva sobre sí mismo, la cual se desarrolla orientada por la relación terapéutica. Este momento es útil, no sólo para modificar aspectos conscientes que caracterizan la expresión cognitiva del sujeto, sino también para configurar aspectos que no son conscientes, puesto que el sujeto no ha podido configurarlos con la información potencial de que dispone.

Existen muchos elementos que afectan al sujeto, que por la significación para su autoestimación, o por el sentido histórico

que tienen para sí mismo, o por múltiples y variadas causas de enorme peso afectivo, el sujeto desarrolla resistencias y defensas para su conceptualización, aún cuando dispone de rica información personalizada, sobre cuya base pudiera realizar una integración consciente.

Es esta una de las direcciones o de los momentos más importantes del proceso terapéutico, que generalmente se identifica con la psicoterapia profunda y, realmente, desde nuestro punto de vista, consiste en la organización de una lógica reflexiva conjunta que, apoyada en la relación terapéutica, vaya organizando y evidenciando indicadores que no aparecen organizados en una relación necesaria en la conciencia del sujeto.

El propio psicoanálisis, a través del método de asociación libre, lo que propicia es precisamente esto, es decir, que el individuo mediante sus asociaciones espontáneas, vaya expresando aspectos relevantes que no ha logrado integrar en una representación consciente, siendo el insight la aparición organizada de lo que le afecta en un nivel consciente.

Lo inconsciente es una expresión funcional de lo psíquico que puede tener orígenes diversos y también formas diversas de expresión en la personalidad. Hay factores no conscientes que marcan la vida emocional y no podemos conceptualizar, escapan de nuestras posibilidades, hay otros que, sin embargo, hemos evitado por la tensión que crearía asumirlos, proceso que, por supuesto, no es intencional. Unos y otros pueden entrar en la etiología y composición de cualquier organización inadecuada de la personalidad y, por tanto, ser objeto de acciones terapéuticas.

La acción terapéutica profunda, tiene por objeto la posibilidad de que el sujeto configure y se represente en un nivel consciente lo que le afecta, para lo cual el proceso terapéutico debe proporcionarle la posibilidad de ir organizando indicadores diversos y dispersos, a cuyo fin sirven distintas técnicas terapéuti-

cas, desde la asociación libre, hasta acciones racionales ubicadas en un diálogo en tiempo pasado con el sujeto.

En esta exploración como bien señaló Freud en su obra, los indicadores implícitos e indirectos tendrán un enorme valor para la organización del material no concientizado, entre éstos el terapeuta se vale de los silencios, las omisiones, las reacciones emocionales y otras que, al igual que en las técnicas de diagnóstico, tienen un alto valor interpretativo para el descubrimiento de una dinámica no concientizada. Cuando estos indicadores entran en la atención del sujeto a quien va dirigida la terapia, ésta entra en un esfuerzo volitivo de integración y conceptualización que, en sí mismo, tiene un importante valor terapéutico.

Este proceso indica el tránsito del sujeto de una posición pasiva, dependiente de algo que sufrió como externo a él, a una posición activa, en la que se siente implicado con el curso de su acción. Indirectamente, esta posición estimula su optimismo y su confianza en sí mismo, agentes muy importantes del proceso terapéutico.

Hay distintas formas de organización y estructuración consciente de contenidos inconscientes que afectan al sujeto. Uno es la forma más trabajada por el psicoanálisis, donde lo inconsciente aparece a la conciencia a través de un proceso de insight, acompañado de una catarsis, que permite neutralizar toda una organización psicológica inadecuada, fuente de diversos síntomas que, si se generalizan y consolidan pueden conducir a una organización neurótica de la personalidad.

Otra forma de organizar lo inconsciente en el nivel terapéutico, es seguir en un proceso reflexivo con el sujeto los distintos indicadores que nos evidencian un estado inadecuado que el sujeto no ha logrado estructurar.

El sujeto construye completamente un sistema relevante de información sobre cuya base resulta toda su actividad conscien-

te. Este sistema debe evolucionar de forma permanente ante las nuevas experiencias y conocimientos que va adquiriendo, sin embargo, muchas veces este sistema de información relevante no es utilizado por el sujeto ante las vivencias nuevas, contradictorias con lo establecido conceptualmente por él. Ante esto, se puede ir configurando por vía emocional un estado afectivo con contradictorio con cualesquiera de los sistemas valorativos conceptuales del sujeto en una y otra esfera de su vida y su actividad.

En este proceso se producen una serie de contradicciones, frustraciones y vivencias negativas, que el sujeto no se esfuerza por conceptualizar y, sin embargo, lo afectan profundamente. Al no conceptualizarlas, el sujeto no puede orientar una acción consciente hacia el enfrentamiento de estos factores, convirtiéndose en objeto de dichas influencias negativas.

En nuestra consulta con hipertensos e infartados hemos observado este tipo de orientación pasiva hacia vivencias o estados emocionales negativos en esferas de gran significación emocional como el matrimonio y la pareja en general.

Incluso, muchas veces el sujeto llega a concientizar aspectos que no funcionan bien, pero los descarta, no los incluye en la información relevante con la que opera en su propia perspectiva de regulación y llega a deformar aquella que temporalmente logró identificar.

Hay hechos ocurrentes en la vida individual y/o valoraciones a las que se arriban, para las cuales el sujeto no tiene recursos y no las puede integrar en los sistemas de información relevante sobre las que apoya su actividad consciente como personalidad. Así, uno de los sujetos de nuestra consulta, llegó a la conclusión de que su madre era una persona egoísta, sin embargo, no pudo organizar esta valoración de forma estable, culpándose a sí mismo por esa conclusión y optando de forma inconsciente por seguir subordinado al egoísmo de su madre.

En estos casos lo inconsciente no está configurado como organización psíquica estructurada que afecta el comportamiento del sujeto, como ocurre con los hechos o fenómenos que se expresan en una catarsis. Por lo general, los hechos o fenómenos que se expresa por esta vía representan un conjunto disperso de emociones que sólo se configuran por su organización a lo largo del proceso psicoterapéutico.

O sea, que el momento reflexivo-racional de la psicoterapia, cuyo carácter emocional se lo da su determinación personalógica, va dirigido tanto a los contenidos conscientes, como inconscientes.

En nuestro trabajo terapéutico nos hemos valido de un recurso muy parecido a la inoculación de estrés en vivo. Como se pudo observar en los resultados presentados en el capítulo anterior, los sujetos infartados, lo que es generalizable también a los hipertensos, tienen respuestas profundamente emocionales ante las situaciones que los comprometen con la valoración externa, lo que evidenció en la técnica de solución de problemas de diferentes niveles de dificultad.

Partiendo de esos resultados, decidimos utilizar la técnica diagnóstica como instrumento terapéutico, para ello, realizamos una reflexión con el sujeto una vez terminado el experimento, la que orientamos al análisis de los siguientes aspectos:

- Conocer si se percató de su alteración emocional, preguntar sobre los indicadores que le evidenciaron su alteración.
- Conocer si se percató de su alteración de presión. Qué indicadores se lo evidenciaron.
- Profundizar con el sujeto las causas de su alteración trabajando con una estrategia racional sobre la concientización de las mismas.

- Explicación al sujeto sobre su papel en el control de estas emociones negativas.

A los dos días después de la sesión terapéutica, lo que culminábamos con un ejercicio de relajación, volvimos a enfrentar al sujeto a la misma situación, entrenándolo en el enfrentamiento de la valoración externa, la cual debía subvalorar, concentrando su atención en la tarea. Al igual que en el momento diagnóstico evaluábamos la presión antes y después del experimento.

Después de tomarle la presión al sujeto, sosteníamos nuevamente una conversación con él, la cual dependía mucho de los resultados de la situación terapéutica. Si la presión estaba alterada, le orientábamos una autorelajación o procedíamos a realizar una relación de acuerdo al estado del paciente.

Finalmente procedíamos a repetir la prueba con la presencia del grupo, debiendo relajarse ante los demás y realizar individualmente la prueba frente a ellos. Al finalizar realizamos una relación colectiva y efectuamos una dinámica grupal cuyo tema central es "la valoración de los demás y nuestra autodeterminación".

Observamos una extinción progresiva de la hipertensión y una concientización del sujeto sobre la forma en que lo afectaban su dependencia del criterio externo y su inseguridad. Las adquisiciones mostraron ser estables al presentarse posteriormente actividades de distinta naturaleza para la ejecución del sujeto.

Esta técnica la hemos trabajado aún con un número pequeño de sujetos, por lo cual los resultados presentados aquí y la forma de aplicación de la técnica pueden estar sujetos a modificaciones.

Otro plano necesario a atender en el proceso terapéutico con sujetos hipertensos e infartados, es la configuración psicológica

gica que realizan en torno al síntoma, la cual en la mayoría de los casos exige ser modificada, pues se constituye en una nueva fuente de distres para el sujeto, lo que expresa con particular fuerza en el infartado.

Posteriormente al infarto, el sujeto toma conciencia de la posibilidad de la muerte, lo que se puede expresar de formas muy diversas, como depresión, desarrollo de hipocondría, ansiedad, sentimiento de fin de la vida, etc., sobre cuya base se pueden establecer complejas configuraciones de carácter neurótico.

El trabajo sobre la configuración subjetiva de la enfermedad debe realizarse en un plano reflexivo-racional, utilizando diversos ejemplos, que, reales o imaginarios, infundan seguridad y optimismo al sujeto, basados realmente en lo que la enfermedad representa.

La configuración subjetiva de la enfermedad afecta particularmente los sistemas de relaciones del sujeto, teniendo consecuencias muy frecuentes sobre la esfera sexual, en la cual debe particularizarse en este momento del tratamiento.

Otro momento esencial en el proceso terapéutico de estos sujetos es el de la psicoterapia de pareja. De acuerdo a nuestros resultados, un porcentaje elevado de los sujetos infartados presentan dificultades de pareja, las cuales tienden a formar parte de los aspectos que potencialmente el sujeto puede configurar a nivel consciente, pero que debido a lo que para ellos representa esta esfera tienden a no concientizarlos.

El matrimonio es una relación sumamente compleja que constantemente evoluciona, teniendo un profundo sentido afectivo para el sujeto, la que se hace muy difícil reducir a los conceptos simplistas, unilaterales y rígidos que con mucha frecuencia caracterizan los procesos valorativos de estos sujetos.

Los sujetos infartados que expresan un nivel de regulación de normas, estereotipos y valores, tienen una acentuada tendencia a sacralizar el matrimonio con conceptos estereotipados como "el matrimonio es sagrado", la unidad familiar hay que mantenerla a cualquier precio", etc., con lo cual se plantean metas rígidas asociadas a la conservación de la relación que están encima de sus necesidades reales lo que conduce a numerosos conflictos.

No puede descartarse tampoco que el síntoma somático sea utilizado para el manejo de la relación de pareja, con lo cual se perpetúa tanto el síntoma, como la infelicidad conyugal.

Llegar a este momento del proceso terapéutico en los casos de sujetos hipertensos e infartados, presupone haber logrado un determinado nivel de desarrollo del sujeto a lo largo de la psicoterapia individual, que lo capacite para enfrentar con mayores recursos y posibilidades este momento.

Para el diagnóstico del estado actual en que se encuentra la pareja por lo general es suficiente una entrevista no participativa, que induzca temas generales de análisis para ambos. Cuando esto ocurre, puede observarse como desarrollan una relación por negación del otro, al menos en uno de los miembros de la pareja, quien se esfuerza por refutar y aclarar todo lo que expresa el otro.

Este tipo de entrevistas con frecuencia son el primer paso en la acción terapéutica hacia la pareja, propiciándonos un importante hilo conductor para el desarrollo de dinámicas de pareja. Los aspectos específicos sobre esta psicoterapia deben buscarse en libros dedicados a la misma, los que abundan en la literatura.

Una alternativa que consideramos importante desarrollar en el tratamiento de estos enfermos es la psicoterapia de grupo, tanto de los sujetos enfermos, como de sus esposas, sobre lo

cual no nos detenemos pues sólo hemos recién comenzado con la utilización de estas técnicas en el tratamiento.

Finalmente, es importante señalar que el infarto del miocardio y la hipertensión son fenómenos complejos, plurideterminados, donde la mediatización psicológica se presenta configurada de formas muy diversas en cada individualidad, debiendo ser cautos y creativos en la aplicación de los conocimientos generales de que disponemos.

BIBLIOGRAFIA

- Aday G. El nivel de regulación en la personalidad, la hipertensión esencial y el estrés. Trabajo Diploma. La Habana, 1986.
- Aldereguía, J.: Temas de Higiene Social. MINSAP, 1982.
- Alonso, A.: Papel del desarrollo anómalo de la personalidad en el origen de la neurosis. Tesis de Candidatura. La Habana, 1989.
- Bandura, A.: Human agency en social cognitive theory. *American Psychologist*. Vol. 44, No. 9, 1989.
- Brengelmann, J.C.: Stress y Terapia contra el stress. Análisis y modificación de conducta. Vol. 7, No. 14 y 15, 1981.
- Brengelmann, J.C.: Personalidad, estrés y salud. Valencia, 1987.
- Boyd, D.: Begley, TH.: Assessing the type a behavior pattern with the Jenkins activity survey. *Journal of medical psychology*, pág. 155-161, 1987.
- Coleman, J.; Butcher, J.; Carson, R.: Psicología de la anormalidad y vida moderna, Editorial Trillas, 1988, México.

- Cueli, J.: *Psicoterapia Social*. Editorial Trillas. México, 1989.
- Folkman, S.; Lazarus, R.; and others: Appraisal, coping. Health status and psychological symptoms *American Psychologist*. Vol. 50, No. 3, 1986.
- Folkman, S.: Personal Control and stress and coping processes: A Theoretical analysis. *Journal of personality and Social Psychology*. Vol. 46, No. 4, 1984.
- Friedman, H.S.: The disease prone personality. *American Psychologist*. Vol. 42, No. 6, 1987.
- García, O.: *La personalidad y los trastornos cardiovasculares, diagnóstico y terapia*. Trabajo Diploma La Habana, 1990.
- Gatchel, R.; Baum, A.; Krantz, D.: *Health Psychology*. Random House. New York, 1989.
- Galfried y G. C. Donson: *Técnicas terapéuticas conductistas*. Paidós, 1986.
- González, F.: *La categoría personalidad y su incidencia en la aparición de los indicadores de riesgo de los trastornos cardiovasculares*, *Revista Cubana de Psicología*, No. 3, Vol. 1, 1984.
- González, F.: *Psicología de la personalidad*. Editorial Pueblo y Educación, La Habana, 1985.
- González, F.: *La personalidad y su función reguladora*. Tesis de Doctorado. Moscú, 1989.
- Gordis, L.: *Desafíos a la epidemiología en la próxima década*. *American Journal of epidemiology*. Vol. 128, No. 1, 1988. (Traducción Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas).

- Haley, J.: *Estrategias en psicoterapia*. Ediciones Toray, Barcelona, 1966.
- Heilbrun, A.; Pachalnis, N.; Friedberg, E.: Self-report measurement of type A Behavior: Toward refinement and improved prediction. *Journal of personality assessment*. Vol. 50, No. 4, 1986.
- Houston, K.: Psychophysiological responsivity and the type A behavior pattern. *Journal of research in personality* 17, 22-39, 1983.
- Jeffery, R.: Risk behaviors and health; contrasting individual and population perspectives. *Vo. 44, No. 9, 1989*.
- Jourard, S. M.: *La personalidad saludable*, Editorial Trillas, Landsman, T. México, 1987.
- Lazarus, R.; Folkman, S.: *Estres y procesos cognitivos*. Editorial Martínez Roca, Barcelona, 1986.
- Lorenz, J. P.; Orlebeke, K. F.: Stress, personality and serum cholesterol level. *Journal of human stress*. Vo. 8, No. 4, 1982.
- Mc Crae, R.: Situational determinants of coping responses; les threat and challenge. *Journal of personality and social psychology*, Vol. 46, No. 4, 1984.
- Mc Kay, M.; Davis, M.; Fanning, P.: *Técnicas cognitivas para el tratamiento del estres*. Ed. Martínez Roca, Barcelona, 1985.
- Mark Herbertt, R.: A critical evaluation of some commonly employed methods for assessment of type A coronary prone behavior. *Personality and individuals differences*. Vol. 4, No. 5, 1983.
- Martínez, L.: *Prevenir el infarto. Una actitud vital*. El País, Aguilar, Madrid, 1988.

- Matheny, K. B.; Aycock, D. and others: Stress coping: A qualitative and quantitative synthesis with implications for treatment. *The counseling psychologist*. Vol. 14, No. 4, 1986.
- Meichenbaum, D.: *Manual de inoculación del estrés*. Ed. Martínez Roca, Barcelona, 1987.
- Millon, Th.: *Contemporary directions in psychopathology. Toward the D.S.M. - IV*.
- Pérez Mota, A.: *Sanidad*
- Pérez Mota, A.: *Sanidad y Salud*. En *Salud y Sociedad*. No. 43, 1981. Madrid.
- Paulhus, D.; Martin, C.; *Functional Flexibility; A new conception of interpersonal flexibility*. *Journal of personality and Social Psychology*. Vol. 55, No.1, 1988.
- Peterson, Ch.; Vaillant, G.; Seligman, M.: *Pessimistic explanatory style is a risk factor for physical illness; A thirty-five year longitudinal study* *Journal of personality and social Psychology*. Vol. 55, No. 1, 1988.
- Paltrony, J.: *Tesis de Candidatura. Variante Predefensa*, La Habana, 1989.
- Ruehlman, L.; Wolchik, Sh.: *Personal Goals and interpersonal support and hindrance as factors in psychological distress and wellbeing* *Journal of personality, and Social Psychologist*. Vol. 55, No. 2, 1988.
- Saiegh: *Trabajo y salud*. En *salud y Sociedad*, No. 43, 1981. Madrid.
- Stone, A.; Neale, J.: *New Measure of daily copying: development and preliminary results*. *Journal of personality and Social Psychology*. Vol. 46, No. 4, 1984.

- Suzzo, R.; García, E.: *Salud, Educación y Familia*. En *salud y sociedad*, No. 43, 1981, Madrid.
- Viño, B.: *Salud y Cultura*. En *Salud y Sociedad*, No. 343, 1981, Madrid.
- Thoits, P.: *Life stress, social support and psychological vulnerability: Epidemiological considerations* *Journal of community psychology*, Vol. 16, 1982.
- Wright, L.: *The type A behavior pattern and coronary artery disease: Quest for the active ingredients and elusive mechanism*. *American Psychologist*. Vol. 43, No. 1, 1988.
- Zaldívar, D.: *La relación terapéutica*. Impresores Ligans, U.H.

INDICE

	Págs.
CAPITULO I: CONCEPTO DE SALUD	
a) Salud mental y somática	1
De la salud mental a la somática	3
De la salud somática a la salud mental	10
b) Modo de Vida y Salud	
Aspectos Psicosociales de la Salud Humana	12
c) Lo social y lo individual en la salud humana	
Las instituciones sociales y la salud	23
La salud y las instituciones sociales	27
La familia	28
La escuela	34
Centro laboral	39
La salud como indicador del desarrollo social	
Aspectos epidemiológicos del pronóstico social	45
CAPITULO II: PERSONALIDAD Y SALUD SOMÁTICA	50
b) Enfoque procesal de la psicología cognitiva	56
c) Orientación personológica en el estudio del papel de lo psíquico en la enfermedad somática	60
c.1 Nuestra comprensión sobre el papel mediatizador de la personalidad. Distintos niveles de esta mediatización	62
c.2 El estrés: su problematización actual. Carácter personológico del estrés	76
Aspectos no personológicos mediatizadores del estrés	85
Apoyo social	85
Control	89
Los eventos vitales	90
Salud mental	93

CAPITULO III: RESULTADOS DE LA INVESTIGACION PSICOLOGICA CON SUJETOS HIPERTENSOS E INFARTADOS	106
Consideraciones teóricas y metodológicas generales sobre el diagnóstico y la investigación en este campo de estudio	139
CAPITULO IV: LA PSICOTERAPIA EN PACIENTES HIPERTENSOS	
Consideraciones generales	147
El proceso terapéutico: Principios y acciones terapéuticas concretas	160
Psicoterapia en pacientes hipertensos e infartados	165
Acciones terapéuticas orientadas a un plano racional complejo	179
BIBLIOGRAFIA	193