

ANUARIO DE PSICOLOXÍA E SAÚDE

Nº **13**

Revista Oficial da
Sección de Psicoloxía e Saúde do COPG

PECADOS

AVARICIA • ENVEXA • GULA
IRA • LUXURIA • SOBERBIA
PREGUIZA • A CULPA



Nº13

REVISTA OFICIAL DA SECCIÓN DE
PSICOLOXÍA E SAÚDE DO COPG

CONSELLO EDITORIAL

José Eduardo Rodríguez Otero / Presidente

Alicia Carballal Fernández / Vicepresidenta

Carlos José Losada López / Secretario

Mercedes Fernández Cabana / Tesoureira

María Blanco Suárez / Vogal

Alba Fernández Revaldería / Vogal

Eduardo Martínez Lamosa / Vogal

Almudena Campos González / Vogal

CONSELLO DE REDACCIÓN

Mª Gabriela Domínguez Martínez / Directora
PSICÓLOGA CLÍNICA. PRÁCTICA PRIVADA EN PONTEVEDRA

Noelia Pita Fernández
PSICÓLOGA CLÍNICA. ÁREA SANITARIA DE FERROL

Paula Rodríguez Vázquez
PSICÓLOGA CLÍNICA. ÁREA SANITARIA DE VIGO

Ricardo Vázquez Gómez
PSICÓLOGO CLÍNICO. PRÁCTICA PRIVADA EN PONTEVEDRA

Isabel Figueroa Matallín
PSICÓLOGA CLÍNICA. ÁREA SANITARIA DE FERROL

Almudena Campos González
PSICÓLOGA CLÍNICA. PRÁCTICA PRIVADA EN OURENSE

Laura Sotelo Estévez
PSICÓLOGA CLÍNICA. ÁREA SANITARIA DE PONTEVEDRA – O
SALNÉS

anuario@copgalicia.gal

EDITA

Colexio Oficial de Psicoloxía de Galicia
Espíñeira, 10 baixo
15706 Santiago de Compostela

T. 981 534 049 | Fax. 981 534 983

www.copgalicia.gal | copgalicia@copgalicia.gal

DESEÑO E MAQUETACIÓN – Laura Decibreiro

IMAXE DE PORTADA – Burak Kostak / Pexels

ISSN: 2444-6653

Novembro, 2020

Depósito Legal: C 1615-2019

<https://copgalicia.gal/seccions/psicologia-e-saude/publicacions>

O Consello Editorial e o Consello de Redacción non se fan responsables das opinións verquidas nos artigos publicados

As opinións expresadas na Presentación son responsabilidade do Consello de Redacción

APUNTAMENTO

A preferencia de idioma no orixinal de cada artigo foi determinada polo seu autor/a, coa tradución do Consello de Redacción e revisión do COPG

SUMARIO

- 04 ————— AVARICIA / PRESENTACIÓN
M^a Gabriela Domínguez Martínez
- 06 ————— ENVEXA / O PECADO CAPITAL DAS REDES SOCIAIS
Marino Pérez-Álvarez
- 18 ————— GULA / ORALIDADE E PECADO
Irene Martínez Montero
- 30 ————— IRA / ENFOCÁNDONOS NA IRA CONSTRUTIVA
M^a Victoria Canosa Raña
- 42 ————— LUXURIA / SEXUALIDADES E ADOLESCENCIAS: TRANSFORMACIÓNS
NA ERA DIXITAL – Ricardo Fandiño Pascual + Vanessa Rodríguez Pousada
- 56 ————— SOBERBIA / UNHA CONSTRUCIÓN PATRIARCAL
Lola Ferreiro Díaz
- 72 ————— PREGUIZA / ABURRIMENTO: DEREITO E NECESIDADE
Vanessa Playán Ruíz + Henar de la Torre Hernández
- 80 ————— **FERRAMENTAS** — A CULPA / UN BREVE PERCORRIDO A TRAVÉS
DO SEU CONCEPTO E TRATAMENTO – Carlos Álvarez García
- 97 ————— **ANUARIO ABERTO**
- 98 ————— **CASO 1** / VÍNCULO TERAPÉUTICO E APEGO NUN CASO DE TRAUMA
COMPLEXO – Sandra Cudeiro Domínguez
- 103 ————— **CASO 2** / AVALIACIÓN NEUROPSICOLÓXICA NO DANO CEREBRAL
ADQUIRIDO: UN CASO DE HEMINEGLIXENCIA
Zoraida González Cornide + María Salomé Botana Martínez + Sandra Golpe
Ferreiro + Francisco Javier Sardiña Agra
- 113 ————— **CASO 3** / A VIAXE DOS LOBOS ARTÍSTICOS: GRUPO VINCULAR
Carlos Díaz Marcelo + Laura Ciudad Gallardo + María Jesús Cutillas Póveda
+ Os Lobos Artísticos (Álvaro, Kobra, Laura Camila, Rubén, Vicky e Alicia)
- 122 ————— **CASO 4** / NINGUÉN ESTÁ DA MIÑA PARTE: UN CASO CLÍNICO DO PAPEL
DO ABUSO NOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS – Natalia Seijo
- 129 ————— **CASO 5** / TRANSFORMAR UN ESPAZO DE IRA, DOR E
VULNERABILIDADES EN ACOMPAÑAMENTO, RESPECTO E SEGURIDADE
Daniel Idoate Calderón + Marta Díaz Varela
- 135 ————— **COMUNICACIÓN** / PREVALENZA DA CONDUCTA SUICIDA NO SERVIZO DE
URXENCIAS DE FERROL: ACHEGAS METODOLÓXICAS (ALÉN DAS CIFRAS)
Manuel Castro Bouzas
- 144 ————— **PÓSTER** / AVALIACIÓN NEUROPSICOLÓXICA NO CADASIL: A PROPÓSITO
DUN CASO – Zoraida González Cornide + Emma Pérez Arbide + María
Salomé Botana Martínez + Francisco Javier Sardiña Agra

AVARICIA

SUMARIO

CASTELÁN

PRESENTACIÓN

M^a Gabriela Domínguez Martínez

Directora do Consello de Redacción

Psicóloga Clínica.

Práctica privada en Pontevedra

gabriela.dominguezmartinez@gmail.com

Foto: Namakuki

“Vemos un pecado capital en cada esquina, en cada casa e tolerámolo. Tolerámolo porque é común. É trivial. Tolerámolo mañá, tarde e noite”
(Seven, David Fincher)

Non era a primeira vez que xurdía no equipo a idea de usar os pecados capitais como fio condutor de artigos con variadas temáticas. Por algún motivo, primeiro tivo que saír á luz o número de *Segredos* e quizais, ante a revelación, permitímonos pecar.

Os pecados capitais (ou paixóns da alma) seguen tan vivos como sempre, habitan entre nós, mergullámonos neles, pecamos por exceso ou por defecto, cada día. Pode que o concepto de pecado non estea moi vixente na sociedade actual, pero sérvenos de punto de partida para reflexionar a fondo sobre a condición humana a través dos sete capitais (os xeradores doutros vicios e pecados). A soberbia, a avaricia, a luxuria, a ira, a gula, a envexa e a preguiza son a carta de presentación dos diferentes artigos.

E nós non resistimos caer na tentación e pecamos; pecamos coa *Avaricia* do saber, pero non co afán de posuír o saber para atesouralo e non compartilo, senón para espallalo e invitar á reflexión de todo aquel que o desexe. Pero pecado e virtude aparecen parellas neste caso, nós pecamos coa *avaricia* e as/os articulistas foron virtuosas/os a través da súa *xenerosidade* compartindo os seus coñecementos con acerto e mestría.

E da avaricia pasamos á *Envexa*. Pero considerándoa non como un pecado calquera, senón como o pecado do noso tempo, como nos explica o psicólogo Marino Pérez-Álvarez, idea que vai desenvolvendo con gran tino e claridade ao longo do artigo; conectando as dinámicas do desexo e a comparación como sustentos da envexa, dinámicas que están na base da sociedade de consumo e que se reflicten nas redes sociais.

A *Gula* corre da conta de Irene Martínez, psicóloga clínica, co seu artigo sobre Oralidade e pecado; no que explica de forma clara e completa conceptos fundamentais para adentrarse

nos comportamentos de carácter oral no adulto e que invita a reflexionar sobre a problemática que isto pode entrañar e a idoneidade (ou non) das propostas terapéuticas. Poderíamos falar dunha clínica oral ou de personalidades orais?

A psicóloga sanitaria Victoria Canosa, dende a súa experiencia profesional como terapeuta do programa Abramsos o Círculo do COPG, continúa este pecaminoso percorrido coa *Ira*. Neste caso trata de desterrar a mala fama da ira, amosándoa como una emoción básica e adaptativa que nos transmite información valiosa a considerar, facendo fincapé na importancia da expresión e xestión da mesma. Continúa expoñendo acertadamente apuntes sobre o traballo da ira en terapia e a través de exemplos.

E continuamos coa *Luxuria*. Ricardo Fandiño e Vanessa Rodríguez, psicólogos membros de ASEIA (Asociación para a Saúde Emocional na Infancia e a Adolescencia), escriben sobre sexualidades e adolescencias, tomando ambos os conceptos como en continua relación e en comunicación co contexto social e histórico de cada época. Desenvolven con gran destreza a influencia da era dixital actual e dos novos modos de experimentar e vivir a sexualidade da nosa época; finalizando con algunhas ideas dende a práctica profesional con adolescentes e as súas sexualidades.

Lola Ferreiro Díaz, experta en Saúde Mental e Xénero, propón de xeito impecable a súa visión da *Soberbia* como unha construción patriarcal, invitando á reflexión sobre o valor da soberbia e da humildade nos homes e nas mulleres, sobre a culpa e a necesidade de castigo, desde a perspectiva do xénero e sobre a necesidade das psicoterapias en clave feminista para superar con resiliencia os malestares derivados do pecado e da culpa.

A *Preguiza* vén da man de Vanessa Playán e Henar de la Torre, psicólogas clínicas que con gran *dilixencia* enfocan o artigo desde o dereito e a necesidade do aburrimento, revisando as diferentes concepcións do mesmo e destacando

a relevancia do seu papel na infancia e como facilitador do desenvolvemento de calidades como a creatividade, a autonomía ou as habilidades de resolución de problemas.

É sabido que os pecados, independentemente das crenzas de cada un, xeran *Culpa*. E con ela rematamos o monográfico co apartado de ferramentas, no que Carlos Álvarez nos amosa con habilidade como a culpa forma parte da vida e é de grande utilidade dentro de procesos adaptativos e de cambio pero tamén existe a culpa patolóxica que forma parte da sintomatoloxía e o mantemento de problemas psicolóxicos. Ofrécenos formas de abordar a culpa dende diferentes perspectivas.

O anuario aberto sérvenos de expiación, coa exposición de cinco casos clínicos tan diferentes como interesantes. Sandra Cudeiro trae un caso sobre vínculo terapéutico e apego nun caso de trauma complexo; Zoraida González, María Salomé Botana, Sandra Golpe e Francisco Javier Sardiña outro sobre avaliación neuropsicolóxica no dano cerebral adquirido; Carlos Díaz, Laura Ciudad, María Jesús Cutillas e os “lobos artísticos” un interesante caso grupal; Natalia Seijo trae un caso sobre o papel do abuso nos trastornos alimentarios e; finalmente, Daniel Idoate e Marta Díaz expoñen o seu caso de transformación de espazos terapéuticos.

E, para rematar, inclúense os traballos premiados nas XXIV Xornadas da Sección de Psicoloxía e Saúde do COPG: “Prevalenza da conduta suicida no servizo de urxencias de Ferrrol: achegas metodolóxicas (alén das cifras)” (comunicación oral) e “Avaliación neuropsicolóxica no CADASIL: á mantenta dun caso” (comunicación escrita-póster).

Novamente, agradecer e darlle os parabéns ás miñas compañeiras e compañeiro de equipo pola súa implicación, traballo e compromiso. Así como ás/aos autores dos artigos, que tan ben o fixeron; e ás compañeiras do COPG. Agardamos que vos quede un bo sabor de boca coa lectura!

ENVEXA

O PECADO CAPITAL DAS REDES SOCIAIS

Marino Pérez-Álvarez

*Doutor en Psicoloxía pola Universidade
Complutense de Madrid. Psicólogo
clínico e catedrático de Psicoloxía da
Personalidade, Evaluación e Tratamentos
Psicolóxicos da Universidade de Oviedo*

marino@uniovi.es

SUMARIO

CASTELÁN

RESUMO

Partindo de que a envexa non é un pecado capital máis calquera, termínase por mostrar que é o pecado capital do noso tempo. Para mostralo, conéctanse dous argumentos. Conforme o primeiro, a envexa tería a súa base no desexo e a comparación, de acordo coa teoría mimética do desexo. Conforme o segundo, o desexo e a comparación estarían particularmente fomentados na sociedade de consumo e alcanzarían a súa apoteose nas redes sociais. Os anuncios e redes sociais como Facebook e Instagram parecen inventadas para fomentar a envexa. A envexa sería a mediación causal entre un uso excesivo das redes sociais e experiencias como depresión, ansiedade e soidade. Discútense algunhas implicacións.

PALABRAS CHAVE — desexo mimético, comparación social, narcisismo das pequenas diferenzas.

ABSTRACT

Starting from the fact that envy it is not like any other sin, it ends up showing that it is the capital sin of our time. To show it, two arguments are connected. According to the first, envy would be based on desire and comparison, following the mimetic theory of desire. According to the second, desire and comparison would be particularly promoted in the consumer society and would reach their apotheosis on social networks. Ads and social networks like Facebook and Instagram seem invented to encourage envy. Envy would be the causal mediation between excessive use of social networks and experiences such as depression, anxiety and loneliness. Some implications are discussed.

KEY WORDS — mimetic desire, social comparison, narcissism of small differences.

A envexa é un dos pecados capitais, pero non un máis calquera, senón único entre eles. Para empezar, é o único pecado que non gusta de exhibirse. Sendo eminentemente social, é socialmente impresentable. Como vicio, é o único sen pracer, como non sexa un tortuoso goce co mal alleo.

Vén dos tempos bíblicos—orixe do primeiro homicidio e obxecto do décimo mandamento—, e campa nas redes sociais. Non en balde significáronse os tempos actuais como a época da envexa, xunto con outras caracterizacións como a época da ansiedade ou da depresión, seica fenómenos relacionados. Outras cualificacións máis amables, quizais inxenuas, como a época da empatía, da paixón ou da felicidade, talvez sexan intentos de compensar, se é que non encubrir, o lado escuro onde habita a envexa. Tanto máis se fala de felicidade, canto máis infelices son probablemente os tempos. Se fosen tempos felices, chegaría con vivilos sen estar constantemente proclamando a felicidade e moito menos dicíndonos como conseguila.

A envexa habita o lado escuro pero non quere dicir que estea dentro de nós, rexistrada na natureza humana, como non sexa a natureza social do ser humano. A envexa non está en realidade dentro, senón entre, aínda que cada quen agóchaa como pode. A envexa forma parte das relacións interpersoais implicando o desexo de algo que ten outro e a comparación dun con outros. Desexo e comparación, aspectos relacionais onde os haxa, son constitutivos da envexa que, con todo, hanse manter a recado. A envexa é un fenómeno social que se vive e nos desvive en privado. Como vicio, leva a súa penitencia segundo é unha paixón triste que se paga con numerosos malestares, sendo mesmo triste a súa satisfacción.

O estudo da envexa é tan desafiante cos seus paradoxos, como ineludible pola súa importancia. A importancia deriva, segundo o devandito, por ser unha característica da nosa sociedade con implicación no noso benestar, en realidade malestar. Asumindo o desafío que

implica, vou introducir a teoría mimética da envexa, coa que os psicólogos quizá non están moi familiarizados—segundo predomina a típica teoría banduriana da imitación—, polo que tamén pode ser interesante a súa introdución. Sobre este fondo retomarei a envexa nas redes sociais. Con todo, antes vou ofrecer unha definición estándar da envexa e a súa relación con outros sentimentos relacionados.

1 — ENVEXA, CELOS, RESENTIMENTO, ALEGRÍA POLO MAL ALLEO E TRISTEZA POLO ÉXITO DOUTROS

A envexa é un sentimento doloroso por verse un inferior a outra persoa coa que se compara. Adóitase distinguir unha envexa benigna consistente no anhelo de mellorar e emular á persoa envexada, dunha envexa maliciosa na que un sente mal e alberga pensamentos e intencións hostís contra outros (Lange et al., 2018). A envexa garda parecidos e está relacionada con outros sentimentos como os celos, o resentimento, o goce co mal alleo (*schandenfreude*) e a tristeza polo éxito doutros (*gluckschmerz*).

Os celos supoñen tamén un sentimento doloroso debido neste caso á ameaza de perder a persoa amada suposta a existencia de alguén que a pretende e a quen lle corresponde ou parece facelo. Os celos teñen unha estrutura triangular: suxeito celoso, persoa amada da que se teñen celos e pretendente ou rival. A envexa tamén ten unha estrutura triangular similar, segundo destacarei despois. Tanto na envexa como nos celos está implicado o desexo dunha forma triangular. A diferenza está en que o desexo na envexa é de ter o que non se ten e nos celos o desexo é de non perder o que se ten. O desexo nos celos está avivado pola ameaza

que supón o desexo do rival polo obxecto (a persoa amada) que un teme perder. O medo de perder algo xúntase aquí co odio ao rival e, en todo caso, a envexa odiosa se a persoa amada lle corresponde ou parece facelo. Non sería a primeira vez que os celos son provocados pola propia persoa da que un se cela, a fin de reavivar o desexo en tanto a persoa amada é obxecto do desexo doutro ou outros. As novelas *O curioso impertinente* intercalada no *Quixote* e *O eterno marido de Dostoievski* son construcións literarias xeniais deste desexo triangular.

O resentimento é un desexo reprimido sen poder nin sequera expresar o descontento nin moito menos loitar polo seu alcance, ao extremo mesmo de (ter que) mostrar a satisfacción coa situación na que se está. O resentimento é un sentimento retido e así reduplicado que termina por intoxicar a un. Unha das súas formas pode derivar da experiencia de envexa prologada que foi exacerbando o propio sentimento de inferioridade e impotencia. Pódese entender que o resentimento dea lugar a rancor, desquite e vinganza. De acordo con Nietzsche, o resentimento é a moral dos débiles, propensa á vinganza. Pola súa banda, Max Scheler, na súa obra *O resentimento na moral* de 1912, explica como o resentimento deriva do desexo de bens que en principio un podería alcanzar como os outros que xa os teñen, pero que de feito non temos oportunidade de conseguilos. Este sentimento de incapacidade termina por envelenar a alma, como di. Memorable é tamén o estudo de Gregorio Marañón do resentimento do emperador romano Tiberio na súa obra *Tiberio, historia dun resentimento* de 1939. O resentimento, un tiberio.

Schadenfreude é unha palabra alemá que xa se internacionalizou para referirse á dita pola desdita allea (Smith, 2016). Sendo un dos lados máis escuros do ser humano, o goce co mal alleo non deixa de ser ostensible por máis que ninguén faga ostentación deste goce, a xulgar polo interese que suscita a caída en desgraza de famosos e a cantidade de revistas de quiosco especializadas e programas de TV que o

alimentan. Aparte estaría o goce pola desgraza de quen cada un saberá. Por este interese público e a crecente propagación do termo *schadenfreude* no últimos trinta anos, o psicólogo estadounidense Richard Smith pregúntase se estamos na era da *schadenfreude* (Smith, 2016, p. 21), cuxa pregunta non deixa de ter a súa propia confirmación. Smith analiza o caso Salieri respecto de Mozart, mostrando como a envexa de Salieri se transmuta en satisfacción ao ver o desfalecemento de Mozart (p. 248). A experiencia de tristeza polo éxito alleo, en particular de quen estimo que non o merece, tamén se di cunha única palabra en alemán que se está impondo na literatura: *gluckschmerz* (Smith e Van Dijk, 2018). Mentres que a alegría polo mal alleo supón para quen se alegra a restitución dun equilibrio que estima máis xusto, a tristeza polo éxito doutro supón para quen se entristece un desequilibrio no que consideraba era máis xusto (Van den Ven, 2018).

2— ESTRUCTURA TRIANGULAR DA ENVEXA

A envexa implica o desexo e o desexo ten unha estrutura triangular. O desexo e, para o caso, a envexa, non están provocados directamente polo obxecto nin saen do suxeito, tipo estímulo-resposta, input-output ou algo así como se consistisen meramente nunha relación binaria lineal. Tanto o obxecto desexado (persoa ou cousa), como o desexo do individuo están mediados polo desexo doutros que sería o que fai que algo ou alguén sexan desexables e susciten ou aviven os nosos propios desexos. No desexo, así como tamén na envexa, hai tres lados: suxeito que desexa, obxecto desexado e mediación a través do desexo doutros.

A envexa tería pois unha estrutura triangular, non meramente dual, lineal suxeito-obxecto ou do desexo dun ao obxecto doutro, se-

nón que o propio desexo dun está mediado polo desexo do outro, que fai precisamente desexable o obxecto. Os obxectos do desexo sono en tanto desexables por outro, en concreto, ou polos demais en xeral. Esta estrutura triangular do desexo, coñecida como teoría mimética, foi desenvolvida polo antropólogo, filósofo e historiador da literatura francesa René Girard. Con base na literatura, empezando polo *Quixote*, Girard elabora a teoría mimética como principio antropológico. Atopa no *Quixote* a estrutura máis clara e influente na literatura desta teoría, particularmente condensada na historia intercalada do *Curioso Impertinente*, cuxa curiosidade por probar a fidelidade da súa esposa pon en xogo a estrutura mimética do desexo (Girard, 1985; Pérez-Álvarez, 2005). Girard mostra tamén como as obras de Shakespeare responden a esta estrutura triangular da envexa (Girard, 1995). A literatura pode ser máis densa que a historia e a psicoloxía mesma en mostrar os fenómenos debido a que non fica nos feitos que ocorren, senón que conta os que poderían ocorrer. Por iso Aristóteles consideraba a poética máis elevada que a historia, porque aquela di o xeral, mentres que esta queda no particular.

A propaganda e o consumo responden a esta estrutura mimética. De acordo con esta estrutura, o consumidor está guiado máis polo desexable que é o obxecto para outros, que polo obxecto mesmo, do que se encarga de mostrarnos a propaganda. Os anuncios veñen ser máquinas para a xeración de desexos e, para o caso, de envexa. Esta maquinaria mimética dos anuncios non é algo clandestino ou revirado, senón a súa propia lóxica, se non fóra que aquí non hai en realidade nada lóxico, senón que todo é psicológico; por dicilo ao xeito de Nietzsche, *humano, demasiado humano*.

Xa non é sostible esa concepción do pobre Homo Sapiens con todos os seus vicios, como o foncho *Homo Economicus*, autónomo, racional, que toma decisións de por si, dotado dunha axencia central que calcula pros e contras antes de decidir os máis conveniente. Fronte

a esta concepción racionalista da economía tradicional e da psicoloxía cognitiva (non así da nova economía condutual; véxase Thaler, 2018) os humanos curiosamente, temos desexos e vivimos nun medio social entre continuas e mutuas influencias xa desde antes da pandemia dos *influencers* do momento. O desexo, por máis noso que nos pareza, emanado de nosa máis xenuína intimidade, vén de fóra, é social, mimético. Lonxe de ser espontáneo, auto-ori-xinario, natural, o desexo vén dos obxectos en tanto desexables, o que tampouco quere dicir que os desexos sexan gratuítos ou estúpidos, carentes de sentido e razón. O corazón tamén ten as súas razóns. O caso é que o desexo supón unha apropiación do desexo-de-outros sen sequera ter unha conciencia clara deste proceso mimético, polo que os desexos parécenos propios dun, naturais e espontáneos.

Esta suposta naturalidade non ocorre máis que nas malas novelas, onde o desexo parece brotar espontaneamente (“mentira romántica”), a diferenza da boa literatura (“verdade novelesca”), onde o desexo ten a mediación dalgún modelo sequera fose imaxinario, como mostra Girard na súa esclarecedora xa citada obra, non en balde titulada *Mentira romántica e verdade novelesca* (Girard, 1985). Por suposto, hai desexos que os suscita o obxecto directamente, como o queixo ou a bota de viño para Sancho Panza, pero o seu desexo de ser gobernador non lle veu espontaneamente senón a través de don Quixote quen, á súa vez, namorouse, como di, “de oídas”, a través dos libros de cabalerías, do mesmo xeito que Madame Bovary (a muller quixote) faríao mediante as novelas de amor (Girard, 1985). Cantos non se namoran do amor máis que da persoa real, como se sabe desde San Agustín a Stendhal.

Importa ter presente para unha mellor comprensión da envexa este aspecto desexante e mimético do ser humano (fronte ao racionalista desencarnado), e ver como estes aspectos organizan (e desorganizan) a vida cotiá a través dos anuncios e o consumo. A literatura, xa antes da época dos anuncios, móstranos a

través da estrutura triangular do desexo mimético como funciona a sociedade. Sobre este transfondo percíbese mellor que sen el a natureza social da envexa, non se fose a pensar que sae de dentro de non se sabe onde ou estivese rexistrada nos xenes ou nalgún circuito neuronal segundo tópicos á moda. A cuestión é como a envexa estrutura (e desestructura) a nosa vida, así no mundo como no ultramundo das redes sociais.

Dentro da súa estrutura triangular (suxeito, mediación, obxecto), a dinámica do desexo como base da envexa (xunto coa comparación) ten a súa particularidade na sociedade actual caracterizada polo consumo de masas, a igualdade democrática e as redes sociais. Refírese ao desexo sempre insatisfeito e á continua comparación social.

3—

DESEYO E COMPARACIÓN, ESA É A CUESTIÓN

Como se sabe desde Platón a Lacan, o desexo é insaciable de acordo á súa dinámica inherente, segundo a cal se desexa o que non se ten. Esta satisfacción, no mellor dos casos, resitúa a un sobre un novo horizonte de carencia-desexo-satisfacción sempre desprazándose cara adiante. A sociedade do consumo ten a súa base na explotación desta dinámica. Se o consumidor, nótese o termo, estivese satisfeito co que ten namentres a roupa non se desgaste, os utensilios sigan funcionando e o tempo libre estivese realmente libre da necesidade de “saír pitando” a algún sitio (segundo a humanidade parece caer en “clase turista”), a sociedade non funcionaría. O retraemento do consumo supón unha crise e volver consumir é case un deber e unha forma de solidariedade. A sociedade do consumo, por máis que chamada do

benestar, funciona en realidade sobre a lóxica da in-satisfacción.

O propio termo consumidor delata o porqué desta insatisfacción, porque é un sumidoiro ou un tonel furado, de acordo coa imaxe de Platón, tal que segundo botas auga, sómese. Estas imaxes lembran o título e o libro *El consumo me consume* do sociólogo chileno Julián Moulian. A apoteose do consumo é o pracer mesmo de consumir, cando se goza máis do desexo de ir de compras que dos bens comprados, cuxa felicidade seica dura uns cantos escaparates. Cando o desexo se goza máis que o obxecto-do-desexo estamos nunha dinámica de drogadicción, onde a ansia e os preparativos satisfán tanto máis que a substancia consumida, que deixa a un como o deixa.

Con todo, o que empeora o desexo é a envexa que incorpora, en tanto o desexo dun está inducido polo desexo dos outros (desexo mimético), do que se encarga a propaganda a través da comparación. Dentro da envexa inmanente, ao desexo mimético requírense matizacións, empezando pola distinción xa introducida entre envexa benigna e maliciosa (Lange et al., 2018). A envexa benigna, dentro de ser envexa, tería unha función positiva en tanto promove a ambición e a superación dun poñendo os esforzos e medidas necesarias en orde a alcanzar e aínda exceder os bens ou calidades que se envexan e admiran noutros. A envexa tamén pode ter funcións positivas para o conxunto da sociedade, de acordo co sociólogo austro-xermano Helmut Schoeck, na medida en que empuxa os individuos para ter o que teñen os demais e á vez a contrarrestar as desigualdades (Schoeck, 1999). Con todo, de acordo neste caso coa filósofa italiana Elena Pulcini, esta función de cohesión é difícil de ver na época actual do individualismo sen os temores da envexa que había nas sociedades tradicionais (Pulcini, 2017, p. 161-2).

É interesante lembrar a etimoloxía e o papel regulador da envexa nas sociedades tradicio-

nais. A palabra “envexa” deriva de “in-vi-dere”, en principio “poñer a mirada nalgo” ou “mirar dentro” e, despois, mirar mal, con mala intención e, de aí, o mal de ollo. Nas sociedades tradicionais supoñíase que as persoas desfavorecidas (con taras físicas, pobreza) poderían ter envexa, desexar mal, botar mal de ollo e así producir danos nas persoas máis favorecidas, as cales se coidaban de facer ostentación e ao contrario, procuraban mostrarse humildes e axudar aos desfavorecidos. Aínda hoxe nas vilas de Asturias e Galicia, a xente adoita responder á pregunta “que tal?” cun “polo momento ben”. Révelase aquí unha sabedoría digna de Solón, un dos sete sabios de Grecia, sabedor de que a vida se pode torcer en calquera momento, de modo que ninguén debe ser declarado feliz ata despois de morto. Así, o mal de ollo e para o caso a envexa, cumprían unha función de regulación social na comunidade (Pérez-Álvarez, 1993). Distinto é na sociedade de hoxe en día onde a xente gusta de producir envexa (a risco da alegría polo mal alleo se cae en desgraza), de modo que, se non parece e di que é feliz respondendo “xenial” á pregunta “que tal?”, parecería un fracasado.

Inherente ao desexo mimético é a comparación social que implica, destacable por si mesma. A comparación dun cos demais é certamente inherente á condición social do ser humano, un fenómeno ubicuo que permite aos individuos situarse e valorarse a si mesmos en relación cos outros, valorar os demais e moverse no mundo social. O psicólogo estadounidense Leon Festinger, máis coñecido quizá pola teoría da disonancia cognitiva, viu na comparación un impulso básico. Como di: “Os procesos de influencia social e algúns tipos de conduta competitiva son manifestacións do mesmo proceso sociopsicológico e poden verse de maneira idéntica nun nivel conceptual. Ambos os dous derivan directamente do impulso de autoavaliación e a necesidade de que dita avaliación se base na comparación con outras persoas.” (Festinger, 1954, p. 138). Aín-

da cando a concepción de Festinger estea influída pola propia sociedade norteamericana, a sociedade actual é herdeira daquela.

4—

NARCISISMO DAS PEQUENAS DIFERENZAS

A este respecto, a sociedade do noso tempo parece estar xa no máis alto do impulso da comparación, difícil de imaxinar como podería ir a máis, segundo conta con condicións e medios como nunca. As condicións veñen dadas pola propia sociedade democrática igualitaria (se todos somos iguais, por que outros teñen cousas que eu non teño) e a estrutura psicolóxica dos individuos, cada un “especial”, quizá xa educado baixo o slogan “son especial”, coa súa autoestima alta ou baixa, sen que falten egos inflados e empoderamentos sen poder real. Xa medir a autoestima indica que estamos nunha sociedade individualista que subxectiviza os problemas e as solucións, como se fosen cousa de como te valoras a ti mesmo. O certo é que o movemento da autoestima resultou máis que nada pernicioso (Baumeister et al., 2003; Bushman et al., 2009). Entre as súas consecuencias está a exacerbación do narcisismo, alimentado hoxe a base de *selfies* e “gústames”.

Os medios para a comparación, sen igual na historia, non son outros que a tecnoloxía dixital na base das redes sociais. As redes sociais xa forman parte dun ultramundo intercalado co mundo, segundo a expresión do filósofo e escritor italiano Alessandro Baricco no seu libro *The Game*. Baricco mostra na cartografía que fai deste novo mundo que el chama ultramundo, como se construíu a imaxe e semellanza dos videoxogos cos que se criaron os seus inventores: o xogo que agora é todo un sistema de produción infinita de experiencias. Se un Festinger de hoxe deseñase unha tec-

noloxía para a comparación social, esta coincidiría con Facebook e Instagram, ao alcance de calquera en todo momento e lugar. Trátase da mesma tecnoloxía que, inherentemente ás súas prestacións, supón o narcisismo e a enveja e así, os vaivéns da autoestima, a depresión, a ansiedade e a soidade.

Téñense aquí as condicións sociais e psicolóxicas, así como os medios tecnolóxicos, para unha sorte de “narcisismo das pequenas diferenzas” que, segundo a xenial expresión de Freud, leva á hostilidade na relacións humanas. Freud estaba a falar do “tabú da virxindade” nas sociedades primitivas, en discusión con antropólogos nun traballo homónimo de 1917, pero establece un principio xeral que nin pintado para o mundo actual co seu ultramundo das redes sociais. En concreto, isto é o que di Freud en *El tabú de la virginidad*: “Sería moi atractivo proseguir o desenvolvemento desta idea e derivar deste ‘narcisismo das pequenas diferenzas’ a hostilidade que en todas as relacións humanas vemos sobrepoñerse aos sentimentos de confraternidade, derrocando o precepto xeral de amar o noso próximo como a nós mesmos.”

As diferenzas nunha sociedade igualitaria e, en particular, as diferenzas entre iguais exhibidas nas redes sociais, préstanse a unha comparación que propicia tanto envexas benignas como maliciosas, sen que falten resentimentos, alegrías polo mal alleo e tristezas polo éxito doutros. Como dixo algunha vez Bertrand Russell: “Os esmoleiros non envexan os milloñarios, aínda que, por suposto, envexarán outros esmoleiros que teñen máis éxito”. Nin que dicir ten que non todo se reduce a isto. Pero aquí non estamos a celebrar aniversarios, senón falando de pecados capitais da sociedade e dos individuos. Vale dicir, o “lado escuro”, pero este lado está entretecido cos mesmos fíos que, segundo a imaxe da alfombra de Schopenhauer, tecen tamén a súa cara máis vistosa e amable.



Foto: Nika Akin

5 — COMO SER FELIZ SE OS DEMAIS SON PERFECTOS

Considérense as auto-presentacións, a miúdo exhibicións, que se adoitan facer en Facebook e Instagram (sen ser as únicas plataformas a este respecto). Presentacións seleccionadas e reto-cadas, espontáneas só en aparencia, ofrecendo a mellor imaxe e dando a impresión de auto-satisfacción e felicidade. Considérense agora a quen esculca e seguen os que se exhiben dese xeito. Poden ver o perfectos e felices que son os demais. E ti estás como estás. Pero ti tamén podes seleccionar as mellores imaxes, momentos e experiencias e expoñelas e así poñelas a “pes-car” visitas, seguidores e “gústames”, como se mide o impacto de quen sexa; a súa influencia. E ti estás como estás. Segues vendo que poñen os demais, que fan, onde están, e cantos “me gustas” recibes. Segues poñendo cousas, ven-do e medindo. Ves como aparecen sen parar *influencers* e *celebrities* e o mundo está poboado de *bloggers* e *youtubers*. Tes aquí unha xanela ao mundo da que facilmente sacas a impresión de que os demais teñen unha vida perfecta e son felices. E ademais, que é doado, con tal de que sexas ti mesmo, sexas positivo, xestiónes os teus pensamentos e emocións, te centres no momento, saques partido dos fracasos e vexas oportunidades nos contratempos. Tales son os mantras. E ti estás como estás.

Neste contexto, como ser feliz cando os de-mais parecen perfectos, é a cuestión en tem-pos da envexa, segundo o titular da xornalista independente Moya Sarnier en *The Guardian* (Sarnier, 2018). Instagram supoñíase que era amigable, pero remata por facer miserable á xente, de acordo con outra reportaxe do mes-mo xornal (Hern, 2018). Polo que parece, a vida nas redes sociais é triste. E así se mostra en cantidade de estudos. Todo sexa dito, sen menoscabo das prestacións das plataformas das redes sociais; pero aquí estamos a falar dos pecados. A cuestión é tamén que os malestares

asociados ao uso das redes sociais (ansiedade, baixa autoestima, depresión, envexa, medo de perder algo, soidade), teñen que ver coa com-paración e máis especificamente coa envexa. A envexa non é unha consecuencia máis, alie-nable alfabeticamente xunto con outras, senón que tería un papel mediador causal (Alfasi, 2019; Appel et al., 2015; Burnell et al., 2019; De Vries et al., 2018; Jin et al., 2019; Krasnova et al., 2013; Li, 2019; Reer et al., 2019).

Dentro deste papel mediador da envexa, po-deríase dicir causal, especificanse diversos as-pectos dunha relación en todo caso complexa, non lineal. Así, expónse a bidireccionalidade entre depresión e envexa (Appel et al., 2015) e en que medida se realimentan. Habería que distinguir entre “grandes comparadores” e quen non se enganchan na comparación. Mentres que para aqueles a visión de perfís atractivos en Instagram lles rouba “a alegría”, a estes a comparación máis ben parece con-taxiarlles alegría (De Vries et al., 2018). Ten-se visto que o que máis se envexa nas redes non son tanto as cousas que posúen os demais, como as experiencias que contan de eventos (vacacións, viaxes) e o ben que están e senten (Lin et al., 2018). Ideas para quen queira susci-tar envexa. Os famosos xurdidos das platafor-mas dixitais (*Instafamous*) son xa máis influentes que os famosos tradicionais, Olivia Palermo máis que Eva Longoria (Jin et al., 2019). Os pares poden ser tanto ou máis influentes que os *influencers* do momento, lembrando o dito de Russell sobre os esmoleiros. Perfís de compa-ñeiras atractivas diminúen a satisfacción coa propia imaxe corporal de seguidoras menos populares (Hogue e Mills, 2019). Por outra banda, a presentación de perfís máis autónticos está relacionada con máis satisfacción e afecto positivo que os inauténticos (Orben, 2020). Ao final, a túa propia imaxe idealizada vólvese contra a túa autoestima.

Pódense e débense introducir as especifica-cións e matizacións que sexan, pero unha cou-sa parece estar clara: a envexa campa na redes sociais. Unha paixón triste florece en tempos

da felicidade. En definitiva, a envexa parece ser o pecado capital das redes sociais. Os outros pecados, aínda tendo vida propia, ou ben non son tan capitais como a envexa ou maiormente están na súa órbita. Así, a soberbia xa está dalgunha maneira nesa imaxe idealizada, envexable como a miúdo se presenta a xente nas redes. A ira resulta a miúdo da envexa transformada en resentimento, hostilidade e odio. A preguiza ten unha versión na acedia e a depresión que poden resultar da envexa, é dicir, da experiencia da propia impotencia diante de obxectos do desexo demasiado afastados para un e que, con todo, outros parecen ter sen maior dificultade. A avaricia está no acaparamento de “gústames” e “seguidores”, que sempre son poucos e ata se compran. A gula adoita levar a súa propia penitencia na envexa da imaxe corporal doutros, que ademais se encargan de exhibir coa súa soberbia. Quizá a luxuria ten máis vida propia, pero tamén depende do desexo de maneira que reaparece a envexa dos obxectos desexables por outros, a pouco que un se prece de ser luxurioso.

6 —

CONCLUSIÓN ABERTAS

Destaquei o desexo e a comparación como aspectos constitutivos do ser humano inherentes á súa condición social, unha de cuxas derivacións sería a envexa. Desta maneira a envexa sitúase na natureza social do ser humano, como algo humano, moi humano. Dentro disto sinaléi que as sociedades igualitarias e democráticas, e por máis datos a sociedade de consumo e do benestar, son tanto máis que outras, propiciadoras da envexa. Alguén podería pensar que a igualdade e o benestar irían desterrando a envexa, pero isto soamente o podería pensar alguén anxelical. O certo é que non só non é así, senón que estas sociedades fomentan a envexa máis, se é posible E é debido á propia dinámica do desexo e a compa-

ración. Unha dinámica que está precisamente na base da sociedade de consumo, explotada polos anuncios e a miúdo con enxeño. Sociedades igualitarias democráticas como as que queremos promovén en realidade o narcisismo das pequenas diferenzas que, de acordo con Freud, doadamente termina por sobrepoñerse aos sentimentos de confraternidade.

Ninguén nin nada ata o de agora puido cos pecados e non porque non o tentasen. Se fose doado, xa seríamos perfectos na vida real. Tampouco a psicoloxía podería salvarnos se o propuxese. Seica do que a psicoloxía podería salvarnos (se non fose xa irónico dicilo), sería da propia psicoloxía na que ás veces os profesionais ofrecen ao mesmo nivel dos *influencers* de moda, tipo: ser positivo, optimista, xestionar as túas emocións, ser ti mesmo, reinventarte, centrarte no momento. No canto diso, quizá sexa máis propia dunha ciencia humana poñer de relevo verdades por máis que fosen incómodas, no canto do afago barato e compracente. Se o desexo é como é, quizais haxa que clarificar valores de cando en vez e no canto do presentismo mirar máis alá do momento. Sempre comparando? Que hai da túa vida? Necesitas dar unha imaxe falsamente perfecta e feliz? Quen necesita máis a quen, os *influencers* ou os seguidores? Quen é máis menesterozo? Necesitas máis seguidores?, a boa noticia é que os podes mercar como fan moitos. Non te decatades de que é un xogo tramposo?

Xa que a envexa habita entre nós, e con todo é impresentable, presentala como a paixón triste que é, tal vez sirva para moderar e modular os roles de envexado e envexoso que se alternan nas redes sociais, así como tamén na vida real. Xa non é de esperar o retorno do mal de ollo, pero tampouco sería para estar moi ledo se a xente te mira e che desexa mal. A continxencia da vida, coa roda da fortuna dando voltas, sitúanos no devir das cousas, non nunha plataforma que, por dixital que sexa, nos exime da vida real. Unha maior conciencia dos xogos e lumes da envexa podería servir para non quedar entrampado polo menos nas súas versións

máis malignas. A envexa ten as súas razóns, pero non escusa de razoar.



Referencias bibliográficas

Alfasi, Y. (2019). The grass is always greener on my Friends' profiles: The effect of Facebook social comparison on state self-esteem and depression. *Personality and Individual Differences*, 147, 111-117. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2019.04.032>

Appel, H., Crusius, J. e Gerlach, A. L. (2015). Social comparison, envy, and depression on Facebook: A study looking at the effects of high comparison standards on depressed individuals. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 34, 277-289.

Baumeister, R. F., Campbell, J. D., Krueger, J. I. e Vohs, K. D. (2003). Does high self-esteem cause better performance interpersonal success, happiness, or healthier lifestyles? *Psychological Science in the Public Interest*, 4, 1-44. doi: 10.1111/1529-1006.01431

Bushman, B. J., Baumeister, R. F., Thomaes, S., Ryu, E., Begeer, S. e West, S. G. (2009). Looking again, and harder, for a link between low self-esteem and aggression. *Journal of Personality*, 77(2), 427-446. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2008.00553.x>

Burnell, K., George, M. J., Vollet, J. W., Ehrenreich, S. E. e Underwood, M. K. (2019). Passive social networking site use and well-being: The mediating roles of social comparison and the fear of missing out. *Cyberpsychology: Journal of Psychosocial Research on Cyberspace*, 13(3). <https://doi.org/10.5817/CP2019-3-5>

De Vries, D. A., Möller, A. M., Wieringa, M. S., Eigenraam, A. W. e Hamelink, K. (2018). Social comparison as the thief of joy: Emotional consequences of viewing strangers' Instagram posts. *Media Psychology*, 21(2), 222-245. <https://doi.org/10.1080/15213269.2016.1267647>

Fenstiger, L. (1954). A theory of social comparison processes. *Human Relations*, 7 (2): 117-140.

Girard, R. (1985). *Mentira romántica y verdad novelesca*. Editorial Anagrama.

Girard, R. (1995). *Shakespeare: los fuegos de la envidia*. Editorial Anagrama.

Hern, A. (2018). Instagram is supposed to be friendly. So why is it making people so miserable? *The Guardian*, <https://www.theguardian.com/technology/2018/sep/17/instagram-is-supposed-to-be-friendly-so-why-is-it-making-people-so-miserable>

Hogue, J. V. e Mills, J. S. (2019). The effects of active social media engagement with peers on body image in young women, *Body Image*, 1-5. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2018.11.002>

Jin, S. V., Muqaddam, A. e Ryu, E. (2019). Instafamous and social media influencer marketing. *Marketing Intelligence & Planning*, <https://doi.org/10.1108/MIP-09-2018-0375>

Krasnova, H., Wenninger, H., Widjaja, T. e Bruxmann, P (2013, February). Envy on Facebook: A hidden threat to users' life satisfaction? Paper presented at the 11th International Conference (Wirtschaftsinformatik), Leipzig, Germany. <https://doi.org/10.7892/boris.47080> (accedido 22/4/2020)

Lange, J., Weidman, A. C. e Crusius, J. (2018). The painful duality of envy: Evidence for an integrative theory and a meta-analysis on the relation of envy and schadenfreude. *Journal of Personality and Social Psychology*, *114*(4), 572–598. <https://doi.org/10.1037/pspi0000118>

Li, Y. (2019). Upward social comparison and depression in social network settings: The roles of envy and self-efficacy. *Internet Research*, *29*, 46-59. <https://doi.org/10.1108/IntR-09-2017-0358>

Lin, R., Van de Ven, N. e Utz, S. (2018). What triggers envy on Social Network Sites? A comparison between shared experiential and material purchases. *Computers in human behavior*, *85*, 271–281. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2018.03.049>

Orben, A. (2020). Teenagers, screens and social media: a narrative review of reviews and key studies. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *55*, 407–414. <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01825-4>

Pérez-Álvarez, M. (1993). El mal de ojo. En M. Pérez-Álvarez, ed., *La superstición en la ciudad* (pp. 33-69). Siglo XXI.

Pérez-Álvarez, M. (2005). Psicología del Quijote. *Psicothema*, *17*, 303-310.

Pulcini, E. (2017). *La envidia. Pasión triste*. Antonio Machado Libros.

Reer, F., Tang, W. Y. e Quandt, T. (2019). Psychosocial well-being and social media engagement: The mediating roles of social comparison orientation and fear of missing out. *New Media & Society*, *21*(7), 1486–1505. <https://doi.org/10.1177/1461444818823719>

Sarner, M. (2018). The age of envy: how to be happy when everyone else's life looks perfect Moya Sarner. *The Guardian*, <https://www.theguardian.com/lifeandstyle/2018/oct/09/age-envy-be-happy-everyone-else-perfect-social-media>

Schoeck, H. (1999). *La envidia y la sociedad*. Unión Editorial.

Smith, R. H. (2016). *Schadenfreude. La dicha por el mal ajeno*. Alianza Editorial.

Smith, R. H. e Van Dijk, W. (2018). Schadenfreude and gluckschmerz. *Emotion Review*, *10* (4), 293–304.

Thaler, R. H. (2018). *Todo lo que he aprendido con la psicología económica*. Deusto.

Van de Ven, N. (2018). Schadenfreude and Gluckschmerz Are Emotional Signals of (Im)Balance. *Emotion Review*, *10*(4), 305–306. <https://doi.org/10.1177/175407391876888>

GUULA

ORALIDADE E PECADO

Irene Martínez Montero

Psicóloga Clínica

Área Sanitaria de Santiago de
Compostela e Barbanza

irene.martinez.montero@sergas.es

SUMARIO

CASTELÁN

RESUMO

As condutas relacionadas co oral remítennos a unha etapa do desenvolvemento caracterizada pola dependencia fisiolóxica e emocional, pola indiferenciación do neno respecto a o seu exterior e pola vivencia fragmentada das sensacións. Os recursos para acceder ás fontes de satisfacción e para tramitar o sufrimento son precarios durante este primeiro ano de vida e inclúen a incorporación dos obxectos de maneira oral. Estes comportamentos inscríbense no preverbal.

Etiquetar estas condutas no adulto, cando son extremas (por exemplo, atacaduras, abusos de substancias, vómitos, inanición etc.), como un “pecado” (contra Deus ou contra a Saúde) sen analizar a súa orixe nin significación, leva a propoñer tratamentos centrados exclusivamente na eliminación a través do control. En cambio, interrogarse arredor da orixe do sufrimento e da posición que o suxeito adopta, favorece o desenvolvemento de vías alternativas e máis maduras para o manexo das dificultades e conflitos vitais, ao introducir a palabra e a relación terapéutica como parte do tratamento.

PALABRAS CHAVE — desenvolvemento psicosexual, etapa oral, autoerotismo, psicopatoloxía con perspectiva evolutiva

ABSTRACT

Oral-related behaviours refer us to a stage of development characterized by physiological and emotional dependence, by the child's undifferentiation with respect to his exterior and by the fragmented experience of sensations. The resources to access sources of satisfactions and to deal with suffering are precarious during the first year of life and include the incorporation of objects orally. These behaviours are inscribed in the preverbal.

Labelling these behaviours in adults, when they are extreme (eg. binge eating, substance abuse, vomiting, starvation, etc.) as a “sin” (against God or against Health) without analysing their origin or significance, leads to proposing treatments focused exclusively on elimination through control. Instead, questioning about the origin of suffering and the position that the subject adopts, favours the development of alternative and more mature ways of managing life difficulties and conflicts, by introducing the word and therapeutic relationship as part of the treatment.

KEY WORDS — psychosexual development, oral stage, autoeroticism, psychopathology with a developmental perspective

Falar de *oralidade* remítenos necesariamente á concepción freudiana do desenvolvemento psicosexual, ao ser un termo que non imos atopar noutro modelo psicolóxico nin psicoterapéutico. O *pecado* introdúcenos no terreo da relixión en toda a súa dimensión cultural. Isto obríganos a empezar precisando aquilo ao que nos imos a referir neste artigo. Trátase de definir conceptos, pero, sobre todo, de mostrar a súa vertente psicolóxica buscando incitar á reflexión acerca da comprensión que temos sobre esta problemática e sobre a idoneidade das propostas terapéuticas predominantes.

1 — PECADO

O *pecado* está referido sempre a un outro, ao outro da lei, neste caso lei divina ou relixiosa. Este outro-Deus (en realidade, a Igrexa) determina o que é correcto e xusto e a súa transgresión constitúe o pecado. O pecado é, por tanto, unha ofensa ou desobediencia a Deus con consecuencias para o pecador. Este perderá o privilexio do amor de Deus e condenará a súa alma ao inferno, sacrificando tamén a vida eterna. Os pecados poden ser por comisión ou por omisión e, ademais, existe unha gradación dos mesmos dando lugar a dúas categorías, os pecados leves ou veniais e os pecados graves ou mortais. O requisito para que un pecado sexa considerado mortal é que este sexa grave, se leve a cabo con pleno coñecemento e con deliberado consentimento (Catecismo da Igrexa católica, 1997).

O punto de partida na relixión católica é o pecado orixinal. Con el lémbrenos que a tentación dos primeiros humanos de querer ser “como Deus” (Catecismo da Igrexa Católica, 1997) foi castigada coa expulsión do paraíso deixando unha marca que nos acompañará no noso percorrido vital. É dicir, co relato do

pecado orixinal, lémbrenos a falta e límitase a tentación da omnipotencia.

A determinación dalgúns pecados de maneira explícita, como sucede cos pecados capitais, supón o recoñecemento dunha tendencia humana cara a eles. As persoas teríamos unha inclinación cara á comisión destes actos ante o que a Igrexa se ve na obrigación de prohibir e censurar, argumentando que nos apartan do amor a Deus. A censura do pracer revela, por tanto, o recoñecemento dunha tendencia natural cara el, precisándose desta prohibición para lograr o control social. Así é como o pracer sexual alcanzou o status de tabú.

Non é raro escoitar relatos nas nosas consultas nos que o goce, o lecer, o descanso..., son vividos con remorsos e con culpabilidade. As nosas propostas de procura de respiros ou de espazos lúdicos son rexeitadas ou transformadas en experiencias produtivas para non ter que ser censuradas por Super-eus intransixentes e voraces. Trátase de individuos presionados por cumprir cos seus deberes, case sempre vinculados ao laboral ou ao coidado doutros, que etiquetan o pracer con significantes pexorativos (vagancia, vicio, debilidade, lacazanear...). E que hai do pracer sexual? Salvo excepcións, non adoita aparecer espontaneamente na narración dos nosos pacientes, confirmándose a súa condición de tabú.

Como explicamos a forza que ten o pecado a nivel psicolóxico? Entendemos que para que isto ocorra é necesario constituír a outro como *autoridade*, é dicir, é imprescindible investir a Deus como tal. A nivel evolutivo implica o recoñecemento da existencia dun terceiro que ten o poder e a capacidade de influír no noso benestar máis básico.

Freud (1912) establece unha progresión de etapas nos primeiros anos de vida, que podemos aglutinar en tres momentos, en función da dirección que siga a libido e cal sexa a fonte da súa satisfacción. En primeiro lugar, teremos unhas etapas caracterizadas polo seu *autoerotismo*, onde o neno busca a satisfacción

no propio corpo que vive de maneira fragmentada a través do órgano (Dessal, 2005). Aquí atoparemos o estadio oral que nos ocupa. Posteriormente, desenvolverase unha etapa de *narcisismo*, ao alcanzarse a diferenciación e unificación do Eu, e a libido dirixirase cara ao propio suxeito xa como imaxe totalizadora (Cáceres, 2005; Aparicio, 2005). Finalmente, antes de alcanzar a madurez, entrarase na etapa de *relación de obxecto* na que inicialmente se produce unha fixación da libido nas figuras paternas. Esta última etapa é equiparable para Freud á era da relixión que precede socialmente á era da ciencia, na que xa o individuo, de maneira máis madura, subordinarase ao principio de realidade.

Para Freud, o narcisismo non produce lazo social e precísase da ferida narcisista (castración) para dar entrada á lei (Aparicio, 2005). A fixación ás figuras paternas (ou a Deus neste caso), que poñen condicións, normas e límites, propicia o temor para perder o seu amor se se incorre na desobediencia. Tamén a evitación do castigo e do sufrimento ou privación asociados (o inferno, neste caso) son boas razóns para o cumprimento. Sexa como sexa, debe recoñecerse un outro como portador de algo valioso e desexado que tamén ten a facultade de xerar un dano. Ten que haber amor e temor ante un outro poderoso. Isto axúdanos a entender por que cando un neno sente que non ten nada que perder nin que gañar, a lei non funciona.

En definitiva, a sociedade, a través da relixión, actuou asumindo que existen unhas tendencias naturais e propias da natureza humana que empuxan o individuo á obtención do pracer. Estas inclinacións deben ser eliminadas recorrendo a unha lei que as prohibe e as sanciona. A consecuencia psicolóxica é o desenvolvemento de mecanismos persoais que axudan ao Eu a non verse invadido por estes impulsos. A represión ou a inhibición son bos exemplos, do mesmo xeito que as formacións reactivas como o desenvolvemento do pudor, do rexeitamento ou do noxo... Deste xeito,

a interiorización das normas, permitirán o funcionamento psíquico dentro dunha orde social e o seu quebrantamento, levará á aparición do sentimento de culpabilidade e/ou vergoña, garantía da perpetuación da norma. Ademais do castigo estipulado por toda lei, a relixión impondrá a penitencia como vehículo de obtención do perdón establecéndose así o *ritual* como medio para buscar o alivio tras o sufrimento que impón a transgresión. Non custa ver o inserido deste funcionamento na dinámica particular da nosa sociedade á marxe das crenzas relixiosas particulares.

A madurez e o equilibrio emocional, alcanzados coa aceptación e a incorporación do principio de realidade, acompañados dun desenvolvemento cognitivo e moral, permitirán desenvolver a capacidade de cuestionamento e reflexión sobre a norma moral. Isto, que non é rebeldía adolescente senón pensamento crítico maduro, soamente se consegue cando se logra un nivel de independencia e seguridade que permite cuestionar ao Pai sen cambalearse. A consecuencia será o facerse cargo dun mesmo, das decisións e dos actos, cun sentido de responsabilidade tanto persoal como social.

2— ORALIDADE

O termo *oralidade* remítenos a un estadio de desenvolvemento psicosexual proposto por Freud no que a zona bucal e, por extensión, a encrucillada aereodixestiva, os órganos da fonación e os órganos do sentidos gusto, olfacto, vista e tacto, son a fonte corporal das pulsións (Bergeret, 1990). Como sabemos, é a primeira etapa do desenvolvemento proposta por Freud que se estende desde o nacemento ata pasado o primeiro ano de vida.

A pulsión é un concepto central para este enfoque do desenvolvemento. Trátase dunha tendencia, entre o biolóxico e o psicolóxico,

que se caracteriza polo seu empuxe (urxencia para a súa satisfacción), por ter unha fonte somática (neste caso a zona oral), pola procura dun obxecto para satisfacerse (sen ser un obxecto prefixado e que, por tanto, poderá ser desprazado) e por perseguir a finalidade de lograr o pracer ou evitar o dispracer (Freud, 1915). No caso da pulsión oral, vémosla inicialmente unida a unha función de conservación, a función alimenticia, para despois desligarse e facerse independente (Freud, 1905). Esta escisión entre a pulsión e a función de supervivencia constatámola a través da observación de condutas como chuchar outros obxectos, succión do polgar etc.

Da etapa oral deféndese o seu carácter *autoerótico*, para sinalar que o neno atopa a satisfacción no seu propio corpo (Freud, 1905) e aínda non precisa dunha relación de obxecto para iso. Isto encádrase nunha fase do desenvolvemento na que o neno aínda non alcanzou a diferenciación do Eu-non Eu, cunha vivencia parcial dos obxectos e de si mesmo. Por tanto, falamos de pulsións parciais que se satisfán con obxectos parciais. O obxecto non sería máis que unha parte do propio suxeito, confundíndose o pracer de ser co pracer de ter (Bergeret, 1990). E, deste xeito, o neno logrará a satisfacción a través da asimilación do obxecto sendo isto un modelo daquilo que despois desempeñará un papel no desenvolvemento psíquico do suxeito como mecanismo de identificación.

Non debemos perder de vista que, neste primeiro ano de vida, o neno está nunha etapa *anaclítica* (Bergeret, 1990), é dicir, de dependencia e necesidade de soporte para a súa supervivencia. Pero non sempre será atendida a súa necesidade nin tampouco estará dispoñible a nai cada vez que sexa reclamada, o cal facilitará que o menor aprenda a tolerar esperas e a facer renuncias temporais. Inicialmente, a ausencia, a separación e a frustración, serán xeradores de angustia no neno que, cando son temporais e de breve intensidade permiten

empezar a incorporar o *principio de realidade* e o inicio da autorregulación emocional.

A teoría do Apego (Bowlby, 1998) considera chuchar ou a succión non nutritiva como un elemento fundamental de relación coa figura de apego, sendo interpretados como condutas de achegamento do neno para sentir a proximidade da súa nai. Desde esta perspectiva, o primeiros seis meses de vida son esenciais no tipo de relación que se establece entre ambos os dous que á súa vez determinará o tipo de relacións e vínculos que se establecerán no futuro. Por tanto, poderíamos poñer en cuestionamento a concepción “anobxectal” da hipótese freudiana e afirmar que, a pesar do autoerotismo que observamos no estadio oral, se dá aparición simultaneamente á primeira e máis determinante relación de obxecto.

Entendemos que os dous supostos, de autoerotismo e de establecemento do apego durante a etapa oral, non teñen que ser entendidos como contraditorios, e mostran a importancia que ten este estadio para o desenvolvemento afectivo e a autorregulación. Trátase de lograr o equilibrio entre a dependencia e a autonomía. Unha maneira de entrar no vínculo social a través dunha confianza na figura de apego que permite alcanzar a seguridade básica necesaria para poder tolerar ausencias, esperas..., e para atreverse a explorar a contorna e mesmo satisfacerse dun modo individual e independente. Este logro favorece o avance no proceso de desenvolvemento e o empuxe cara á consecución de novos fitos evolutivos.

Os “restos” da etapa oral poden verse nos adultos e isto foi explicado a través de mecanismos de fixación e regresión (Alegría, 2005). Podemos entender que os comportamentos de carácter oral en adultos (tabaquismo, alcoholismo, inxestión compulsiva, onicofaxia...) son manifestacións desa etapa primitiva na que se incorporan obxectos como maneira de obter pracer ou como modo de xestionar o dispracer ou a angustia. É un retorno a un momento evolutivo no que se carece doutros recursos,

como podería ser a palabra, para alcanzar estes obxectivos.

O exposto ata o de agora permítenos abrir unha reflexión acerca dalgunhas cuestións controvertidas respecto aos modos de crianza. Os pais toman decisións respecto á lactación (se facela ou non a demanda, se é o neno quen decide a interrupción...) ou sobre os hábitos de sono (horarios, se compartir espazo ou establecer habitacións separadas, se facer coleito etc.). Existen factores externos ou obxectivos como a conciliación laboral, o número de membros na familia, os recursos de apoio etc., e factores internos ou subxectivos, como necesidades emocionais propias ou ideoloxía, que van determinando estas decisións. Con todo, consideramos que os profesionais debemos interrogarnos e formular respostas coherentes cos nosos coñecementos que axuden a orientar estas eleccións. Por exemplo, poderíamos deducir que prácticas que favorezan a demanda ilimitada dos nenos, impedindo a experiencia de atoparse coa pulsión insatisfeita, non os axudarán a xerar estratexias alternativas de regulación e de procura dun pracer autónomo, alongando así unha relación de dependencia do neno e a nai e viceversa. Se a capacidade para tramitar o malestar da frustración do pulsional non se adquire nunha etapa temperá, pódese alcanzar igualmente nunha idade posterior e co mesmo resultado para o suxeito?, está xustificada a proposta de que o neno é capaz de autorregularse nestes primeiros momentos da súa vida e pode decidir acerca dunha función biolóxica que está enlazada cunha necesidade afectiva? Durante estes procesos de crianza prodúcense cambios repentinos e inesperados como consecuencia de cambios laborais, enfermidades ou accidentes, nacementos de irmáns, rupturas conxugais etc. Como se integran estes cambios nos diferentes estilos de crianza?, e, producen efectos diferenciais en función disto? Estas preguntas deberíamos tratar de responderlas para orientar aqueles pais cuxo principal

obxectivo é criar con afecto fillos que logren seguridade e autonomía.

3—

ORALIDADE E PECADO

A relixión vetou o autoerotismo prohibindo os praceres corporais que non se producen dentro da esfera conxugal nin perseguen o fin da procreación. Por iso, o interese polo corpo e polas sensacións pracenteiras que esperta, é sancionado desde as súas primeiras manifestacións no neno. Como viamos, Freud (1912) concibe que a prohibición a través do tabú supón unha evidencia de que a procura de pracer é unha tendencia natural e apremiante. Sería algo así como que para establecer a orde social e protexer a Deus, é imprescindible que o ser humano renuncie a parte das súas tendencias hedonistas que parecen intrínsecas á súa natureza. Ante este escenario, a relixión optou pola represión sexual e a negación pública ou consciente da existencia destas necesidades. A consecuencia será a vinda da angustia ou da vergoña ante a aparición do desexo, e do remorso, o medo e o castigo tras a materialización do acto.

A pesar de que Freud entendeu toda a libido como sexual e, por tanto, a pulsión oral tamén tería esta condición de ser sexual, non todos os autores compartiron esta visión e, por exemplo, a fractura entre Freud e Jung veu determinada en gran parte pola concepción diferencial que ambos os dous tiñan sobre a libido (Cáceres, 2005). Á marxe de debates teóricos, si podemos afirmar que as condutas orais (tabaquismo, alcoholismo, inxestión compulsiva, onicofaxia...) non son vistas pola relixión como manifestacións de erotismo nin sexualidade, polo que, aínda sendo reprobadas, non adquiren a dimensión de tabú. Son condutas que se sancionan soamente no exceso (como mostra que a gula sexa considerada

pecado capital), sendo a moderación a máxima que se debe seguir.

Pero de novo aparece a contradición e vemos como os *ritos orais*, como sentar á mesa para comer e beber ou asistir a misa a compartir pan e viño, constitúense como fundamentais para a relixión, e para a sociedade, para facer vínculo e unión. Parece que de novo o oral condensa vínculo e autoerotismo.

Os extremos, de exceso e defecto, serán, por tanto, considerados *pecado* pola relixión e tamén pola ciencia médica polo risco que entrañan para a saúde. Falaremos de “caer na tentación” para describir a caída ou recaída na droga, na atacadura ou nos vómitos purgativos e as autoridades, relixiosas e sanitarias, ofrecerán fórmulas para tratar de vencer ese demo, suxerindo distraccións, cambio de pensamentos, control de estímulos... A externalización do pecado do suxeito, xa sexa encarnado en demo que nos tenta ou en impulso que nos domina, resulta controvertido. Libera da carga persoal e permite buscar ferramentas para a súa contención, pero impide preguntarse por aquilo que orixinou o sufrimento e que só concirne a un.

4 — CLÍNICA

Podemos falar dunha clínica oral ou de personalidades orais? Na nosa opinión é un asunto complexo e preferimos falar de *comportamentos ou actitudes* que nos remiten á etapa oral. Entre eles identificamos os xa mencionados como a atacadura, o abuso de substancias, as restricións alimentarias..., que formarán parte de cadros clínicos diferentes e relacionados con estruturas de base tamén diversas. A súa significación, por tanto, non pode ser a mesma aínda que a súa expresión sexa similar. Non podemos contextualizar do mesmo xeito a inxestión compulsiva de Coca-Cola

nun individuo cunha estrutura psicótica que a atacadura dun adolescente nun momento de angustia, e tampouco vai ser sentido nin relatado do mesmo xeito por ambos os suxeitos. Por iso, non podemos propoñer unha guía ou protocolo de comprensión e intervención para este tipo de problemas senón unha serie de nocións ou coordenadas que nos sirvan de referencia para poder dar unha significación ao caso particular.

Como vimos, as condutas orais vincúlanse cunha etapa do desenvolvemento individual na que o suxeito non se diferencia do exterior e incorpora obxectos (Bergeret, 1990) como un modo de satisfacción e de exploración. Dese xeito tamén calma o seu malestar. Por iso, cando o suxeito adulto recorre á vía oral para aliviar a súa angustia está a recorrer a unha estratexia inmadura, moi ligada ao somático e, neste sentido, pouco accesible na súa significación. É dicir, confunde a necesidade fisiolóxica coa psicolóxica e afectiva, á vez que o suxeito se funde co obxecto apropiándose del. Isto dificulta a análise, a comprensión da orixe da angustia e a súa resolución.

A angustia ten a súa fonte no corpo e permanece por fóra das representacións psíquicas sen entrar no proceso de simbolización (Monseny, 2005). Pode ser interpretada como sinal (Freud, 1925) que aparece dun modo enganoso para o suxeito que, con frecuencia, a confunde coa enfermidade somática ou coa intromisión da tolemia. O sinal avísanos de algo que desborda ao aparello psíquico, quizá por un encontro co real ou co que está no terreo da indefensión ou do desamparo. As circunstancias angustiantes adoitan implicar a inminencia dunha perda ou a confrontación con algo da orde do exceso (Monseny, 2005). Un mecanismo primitivo será o de incorporar oralmente ao obxecto, aínda que sexa por desprazamento, para tramitar esta angustia non tolerable. E este mecanismo de resolución, parcial como calquera síntoma, revélanos a

posición (inmatura) do suxeito respecto a ese asunto particular.

A aparición da linguaxe, da capacidade simbólica, na historia evolutiva dunha persoa permítelle recorrer a outra vía alternativa para manexar os seus momentos de tensión. O simbólico permite a representación, a externalización, a diferenciación e, en último termo, dar un sentido que facilita a asimilación e dá a posibilidade de reescribir unha alternativa. Con todo, o oral colócanos no presimbólico ou preverbal.

Analícemos agora algúns dos problemas que nos atopamos na clínica e que nos colocan ante posibles conexións co período oral.

Se observamos a patoloxía relacionada coa alimentación, o primeiro que apreciamos é a súa diversidade, o que reclama unha análise diferencial. Non poden ser interpretados do mesmo xeito os actos dirixidos a lograr pracer excesivo e repetitivo cando se carece de recursos cognitivos ou verbais para a regulación de impulsos, que as atacaduras vinculadas cunha frustración ou unha perda, que cando o acto de comer é unha moeda de cambio e serve de estratexia para compracer ou castigar a outro. No primeiro caso, poderemos estar ante un autoerotismo non regulado, no segundo, ante un mecanismo primitivo de tramitar a separación do obxecto e, no terceiro caso, vemos unha manobra relacional máis complexa con matices de dependencia e de narcisismo. É dicir, que podendo categorizarse xenericamente como “patoloxía oral”, ten matices particulares que teríamos que debullar.

Con frecuencia, algunhas persoas que presentan problemas ou trastornos de alimentación déixannos entrever dificultades co crecemento, co seu acceso á idade adulta para inserirse nunha sociedade esixente e complexa. Neste sentido non é casual que os problemas emerxan na adolescencia, cando os cambios corporais desdébuxan a figura do neno e o adulto incipiente vese inmerso nun armazón no que o outro xa

non é o que prové satisfacción. A procura do obxecto oral (comida, alcol, tabaco...) como sostén para afrontar o malestar, a resistencia ao cambio do corpo a través da inanición, ou o desprazamento da angustia e a súa contención a través da localización e da dor (cortes autoinfrinxidos) móstranos ese remanente do estadio oral e as súas estratexias parciais de resolución do conflito. É rechamante a presenza que teñen estes comportamentos nos adolescentes actuais, desconcertándonos pola súa precariedade e porque, como vimos, colócaos nun estadio preverbal e preobxetal que dificulta o noso tratamento a través da palabra e da relación.

Coa cuestión das substancias (tabaco, alcol e outras drogas) veremos tamén diversidade. A primeira diferenciación que debemos establecer é a dos consumidores sociais (especialmente de tabaco e alcol e, ás veces de cannabis) fronte aos que recorren á droga para incorporala sen ningunha outra finalidade máis aló do propio consumo. Non é o mesmo consumir para facer lazo e poder vincularse cos demais que facelo dun modo illado e co único fin de poder equilibrar a balanza pracer-dispracer aínda que o desequilibrio teña unha orixe externa. Estes últimos encaixan mellor nunha descrición propia do estadio oral, polo seu autoerotismo, pola baixa tolerancia ao malestar e ao sufrimento, por alcanzar a mitigación do dispracer a través do consumo e por non prestar atención ao outro nin á súa complexidade, máis alá de definilo de forma simple e polarizada como “bo” ou “malo” ou serlle “útil” ou “inútil”.

Seguindo coa cuestión da diversidade na clínica, debemos indicar que tampouco son idénticos os relatos dos nosos pacientes nin os efectos que neles teñen estes comportamentos. Podemos dicir que todos estes impulsos orais son de carácter egosintónico pero a súa materialización pode xerar malestar ou culpa nalgúns casos. Noutros, nin sequera é vivido como un problema. O exceso que vemos en psicóticos en canto ao tabaco, ao café, á Co-

ca-Cola etc., non é relatado por eles como indesexable nin dan conta da existencia dunha loita ou debate internos por resistir ese impulso. En consecuencia, tampouco apreciamos vivencia de culpa. Noutros suxeitos, con estrutura neurótica, que comen en exceso ou que teñen problemas somáticos relacionados directa ou indirectamente coa dieta ou con algún consumo, ás veces o seu principal problema non é outro que un endocrino ou outro profesional sanitario que lle lembra periodicamente que, polo ben da súa saúde, debe modificar hábitos.

Os remorsos e a culpa por “caer na tentación” vémoslos nas persoas para as que estes comportamentos supoñen unha insubordinación ó seu Eu ideal (Freud, 1914), herdanza do seu narcisismo. Para algúns será porque engordan e traizoan o seu ideal estético, para outros será a mera transgresión dunha norma de moderación ou calquera outro mandato autoimposto. Non querer pecar, por tanto, será soamente a intención daqueles que (se) recoñecen nunha norma xa sexa de orixe interna ou externa, consciente ou inconsciente.

En resumo, aínda que os comportamentos propios da etapa oral comparten que están moi orientados cara ao individuo e cara á obtención dun pracer moi concreto e aparentemente desligado doutras necesidades, non teñen a mesma significación en función de a) se se refiren a un acto impulsivo orientado ao pracer autoerótico; b) se responden á forma básica de afrontar a separación ou a perda a través da asimilación; c) se se trata de actos que fan lazo social (de modo autónomo ou dependente); d) se son comportamentos cunha finalidade dirixida cara a un terceiro; e) etc. Do mesmo xeito, a forma que ten de sentir o suxeito estas accións e a aparición de culpa, vergoña, fracaso ou perdón, terán que ver co nivel de desenvolvemento alcanzado na progresión *autoerotismo-narcisismo-relación de obxecto-madurez*.

5— INTERVENCIÓN

Como sucede co resto de problemas relacionados co “psi”, a diversidade na oferta terapéutica é o predominante. Continuamos nun contexto de escolas, modelos, teorías... ante as que cada profesional se posiciona, elixe e aplica. Non sucede o mesmo cos usuarios dos nosos servizos que, alleos ás loitas teóricas e prácticas, adoitan facer unha elección do profesional sen saber que esa decisión vai determinar un modo ou outro de interpretar o seu problema e unha estratexia moi diferente para tentar abordalo. Os problemas ou comportamentos vinculados co oral non se escapan deste escenario, polo que imos atopar un abanico de propostas terapéuticas coa súa particular fundamentación teórica.

A psicopatoloxía da oralidade engloba algúns casos que poden ser considerados de gravidade ao poñer en risco a propia vida do individuo. Como a orixe deste perigo se sitúa na adquisición de “malos hábitos”, as propostas terapéuticas focalizaranse en buscar a súa eliminación e transformación. Estamos, por tanto, nun terreo no que existe unha oferta de tratamentos que teñen unha elevada intrusión na vida das persoas.

Se entendemos a intrusividade das intervencións como un continuo, podemos situar no seu extremo máis débil o *consello médico* ao ser unha mera recomendación, pouco individualizada e moitas veces recollida en folletos de divulgación xeral. O consello médico fundaméntase na idea de que abonda con que a autoridade sanitaria informe, indique ou paute, para que o ser humano actúe de maneira racional e saudable e materialice nun cambio de hábitos o consello recibido. No extremo contrario, están as concepcións do suxeito como un ser incapaz de autoxestionarse, que precisa de controis externos e dun estado de alerta permanente como estratexia para non caer nesos malos

hábitos. O suxeito é visto como enfermo, inmaturo ou vulnerable e isto xustifica tratamentos que separan da comunidade, que illan da contorna e que etiquetan para sempre.

Ambos os extremos están atravesados polos restos dunha moral relixiosa, nos que a autoridade, neste caso científica ou sanitaria, determina que é o correcto, e o individuo debe axustarse para non recibir o castigo da enfermidade ou da exclusión. Faise pouco esforzo por coñecer os valores particulares, as condicións de vida, as biografías, os núcleos de conflito, as dificultades... Con todo, si existen diferenzas importantes entre estes dous enfoques. O primeiro mostra unha maior confianza en que a persoa ten capacidade para decidir o que lle beneficia e tolera máis a súa liberdade de actuación. O segundo enfoque desconfía da capacidade, e sitúa ao enfermo como suxeito que se exerce a súa autonomía non se recuperará. Doutra banda, o primeiro deixa só ao individuo e o segundo non o deixa nin un segundo.

En ocasións, os médicos, con estilo paternalista sacerdotal, ademais de dar consello, tamén recorren ao susto ou á ameaza para tratar de lograr o cumprimento das súas prescricións. E certo é que o medo pode ser motor de cambio pero a realidade é que estamos nun terreo no que a relación entre a boa conduta e a saúde non é inmediata, polo que co paso do tempo o medo mitígase, recupéranse as dinámicas do cotián, emerxen as dificultades repetitivas da historia vital de cada un e aparece a caída ou a recaída.

A *psicoeducación* é outra estratexia que tamén se fundamenta no poder da información e sobreestima a capacidade que temos os profesionais de modificar comportamentos polo mero feito de narrar as terribles consecuencias de facer o inadecuado e os inmensos beneficios da vida saudable. No mellor dos casos, a psicoeducación serve para reforzar o que un xa pensaba e sabía e fortalecer, apoiar ou reafirmar. Cando o procedemento é grupal adoita funcionar mellor por cuestións xa coñecidas como o principio de universalidade, o apoio



Foto: Threshots

mutuo ou a simple competición. En definitiva, cando falamos de psicoeducación, máis que a mera información, é o sentimento de pertenza a algo e a posta en marcha das dinámicas relacionais o que dá moito máis combustible ao motor do cambio.

As intervencións centradas na administración de *castigos e recompensas* baséanse nos principios clásicos de control a través do manexo das consecuencias dos actos inadecuados. Encádranse dentro do modelo con máis evidencia empírica, confirmando que ás veces a ciencia se move nos mesmos parámetros que a relixión. A principal limitación destes modelos é a súa falta de xeneralización, é dicir, que os sistemas de continxencias só funcionan mentres se está levando a cabo o tratamento e no contexto no que este se aplica. A “conduta problema” absorbe toda a atención do paciente e a súa realización resulta máis penosa que calquera outra alternativa nese momento e lugar. Pero a saída do “laboratorio” non é fácil e inserirse na comunidade (familia, amigos, traballo, lecer...) e lidar co custoso do cotián pode reclamar de novo o recorrer ás vellas estratexias de afrontamento aínda que sexan prexudiciais, regresivas ou inmaturas. Estas permiten mitigar parcialmente o sufrimento e fuxir do que se percibe como difícil, complexo ou daniño.

Para liquidar este problema de xeneralización, propuxéronse dentro do mesmo modelo e baixo os mesmos supostos, as técnicas de “*autocontrol*”, é dicir, aspirar a que sexa a propia persoa a que se regule. Para iso esta ha de aprender que elementos debe eliminar da súa contorna (para non caer na tentación), ten que observar con atención a súa conduta e despois premiarse (ou non), en función dos resultados. Para que esta proposta funcione será imprescindible certo nivel de autoconciencia e bastante motivación por parte do individuo xa que vai ter que lidar unha pelexa sostida co seu desexo e tomar decisións que implicarán ruptura (revisará a súa contorna de amigos, o seu lecer habitual etc.).

Outros programas que introducen as *actividades de carácter substitutivo* xa sexa a través da mera “activación condutual” ou de programas máis complexos que requiren de lecer ou traballo de carácter protexido, buscan articular unha alternativa ao “mal hábito” que teña un efecto máis significativo e duradeiro para o individuo. Propoñen un vehículo para tramitar o dispracer á vez que se van construíndo espazos de participación, de relación, de logro e de goce. Os relatos de éxito que fan os nosos pacientes cando utilizan estas alternativas adoitan aludir a temas de capacidade, logro e de benestar, o que parece contribuír ao desenvolvemento dunha confianza básica, a un rol máis activo e autónomo á vez que se reducen actitudes dependentes. O problema destas intervencións é a súa conversión en pílulas *xenéricas* incorporadas ao pack de recomendacións terapéuticas de centos de psicólogos, que se adhíren á fórmula maxistral de receitar un paseo diario a oito.

O mencionado ata o de agora non é unha alegación contra unhas técnicas que contribúen, en moitas ocasións, a facilitar a melloría e a axudar a persoas a deixar atrás experiencias de sufrimento; senón que se trata dunha apelación para tomar conciencia de cal é a posición relacional e ética na que nos colocan, tanto a profesionais como a pacientes. A técnica non é a comprensión do problema nin o epicentro do noso traballo. Trátase soamente dunha estratexia que pode axudar a manexar un asunto concreto que adquire un sentido na biografía persoal de cada paciente entendida desde unha perspectiva histórica (e evolutiva).

Non debemos esquecer que o que nos fai esencialmente psicoterapeutas é o traballo con dous ingredientes xenuínos que demostraron un potencial superior ao de receitar tarefas para casa. Referímonos á palabra e á relación.

A capacidade para simbolizar permite ao neno clasificar a realidade, simplificala e, deste xeito, pode asimilala para non ver as súas capacidades cognitivas excedidas. A aparición do xogo

favorece, de modo transicional, achegarse ao temido dun modo seguro. Os esquemas, clases e categorías axudan a apreciar a analoxía e a diferenza e, con iso, axustar e modular comportamentos. A linguaxe será vehículo tamén de peticións, demandas e queixas, de expresión de malestares para o neno e o adulto, e tamén permitirá deseñar intentos de solución, crear escenarios alternativos, inventar redefinicións. Coa palabra constrúense saídas.

Cando os nosos pacientes mostran actitudes inmaturas, mecanismos de defensa precarios con errados intentos de solución, cando ven os seus impulsos como algo alleo ao que ven sometidos, cando sitúan o sufrimento no corpo, cando devoran para aliviarse..., unha axuda básica e natural será identificar a orixe deste sufrimento, tratar de capturar a angustia con palabras, poñer discurso no baleiro ou tratar de descifrar o que se percibe no corpo para dar a posibilidade de tramitalo doutro xeito que, como mínimo, implique máis o suxeito.

Da mesma maneira, a relación establecida será a oportunidade de coñecer como se sitúa o paciente ante (nos)outros, como se vincula,... á vez que a modo de experiencia emocional correctiva, abramos a posibilidade ao nacemento da confianza, a aceptación da falta e a seguridade imprescindible para poder saír ao mundo con desexo de exploración e de crecemento.

Referencias

Alegría, B. (2005). Fijación. Regresión. En Mira, V., Ruiz, P. e Gallano, C. *Conceptos freudianos* (299-310). Madrid, Síntesis.

Aparicio, A. (2005). Erotismo. Autoerotismo. Narcisismo. En V. Mira, P. Ruiz e C. Gallano (Eds.) *Conceptos freudianos*. (pp.325-337). Madrid, Síntesis.

Bergeret, (1990). *Manual de Psicología Patológica*. Barcelona, Masson.

Bowlby, J. (1998), *El apego y la pérdida*. Barcelona, Paidós.

Cáceres, L. (2005), Libido. En V. Mira, P. Ruiz e C. Gallano (Eds.) *Conceptos freudianos*. (313-324). Madrid, Síntesis.

Catecismo de la iglesia católica (1997). Recuperado de <http://www.vatican.va>

Dessal, G. (2005). Pulsión. En V. Mira, P. Ruiz e C. Gallano (Eds.) *Conceptos freudianos*. (209-219). Madrid, Síntesis.

Freud, S. (1905). Tres ensayos para una teoría sexual. En *Obras completas* Vol. 4. (Trad. L. Ballesteros, 2006). Madrid, Biblioteca Nueva.

Freud, S. (1912). Totem y tabú. En *Obras completas*. Vol. 5. (Trad. L. Ballesteros, 2006). Madrid, Biblioteca Nueva.

Freud, S. (1914). Introducción al narcisismo. En *Obras completas*. Vol. 6 (Trad. L. Ballesteros, 2006). Madrid, Biblioteca Nueva.

Freud, S (1915). Los instintos y sus destinos. En *Obras completas*. Vol.6 (Trad. L. Ballesteros, 2006). Madrid, Biblioteca Nueva.

Freud, S (1925). Inhibición, síntoma y angustia. En *Obras completas*. Vol. 8. (Trad. L. Ballesteros, 2006). Madrid, Biblioteca Nueva.

Monseny, J. (2005). Culpabilidad. Angustia. En V. Mira, P. Ruiz e C. Gallano (Eds.) *Conceptos freudianos* (259-271). Madrid, Síntesis.

IRA

ENFOCÁNDONOS NA IRA CONSTRUTIVA

M^a Victoria Canosa Raña

Psicóloga Xeral Sanitaria

Centro Médico Semecor e Centro
Médico Progreso (Ourense).

Terapeuta do programa “Abramos o
Círculo” do Colexio Oficial de
Psicoloxía de Galicia.

centrodeestratexias@yahoo.es

SUMARIO

CASTELÁN

“Non debemos avergoñarnos da ira. É unha cousa moi boa e poderosa que nos motiva. Pero do que si debemos avergoñarnos é da forma en que abusamos dela.”

Mahatma Gandhi

RESUMO

O presente artigo quere pór en valor á ira e a súa función adaptativa e construtiva como emoción básica. Parto dunha reflexión en base á miña práctica en terapia, onde observo o impacto negativo que ten a mala xestión desta emoción nas persoas, sobre todo no que respecta ás súas relacións interpersoais. Faise imprescindible desculpabilizar a ira e mellorar o autoconecemento emocional. Como profesional, interésame dar a valer a psicoeducación sobre a ira e a súa xestión, como estratexias eficaces co propósito dunha boa convivencia.

PALABRAS CHAVE — ira, ira construtiva, emoción, psicoeducación, convivencia.

ABSTRACT

This article aims to highlight anger and its adaptive and constructive function as a basic emotion. I start with a reflection based on my practice in therapy, where I observe the negative impact that the mismanagement of this emotion has on people, especially in terms of their interpersonal relationships. It becomes essential to deculpitate anger and improve emotional self-knowledge. As a professional, I am interested in using psychoeducation on anger and its management as effective strategies for good coexistence.

KEY WORDS — anger, constructive anger, emotion, psychoeducation, coexistence.

1 — UNHA BREVE APROXIMACIÓN CONCEPTUAL

O Dicionario da R.A.E. define a ira como:

1. f. Sentimento de indignación que causa anoxo.
- 2.f. Apetito ou desexo de vinganza.
3. f. Furia ou violencia dos elementos da natureza.
4. f. pl. Repetición de actos de saña, encono ou vinganza.

E ten como sinónimos a rabia, o anoxo, a furia, a cólera, o furor, a irritación, a indignación, a vesania, o cabreo. Etimoloxicamente, a palabra ira provén do latín e ten unha grande riqueza de derivacións: substantivos como iracundia (ou propensión á ira) e irascibilidade (calidade de irascible); e como adxectivo está iracundo/a e irascible (predisposto á ira). Caben tamén o verbo airar (axitarse, mover cara á ira) e o adxectivo airado/a.

A partir destas definicións e termos sobresa a marcada connotación negativa que acompaña á ira no noso contexto social e cultural, como algo desestabilizador e violento. Falamos de ira cando “perdemos os estribos, nos exasperan, non sabemos o que facemos ou perdemos a cabeza”, como exemplo de irracionalidade e de descontrol da vontade.

A ira é un termo que se tratou desde diferentes disciplinas, destacando a Filosofía e a Relixión. Pero tamén desde o social e político e desde a arte nas súas distintas expresións.

Na nosa contorna destaca a influencia innegable da doutrina cristiá, onde a ira é un pecado que vulnera a virtude da paciencia ou a do perdón. O pecado é un fio condutor nos ensinamentos católicos, como acto ou desexo contrarios á moral cristiá. E ten a ira como un dos pecados capitais, isto é, un pecado que xera

máis pecados e vicios. Nin o mesmísimo Deus librou dos seus efectos e fálase tamén da “Ira Divina”, que se refire precisamente ao rexeitamento que Deus experimenta ante o mal e a inxustiza. A ira de Deus contra o pecado e a desobediencia é perfectamente xustificada porque o seu plan para a humanidade é santo e perfecto. Rexeitar ese plan perfecto é rexeitar o amor, a misericordia, a graza e o favor de Deus e incorrer na súa xusta ira. A ira dos humanos non sempre é pecado para a doutrina cristiá. A ira pode ser emoción, e como emoción é un don de Deus, unha resposta inmediata e natural. Convértese en pecado cando existe unha decisión de manter ese anoxo. O pecado require de decisión e de vontade. Sería na emoción descontrolada cando comeza o pecado. É cando se fala de ira coma ese sentimento de grande anoxo que nos leva a comportarnos de forma cruel e violenta. A causa pode ser real ou aparente, pero o sentimento é tan forte que moitas veces enturba a razón.

Desde a Filosofía clásica occidental tamén se fai fincapé nos aspectos negativos que ten a ira, como paixón que ameaza ás relacións humanas. Os estoicos falaban das paixóns ou emocións como condutas que se mantiñan a través de pensamentos irracionais que proveñen de falsas crenzas. Aristóteles afirmaba que a ira é o desexo de devolver un sufrimento.

Seguindo a Remo Bodei (2013): “A reflexión filosófica sobre a ira pode dividirse en dous grandes grupos de posicións. Aqueles que, como Epicuro, Séneca ou Spinoza, consideran que a ira é sempre unha paixón negativa para o home porque o impide ser feliz ou racional, e que polo tanto debe ser desterrada e superada. Ou temos a outros, como Aristóteles, Giordano Bruno ou Descartes, que consideran que a ira forma parte consubstancial das paixóns humanas, que ditas paixóns nunca son en si mesmas algo negativo e que o que debe facerse con elas é canalizalas de tal xeito mediante a razón que nos sirvan para impulsar accións xustas e rectas”.

Xa na filosofía actual, a pensadora estadounidense Martha Nussbaum (2018) parte da base de que na ira, a idea da vinganza ou retribución forma parte do seu concepto. E tamén expón que resulta esencial para reafirmar o autorrespeto e defender a nosa dignidade en situacións de inxustiza, algo fundamental para as relacións humanas. Entón, recomenda centrarse en previr as inxustizas e non potenciar a vinganza.

2— A IRA COMO EMOCIÓN

Desde a psicoloxía, Paul Ekman (2003) acuñou as seis emocións básicas e necesarias para desenvolvernos plenamente: alegría, tristeza, medo, noxo, sorpresa e ira. Cada unha delas representa toda unha familia de emocións.

Así, a ira presenta unha variación de intensidades, que vai desde a molestia á rabia, e de tipos, como son a ira con resentimento, ira arisca ou ira fría. O resentimento ou o rancor mantén a nosa ira latente ao longo do tempo e é fácil que se manifeste ante calquera pequeno detonante. A ira arisca é unha ira pasiva que nos aloxa ao bordo da nosa paciencia. A ira fría é a que non se manifesta de maneira explosiva e non se percibe facilmente, pero que pode chegar a dominarnos e levarnos á vinganza.

Eu aquí falarei indistintamente de ira, anoxo ou enfado, como sinónimos e sen ánimo de entrar en polémicas lingüísticas.

Falábase no seu momento de emocións negativas ou positivas, o cal fixo que a ira caese no primeiro grupo. Isto levou a que mantivese esa mala prensa histórica, e seguiuse vivindo como algo moi pouco desexable e con certa connotación de tabú. Porque non se fala diso.

A ira constitúe, xunto ao medo e ao noxo, o sistema de ameaza da regulación emocional.

Relaciónase directamente coa amígdala e é facilmente activable e moi sensible. Dinos que hai algo que necesita cambiarse ou desbloquearse.

Aínda que a ira e o medo con frecuencia se dan nas mesmas situacións, a ira pode resultar útil para reducir o medo. É unha emoción orientada á acción. Permite defendernos nunha situación de perigo e superar obstáculos. Xera enerxía e prepáranos para a acción que pode levarnos a resolver un conflito. É a parte activa da nosa defensa.

As emocións prepáranos para manexar sucesos importantes sen pensar no que hai que facer. Nese primeiro momento da emoción, predomina a resposta fisiolóxica: é extraordinariamente rápida e está máis alá da nosa capacidade de notala conscientemente. Pero tamén as emocións supoñen a forma de implicarnos no mundo, como diría Solomon (2007) en tanto que hai unha resposta cognitiva, na que se fai unha valoración da situación dada en base á herdanza evolutiva, as experiencias previas, crenzas e actitudes e que vai determinar o resultado.

Entón, a ira recoñécese como un construto multidimensional, e constitúena variables fisiolóxicas, cognitivas, fenomenolóxicas e condutuais.

Unha definición, aglutinadora de moitas, refírense Castelo, Venega e Sousa (2013):

“A ira é unha experiencia emotiva subxectiva que activa o sistema simpático. É inicialmente provocada pola percepción dun dano, aínda que pode persistir unha vez que a ameaza pasou. Está asociada con cognicións atributivas, informativas e avaliativas que motivan unha resposta de antagonismo ante o obxectivo albiscado como ameaza. A ira é comunicada a través de expresións faciais, posturas, verbalizacións e condutas agresivas. A elección de estratexias para comunicar a ira varía segundo os roles sociais, o ambiente e a aprendizaxe”.

3 — DE ONDE PARTIMOS

Actualmente, moitos adultos non se permiten expresar ira ou anoxo, xa que o asocian a condutas pouco desexables e inmaturas. Non se permiten liberar o malestar interno que se xera e mantéñeno reprimido. Isto é, negan a emoción da ira. Demasiado a miúdo nos ensinaron que, iso de mostrarnos, emocionalmente falando, non estaba ben. Crecemos con moitos coidados físicos pero poucos emocionais. Por pouco que lembremos, hai frases da infancia que se repiten: “Non fai falta enfadarse por iso... Por que te pos así... Por favor non chores... Non te enfades... Non te rías... Medo? pero se é unha parvada... Alegra esa cara que non é para tanto... Non é normal que te enfades... Así ninguén vai querer estar contigo”.

O recoñecemento das emocións foi, ata fai ben pouco, unha materia pendente en educación. Tradicionalmente, infravalorouse a parte afectiva do ser humano en contraposición á parte máis racional. Esa separación entre o racional e o emocional superouse, pero é evidente o atraso que levamos no que se refire ao coñecemento emocional na vida diaria. Moitas persoas seguen tendo no seu interior unha pota a presión onde gardan, sen sabelo, todo o seu repertorio emocional, pechado e reprimido. Incluída toda a súa ira.

Un episodio de ira motiva con certa frecuencia a primeira visita a terapia, por mor dun arranque de rabia dirixido cara a alguén. Un episodio no que se asustan de si mesmos/as, de verse como non queren verse, ou porque a persoa que teñen en fronte dilles que non, que así non. Realmente decátanse da súa ira cando aparece a conduta explosiva. Non son conscientes dos outros niveis nos que se manifesta. Tamén adoita pasar que relacionan a ira, o enfadarse, cun tipo de resposta moi homoxéneo e concreto: o enfado supón descualificar, insultar, reprochar e castigar. Porque é o patrón que aprenderon. Entón atopamos que,

cando queren descargar a enerxía que lles dá a ira, descárgana e exprésana en base a ese patrón pouco construtivo. Como escribe Anabel González (2017) “son persoas que se instalan na rabia e non se permiten ser vulnerables porque aprenderon que é máis seguro para a súa supervivencia”.

Está estudado que o descontrol sobre a ira, as dificultades na expresión de emocións e as distorsións cognitivas están moi presentes nunha grande porcentaxe de homes que maltratan ás súas parellas (Echeburúa, 2004, 2016). Non detectan cando comezan a enfadarse, a tensión crece dentro sen que a rexistren, e entón prodúcense os estalidos de violencia ou agresividade cara ao outro ou cara a un mesmo.

Por outra banda, acoden a terapia outras persoas que tampouco se levan ben coa ira: as que non consideran o enfado como unha opción válida. Por norma, reprimen a súa ira, mesmo na súa menor intensidade, porque a interpretan como un factor altamente negativo e reprochable. Tenden a enfocar a súa ira sobre si mesmas, culpabilizándose de sentirse como senten.

Na miña experiencia profesional, no primeiro grupo son máis os homes e no segundo grupo abundan máis as mulleres. Ten sentido só con botar unha ollada á nosa historia sociocultural máis recente, en canto ás desigualdades mantidas entre ambos os sexos. A sociedade foi máis permisiva coa expresión da ira ou o enfado nos nenos e homes que nas nenas e mulleres.

Entón, negóusenos demasiadas veces o dereito a sentir ira, anoxo, enfado. E, cando a sentimos, a interpretación negativa da emoción fai que nos sintamos moi culpables e cun grande malestar interno polo mero feito de sentila. Esta actitude represiva privounos da aprendizaxe necesaria para unha expresión adecuada da ira. Non estamos prácticos en graduar a ira na súa xusta medida en cada situación. “Non é a emoción en si o que perturba senón non aprender aínda como ler e aproveitar a información que transmite”, en palabras de Levy (2000).

Polo tanto, tendemos a unha das distorsións cognitivas máis frecuentes que é o pensamento dicotómico: ou todo ou nada. Ou a deixo pasar, como se non sucedese nada, ou exploto e a miña ira me descontrolará. En ambos os casos, os efectos negativos nas relacións interpersoais son altamente notables. Non se aprenderon outras canles de expresión e xestión da enerxía da ira. Non se recoñece a ira como emoción “positiva” inherente do ser humano.

Cada vez máis, o traballo en terapia deixa ver as fisuras que unha infancia desprovista de coitado emocional deixa nos adultos. Non requirimos de grandes traumas para que persistan as feridas psicolóxicas sufridas na infancia. As vivencias negativas experimentadas cando somos nenos/as deixan unha pegada profunda. De aí a relevancia da regulación emocional.

En pleno século XXI, persiste unha elevada “ignorancia emocional”, en termos de Levy (2000), con respecto ao noso funcionamento interno. E isto supón un menoscabo para as relacións interpersoais.

4— COMO FUNCIONA A IRA

Aprendemos o que practicamos. Se non contemplamos outras opcións intermedias, non as recoñecemos e actuamos só cun repertorio de condutas moi pobre.

O desenvolvemento psicolóxico e social das persoas depende de como expresemos os sentimentos e as emocións, incluída a ira.

Na vida diaria temos unha recua de exemplos de mala xestión do anoxo nas discusións que empezan por un motivo concreto, que se vai esfumando, e anteponse o resentimento ou reproche cara á outra persoa. Entón déixanse de lado as posibles solucións e empézase un pulso para medir quen sae máis ou menos prexudicado.

Anoxámonos cando algo nos frustra, cando nos sentimos ofendidos/as ou ameazados/as.

“Cando a enerxía do desexo que se encamiña cara á súa realización atopa un obstáculo, a obstrución que este produce xera unha sobrecarga enerxética nese desexo. Esta sobrecarga é o que chamamos anoxo. É importante destacar que a función orixinal desa sobrecarga de enerxía é asegurar a realización do desexo ou necesidade ameazada. O que ocorre é que ao non saber como implementar adecuadamente tal sobrecarga de enerxía, en lugar de contribuír á resolución do problema a miúdo aquela convértese nun problema máis” (Levy, 2000).

Coñecer como funciona a ira permitíranos aprender a expresala de forma adecuada e proveitosa.

A ira exprésase nos tres niveis de resposta: fisiolóxico, cognitivo e condutual.

Hai unha resposta física, na que o corpo se tensa, se acelera o ritmo cardíaco e o fluxo sanguíneo é maior, preparándonos para actuar. É a resposta máis primitiva e inmediata e común con outros seres vivos.

A resposta cognitiva está directamente relacionada coa interpretación que facemos dunha situación concreta. A partir de aí, somos capaces de retroalimentar esa interpretación sen cuestionala, o cal nos pode levar a niveis intensos de ira.

O terceiro nivel de resposta é o comportamental. Como parte do noso sistema de defensa, a ira xéranos unha enerxía interna orientada á acción e a remover obstáculos.

Os tres niveis se potencian entre eles. Illadamente, cada un sen os outros dous, é difícil de identificar por si só.

Un trazo determinante é que a ira provoca máis ira, co que o ciclo pode entrar nunha rápida escalada se deixamos que aumente en intensidade.

As persoas cremos que é un feito negativo concreto o que provoca directamente o noso

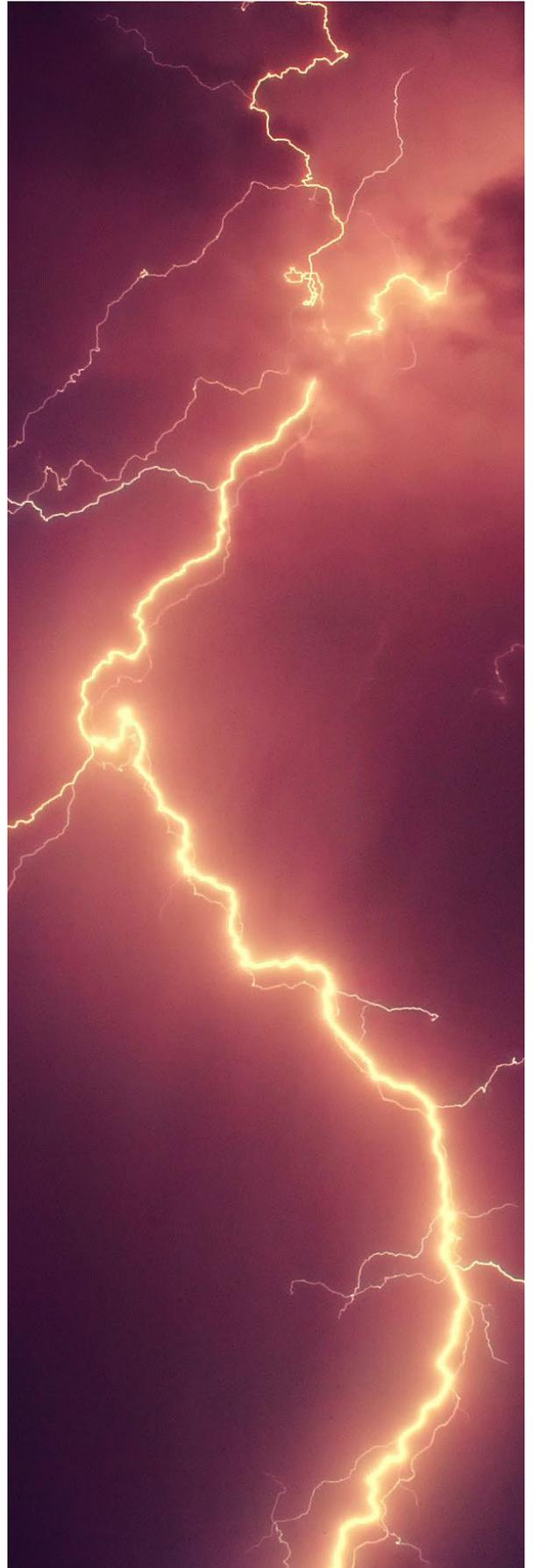
anoxo. Pero é a interpretación que facemos dese feito, e a importancia que lle outorgamos, o que determina o devir dos acontecementos. Isto explícao Aaron Beck na súa teoría sobre o diálogo interno, dentro do modelo de Terapia Cognitiva que desenvolveu: ante determinada situación, as persoas percibimos, clasificamos, interpretamos e avaliamos en relación a uns esquemas cognitivos previos, tamén chamados crenzas. Xulgamos os sucesos como bos ou malos, terribles ou agradables, perigosos ou inofensivos, a través do diálogo de cada persoa consigo mesma. Este diálogo foi comparado a unha fervenza de pensamentos que flúe sen interrupción. Raras veces nos damos conta deles, pero son o suficientemente poderosos como para crear as emocións máis intensas.

Echeburúa (2016), nos seus estudos sobre violencia tamén viu reflectido que é a interpretación dun suceso a que permite que haxa unha escalada da ira: un suceso determinado pasa por un “filtro” cognitivo e xérase un diálogo interno que retroalimenta as nosas crenzas previas e nos mantén nun estado intenso de tensión.

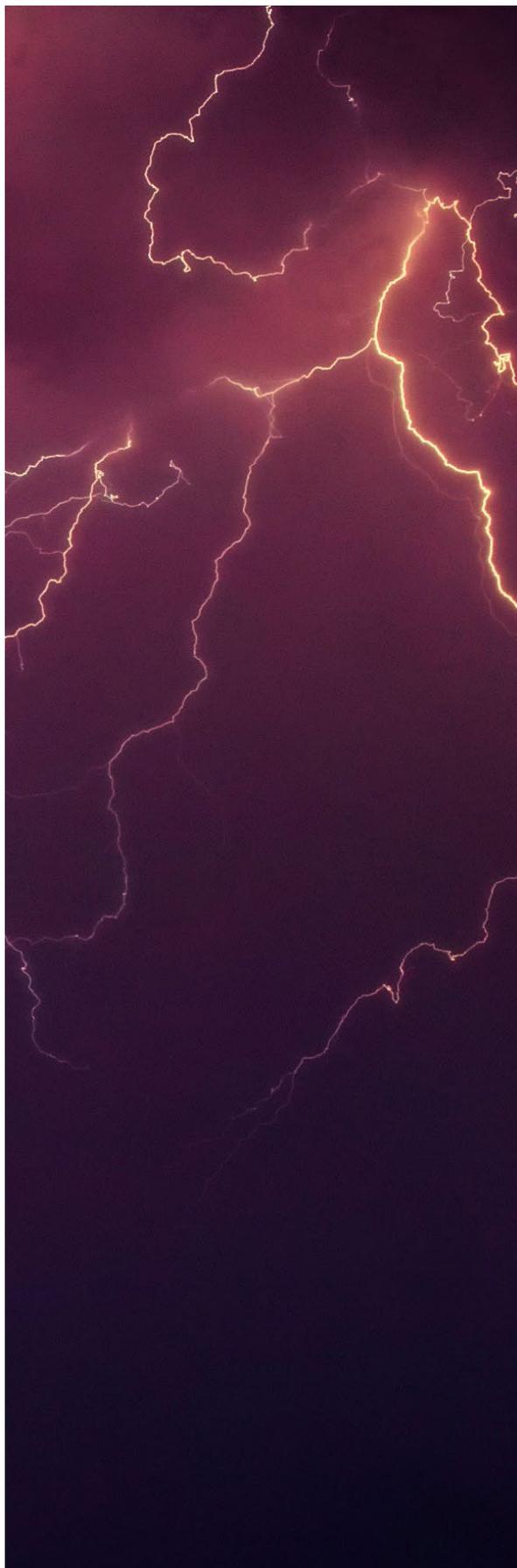
Esta escalada pode facernos perder o control da situación e corremos o risco de que o noso comportamento poida resultar violento, descargando tensións sobre obxectos, outras persoas ou nós mesmos.

Entón, faise necesaria a psicoeducación para cuestións tales como:

- A ira é unha emoción básica e si ou si a vas sentir.
- Como calquera emoción, ten a súa función positiva e adaptativa.
- Tes capacidade para xestionala e manexala.
- Se decides non xestionala, os seus efectos poden resultar moi negativos para ti e para os demais.
- A resposta de ira exprésase en tres niveis que podes reconecer: fisiolóxico, cognitivo e condutual.



Fotos: Johannes Plenio



- Cando coñeces o patrón da túa ira, facilítas o seu manexo.
- Mostrar ira é unha decisión persoal. Ti sempre tes a última palabra.

5— DOUS EXEMPLOS DE IRA

Un exemplo claro no que a ira ten un papel utilitario e construtivo sería o da situación de ruptura cos malos tratos familiares: é desde a ira que se pode romper esa dinámica de submisión. A ira é a parte activa do noso mecanismo de protección. O medo detecta o perigo e a ira permite pór en marcha os recursos necesarios para saír da situación inxusta. Por iso, hai que lexitimar esa ira para que podamos protexernos. Entón, a emoción da ira é protectora e positiva.

En contraposición, está a ira máis desadaptativa. Os homes que maltratan as súas parellas, nunha gran porcentaxe, son exemplo dun estado emocional intenso de ira que non controlan e a focalizan nas súas parellas: actúan coa crenza de que existe unha vontade externa que se opón aos seus obxectivos, o cal fai crecer neles unha grande hostilidade. Viven nun continuo campo de guerra no que hai que pelexar duro para sobrevivir. Ademais, parte desa enerxía céntrana en danar ao outro dunha ou doutra forma. Porque consideran que é o “normal” nunha situación de ira.

En ambos os casos e indagando un pouco, saen a relucir as aprendizaxes da infancia. Nun contexto como o noso, lexitimouse a violencia dos pais sobre os fillos e dos homes sobre as mulleres ata fai ben pouco. E a violencia sería unha das expresións dunha ira mal xestionada. Pois ben, unha boa parte das persoas aínda consideran a ira só como violencia ou agresividade, porque é a aprendizaxe que tiveron, en base a unhas crenzas que levan á desregulación emocional. Nesa contorna,

moitos homes aprenderon que a través dunha ira intensa se consegue unha posición de forza sobre os máis vulnerables. Igualmente, moitas mulleres aprenderon que unha actitude submisiva, na que se poida pasar desapercibida, axuda a sobrevivir en contextos violentos. Se a iso lle engadimos un pobre repertorio de condutas referidas á comunicación e á solución de problemas e un sistema de crenzas infestado de ideacións machistas, temos o caldo de cultivo perfecto para perpetuar, ou ben a ira exacerbada constante, ou ben a submisión fronte a esa ira

6 — TRABALLANDO A IRA EN TERAPIA

“O principal beneficio de darse conta dos sentimentos de cólera —e de estar atentos aos mesmos— é a oportunidade que se nos brinda de regular ou suprimir as nosas reaccións, reavaliar a situación e planificar as accións con máis posibilidades de que iso elimine a fonte da nosa ira” P. Ekman.

Posto que non podemos non-sentir-ira, podemos aprender a recoñecela e manexala, sacar proveito de todos os seus beneficios e minimizar os efectos adversos. E esta formulación é unha constante desde a Filosofía clásica ata a Psicoloxía de hoxe.

Necesitamos saber que é o que axuda a xestionar a ira dunha forma máis sa para min e para os demais. Saber como utilizar a enerxía que nos dá para construír, e non destruír. En definitiva, podemos aprender a mostrar ira, ou enfadarnos, sen perder de vista que o seu fin último é “motivarnos a endereitar as cousas e corrixir o mal” (Chapman e Campbell, 1998).

Por iso é tan importante pór o foco no tratamento psicolóxico no caso de persoas que maltratan as súas familias ou que manteñen

unhas relacións pouco respectuosas. Non significa restarlles responsabilidade. Poden asumir a súa responsabilidade pero iso non lles garante ter ferramentas de aprendizaxe que preveñan situacións similares posteriores. O que se necesita é ampliar o seu repertorio de respostas posibles e adecuadas. É unha forma de que non se repliquen as situacións de ira descontrolada. O traballo terapéutico permite ás persoas recoñecer que existe un problema, que é posible abordalo para facer un cambio, e que ese cambio vai mellorar as súas vidas.

Igualmente sucede con respecto ás persoas que sofren abusos e malos tratos. Necesitan desculpabilizar a ira, desbloqueala, abrir a válvula de escape para esa emoción, recoñecer os patróns aprendidos, comprender de onde veñen e poder practicar outro novos. Neste sentido, como sinala Nussbaum (2018), interesa centrarse en previr as inxustizas. A ira construtiva nestes casos axúdanos a reafirmar o autorrespeto e defender a nosa dignidade. Mobiliza as persoas cara á restitución das igualdades e dos seus dereitos.

Destacaría o asombro que manifestan as persoas cando normalizamos a ira ou o enfado como emoción cotiá, cando se decatan da enorme capacidade que desenvolveron para sobrevivir á conta de non permitirse mostrar esa emoción. Persoas que supeditaron os seus dereitos co propósito de manter unha convivencia tranquila ou co propósito de manter a orde tradicional das cousas e as persoas. Obviando, evidentemente, a súa propia realidade persoal.

No lado oposto, o asombro non é menor nas persoas que se fan conscientes de vivir continuamente en guerra cos demais, guerra na que a fórmula a seguir é “ou estás comigo ou estás na miña contra”, “ou gaño eu ou gañas ti”, sentíndose continuamente agraviadas ou frustradas. Danse conta de con que facilidade deron as costas a unha realidade incuestionable, como é a existencia do mundo emocional.

Como dixo Aristóteles (referenciado en Castelo, Vanega e Eslamiada, 2013): “calquera pode pórse iracundo, iso é fácil, pero facelo coa persoa correcta, no grao correcto, ao tempo correcto, polo propósito correcto e na forma correcta, iso non é fácil”.

Dado que a ira xorde e se vincula con certas crenzas, pódese moldear a emoción a través da reestruturación cognitiva para modificar esas crenzas cando son erróneas. A experiencia e os estudos mostran que unha regulación eficaz da ira está asociada a un estilo construtivo de resolución de conflitos e é indicador de saúde mental e benestar psicolóxico. Neste sentido, Oberst et al. (2013) atoparon que existe un conxunto de estratexias de regulación emocional que son adaptativas e que o seu uso en episodios emocionais de ira xeran unha percepción de mellor control da emoción e comprensión cognitiva, mellor control do medio, da imaxe dun mesmo e mellores relacións con outros/as.

Tamén Echeburúa (2016) pon en valor a psicoeducación en homes maltratadores. Traballar as distorsións cognitivas, as habilidades de comunicación e o control de impulsos pode previr que as situacións de violencia se repliquen.

En Galicia contamos cun programa de atención psicolóxica especializada dirixido a homes que adoptan actitudes inadecuadas e violentas nas relacións coa súa parella, coa súa familia, co seu círculo social, e desexan adquirir novos modos de comportamento, exentos de agresividade. É o Programa Abramos o Círculo, promovido polo Colexio Oficial de Psicoloxía de Galicia.

A miña experiencia no programa reafirma a necesidade da psicoeducación emocional que apuntan as investigacións de Echeburúa e de Oberst. Gustaríame plasmar un caso concreto como exemplo:

Trátase dun home de 56 anos, casado desde hai 25 anos e cun fillo de 21; con nivel de es-

tudos básicos e transportista de profesión, aínda que inactivo no momento actual. Acode a consulta porque a muller lle deu un “ultimatum” de que non quere seguir a relación e el se pregunta se será un maltratador “polo que se escoita na tele”, aínda que non se identifica como tal.

Recoñece que fala coa súa muller a base de berros, insultos e constantes críticas e burlas. Tamén se recoñece irascible co fillo e con outras persoas fóra do ámbito familiar. A súa maneira de relacionarse parécelle “normal, aínda que unha pouco besta”. Valoro que é perfil para o Programa, así que tramito a súa incorporación ao mesmo.

Os obxectivos que propoñemos son: traballar a asunción de responsabilidades e o locus de control interno, dar a coñecer os aspectos que anteceden a conduta violenta así como as ferramentas para a súa regulación (técnicas de relaxación e o tempo fóra, reestruturación cognitiva), indagar sobre as crenzas culturais desadaptativas relacionadas con roles de xénero e potenciar as habilidades sociais e recoñecemento emocional.

A intervención estivo marcada por unha boa disposición e motivación ao cambio por parte do usuario. Utilizáronse lecturas sobre o ciclo da violencia, a escalada da ira, así como un autorrexistro de pensamentos e de situacións de enfado.

Estas ferramentas foron útiles para que o usuario tomase conciencia da magnitude da súa conduta e de como afectaba aos demais: “creo que comezo aos poucos a ser consciente de todo o dano que provoquee á miña familia. Antes nin sequera me paraba a pensalo”. Tamén favoreceu que asumise a decisión da parella de separarse: “penso que me quedan días de moitísimo sufrimento e vaime custar moito superalo... non me queda máis remedio que afrontar a nova situación e tentar refacer a miña vida”.

O usuario foi alta no programa despois das 10 sesións do mesmo, coa percepción de lograr os seus obxectivos, para o que foi fundamental o nivel de motivación e a alianza terapéutica.

7 — CONCLUSIÓN

Actualmente, a xestión emocional adquire cada vez máis relevancia, tanto na infancia como na vida adulta.

O resultado é alentador cando as persoas consideran a posibilidade de aprender sobre si mesmas. Cando se fan conscientes dos patróns familiares que teñen interiorizados e que os marcaron toda a súa vida. Cando deciden que, desde a súa vida adulta, poden desaprender e volver aprender. Cando descubren e fan seu o grande abano de respostas que hai nunha situación dada, e que fai posible unha vida mellor.

Como apunta tamén Levy (2000), “cando se lles revela outra alternativa mostran unha verdadeira sorpresa ao decatarse dunha modalidade que non estaba presente na súa forma habitual de vivir e expresar a súa ira. Esta evidencia clínica pon de manifesto ata que punto o tema da ira é tamén unha importante aprendizaxe que, como membros da especie humana e protagonistas desta cultura, necesitamos realizar”.

Crear autoconciencia do proceso de ira, graduar a súa intensidade, coñecer os seus compoñentes cognitivos e físicos, e establecer técnicas asertivas e de resolución de conflitos son estratexias útiles para traballar e recoñecer a ira construtiva. Todo iso nun marco de alianza terapéutica e desde a voluntariedade e aceptación das persoas.

Estamos a tempo de transformar a relación coa nosa ira desde a nosa vida de adultos. Estamos a tempo de pensar doutra forma os

conflitos interpersoais cando nos enfocamos en mellorar a convivencia. Estamos a tempo se consideramos que un cambio persoal é o primeiro paso para que haxa unha transformación social, e non ao revés.

Por outra banda, como profesionais, temos a responsabilidade de seguir aprendendo a nosa propia xestión emocional para facer posible unha sociedade menos iracunda e máis respectuosa. Respecto, empatía, solidariedade, convivencia e responsabilidade persoal son conceptos que hai que refrescar para facelo posible.



Bibliografía

Bodei, Remo (2013). *La ira. Pasión por la Furia*. Editorial Antonio Machado.

Castillo Ayuso, R., Vanega Romero, S. e Sosa Correa M. (2013). *La ira y el riesgo en el comportamiento personal. Prevención del Riesgo Físico y Emocional. Medidas de protección personal y familiar ante los delitos*. Edition: Universidad Autónoma de Yucatán, Cap. 4, Editores: José Paulino Dzib Aguilar.

Chapman, G. e Campbell, R. (1998). *5 lenguajes de amor de los niños*. Miami, Unilit.

Echeburúa E., De Corral, P., Fernández-Montalvo e Amor, P.J. (2004). *¿Se puede y debe tratar psicológicamente a los hombres violentos contra la pareja?* *Papeles del Psicólogo*, nº 88, 20-28.

Echeburúa, E. e Amor P.J. (2016). *Hombres violentos contra la pareja: ¿tienen un trastorno mental y requieren tratamiento psicológico?* *Terapia Psicológica*, nº 34, 31.40.

Ekman, P. (2003). *El rostro de las emociones*. RBA libros SA.

Elster, J. (2001). *Emoción, adicción y conducta humana*. Paidós.

González A. (2017). *No soy yo: Entendiendo el trauma complejo, el apego, y la disociación: una guía para pacientes y profesionales*. Amazon Distribution. Leipzig.

Igrexa Católica. *Catecismo de la Iglesia Católica* (1997). Edición electrónica do Catecismo da Igrexa Católica conforme a edición típica latina de 1997.

Levy, N. (2000). *La sabiduría de las emociones*. Plaza & Janes Editores, S. A.

Nussbaum, M. (2018). *La ira y el perdón. Resentimiento, generosidad, justicia*. Editorial Fondo de Cultura Económica.

Oberst e col. (2013). *Funcionalidad de las estrategias de autorregulación y regulación interpersonal de la ira y la tristeza*. *Anuario de Psicología/ The UB Journal of Psychology*, vol. 43, nº 3, 381-396.

Sáenz, M. J. (2017). *La reconsideración de la ira como emoción política. Sobre Anger and Forgiveness de Martha Nussbaum*. *Diánoia*, volumen LXII, número 79, 217-226.

Solomon (2007). *Ética Emocional*. Barcelona, Paidós.

SEXUALIDADE E ADOLESCENCIAS: TRANSFORMACIÓN NA ERA DIXITAL

SEXUALIDADES E ADOLESCENCIAS: TRANSFORMACIÓN NA ERA DIXITAL

Ricardo Fandiño Pascual

Psicólogo Especialista en Psicoloxía Clínica.

Vanessa Rodríguez Pousada

Psicóloga Xeral Sanitaria.

ASEIA (Asociación para a Saúde Emocional na Infancia e a Adolescencia)

aseia.galicia@gmail.com

SUMARIO

CASTELÁN

RESUMO

Como seres sexuados, a sexualidade atrávesanos ao longo da vida. Se temos en conta que a etapa adolescente se caracteriza por ser unha etapa de transformación, modificándose as imaxes que se teñen dun mesmo, estimulándose novas condutas e competencias e cambiando as relacións do adolescente co seu medio familiar e social, a sexualidade aparece como un aspecto fundamental do desenvolvemento e da identidade.

Adolescencia e sexualidade deben abordarse sempre en continua relación e comunicación co contexto social e histórico de cada época. Na nosa, debemos ter en conta a centralidade social da adolescencia, a mercantilización e banalización da sexualidade, a igualdade de xénero, a diversidade sexual e a emerxencia dun mundo virtual que se presenta como o mundo relacional por excelencia da nova adolescencia. Palabras chave: adolescencia, sexualidade, mundo virtual, diversidade sexual, igualdade.

PALABRAS CHAVE — adolescencia, sexualidade, mundo virtual, diversidade sexual, igualdade.

ABSTRACT

As sexed beings, sexuality crosses us throughout our lives. If we take into account that the adolescent stage is characterized by being a stage of transformation, modifying the images that are available to oneself, stimulating new behaviors and competences, and transforming adolescent relationships with their family and social environment, sexuality appears here as a fundamental aspect of development and identity.

Adolescence and sexuality must always be addressed in continuous relationship and communication with the social and historical context of each era. In ours, we must take into account the social centrality of adolescence, the commodification and trivialization of sexuality, gender equality, sexual diversity, and the emergence of a virtual world that presents itself as the quintessential relational world of the new adolescence.

KEY WORDS — adolescence, sexuality, virtual world, sexual diversity, equality.

INTRODUCCIÓN

Adolescencia e sexualidade son aspectos do humano que se atopan mesturados. Ao estar ambas as dúas determinadas culturalmente, a vivencia da sexualidade durante a adolescencia non responde a un estándar ao longo da historia. En ocasións, os profesionais aproximámonos á realidade adolescente desde as vivencias e o contexto cultural que estivo presente na nosa propia adolescencia. Este feito pode xerar certa confusión, profundando na fenda xeracional, xa que, se cada adolescencia debe ser entendida sempre desde unha perspectiva contextual, na adolescencia hipermoderna, onde a tecnoloxía forma parte dun continuo relacional, os novos modos de experimentar e vivir a sexualidade non poden analizarse sen ter en conta a realidade virtual.

En cada tempo existe unha moral sexual cultural predominante que inflúe de forma determinante no desenvolvemento dunha sexualidade natural. Esta é a idea que Freud esbozou no seu artigo “A moral sexual cultural e a nerviosidade moderna”, que Reich desenvolveu en obras como “A irrupción da moral sexual”, “A loita sexual dos mozos” ou “A revolución sexual”, e cuxa investigación continuaron os freudomarxistas da Escola de Frankfurt. A represión sexual, nas súas diferentes formas, é fonte de patoloxía.

Foucault (2006) na súa *Historia da Sexualidade*, introduce un vector de análise, que cuestiona a teoría da represión da sexualidade. A “vontade de saber” sobre a sexualidade encobre unha auténtica “vontade de poder e dominación” sobre a liberdade sexual de cada individuo. As formas de dominación ás que fai referencia Foucault cobran gran presenza no ámbito educativo ó longo da historia. En este mesmo sentido Plummer (1991, citado en Nieto, 2003) fai referencia a dous procesos que dan forma e interveñen na sexualidade. Un deles remite á sociedade, xa que esta é a encargada de fixar os límites do que é acepta-

ble ou inaceptable sexualmente, constituíndo procesos “reguladores” fundamentalmente no relativo á ordenación do desexo, control corporal dos instintos e regulación da orde simbólica. O outro, remite aos individuos e aos procesos que lle permiten, dentro dunha sociedade dada, abordar a súa propia sexualidade. Desde esta perspectiva, é indispensable, por tanto, realizar unha breve análise dalgúns das achegas ao estudo da sexualidade contemporánea para entender en que realidade se moven hoxe os adolescentes da nosa época, marcada por cinco aspectos fundamentais: a *adolescencización* social, a mercantilización e banalización da sexualidade, a emerxencia do feminismo e a visibilización e maior normalización da diversidade sexual, a potencia no sexual das tecnoloxías da información e comunicación a través de internet, e a importancia crecente da educación sexual.

1 — A ADOLESCENTIZACIÓN SOCIAL

Falamos dunha normalidade adolescente. Trátase dunha forma de entender a adolescencia como a nova norma social. Desde esta perspectiva, sería a adolescencia o lugar onde se establecerían a centralidade da vida. Serían, por tanto, os adolescentes os que poderían ser cualificados de normais, aqueles que establecen a referencia.

Nos últimos anos, obsérvase cada vez unha máis forte idealización da adolescencia como grupo social, ao que os nenos queren pertencer canto antes e no que os adultos queren permanecer canto máis tempo mellor. O adolescente é o principal consumidor nunha sociedade de consumo e os seus gustos e intereses determinan o interese colectivo. A provisionalidade e a fugacidade son un estándar social, así como a sobrevaloración do agradable, do

superficial, do rápido e do divertido. Neste contexto de consumismo fugaz, introducir a perspectiva de tempo, de proceso, de camiño na consecución dun obxectivo ou de esforzo, traballo ou dificultade no establecemento e coidado das nosas relacións, aparece como un labor aburrido e afastado, sen que se chegue a establecer unha relación entre esforzo e pracer, algo máis propio dun mundo adulto.

A infancia parece estar progresivamente colonizada por condutas e actitudes correspondentes á adolescencia. Destacan unha temperá erotización e o enorme peso que o social ten fronte ao familiar xa na etapa de latencia. Por iso é polo que as dinámicas de exclusión, como o acoso escolar, teñen unha presenza cada vez máis temperá. É frecuente atopar, por tanto, con adolescentes prepuberales que non chegaron a consolidar suficientemente unha percepción de si que lles permita facer fronte ao reto de ser eles mesmos nun mundo de iguais. Atopamos así a nenos que, necesitando aínda o xogo como espazo transicional onde proxectar os seus desexos e ansiedades, deben de enfrontarse á carnalidade e á rivalidade adolescente. Fronte a esta dificultade poden reaccionar, dependendo da configuración e funcionalidade dos seus defensas, cunha temperá tendencia ao acting-out, con perplexidade, ou con intensas vivencias regresivas. É frecuente que acudan a consulta nenas e nenos con condutas violentas sen que os pais e nais logren entender ben a orixe das mesmas. En ocasións, estas condutas son a reacción a unha esixencia adolescente a idades prepuberales. O alivio e a contención chega dun espazo no que senten que poden ser nenos e nenas, no que non precisan estar no esforzo de proxectar unha imaxe para a que non senten preparados.

A confrontación xeracional, característica e necesaria na adolescencia, aparece diluída, ao constituírse a adulez como unha adolescencia prolongada ou *adulescencia*, caracterizada por un grande interese no lecer, o consumo e a aparencia xuvenil. Neste contexto, cada

vez parece máis difícil que o adulto, xa desde o mundo familiar, xa desde o mundo social, poida introducir na relación co neno e o adolescente a idea de límite; de como conseguir un pracer dentro da orde sociocultural pasa tamén, inevitablemente, polo recoñecemento das necesidades e desexos dos outros. Atopamos con curiosas inversións. Máis alá das consideracións ideolóxicas subxacentes, nun suposto debate virtual entre Greta Thunberg vs. Donald Trump, ela parecería representar a normalidade sensata fronte ao punki impulsivo antisistema. A adolescencia ocupando o espazo da infancia e a adulez rompe o reloxo biolóxico e a cronoloxía social, establecendo un extenso período vital de fluidez onde se alimenta a fantasía de que todo é (aínda) posible.

2—

A SEXUALIDADE BANAL

Nos anos 1950, Herbert Marcuse (2010) acuñou o termo de *desublimación represiva*. Con el tentaba explicar que en sistemas sociais de consumo, a liberdade sexual é aparentemente grande e todo o que teña que ver co sexo ten valor comercial. Tratábase, segundo Marcuse, da liberación da sexualidade en modos e formas que debilitan a enerxía erótica, dispersada sobre os negocios, a política, a publicidade etc. A partir da segunda metade do século XX, o mundo do sexo desprazouse desde o mundo do privado ata o espazo público. Onde antes predominaban prohibicións e tabús, agora atopamos a posta en escena da sexualidade. A sexualidade chega a ser, por tanto, obxecto de publicidade, de moda, de produción. A medida que o mercado foi impoñendo as súas normas ás nosas formas de vida, a sexualidade chegou tamén a adquirir a dimensión de produto, algo a comprar, vender e consumir. A sexualidade chega a ser por tanto obxecto de publicidade, de moda, de produción. A li-

bido integrouse na produción e circulación de mercadorías.

Lipovetsky (2016) describe nas sociedades hipermodernas unha sexualidade desligada da moralidade, que ten valor en si mesma en canto facilitador da satisfacción individual, como actividade ociosa sen compromiso nin consecuencias. Con todo, fronte a esa imaxe publicitaria da sexualidade contemporánea conviven altas porcentaxes de problemas de erección, exaculación precoz, desexo sexual hipoactivo e baixa frecuencia de relacións sexuais. Así, afirma que “a era do sexo divertido é tamén a da bancarrota do desexo”. Zygmund Bauman (2005) afirma que o desexo sexual é de todos os impulsos naturais humanos o máis intrinsecamente social. Dentro da súa teorización da modernidade líquida, caracterizada por un ser humano sen referentes sociais, culturais ou individuais estables, o desexo sexual devén tamén en inestable, nun mundo en que o compromiso mutuo se dilúe. Así, a sexualidade pode aparecer en todas partes, pero non parece ter fixación ou sostén en ningunha delas. Por último, Franco “Bifo” Berardi (2017) en *Fenomenología del fin*, fala dun desprazamento desde unha percepción erótica do corpo do outro a unha percepción informática onde o corpo do outro nos aparece como signo, nunha mutación patóxena que pode derivar na parálise do corpo erótico. Neste sentido, para Berardi, a pornografía convértese nun novo puritanismo.

Se a identidade está nunha boa parte ligada á unha imaxe estereotipada de características moi xuvenís, cumprir anos e o natural efecto dos mesmos sobre o corpo, pode abrir unha ferida narcisista. Chega con realizar unha exploración rápida en calquera buscador da internet para observar as imaxes que nos devolve cando introducimos a palabra “muller” ou “home”. Atopamos mulleres e homes novos de raza branca, con características acordes aos canons de beleza establecidos socialmente e sen cabida para os corpos diversos segundo fisionomías e idades. Anteriormente, o noso referente para construír unha identidade como humanos era

o animal mentres que agora o noso referente de contraste é a máquina informática, sendo unha preocupación central manter o corpo sempre actualizado, coas últimas aplicacións en perfecto funcionamento. Así, non soamente existe unha preocupación pola presenza dun corpo perfecto, senón que ese corpo debe manterse mozo, negando a realidade do paso do tempo, e á última moda en canto a tamaños, formas e adornos. Dáse prioridade a ter un físico atractivo e “á moda” sobre calquera outro tipo de calidade. O corpo novo, delgado, fibroso, adornado, exhibido, ten o papel de reclamo sexual. Novidoso parece ser que esa representación icónica é a mesma para unha muller ou un home de 15 e para un ou unha de 45 anos, sendo crecente a medida que pasan os anos o investimento de tempo dedicada ao mantemento da aparencia xuvenil.

O ximnasio é un dos grandes espazos de lecer da nosa época e a súa proliferación non parece que poida ser atribuída unicamente a un crecemento exponencial do interese pola saúde. Entre os máis novos tamén se puxo de moda a actividade física de ximnasio, para “estar fibrado” ou “poñerse petado”. O ximnasio reproduce cada vez máis o formato de espazo de (des)encontro, onde se realiza unha actividade física individualizada, programas personalizados controlados por aplicacións informáticas con acceso a internet onde podemos escoitar a nosa música ou ver as nosas series favoritas.

Tal inversión narcisista do suxeito situada sobre a imaxe do corpo responde a que esta é un elemento culturalmente privilexiado na sexualidade tal e como é percibida actualmente. O (des)encontro sexual institúese a partir de corpos físicos pretendidamente desligados do afecto. Trátase, polo tanto, de encontros que constitúen unha representación dirixida por unha banda, a un mesmo e, por outra, a presentar unha imaxe de si ante os demais.

A representación dirixida a un mesmo pon o adolescente nun rol de espectador de si, no que o desexo e a motivación están postos

nos elementos estéticos e non nos emocionais e sensoriais. Instálase así unha ansiedade de execución que ten que ver co éxito da pose. Ensáianse posturas, prepárase de maneira fantasiada a secuencia do que será a relación, tomando como referencia un modelo pornográfico onde o coito ocupa todas as escenas nas súas diferentes manifestacións. Na fantasía non hai tempo para a sedución ou a caricia, senón que todo o protagonismo o ten un pene hiperactivo que ten por obxectivo encher todos os baleiros imaxinables.

3—

A IGUALDADE DE XÉNERO E A DIVERSIDADE SEXUAL

O cuestionamento da sociedade patriarcal en que o masculino domina e exerce o seu poder sobre o feminino, ocupou boa parte das loitas sociais durante as últimas décadas. Pódese afirmar que o feminismo escribiu algunhas das páxinas máis brillantes dos movementos sociais no século XX. Froito destas loitas son importantes conquistas en materia de igualdade. Tamén foron moi importantes as loitas e conquistas de dereitos do colectivo LGTBI en defensa da diversidade sexual. Neste sentido, Martín (2006) expón como tamén as teorías postestruturalistas e a teoría queer, entre outras, contribuíron con gran protagonismo á redefinición do concepto xénero, perfilando así novas posibilidades analíticas co obxectivo de romper co pensamento identitario dualista.

Os cambios que se veñen dando nos roles de xénero pódennos liberar dos estereotipos paralizantes dunha orde social e moral patriarcal que nos enferma. En paralelo, a indefinición dos novos referentes dificultanos o acceso a un apoio cultural básico para a constitución da identidade sexual e persoal.

En *O segundo sexo* de Simone de Beauvoir (2017) denúnciase que a muller se definiu ao longo

da historia sempre respecto a algo, como unha outredade, e que por tanto as características que identifican as mulleres non lles veñen dadas da súa xenética, senón por como foron educadas e socializadas. Reivindica, por tanto, que a principal tarefa da muller é reconquistar a súa propia identidade específica e desde os seus propios criterios. Este feito podémolo observar en algo tan fundamental como a propia anatomía; o clítoris, elemento primordial dos xenitais femininos, é definido en múltiples ocasións como un “pequeno pene”, expropiándoo así da súa identidade única e poñéndoo nunha comparación sen sentido da que sempre sae perdendo por “pequeno”. Por outra banda, é imprescindible ter en conta a teoría performativa da sexualidade desenvolvida entre outras por Judith Butler, partindo dos traballos de Freud, Lacan e Foucault, para chegar á conclusión de que non só o xénero, senón tamén o sexo e a sexualidade son construcións sociais, rompendo deste xeito a conceptualización binarista. No seu *Manifesto Cyborg*, Donna Haraway (2016) propón erradicar o xénero, tomando a idea do cyborg como ser fusionado-confundido entre home-máquina que non necesita de distincións, rexeitando os límites ríxidos, especialmente aqueles que separan o “humano” do “animal” e o “humano” da “maquina”, xerando unha conceptualización post-xénero.

Xa non resulta adecuado hoxe seguir analizando a sexualidade na adolescencia como un proceso de “domar as hormonas” na espera de que os mozos constrúan identidades predeterminadas, desde unha perspectiva binaria e falocéntrica. Moitos dos nosos mozos romperon hai tempo este binarismo imperante, ou quizais son máis conscientes de que non lles é posible definirse só en base a dous termos. Algúns deles mergúllanse na procura ou construción dunha “etiqueta” que os defina mellor e outros foxen da etiquetaxe social. É aquí onde entra con forza o discurso da teoría queer, quen demarca entre os seus obxectivos a disolución das categorías de identidade,

cuxa función vén predeterminada polo control social. Resultan clarificadoras neste sentido as palabras de Putochinomarción (Chenta Tsai Tseng), que no seu libro *Arroz tres delicias: sexo, raza y género* nos di:

“Identificándome como non binario, entendo mellor o meu corpo e como o relaciono co das demais persoas, entendo mellor a miña orientación sexual, xa que non me identifico como home cis gai, identifícame como disidente sexual. Á fin e ao cabo, se unha persoa non binaria mantén unha relación sexo-afectiva con outra persoa, segue sendo gai? Non sei”.
(Tsai, 2019, 100-101)

Figuras públicas como Elizabeth Duval, adolescente, pensadora, escritora e activista, cuestionan no seu discurso a excepcionalidade do transexual: “O trans é unha realidade que me sucedeu, pero tampouco significa tanto na miña vida” (Vicente, 2020, 8); producindo algunhas das reflexións máis interesantes sobre o actual debate entre o mundo da diversidade sexual e o suxeito do feminismo, poñendo o acento en que tamén o patriarcal atravesa a nosa realidade, incluso aquela máis subversiva, creativa e reivindicativa. Doutra banda, Miquel Missé (2018) considera que de nacer nunha illa deserta, as persoas trans xa non o serían, pois a expresión de xénero non estaría ligada a ningunha identidade de xénero estanca e moito menos a unha corporalidade social concreta.

4 —

AS TRANSFORMACIÓNS SEXUAIS DA INTERNET

Un elemento determinante na forma en que se establecen actualmente as relacións é a eclosión das novas tecnoloxías da informa-

ción e as redes sociais. Debemos profundar entón respecto ás relacións virtuais e as súas implicacións na sexualidade adolescente contemporánea. Poderíase pensar na expansión e a expresión corporal como indicadores da expresión sexual, e como dixemos, a característica do virtual é o protagonismo do corpo por ausencia. A ausencia deste corpo permite a reconstrución dun corpo fantasiado ou imaxinado, modificado a través de diferentes filtros e aplicacións co fin de chegar a un ideal corporal dun mesmo. Seguindo esta liña, sería posible que a apropiación do noso novo ideal corporal como parte da nosa identidade nos levase a idealizar a relación sexual? Ao mesmo tempo, a propia reconstrución fantasiada leva a pensar que o outro que temos diante é tamén un ideal fantasiado de si mesmo? Atopariámonos entón cun medo do que non é posible escapar, “vou defraudar”, “vanme decepcionar”, a representación está presente desde o inicio e pode ser difícil de deter cando se entranpan en seguir representando, xa non o que eles iniciaron, senón tamén o que agora pensan que o outro espera deles. Quedamos deste xeito mergullados nunha dimensión paralela acorporal pero vivencial, protagonizada pola fantasía, a dúbida, a desconfianza, a propia esixencia e a que se pon no outro.

A relación virtual favorece este proceso de desencarnamento. O próximo é sempre necesario para poder ser alguén, pero a proporción que da súa presenza se precisa para crear o noso perfil (identidade virtual) pode en boa parte substituírse pola nosa habilidade para representar nas pantallas. En alemán utilízase a palabra *maskenfreiheit* para nomear a liberdade que proporcionan as máscaras, de non ter que expoñernos ante un outro que nos poida rexeitar ou aceptar. Outra facultade das máscaras chéganos da Grecia antiga, onde estas posibilitaban aos actores e actrices de teatro representar varios personaxes dentro dunha mesma obra. É por iso que, na construción da identidade, a emerxencia do virtual introduce elementos diferenciais. Segundo explica Lacan

no seu Seminario de 1953-1954, o eu ideal é unha fonte dunha proxección imaxinaria mentres que o ideal do eu sería unha introxección simbólica. No ideal do eu converxen o narcisismo, as identificacións parentais e os ideais culturais predominantes en cada época. O eu ideal, pola súa banda, correspóndese cun narcisismo primario volto sempre sobre si mesmo.

O modo relacional das redes sociais sostense sobre algoritmos, que favorecen o encontro co reflexo daqueles aspectos do suxeito que este considera como os máis valiosos de si. A permanente procura autorreferencial e a posibilidade de eliminar cun clic a imperfección, a crítica ou a ausencia, hipertrofia o eu ideal. Particularmente na adolescencia, cando a construción da identidade está máis seriamente comprometida, as redes sociais aparecen como autoestradas de catro carrís para o falso self, fronte aos pedregosos e tortuosos camiños do ideal do eu. Yolanda López, nunha entrevista de Sánchez (2017), expón as conclusións levadas a cabo no seu estudo sobre o emprego das redes sociais por adolescentes e fai referencia a que ademais de que esta poboación dedica moitas horas do día ao uso das redes sociais, este uso vai determinar a súa identidade, as crenzas, o sistema de valores e a forma de ver o mundo en xeral. Engade que existe unha procura de recoñecemento, apoio social e afecto a través do contido mostrado nas redes sociais polos adolescentes. Observamos, entón, como o virtual non permanece só nese mundo, senón que o virtual e o real son mundos que se interrelacionan, se inflúen e se retroalimentan.

É verdade que as redes sociais permiten (trans)itar pola diversidade identitaria, (trans)gredir a norma e (trans)formar os espazos, converténdose en contextos que favorecen a adolescencia. Tamén o é que convidan a un continuo espazo-temporal onde o virtual é infinito e, por tanto, non ten saída nin resolución, quedando así o suxeito atrapado nun eterno xogo de espellos. As redes sociais diferéncianse de anteriores máquinas de comunicar en que serven para establecer relacións sociais, e fano

dunha forma relativamente cómoda, na que o suxeito se sente á vez moi visibilizado e moi pouco exposto. Resulta curioso este paradoxo, os mozos séntense pouco expostos nunha rede na que non deixan de expoñerse, situando no mesmo lugar os aspectos que teñen que ver co público, o privado e o íntimo. Un exemplo deste feito podémolo constatar nos talleres sobre novas tecnoloxías que levamos a cabo con adolescentes; cando se lles pregunta se expoñerían unha determinada foto que colgaron na rede na praza maior do seu pobo ou cidade adoitan contestar cun rotundo non. É o feito de introducir o real fronte ao virtual o que posibilita a consciencia da mirada dun outro fronte a un eu.

5—

A EMERXENCIA DA EDUCACIÓN SEXUAL

Freud nun pequeno artigo chamado “A ilustración sexual do neno” afirmaba: “*O naipe lo trae xa consigo ao mundo a súa sexualidade. Así é necesario que o sexual sexa tratado desde o principio na mesma forma que calquera outro orde de cousas dignas de ser sabidas*” (Freud, 1907 citado por García, Fandiño e Villarino). Resulta sorprendente constatar como algunhas das dificultades coas que atopaba Freud na súa época continúan estando presentes na actualidade. Así, unha idea de Freud (1907, citado en Michelena, 2006) leva a reflexionar e a cuestionar a posición do adulto ante o desenvolvemento sexual do neno. Neste sentido, interrógase sobre a incongruencia que existe nalgúns adultos que, por unha banda, negan a existencia da sexualidade infantil e, ao mesmo tempo, poñen un grande esforzo para tentar controlar dita sexualidade.

Non se pode falar de educación sexual sen falar de Feito Sexual Humano. Necesariamente, a educación sexual está dirixida a persoas se-

Foto: Cottonbro



xuadas, que viven e se expresan conforme a isto. A educación sexual pretende o autoconñecemento do propio desenvolvemento e do desenvolvemento do outro, desde a aceptación e respecto pola diversidade de todas as persoas. Os obxectivos da educación sexual son: coñecerse (saber máis de como son e como funciona), aceptarse (estar contento de como son) e a satisfacción (trátase de espertar coherencias na expresión da erótica) e estes obxectivos son os mesmos para todas as sexualidades.

Un aspecto clave da importancia da educación sexual é que esta é unha educación en actualización, é dicir, a educación sexual está pendente das dificultades sociais do momento e en como estas poden influír no desenvolvemento óptimo de cada persoa. Débese pensar que a educación sexual non só é cousa dos

profesionais, senón que se educa sexualmente (ben ou mal) desde todos os axentes sociais. É por iso que se fai necesaria unha boa educación sexual (impulsada por profesionais formados) que xere lazos de unión entre familias, profesionais e institucións, xa que o interese polo desenvolvemento óptimo xera sociedades pensadas para a vida. Neste mesmo sentido, a educación sexual pode ser pensada como un motor de cambio social e en certa medida pode ser mesmo “revolucionaria” xa que non se trata de educar para maiorías, senón de educar a persoas desde cada individualidade como persoas únicas. Poderíase dicir que, a educación sexual fainos iguais desde a diferenza.

Tendo en conta que a educación sexual traballa desde un enfoque cognitivo, actitudinal e

emocional (en definitiva, vivencial), esta aparece como unha educación fundamental para o desenvolvemento humano, xa que estes enfoques non son considerados como compartimentos estancos, senón como elementos que se inflúen mutuamente e que nos levan á comprensión de cada sexualidade desde unha multifactorialidade única en cada ser. A educación sexual preséntase como a ferramenta que nos pon en valor como seres únicos e que traballa non só desde o coñecemento, senón desde as vivencias na súa amplitude, poñendo en valor tamén os medos, as dúbidas e os sentires como motor de desenvolvemento persoal e social.

Na complexa arte de educar en sexualidade desde as idades máis temperás, debemos estar pendentes das necesidades do neno e a súa capacidade de asimilación. Da mesma forma que a un neno de seis anos, se pregunta sobre que é unha integral matemática non se lle explicaría o seu complexo proceso de desenvolvemento, tampouco a este mesmo neno se lle poden explicar conceptos e dinámicas sexuais que non está preparado para asimilar. É necesario empregar unha linguaxe adecuada a cada etapa e ir ofrecendo os contidos que está disposto a integrar. De feito, tal e como expón Michelena (2006), a función esclarecedora dos pais sobre os diferentes contidos sexuais ten unha importancia relativa comparándoa coa disposición que mostre o neno para integrala. Así, se o neno non se atopa no momento adecuado para esta integración, seguirá dando prioridade ás propias teorías sexuais que el mesmo vai xerando e construíndo. Ademais, antes de embarcarnos a dar a mellor resposta posible á curiosidade sexual dos máis pequenos é importante que primeiro nos aseguremos de que é o que preguntan realmente, pois en moitas ocasións, a pregunta non representa o contido da dúbida. Tamén é importante non perder de vista que as nosas actitudes educan tanto ou máis máis que as nosas palabras.

Faise necesario tomar as rendas da educación sexual que recibirán nenos e adolescentes e outorgarlle o protagonismo que lle corresponde.

Vimos dunha historia recente onde a sexualidade estaba reprimida, pero ao mesmo tempo, existía unha conciencia desta represión, o que permitía ao adolescente unha procura consciente daqueles elementos que sabía que lles eran apartados, e ademais sabía que para acceder a unha sexualidade sa e libre debía loitar. Actualmente, o adolescente está persuadido de que “xa sabe” sobre sexualidade, sobre a de todos e sobre a súa en particular, e que o que non sabe pódoo coñecer facilmente, en calquera momento, no tempo dun “ clic”. Con todo, na clínica sorprende o gran número de mozos que di non masturbarse porque lle dá noxo tocarse, ou os que non se masturban e se senten culpables porque consideran que é unha imposición. Tamén sorprende como segue instaurada a “expectativa de heterosexualidade” ou como nas relacións amatorias continúa presente a ditadura da penetración. Outro aspecto que aparece frecuentemente na clínica, relacionado coa ditadura da penetración á que aludimos é a presión de grupo.

Nun artigo de *La Vanguardia* de López (2019), fai referencia a unha enquisa nacional sobre sexualidade e anticoncepción entre os mozos españois, realizada por Sigmados. Nesta afirmase que entre os motivos para manter a súa “primeira relación sexual” están: o facerse o máquina, a popular, porque os demais o fan (ou iso din), porque que van dicir de min..., presión que non tería tanto peso de seren educados nos tres obxectivos da educación sexual aos que antes aludiamos. A educación sexual é necesaria en todos os axentes sociais, pois se os grandes titulares e as enquisas e estudos van dirixidos a un tipo de adolescente heterosexual e se lle dá un protagonismo inxusto ao coito como “primeira relación sexual”, fraco favor estamos a facerlles.

Hai tempo que sabemos que adolescentes e infantés, cada vez máis novos, acceden a contidos pornográficos a través de internet. Un estudo levado a cabo por Orte e Ballester (2019) en colaboración coa *Red Jóvenes e Inclusión* e a *Universitat das Illes Balears*, alerta de que a ida-

de media de inicio no consumo deste material establécese nos 14,84 anos e que algúns dos primeiros contactos producíronse aos 8 anos. O motivo principal polo que se dá, segundo este mesmo estudo, para o consumo deste material (41,8%) é o de satisfacer a curiosidade (47,9% móbil). Neste sentido, quizais non exista tanta diferenza entre o feito de recorrer ao porno como forma de satisfacer a propia curiosidade sexual e as condutas pasadas de procura furtiva en dicionarios e revistas para adultos escondidas atopadas polos máis novos do fogar familiar. A curiosidade sexual sempre estivo presente e é responsabilidade do mundo adulto satisfacela dunha forma saudable. A diferenza estriba en que os mozos non toman conciencia de que o pornográfico é unha ficción, con estándares difíciles de alcanzar que poden xerar unha continua frustración ao tentar lograr un imposible e que, ademais, os roles presentados non son ou non deberían ser desexados en ningún dos casos.

Respecto ao contexto social ao que se enfronta a educación sexual, temos que recoñecer que nunca tivo suficiente presenza nin na escola nin nas casas, principais espazos da educación e formación dos nosos mozos. Aínda que esta pode ser unha visión un tanto bondadosa, xa que esquecemos que a educación sexual sempre está presente, xa sexa por presenza ou por ausencia. Desde o momento en que non tomamos as rendas desta educación e a omitimos, estamos a transmitir unha mensaxe: a mensaxe do prohibido, do tabú, do innomeable. Neste sentido, a moral cultural predominante fixo da sexualidade un tema tabú para nenos e adolescentes. Con demasiada frecuencia os adultos, en relación cos seus fillos, abordaron este tema máis por forza que por ganas. Falábaselles algo sobre fisioloxía, algo sobre riscos e o tema da sexualidade quedaba resolto. O resto xa o irían descubrindo elas e eles, aos poucos, máis mal que ben. En ocasións tamén pode ocorrer que as familias non aborden o tema por non sentirse capacitadas para facelo. Neste sentido De

la Cruz, Ramírez e Carmona (2008) inciden en que para levar a cabo unha educación sexual dentro do seo da familia non é necesario ser un profesional e que isto é algo que debemos transmitirles. Habitualmente, as nais e os pais non son especialistas noutros temas como a saúde, a nutrición, seguridade viaria, economía, dereito, bioloxía..., e con todo, non se cuestionan como deben abordalos. Evidentemente, é importante adquirir coñecementos sobre este tema e solicitar axuda para ampliálos da mellor forma posible, e para iso tecer lazos entre escola, familia e profesionais da educación sexual revélase como a mellor forma de educar sexualmente os nosos mozos e infantés.

En canto á abordaxe desta materia desde os centros educativos, adoita ser habitual que esta se limite ao coñecemento sobre a fisioloxía do sexo (normalmente desde unha perspectiva binaria) e ao uso dos métodos anticonceptivos. É evidente que este coñecemento é necesario, pero non debemos deixar de lado unha parte fundamental do compoñente humano. Falamos aquí dos ámbitos relacional e emocional. As nosas e os nosos mozos necesitan saber do mundo das relacións, os afectos, o respecto polo outro e pola diversidade, da normalidade dos medos, da bondade das dúbidas e da marabilla do pracer compartido. Necesitan darlle un sentido a súa parte máis emocional e necesitan validar os seus medos, para así, poder crecer e construírse a partir dos mesmos.

O bo do malo é que a educación sexual, que sempre foi importante, agora converteuse en ineludible. O malo do bo é que aínda hai quen cre que educar en sexualidade e en igualdade na escola é adoutramento ideolóxico, obviando que o fin da educación sexual é xustamente o contrario ao adoutramento, e que a súa contribución é a da formación de persoas libres e consistentes que poidan asumir de forma natural actitudes de respecto e de responsabilidade nas súas relacións interpersonais. O dilema é ben simple: no ámbito da

sexualidade, ás nosas fillas e fillos, ou os educamos os adultos dunha forma activa e desde as primeiras etapas da vida, ou van aprender eles sós sometidos á doutrina da sexualidade como negocio e estratexia de poder. Témosto diante e eludir a cuestión só pode empeorar as cousas. Deberíamos esixir ás institucións públicas que se fagan cargo desta cuestión central para o noso futuro como sociedade, xa que a educación sexual é unha cuestión de saúde pública.

6 —

ALGUNHAS IDEAS DESDE A PRÁCTICA PROFESIONAL COS ADOLESCENTES E AS SÚAS SEXUALIDADES

O interese pola educación sexual vese reflectido nas continuas demandas de intervencións realizadas desde o ámbito educativo, en todos os grupos de idade, desde infantil ata bacharelato, sendo este último o máis frecuentemente solicitado. É destacable, ademais, que estas peticións se acompañan en moitas ocasións de solicitudes para formacións a familias e profesionais, o cal pon de relevo que a sexualidade cobrou unha importante relevancia nas necesidades formativas dos máis novos. É importante neste sentido fomentar o traballo coas familias, por unha banda porque estas teñen un papel fundamental na educación sexual das súas fillas e fillos e, por outro porque en moitas ocasións non levan a cabo unha educación sexual adecuada nos fogares ao considerar que non están preparadas para abordala. Trátase de empoderalas, de facerlles ver que están moito máis preparadas do que consideran, que non necesitan ser profesionais da sexoloxía para abordar o tema desde os coidados e a implicación. Da mesma forma que coidan a alimentación das súas fillas e fillos sen ser nu-

tricionistas, no referido á sexualidade, tamén poden ofrecer unha guía educativa e emocional con recursos que teñen ao seu alcance e dos que non tomaron conciencia.

Os nenos e adolescentes achéganse ás formacións de educación sexual con curiosidade, frescura e nalgúns casos certa inquietude. As dinámicas de traballo que favorecen a interacción revelan interese e un nivel de información que sorprende en mozos de pouca idade se os comparamos con outras xeracións. Desde o noso punto de vista é fundamental xerar espazos nos que sintan que a súa palabra ten valor e que eles tamén teñen moito que achegar. As clases maxistras non teñen cabida dentro da educación sexual, os máis novos necesitan sentir que forman parte desta desde o seu propio sentir e pensar. Só outorgando un lugar central á súa palabra é posible dar paso á reflexión e crítica en común. Tamén cabe destacar que a vergoña como mecanismo de defensa aparece menos do esperado e hai unha ausencia, case absoluta, de consideracións sobre a inadecuación de dar contidos deste tipo na escola.

A percepción da sexualidade como unha realidade complexa que vai máis alá da xenitalización e da práctica sexual aos poucos vai ocupando o lugar que lle corresponde, aínda que tamén prevalecen a influencia dun modelo de sexualidade banalizada e con presenza, a medida que imos avanzando nos grupos de idade, de abundantes estereotipos propios da pornografía mainstream. Con todo, existe unha notable capacidade crítica e de desenvolvemento dunha visión alternativa que dea conta dunha perspectiva máis igualitaria e diversa da sexualidade. Constatamos tamén unha importante transversalidade social dos intereses e inquietudes dos adolescentes sobre a sexualidade.

Consideramos que é de grande interese a aposta formativa a través de formatos novos, baseados na imaxe, utilizando a contorna dixital para facilitar a accesibilidade e fomen-

tando a participación dos máis novos, tanto no desenvolvemento dos proxectos como na posterior interacción co mesmo. Nese sentido participamos no desenvolvemento, implementación e promoción do proxecto SEX, unha webserie que levaron a cabo a produtora audiovisual Illa Bufarda e ASEIA, co apoio da Deputación Provincial da Coruña, a Fundación Paideia Galiza e o respaldo da Sociedade Galega de Sexoloxía. Os diferentes capítulos da serie, de temáticas como a diversidade sexual, os cambios corporais, ou a pornografía, entre outros, foron publicados a través internet facendo uso das redes sociais para favorecer así a comunicación cos mozos espectadores e apoiando o formato cunha consultoría online.

Na clínica cos adolescentes, viñemos observando un progresivo desprazamento desde o interese pola práctica sexual como rito de paso, cara á cuestión da construción da identidade sexual e o descubrimento da orientación do desexo. A vivencia ante o proceso madurativo na sexualidade oscila entre a fascinación pola diversidade e a angustia ante a ausencia de referentes adultos que representen a mesma. O medo á exclusión é unha problemática que aparece con relativa frecuencia. Cando este constitúe en angustia, pode derivar en formacións reactivas a través da identificación con modelos de connotacións machistas, onde predomina unha visión da sexualidade centrada nos xenitais e onde o pene simboliza o poder e o control sobre o outro. Existe unha tendencia xeneralizada a poñer maior interese nunha sexualidade da representación que nunha sexualidade do pracer, tendendo a facer un uso do corpo como pantalla, fronte ao corpo emocional. Isto en ocasións reflíctese nunha intensa tendencia á etiquetaxe que dificulta o acceso ao armazón da subxectividade. Tamén se pon en evidencia, a través da continua creación de neoloxismos e xerga, que no tratamento da sexualidade adolescente require dun particular esforzo para entender a

linguaxe que utilizan mozos e mozas, tanto no que mostra como no que esconde.

A abordaxe da sexualidade na clínica con adolescentes pon en cuestión, non só os nosos coñecementos a nivel de sexoloxía e a actualización destes a unha realidade diversa como a que viñemos explicando no presente artigo. Tamén ten un inevitable impacto na relación transferencial-contratransferencial, sendo frecuentemente difícil evitar as propias consideracións morais e ideolóxicas, prexuízos e inhibicións. Con todo, non é boa solución evitar nas nosas valoracións e intervencións unha temática que é central na adolescencia. En todo caso, será necesario reconsiderar cal é a nosa formación como clínicos e sanitarios para traballar con esta cuestión tan esencial como complexa. Debemos ter en conta que, en ocasións, a introdución de temáticas relacionadas coa vivencia da sexualidade no espazo clínico supón para o adolescente poñer a proba ao terapeuta. Non se trata aquí tanto do que se di, senón como reaccionamos ante o tema, as actitudes, modos e a comunicación non verbal, que xogan un papel especialmente relevante neste aspecto. O adolescente espera que como terapeutas e como adultos esteamos á altura dos seus intereses. Se non estamos preparados para abordar un tema tan central no seu desenvolvemento evolutivo, para que o estamos?

Trátase, en definitiva, de facer chegar información e formación sexual de calidade aos mozos a través de espazos clínicos, educativos e sociais, onde poder desenvolver o seu interese en si mesmos e nos demais dunha forma saudable e adaptativa nunha sociedade en cambio.



Referencias

Bauman, Z. (2005). *Amor líquido: Acerca de la fragilidad de los vínculos humanos*. Madrid, Fondo de cultura económica de España.

Berardi, F. (2017). *Fenomenología del fin. Sensibilidad y mutación conectiva*. Buenos Aires, Caja Negra Editora.

De Beauvoir, S. (2017). *El segundo sexo*. Valencia, Ediciones Cátedra.

De la Cruz, C., Ramírez, M. V. e Carmona, A. B. (2008). *Programa de formación de formadores sobre educación afectivo-sexual y prevención de VIH-sida dirigido a familias y APAS*. Madrid, CEAPA.

EFE (2019, septiembre 27). Ser un máquina y el mito de la virginidad empujan a tener sexo la primera vez. *La Vanguardia*. [En línea], Español. Disponible: <https://www.lavanguardia.com/vida/20190927/47667669231/ser-un-maquina-y-el-mito-de-la-virginidad-empujan-a-tener-sexo-la-primera-vez.html>[2020, marzo 8]

Foucault, M. (2006). *Historia de la sexualidad 1. La voluntad del saber*. México. Siglo XXI.

García, D., Fandiño, R. e Villarino, P. (2010). Sexualidad en la hipermodernidad. Vigencia en la obra sexológica de Wilhelm Reich. En IX Congreso Español de Sexología. Santiago de Compostela. Octubre de 2010.

Haraway, D. (2016). *Manifiesto para cyborgs. Ciencia, tecnología y feminismo socialista a finales del siglo XX*. Madrid, Puente Aéreo.

Lipovetsky, G. (2016). *De la ligereza*. Barcelona, Anagrama.

Marcuse, H. (2010). *Eros y civilización*. Barcelona, Ariel.

Martín, A. (2006). *Antropología del género. Culturas, mitos y estereotipos sexuales*. Valencia, Ediciones Cátedra.

Michelena, M. (2006). *Saber y no saber. Curiosidad sexual infantil*. Síntesis, Madrid.

Missé, M. (2018). *A la conquista del cuerpo equivocado*. Barcelona, Egales.

Nieto, J.A. (2003). *Antropología de la sexualidad y diversidad cultural*. Madrid, Talasa Ediciones.

Orte, C. e Ballester, L. (2019). *Nueva pornografía y cambios en las relaciones interpersonales*. Illes Balears, Editorial Octaedro.

Sánchez, A. (2017, noviembre 11). Las redes sociales determinan la identidad y el sistema de valores de los adolescentes. *El diario.es*. [En línea], Español. Disponible: https://www.eldiario.es/aragon/sociedad/sociales-determinan-identidad-sistema-adolescentes_0_706929550.html [2020, enero 22]

Tsai, C. (2019). *Arroz tres delicias: sexo, raza y género*. Barcelona, Plan B.

Vicente, A. (2020, marzo 12). Elizabeth Duval: “Ser trans no significa tanto en mi vida”. *El País*. [En línea], Español. Disponible: https://elpais.com/cultura/2020/03/11/babelia/1583948411_096766.html [2020, marzo 12]

A SOBERBIA

A SOBERBIA.
UNHA
CONSTRUCCIÓN
PATRIARCAL

Lola Ferreiro Díaz

*Doutora en Medicina pola Universidade
de Santiago de Compostela
Experta en Saúde Mental e Xénero*

lola.ferreiro.diaz@gmail.com

SUMARIO

CASTELÁN

*Mudemos o mandato:
Contra a soberbia, humildade?
Non! Contra a soberbia e a
humildade, dignidade.*

RESUMO

Os pecados, soberbia incluída, non son un asunto estritamente relixioso, senón que atinxen a cultura mesma, pola que todas as persoas estamos influídas. Sexa cal fora a crenza ou descrenza de quen os comete, xeran culpa e esta require dunha expiación, a través do perdón ou do castigo. Igualmente, a nosa cultura está construída en clave patriarcal, polo que a conceptualización dos pecados, soberbia incluída, está suxeita a unha serie de *trampas*, non sempre identificadas, que conducen á perpetuación da subordinación das mulleres e, xa que logo, da desigualdade.

Propoñemos neste artigo algunhas liñas para a reflexión sobre o valor da soberbia e da humildade nos homes e nas mulleres, sobre a culpa e a necesidade de castigo, ou de auto castigo, desde a perspectiva do xénero e sobre a necesidade das psicoterapias en clave feminista para superar con resiliencia os malestares derivados do pecado e da culpa.

PALABRAS CHAVE — pecado laico, culpa, auto-castigo, patriarcal, xénero.

ABSTRACT

Sins, pride included, are not an exclusive religious matter, as it concerns cultures itself, by which we, as people, are influenced. Whatever the belief or disbelief of those who commit them, sins lead to blame and this demands atonement, by means of forgiveness or punishment. Furthermore, our culture is built upon patriarchy, consequently the conceptualization of sins, pride included, is subjected to a series of *traps*, not always identified, which lead to the perpetuation of the women's subordination and, therefore, inequality.

In this article, we propose a series of guidelines for reflection on the value of pride and humility in men and women, about the guilt and the need for punishment, or self-punishment, from the gender perspective, and about the need of psychotherapies from a feminist perspective in order to overcome, with resilience, the ailments caused by sin and guilt.

KEY WORDS — lay sin, guilt, self-punishment, patriarchal, gender.

INTRODUCCIÓN

A soberbia (do latín *superbia*), ou crenza na superioridade do *Ego*, é o primeiro dos sete *pecados capitais*, ou *vicios capitais*, segundo as relixións que teñen a súa orixe no monoteísmo hebreo. É un pecado moi grave. Forma parte dos denominados pecados mortais que, tamén, ao ser *capital*, implica que desta derivan outros *vicios*. Moitos preceptos relixiosos atribúenlle á soberbia unha especial gravidade porque mesmo dá lugar a algún outro dos pecados capitais, como a avaricia, a ira e a enveixa. En calquera caso, colócana nos cimentos da *casa de Lucifer*, que o cometeu ao quererse igualar a Deus.

A soberbia implica altiveza, arrogancia, vaidade, auto gabanza e desprezo polas outras persoas, pero non é o único pecado capital absolutamente prohibido ás mulleres e tratado con certa condescendencia nos homes; acompañana moi de preto a luxuria, a ira e a preguiza. A *luxuria* porque poría en cuestión a nosa subordinación sexual e o mandato de non termos sexualidade propia. A *ira* porque implica botar a agresividade cara a fóra, cousa que nos inducen a reprimir desde que nacemos. A *preguiza* porque unha boa muller debe estar sempre ocupada, facendo algo. Se reflexionamos un pouco sobre esta cuestión, veremos as diferenzas de trato dunhas con respecto a outros cando amosan calquera dos vicios citados.

Sempre segundo a relixión católica, a soberbia non perdoada por un cura (actuando no nome de Deus) carrega sempre un castigo divino que consiste en, como mínimo, caer ante os ollos das demais ata quedar por debaixo delas. En calquera caso, quen morre en pecado mortal sofre a condena eterna.

A soberbia oponse á humildade (do latín *humilitas*), como virtude. É probabelmente aquí, na conceptualización da humildade, onde hai unha primeira trampa na que podemos caer doadamente e que revisaremos máis adiante.

Considérase a humildade como coñecemento (e o recoñecemento) das propias limitacións e feblezas, e o comportamento acorde con elas; considérase tamén como a tendencia a restar importancia ás propias capacidades e logros, e mesmo como ausencia de soberbia. En calquera caso inclúe a modestia, a sinxeleza e a submisión, e na medida en que é unha *virtude*, será encomiada e premiada.

O que non se di habitualmente, ao menos non dun xeito explícito, é que, así como a soberbia é a crenza na superioridade do *Ego*, a humildade é a crenza na inferioridade. Non se di pero transmítese de moitas maneiras, por exemplo, pídeselle á humilde modestia extrema e pídeselle submisión, pero ambos os dous trazos son indicio de inferioridade.

1 —

O PECADO LAICO

Hai moitos anos que lle veño dando voltas ao que chamo *pecado laico*. Laico, si, pero pecado ao fin. *Pecado* é, ou a transgresión dun precepto relixioso, ou aquilo que se afasta do recto e do xusto, pero debemos ter en conta que os tales preceptos relixiosos se foron inserindo no conxunto de valores, normas e condutas que desenvolven as persoas que pertencen precisamente á cultura que ten a súa orixe na dita relixión. Xa que logo, van moito alén das crenzas individuais. Así, as figuras concretas dos distintos pecados que consideran como tales as relixións derivadas do aparato xudeu cristián, elévanse á categoría de normas morais, universais para unha mesma cultura, construíndo boa parte dos contidos do que Carl Gustav Jung¹ denominou *inconsciente colectivo*, organizados nas figuras dos *arquetipos*. Un arquetipo é un modelo (por exemplo o de

1 Cit. en Ferreiro Díaz, Lola [coord.] (2008). Coeducación afectivo emocional e sexual. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia – Servizo Galego de Igualdade (p. 92).

muller) que reúne todos os trazos que debemos ter as mulleres para sermos consideradas *boas* e en consecuencia, aceptadas (e aceptábeis). Este conxunto de trazos (valores) transmítense xeración a xeración a través da familia e do resto dos grupos de socialización, influíndo decisivamente na construción do *Superego* individual, que sanciona as nosas accións pero tamén os nosos pensamentos, sentimentos e mesmo omisións, e todo isto é independente de que creamos ou non nun deus e no aparato relixioso que se deriva do seu culto.

Pois ben, transgredirmos algún dos preceptos do *Superego*, ben por incumprir algunha das normas morais, ben por non achegarnos abondo á figura do noso *Ideal de Ego*, constitúe un pecado e fainos sentir culpa, e a dita culpa debe ser expiada para diminuír o (altísimo) malestar que nos provoca.

É certo que no noso proceso de socialización é preciso construír certos límites que nos permitan convivir e relacionarnos sen invadir ás demais persoas, e isto leva aparelado construírmos unha certa tolerancia ante a frustración e unha resposta impunitiva ante a mesma. Tamén é certo que estes límites se van internalizando e rematan inseridos no noso propio sistema de *normas morais*, que guían a nosa conduta (e o pensamento e os sentimentos) poñéndolle límites; por antítese, está o *Ideal de Ego*, que inclúe todos os trazos encomiábeis que debemos aspirar a ter. Pero nomeadamente é certo, máis certo aínda, que as máis das *normas morais* e os máis dos trazos do *Ideal de Ego* non se construíron para cumprir unha función socializadora saudábel, en pé de igualdade e mediada polo apoio e acompañamento mutuos, nin para axudarnos a satisfacer as nosas necesidades respectando os dereitos das outras persoas a satisfacer as delas, senón que, na práctica, perpetúan a dominación, o abuso dos privilexios das minorías co menoscabo dos dereitos das maiorías e, en definitiva, a precariedade material, afectiva, sexual e persoal, a dificultade ou imposibilidade para satisfacer as necesidades, mesmo as máis básicas.

Pois ben, o sistema no que orixinalmente se configura este aparato perverso de normas e valores, de trazos enganosos e, en definitiva, de explotación e represión duns seres humanos por outros é o patriarcado que, segundo Gerda Lerner (1990) e outras antropólogas feministas, se iniciou hai aproximadamente 6.000 anos. A súa orixe é anterior á propiedade privada e polo tanto á sociedade de clases, e unha das súas primeiras proxeccións foi o monoteísmo hebreo, que lexitimou e promoveu a dominación masculina sobre as mulleres, a través do seu sistema de normas e preceptos. A partir de aí, a subordinación das mulleres foi lexislada (aparece nos primeiros códigos xurídicos) e afuzada pola ciencia que, como sabemos e seguimos a comprobar hoxe en día, nunca foi neutral ideoloxicamente falando.

Posteriormente, a partir da configuración da sociedade de clases, veu a explotación económica e material, que foi tomando distintos modelos ao longo da historia e facéndose cada vez máis complexa (sempre atravesada polo patriarcado), ata chegar ao modelo de capitalismo actual, que destrúe as persoas e o medio ambiente, que expropia os nosos dereitos, que usurpa os nosos territorios e que prexudica moi especialmente ás mulleres, que son as máis explotadas economicamente dentro das persoas explotadas, as máis racializadas, dentro das persoas racializadas e ás máis oprimidas dentro das persoas oprimidas. En suma, un todo complexo e indisolúbel que nos explota e nos oprime ao 51% da humanidade.

Toda esta gran contradición sistémica, ancorada firmemente nas estruturas sociais e políticas, nas institucións públicas e privadas, e por suposto na igrexa, reproducese logo en idénticos termos en cada unha das parellas, en cada unha das familias e en cada unha das relacións privadas entre mulleres e homes, como refería Kate Millett (1975) no sentido que lle daba á súa proclama: *O persoal é político*.

Pois ben, cumprir todas estas *normas* (colectivas e individuais) que xera o patriarcado capita-

lista (e o capitalismo patriarcal), configura un sistema perverso que nos leva a un estado de frustración permanente, pero non cumprilas é pecado, relixioso ou laico, pero pecado ao fin; e ese pecado, igualmente, pode ser de pensamento, palabra, obra ou omisión, polo que xa non queda reducido a accións transgresoras, senón que atinxe tamén aos pensamentos (desexos incluídos), ás palabras e ás omisións, que neste caso atinxen o afastamento dalgún dos trazos do noso *Ideal de Ego*.

En suma, incumprir os mandatos patriarcais, neste caso sermos *soberbias*, é considerado un pecado pola relixión (a estas alturas pola cultura), o cal provoca que sintamos culpa; é considerado socialmente unha perversión, o cal provoca que sintamos vergoña; é considerado pola ciencia unha enfermidade e é considerado pola lei un delito (nalgunhas das súas expresións), e ambas as dúas consideracións provocan que sintamos medo. Como vemos, o sistema de perpetuación non pode estar máis blindado.

2— A CULPA E A SÚA EXPIACIÓN

Unha das consecuencias do pecado é o sentimento de culpa. Non é a única, pero si a que, sen dúbida, nos provoca maiores cotas de malestar. Da mesma maneira que as máis das formas do pecado non só son innecesarias, senón que resultan gravemente prexudiciais para a nosa saúde polo que nos limitan a vida, as máis das cotas da culpa que este leva aparellado prexudican a nosa saúde mental e social, e mesmo física, causándonos un sufrimento que nos dificulta seriamente o funcionamento vital.

Diciamos que a culpa é unha emoción que se produce cando transgredimos unha *norma moral*, nos afastamos do noso *Ideal de Ego*, ou non cumprimos o que se agarda de nós. En

calquera caso, os seus elementos: as doses de culpa que sentimos, a frecuencia coa que se presenta, a súa estrutura e o modelo defensivo que habilitamos para defendernos dela, configuran dous patróns que debemos diferenciar para podela abordar mellor na intervención psicolóxica. Sen dúbida, o modelo que inclúe doses máis altas, presentación máis frecuente, estrutura máis complexa e mecanismos de defensa máis (intra) punitivos, é o que sufrimos as mulleres, probabelmente en relación coa existencia de máis normas no *Superego* e maiores e máis difíciles expectativas que se depositan sobre nós.

A forma máis convencional da culpa inclúe remordemento e/ou arrepentimento e unha gran dose de angustia, pero a forma convencional non é necesariamente a máis frecuente. No traballo psicoterapéutico con mulleres atopamos con frecuencia expresións da culpa sen a presenza de arrepentimento ou remordemento, que son substituídos pola anticipación dun castigo, anticipación que pode ter unha concreción cognitiva (pensamentos intrusos sobre algo concreto que vai ocorrer) ou non tela (simplemente anticipamos que vai ocorrer algo *malo*); iso si, sempre cunha gran dose de angustia. Noutras ocasións preséntase só a angustia, sen elemento cognitivo ningún, ou con elementos cognitivos aparentemente non vinculados, que é preciso explorar para identificar o resto dos elementos da culpa. Outras veces preséntase en forma de vergoña, que inclúe sempre o medo a sermos descubertas (e rexeitadas) polas demais, pero que parte do pesar por termos feito (ou pensado, ou sentido ou omitido) algo que non temos asumido como dereito propio. Por último, e non menos importante, podemos sentila como amargura; neste caso, a culpa estaría representada pola negación do desexo de sentirmonos ben e pola conseguinte omisión de habilitarmos os medios necesarios para logralo (que expresan a necesidade de castigo); a tristeza, a frustración e a rabia rematarían de configurar a estrutura

desta emoción, devastadora para o estado de ánimo e para a saúde.

Herant Katchadourian (2010) propón que o arrepentimento, o apuro (incomodo, embarazoso), a vergoña e o desgusto, son *as veciñas da culpa*. Con ser o seu tratado un dos poucos sobre a culpa, non aborda o tema desde a perspectiva do xénero. Isto podería explicar a omisión da angustia como única expresión consciente da dita emoción e tamén a identificación do desgusto coa amargura, cando en realidade, o que diferencia ambas as dúas é precisamente a presenza da culpa, que non aparece necesariamente no desgusto.

Cando aparece a culpa, o grao de sufrimento persoal que provoca faise difícil de soportar e, en consecuencia, actívanse certos mecanismos de defensa do *Ego* para diminuíla un pouco, pero estes mecanismos non sempre son os máis acaídos e, cando isto ocorre, non a resollen; por veces nin sequera diminúen a súa intensidade.

En calquera caso, a culpa (chamémoslle) *non adaptada*, é dicir, ese exceso de culpa que nos impide a satisfacción das nosas necesidades e nos interrompe o benestar que, como dicíamos anteriormente, representa a maior parte das culpas que sentimos as mulleres, precisa dunha expiación, que se obtén a través do perdón ou a través do castigo, e aquí radica outra das calidades do *pecado laico*, neste caso da *culpa laica* que se deriva de cometelo. As crentes van pedir perdón a un confesionario, onde un cura (no nome de Deus) as escoita, as recrimina e lles impón unha *penitencia*, como representación simbólica do castigo, e a cambio disto lles proporciona a paz espiritual. Porén, as non crentes non dispoñen deste recurso, polo que a culpa queda sen confesar, a penitencia e a recriminación sen impoñer e a paz espiritual sen atinxir; así, o único xeito de expiación é a través dun castigo, moitas veces autoimposto consciente ou inconscientemente. Así, ás veces anticipamos un revés importante para nós, que as máis das veces vén dado por unha

desgraza que sofre alguén con quen temos un vínculo afectivo moi importante; isto cáusanos un terríbel sufrimento, como se xa tivese acontecido e dito sufrimento (o castigo) actúa como un expiatorio. Outras veces boicoteamos a nosa satisfacción facendo (inconscientemente) o necesario para fracasar no camiño cara a un logro, sempre subxectivamente inmerecido por sermos *malas* e nese fracaso temos o castigo expiatorio. Noutras ocasións sufrimos unha enfermidade importante, que tendemos a interpretar como un castigo (por veces divino), que nos leva a preguntármonos cousas do estilo de, *que faría eu para merecer isto?*; en realidade, trátase dun autocastigo, por descoidar o noso propio coidado e/ou por facérmonos dano por acción ao desprazarmos a agresividade cara a dentro.

Tamén se dá a expiación por autocastigo a través de condutas conscientes e orientadas a facernos dano, para expiar culpas que asumimos tamén conscientemente, sen cuestionar sequera a posibilidade de que non as teñamos. No ano 2009, Rob Nelissen e Marcel Zeelenberg, nominaron este modelo como *Efecto Dobby*. Dobby é un personaxe de ficción da saga *Harry Potter*, escrita en sete volumes por Joanna Rowling entre 1995 e 2006 quen, por certo, tivo que prescindir de usar o seu nome e substituílo pola inicial para que publicasen os libros xa que, desde a *soberbia patriarcal*, se anticipaba que, ao ser muller, a obra non ía ter saída. Trátase dun elfo doméstico, un criado (en realidade un escravo) que se sente culpábel continuamente polo que el chama deslealdade (en realidade infidelidade, e nin sequera sempre); para expiar esta dose inconmensurábel de culpa dá golpes coa cabeza contra a parede, esmaga os dedos pechando o caixón dunha mesa de noite sobre eles e mesmo chega a queimar as mans, repetindo constantemente mentres se agride, *Dobby, malo!, Dobby, malo!*. Esta representación de culpa desmedida, sen cuestionar en absoluto o seu fundamento, que conduce a infrinxirse conscientemente agresións dolorosas, representa moi ben o que su-

cede nunha parte da casuística da culpa nas mulleres. A propia OMS (2003) cataloga o *dano autoprovocado* (ao igual que os intentos de suicidio) como unha das consecuencias das situacións de violencia machista directa en mulleres nas cales, como sabemos, sempre está presente a culpa.

Pola súa vez, Roy Baumeister, Arlene Stillwell e Todd Heatherton (1994) descubriron nunha investigación sobre a culpa que as persoas experimentan o que chaman *culpa leve*, durante aproximadamente dúas horas ao día, *culpa severa* durante tres horas e media ao mes e, nalgúns casos, a culpa persiste de xeito continuo durante anos. Tamén indican que as consecuencias da culpa son en xeral máis adaptativas que as da vergoña, o cal non sorprende, se temos en conta que a carga emocional negativa que representa a culpa, está incrementada no caso da vergoña polo medo ao escarnio e ao rexeitamento público que supón sermos descubertas, que adoita estimular a fuxida cara adiante para a propia protección. Cómpre sinalar que, debido ao grao de sufrimento que producen tanto a culpa como a vergoña, dificultan a súa identificación real e por veces mesmo impiden que se asuma a responsabilidade das propias decisións e accións, quedando así un baleiro só ategado por unha necesidade de castigo que nos impide avanzar.

En resumo, a culpa e os mecanismos que se habilitan para “resolvela”, dificultan a vida e mesmo as actividades comúns, e impiden a satisfacción dos desexos; causan un importante deterioro da autoestima e da confianza, e son, con moita diferenza, o maior mecanismo de control sobre as persoas, nomeadamente sobre as mulleres. Isto forma parte das eivas na construción da identidade persoal e colectiva, moi ben resumida por Simone de Beauvoir, cando dicía: *non se nace muller, chégase a selo*.

Pola súa vez, a vergoña, a culpa e as accións, pensamentos, sentimentos e omisións que nos fan sentilas, son mandatos patriarcais. Deste xeito, as mulleres sentímonos culpábeis por

case todo. Citaremos aquí a máxima de Clemente de Alexandría (150-215 d.C.): *Todas as mulleres deberían morrer de vergoña ante a idea de teren nacido tales*, que resume moi ben a relación entre a culpa (en todas as súas formas) e o xénero. Máis claro non pode quedar. Para as relixións derivadas do monoteísmo hebreo, a culpa e a vergoña deben ser connaturais ao feito de ser muller.

3 —

A SOBERBIA PATRIARCAL

Para podermos analizar as repercusións da soberbia sobre as mulleres debemos, desde o meu punto de vista, partir da base de que o sistema patriarcal ten este trazo inserido nas súas bases, xa que logo, non se trata dun trazo e dunha actitude dunha persoa cara outra ou outras, non é un fenómeno individual, senón estrutural. O patriarcado domina as mulleres desde o desprezo polas mesmas, construindo así a misoxinia, unha misoxinia global, que se expresa a través de múltiples formas, as máis delas moi sutís e en consecuencia difíciles de identificar, inseridas en todos e cada un dos aspectos das nosas vidas, constituíndose en múltiples e variadas formas de violencia, nomeadamente simbólica, como demostra o feito, por exemplo, da nosa invisibilización sistemática, excluíndonos da historia, da ciencia e mesmo da linguaxe, ou menosprezando os nosos malestares e o sufrimento que nos causan, considerándonos *histéricas* (como se fose un insulto) moitas das veces que os expresamos nunha consulta, por citar un exemplo do eido da saúde, que é o que nos ocupa. Se gradásemos estes desprezos, expresión da soberbia patriarcal, poderíamonos decatarse de que, desde as formas máis evidentes, por exemplo excluírnos por acción de toda unha serie de responsabilidades aducindo que non temos habelencias para desenvolverlos, etiquetarnos de torpes, pouco espelidas, ou ben

manipuladoras maquiavélicas e todo un sen fin de “cumpridos”; ata as formas máis sutís, por exemplo tratarnos con condescendencia, tomar decisións que nos corresponden a nós (incluíndo as que se refiren aos nosos corpos), categorizarnos en función dos modelos físicos que o sistema fabricou e rexeitarnos se non os cumprimos. En fin, todo un abano de expresións, cuxa visibilidade é directamente proporcional ao seu grao de intensidade. A pregunta é, son máis graves unhas ou outras? Probabelmente atoparemos unha resposta se analizamos as súas consecuencias. As expresións máis evidentes son moi lesivas para nós, pero tamén máis detectábeis, polo que podemos identificalas e, en consecuencia, vincular o noso malestar coa causa que o provoca. Pola súa vez, as expresións menos evidentes ao mellor son menos lesivas, pero esta menor punitividade está agravada polo feito de non sermos quen de identificalas, co que tamén non somos quen de vincular o noso malestar coa causa que o provoca. Por outra parte, unhas e outras contribúen de igual xeito a manter no imaxinario social a superioridade masculina (moitas veces sen chamarlle tal) e a naturalizar moitas expresións de violencia cotiá (tamén sen chamarlle así). No refraneiro popular atopamos multitude de alusións a este tipo de misoxinia, citaremos a modo de exemplo, *gárdete deus de can de lebre, de casa de torre, de pedra de fonda, e de muller sabionda*, como consello para os homes que leva todo un aparato ideolóxico detrás.

Esta misoxinia sistémica trasládase logo ás individualidades, manifestándose en expresións máis ou menos evidentes de desprezo (misoxinia individual) que proceden de homes da nosa contorna e que producen os mesmos danos, que neste caso se multiplican ao existir un vínculo afectivo entre quen as profire e quen as recibe. Máis unha vez acae perfectamente a máxima de Kate Millett xa comentada de que *O persoal é político*.

En suma, se a soberbia é un sentimento de superioridade, que leva aparellado o desprezo cara a outras persoas, habitualmente con arro-

gancia e altiveza, o que en realidade marca a diferenza entre as expresións máis aparentes e as máis sutís é a proporción de arrogancia que leva implícita cada mensaxe; nin máis nin menos.

Os efectos globais de todas estas formas e xeitos de desprezo, simbólicos e directos, son devastadores. Por unha banda, producen un deterioro da autoestima e a confianza de xénero, que repercute en cada unha de nós como mulleres producindo pola súa vez un deterioro da autoestima e da confianza individuais. Como dicía Clara Campoamor no seu marabilloso discurso ante as Cortes Constituíntes da IIª República, defendendo o recoñecemento do dereito das mulleres ao sufraxio:

[Á muller] (...) Ensinóuselle a non confiar en si mesma, e desconfía de todas as demais mulleres. Descoñeceróna, e descoñece ela ás demais. Repetíuselle nos máis variados tons que non entendía dunha chea de cousas, e aínda non o esqueceu... tamén ao escravo liberado non lle desaparecen de repente os sinais da servidume.
(Clara Campoamor, 1931:1354).

Evidentemente, esta patriarcalización do noso pensar, utilizada igualmente de xeito misóxico contra nós con “sentenzas” do estilo *as mulleres tamén son machistas*, complica gravemente o camiño da nosa liberación e fai necesario, imprescindible, diría eu, tomar medidas concretas para resolvela, colectiva e individualmente, e viceversa.

Outra expresión de soberbia simbólica que atinxe especialmente ao contido destas reflexións sitúase na órbita da perversión da linguaxe. Deixando a un lado aqueles termos cuxo significado é distinto cando se expresan en masculino que cando se expresan en feminino (*zorro* e *zorra*; *hombre público* e *mujer pública*, e un longo etcétera), tendo nalgunhas súas acepcións en feminino un carácter claramente despectivo e discriminador, que son unha

clara expresión de misoxinia, ímonos centrar noutro tipo de perversións máis lesivas se colle, que consisten en darlle a certos termos (en xeral os que nomean actitudes humanas) un significado masculino, cuberto cunha pántina de universalidade para aplicárnolo así ás mulleres. Un bo exemplo é a *valentía*, cuxo significado pasa por ser único, pero non considera en absoluto a valentía das mulleres, ás que deixa relegadas á *covardía* en virtude desta trampa semántica. Porque a valentía queda definida pola “academia” como actitude que consiste en enfrontarnos aos medos, pero a trampa consiste en que, en realidade, queren dicir enfrontarnos con aquilo que nos ten que dar medo e neste *nos ten que dar*, non se inclúen todos aqueles elementos cos que a diario nos enfrontamos as mulleres, como os que teñen que ver, por exemplo, con manter o equilibrio nas relacións (intrafamiliares e outras), o coitado (nomeadamente o emocional), enchermos o baleiro que provocan as perdas (non só as materiais); en última instancia, xestionar a vida. Todo isto, que en xeral lles mete medo aos homes (con excepcións) e induce á fuxida, tamén nolo mete ás mulleres, pero enfrontámolo con naturalidade, e non se considera a nosa valentía porque o patriarcado “decide” o que hai que sentir e pon o medo en relación con outras cousas, máis masculinas.

Referíndonos xa á *soberbia* e o seu antónimo, a *humildade*, por un lado, a soberbia (crenza na superioridade do *Ego*, desprezo polas demais persoas, altiveza e arrogancia) está formalmente penalizada nos homes, pero conséntese na práctica en moitas ocasións, especialmente cando se amosa en forma de falsa humildade ou de falsa modestia; mentres nas mulleres é socialmente intolerábel en calquera das súas representacións. Isto vén agravado cando observamos o uso que se lle dá ao seu antónimo, a humildade, nomeadamente na súa compoñente de submisión. Aos homes non se lles esixe humildade, agás con quen é social, económica ou racialmente “superior” e, aínda nestes casos, consénteselle unha certa

rebeldía. Conforme preconizaba o filósofo libertario mexicano Ricardo Flores Magón (1873 – 1922): *Contra soberbia, humildade, suspira o frade. Contra soberbia, rebelión!, berramos os homes* (os homes!), que mesmo pode converter en heroes aos que se rebelen. Pola contra, a humildade (modestia e submisión) é para as mulleres un mandato de xénero que non debemos transgredir nunca, nomeadamente na nosa relación cos homes e con quen ostenta o poder (que é patriarcal?) en abstracto. Se o facemos, corremos o risco de sermos inmediatamente etiquetadas (de soberbia) e rexeitadas pola contorna.

Un dos principais problemas que derivan desta construción, que xa de por si é moi lesiva para nós, é o que ocorre cando unha muller non se somete ou non se infravalora; isto quere dicir que reclama os seus dereitos, ou os exerce directamente; inmediatamente é etiquetada de soberbia, de arrogante (e ultimamente de *feminazi*), e deostada polo seu comportamento.

A perversión última consiste, xa que logo, en asumir unha definición de soberbia para as mulleres que non se axusta á que se asume para os homes; en ampliar o concepto desta actitude ata o punto de considerar soberbia todo aquilo que non quede nos estritos límites da submisión e, en consecuencia, en penalizar calquera actitude que se afaste deste mandato.

Xa imos vendo logo os efectos da soberbia sobre a saúde das mulleres, que son exactamente os mesmos que provocan as violencias, porque a soberbia é violenta, e as súas expresións son violencia. Vemos tamén a gran dificultade que representa este aparato para ser respondido, precisamente porque as actitudes necesarias para facelo producen medo ao rexeitamento, outra forma de violencia para nos manter *no noso sitio*, quere isto dicir, no sitio onde nos coloca o patriarcado.

Polo tanto, os significados de *soberbia* e *humildade* deben ser modificados no imaxinario social e tamén no individual.

4 —

ENTRE A SOBERBIA
E A HUMILDADE? OS
PROBLEMAS PATRIARCAIS
DAS ESCALAS BIPOLARES

Este cambio pendente, ao que aludiamos en parágrafos anteriores, debe ser deseñado e desenvolvido, e un dos eidos nos que o hai que facer é no psicoterapéutico (individual ou grupal) e no da intervención social tamén.

Para entender estas construcións perversas e habilitar alternativas fronte a elas pode ser moi útil, desde o meu punto de vista, a teoría de George Kelly sobre os construtos persoais, elaborada en 1955. Resumindo moito, Kelly propón que as persoas avaliamos a realidade en cada un dos seus aspectos utilizando, consciente ou inconscientemente, escalas bipolares de valores (trazos, actitudes), ás cales lles aplicamos finalmente a escala bipolar última: *bo* – *malo*. Con isto imos tentando semellarnos o máis posíbel ao extremo da escala que consideramos *bo*.

Hai milleiros de escalas bipolares, algunhas delas suxeitas ás trampas patriarcais das que vimos falando, pero centrándonos no tema que nos ocupa, analizaremos a que ten nos extremos *soberbia* e *humildade*.

Se consideramos calquera escala bipolar e lle asignamos unha puntuación cuantitativa, poderíamos establecer esta entre o -10 e o +10 (ou calquera outro rango). Neste senso, cada quen lle atribúe a ese trazo unha puntuación dada, segundo a intensidade coa que subxectivamente sinta que está presente dentro da súa persoa (*autoimaxe real do Ego*). Tamén puntúa a intensidade que desexaría que tivesera (*autoimaxe ideal do Ego*). Isto promove que a persoa en cuestión intente achegarse o máis posíbel ao que desexaría, porque a levaría a valorarse mellor e a ter máis e mellor autoestima e autoconfianza. O problema está en que boa parte

desa puntaxe subxectiva está en relación coa cantidade de mensaxes que recibe do exterior indicándolle a presenza dese trazo na súa persoa e dicíamos anteriormente que as mulleres recibimos neste senso moitas mensaxes indicándonos que somos soberbias ou que temos moita soberbia. Puntuar “alto” en soberbia afástanos do noso *Ideal de Ego*, polo que tendemos a ser cada vez máis humildes. En suma, construímos a nosa humildade (submisa e modesta) en virtude deste tipo de mensaxes, que unhas veces son directos (emitidos por persoas coas que nos relacionamos) e outras son máis abstractas, procedentes do ámbito simbólico, a través do cinema, da literatura, da publicidade, nas que llas atribúen a personaxes femininas coas que nos identificamos doadamente e que constitúen referencias para nós.

Outra cuestión que debemos ter en conta é que nas máis das escalas bipolares hai un elemento que está no termo medio entre ambos os dous polos e que moitas veces ten nome, o que nos leva a reflexionar sobre o significado de puntuar cero. Así como o punto medio da escala *egoísmo* e *altruísmo* é a *solidariedade*, na escala *egocentrismo* e *abnegación* é a *xenerosidade*, e na escala *intrapunitivo* e *extrapunitivo* é *impunitivo* (por falar sempre de actitudes e trazos relacionados co xénero), na escala *soberbia* e *humildade*, o termo medio é a *dignidade*. O problema xurde en canto se “confunden” opostos e contrarios, e se nos pide que sexamos *solidarias*, *xenerosas* e *impunitivas*, cando en realidade se nos está inducendo a sermos *altruístas*, *abnegadas* e *intrapunitivas*; pois ben, no caso da *soberbia* e da *humildade* nin se considera esta cuestión, éxíxenos directamente que sexamos *humildes* (e *submisas* e *modestas*).

Todo isto reforza a idea (xa expresada) da necesidade de cambiar todas estas conceptualizacións, tanto no imaxinario social como no individual, e isto, insistimos máis unha vez, só se pode lograr coa intervención educativa, social e psicolóxica.

5 — A SOBERBIA E CERTOS MECANISMOS DE DEFENSA DO EGO

O *pecado laico* de soberbia é con certa frecuencia o resultado dunha formación reactiva, no funcionamento masculino. Falaba Alfred Adler de que a motivación última dos seres humanos (do home, dicía el) é atinxir a superioridade e así superar o complexo de inferioridade co que cargan na vida.

En xeral, cando un trazo, característica ou actitude dunha persoa (que funciona máis ben en masculino) se afasta de máis do seu *Ideal de Ego* e por iso provoca un malestar moitas veces intolerábel, o aparato defensivo do *Ego* actúa para diminuír o dito malestar e un dos mecanismos que se utilizan é a *formación reactiva*, convertendo inconscientemente o trazo problemático no seu oposto. En xeral poderíamos dicir que, as máis das veces, tras unha gran soberbia agóchase un gran complexo de inferioridade, que unha vez máis recolle a cultura popular en refráns como *dime de que te gabas e direiche o que che falta*.

Así, cando a humildade (e a submisión) son percibidas subxectivamente cunha alta puntuaxe (en referencia ás escalas bipolares) entre os homes pobres, sobreexplotados no traballo, racializados ou marxidados pola súa orientación sexual, nunha sociedade que pretende excluílos, e tratados con desprezo por outros homes, máis poderosos (e máis soberbios), a sensación de humillación e de frustración lévaos a converter a humildade que se lles esixe por clase social, etnia, orientación sexual etc., en soberbia, que en xeral se expresa na relación interpersoal coas mulleres da súa contorna (e tamén contra as crianzas), polo regular máis sobreexplotadas, máis racializadas e máis marxidadas, que reciben igualmente de todo isto, o maltrato dos homes da súa contorna.

Pero non só funciona así nestes casos, senón tamén nas ocasións nas que se percibe subxectivamente o logro dunha meta como moi afastada, ben por falta de medios propios para atinxila (aptitudes) ou ben por falta de medios persoais, económicos, sociais... Nestes casos, a inferioridade pódese converter en soberbia, que se expresa cara ás persoas que se considera que se pode... e, as máis das veces, esas persoas son mulleres. Isto vai dificultar ou interromper o seu proceso de logro, nomeadamente no eido público (profesional, social, económico...) polo desprezo e o desdén de quen as trata con soberbia.

Por outro lado, a soberbia, igual que outros trazos e actitudes *penalizadas*, tramítase con frecuencia a través da proxección, negándoa como calidade propia e identificándoa sobreproporcionada nas demais. Este mecanismo, xunto coa misoxinia patriarcal, explicaría a tendencia a atribuírle soberbia ás mulleres que reclaman, que se rebelan e que usan os seus dereitos.

6 — OS EFECTOS DA SOBERBIA

Non hai dúbida ningunha da gran carga de agresividade e de violencia que levan aparelada todas as expresións da soberbia, desde as máis sutís ata as máis rechamantes. A persoa tratada con soberbia, polo tanto con desprezo, arrogancia e altiveza, séntese desvalorizada e excluída. Cando isto se repite con insistencia na casa, na rúa, no traballo e nos grupos sociais, rematamos por crer que non somos apreciábeis, nin valorábeis, nin sequera respectábeis.

Os efectos son devastadores. Unha persoa que non se sente valorada, non se valora a si mesma, non se quere, non confía en si mesma e séntese profundamente insegura. Se a isto lle engadimos que as mensaxes que recibe desde

todos os eidos directos, estruturais e simbólicos transmítenlle que debe ser humilde (modesta e submisa) ou será definitivamente rexeitada, o custo é dobre, xa que paga coa quebra do seu aparato afectivo por ser desprezada, e paga o custo que supón axustarse aos mandatos de xénero, recibindo desprezo e humillación ou paga se non os segue, porque é rexeitada.

Unha das proclamas do feminismo desde os anos '60 do século pasado, refírese á instrumentalización do corpo das mulleres, pasando por encima do seu propio benestar:

A exclusividade do ideal de beleza ten unha clara función política [...] Esta imaxe, definida polos homes, pasa a ser o ideal. E, que ocorre entón?... Que as mulleres se apuran a calzar o zapatiño de cristal, custe o que custe, torturando e mutilando os seus corpos con dietas, programas de beleza, roupa e maquillaxe, o que sexa con tal de se converteren na moza soñada por un príncipe de mala morte. Se non o fan, o castigo é inmenso: a sociedade cuestiónaaas como persoas.
(Shulamith Firestone, 1976:192).

Pois esta máxima funciona exactamente do mesmo xeito para calquera outro mandato de xénero... e a humildade é un deles. Canto máis humildes, máis violencia reciben desde a soberbia e, afastándose da humildade, máis presión patriarcal, precisamente por soberbias.

A todo isto haille que engadir o efecto da culpa, neste caso por pecar de soberbia; a vergoña, por non se axustar aos canons socialmente aceptados; e o medo ao castigo social da exclusión por non ser *unha muller conforme é o debido*.

Demasiada presión para o aparato emocional... do cal tamén se resinte o corpo, que recibe as “descargas” consabidas e sofre por isto tamén, e desde logo para a saúde social.



Foto: Miriam Espacio

7 — O OBXECTIVO DA INTERVENCIÓN EN CLAVE DE XÉNERO

Diciamos anteriormente que a intervención necesaria para corrixir todas estas eivas ten que se desenvolver en varias fronteas. Por un lado, estaría a psicoterapia, individual ou grupal, que ten un papel decisivo na recuperación das mulleres que xa están a sufrir as consecuencias en forma de alteracións psicosomáticas (e somatopsíquicas); por outro lado estarían a intervención social, para mudar os conceptos internalizados en clave patriarcal e, en tal sentido, preventiva de que as mulleres sigamos a sufrir as consecuencias, e por último (e non menos importante) a intervención (co)educativa, promotora de igualdade, para eliminar definitiva e establemente estas eivas nas relacións entre as persoas e de cada persoa consigo mesma.

Neste caso centrarémonos na intervención psicolóxica (psicoterapéutica) cuxo obxectivo

é axudar as mulleres no proceso de recuperación da autoestima e confianza en si mesmas, imprescindible para reconstruír as claves das súas relacións coas demais persoas e consigo mesma. Para isto é fundamental abordar a culpa, a vergoña e os medos. Diciamos en apartados anteriores que a culpa, que nas mulleres atinxe cotas inconmensurábeis, non sempre se presenta na súa forma convencional (con remordemento e arrepentimento) e neste senso máis doada de identificar. Cómpre, polo tanto, explorar a presenza da dita culpa en todas as súas variantes, para poder axudar mellor.

Por outra banda, cómpre explorar tamén o xeito no que están internalizados certos construtos, constitutivos de *pecado* (laico ou relixioso) e as *virtudes* (laicas ou relixiosas) ás que aqueles se opoñen. No caso que nos ocupa, *soberbia* e *humildade*. Isto permitiríanos coñecer mellor as ditas construcións subxectivas e tamén propoñer unha alternativa a ambas as dúas: a dignidade, que no caso das mulleres hai que dotar de contido, non porque non a teñamos, senón porque, cando a amosamos, acúsasenos de soberbia, formando entre uns e outros trazos unha amalgama que non axuda a resolver.

Por último e derivado do anterior, debemos axudar a conseguir que as mulleres se sintan suxeitos de dereito, no canto de abxecto dos privilexios *do outro*. Para isto é imprescindible que coñezan e nomeadamente que asuman os seus dereitos na relación coas demais persoas, porque aí reside a clave para desenvolver relacións saudábeis. Todo un proceso pendente.

8 —

EXPLORANDO A SOBERBIA, A HUMILDADE, A CULPA E A VERGOÑA

Partindo da base de que nada substitúe unha boa entrevista clínica, que é imprescindible

bel, nomeadamente nas intervencións que se desenvolven desde a perspectiva do xénero, tamén resulta moi interesante a exploración de determinados aspectos a través dalgún instrumento psicométrico que permita obter datos “medíbeis”, tamén para avaliar a efectividade da psicoterapia que se inicia coas anteditas entrevista e exploración psicométrica.

Neste senso, consideramos un bo instrumento, que ten o seu fundamento na psicoloxía dos construtos persoais, de George Kelly, comentada anteriormente. Desde a súa orixe, o Repertory Grid, deseñado por Kelly a partir da súa teoría, sufriu diversas adaptacións e modificacións, dando lugar a unha serie de probas máis ou menos cognitivas ou proxectivas. Para este caso, a proposta é o *Test das caras desenfocadas*², unha adaptación deseñada e validada por Antonio Rodríguez López (no artigo citado a pé de páxina pódese atopar a descrición da proba). Esta adaptación, de carácter proxectivo, ten unha serie de vantaxes para o caso que nos ocupa. En primeiro, permite deseñar os construtos en función das necesidades de cada momento, polo que nos permite introducir na listaxe os referidos á *soberbia*, á *humildade* e á *dignidade*, así como á *culpa* e á *vergoña*. En segundo lugar, a súa administración é sinxela, os resultados obtéñense a partir dunha correlación matemática e a interpretación dos mesmos, a partir das gráficas dos valores, resulta doada. En terceiro, permite pases colectivos³, o que facilita a exploración e a avaliación nas intervencións de psicoterapia de grupos.

En concreto, os construtos propostos formularíanse pedíndolle á/s muller/es que ordenen as fotos desde a que lle parece máis *soberbia* ata a que menos, desde a que lle parece máis *humilde* á que menos e desde a que lle parece máis *digna* ata a que menos; tamén desde a que

2 Rodríguez López, Antonio (1982): Test de las caras desenfocadas (Repertory Grid Modificado). *Rev. de Psiquiatr. y Psicol. Med.* Tomo XV, nº 7, 411420.

3 Ferreiro Díaz, Lola (1991). *Saúde Mental e Delincuencia en Adolescentes*. Tese de Doutoramento. Facultade de Medicina da USC.

lle parece que *se sente máis culpábel* ata a que menos e desde a que lle parece que máis se *avergoña* ata a que menos. Para preservar a fiabilidade da proba, estes construtos deben ir separados entre si, intercalando outros que non teñan relación aparente con estes.

Para o caso que nos ocupa, a proposta é correlacionar os construtos aludidos coa autoimaxe real e a autoimaxe ideal, así como coas imaxes parentais reais e ideais. Se queremos pescudar a estrutura psicolóxica de cada un destes trazos, podémolos correlacionar tamén con outros que incluiremos na proba, como a *agresividade*, o *autoritarismo* e nomeadamente a *bondade*. Con todo isto teremos unha idea bastante precisa da estrutura psicolóxica dos trazos e o modelo no que os teñen internalizados as usuarias (e as perversións patriarcais dos conceptos), a valoración que fan dos mesmos, e os modelos referenciais dos que a aprenderon.

Por último, se administramos a proba ao comezo e ao remate da intervención psicoterapéutica, poderemos comprobar a evolución e, en consecuencia, o grao de consecución dos obxectivos terapéuticos e, en suma, a efectividade da terapia.

9 —

O USO DOS CAMPOS SIMBÓLICOS COMO FERRAMENTA PARA A INTERVENCIÓN

Non hai dúbida de que as ferramentas para utilizar nunha psicoterapia e nomeadamente o xeito de utilizalas dependen sobre todo da orientación teórica da terapeuta, pero no caso que nos ocupa debemos ter en conta que existen unha serie de elementos que complican e dificultan a intervención e que se poden concretar en que unha boa parte do contido intrapersonal dos asuntos a abordar non está

ao alcance consciente das mulleres usuarias. Igualmente, os mecanismos de defensa que se utilizan (tamén de xeito non consciente) dificultan a identificación. Por iso decidín propoñer unha ferramenta que nos permite abordar estes asuntos dun xeito máis doado, ademais de lle aforrar sufrimento ás mulleres: os *campos simbólicos*⁴.

Resumindo moito, un campo simbólico é unha narrativa que constrúe a propia usuaria (ou o propio grupo) a través dun estímulo da terapeuta, que debe ter un inicio, un nó e un desenlace. Quen constrúe o dito campo envorca na narrativa a súa propia subxectividade, o que permite abordala sen que a persoa se sinta aludida, xa que estariamos a falar dunha personaxe. Tamén permite completar a exploración facéndolle preguntas sobre determinadas pasaxes da narrativa, co que poderíamos dispor dunha cantidade inmensa de elementos a analizar e de solucións a buscar. Na cita a pé de páxina hai unha descrición completa da técnica e da súa utilización.

En suma, trátase dun recurso máis, pero moi útil para o tema que nos ocupa en concreto e para a abordaxe das violencias machistas en xeral.

10 —

A SOBERBIA, A HUMILDADE, A CULPA E A PSICOTERAPEUTA

Todas e todos sabemos que unha das cuestións fundamentais para desenvolver unha intervención de calidade en saúde mental é a revisión da propia subxectividade da terapeuta. Cantas veces atopamos problemas nunha psicoterapia, que notamos que non vai ben, que detectamos algún atranco en concreto, ou

4 Lola Ferreiro Díaz [coord.] (2008). Op. Cit., 148-156

que identificamos (revisando a sesión) algunha eiva na nosa conduta profesional? Cantas veces nos gustaría ter acceso a unha supervisión profesional que nos axudara a resolver todas estas cousas? Desde o meu punto de vista, moitas veces.

Esta situación é especialmente necesaria cando a psicoterapia se fai desde a perspectiva do xénero. Todas somos mulleres ou homes, coas nosas propias contradicións e coa nosa propia carga patriarcal, máis ou menos grande (e grave)... e non é tan doado separar o rol profesional dos roles persoais cando estamos escoitando cousas coas que inconscientemente nos identificamos, ou que nos invaden, ou que nos inducen a sentirnos (e non a sabernos) manipuladas. Se ademais somos feministas, o problema complícase un pouco máis, tendo en conta que a parte cognitiva do noso feminismo non sempre encaixa coa parte afectiva e emocional do feito de sermos mulleres, moitas veces agredidas e violentadas pola orde patriarcal.

Todo isto pon de manifesto a necesidade de iniciarmos (ou continuarmos) un traballo persoal que nos leve a identificar e a resolver todas estas contradicións, que de feito interfíren nas intervencións en consulta.

Partindo da consciencia sobre a precariedade dos medios que temos ao noso dispor, nomeadamente a ausencia de recursos para a supervisión profesional, a proposta concreta é constituír grupos nos que se aborde, non tanto desde un punto de vista cognitivo e intelectual como desde o eido experiencial, expresando e abordando a nosa propia subxectividade. Pode que custe un pouco ao principio. Haberá que salvar dificultades, pero a medio prazo é o suficientemente gratificante e, en consecuencia, motivador, como para garantir a continuidade do traballo.

Comentarei, sen pormenorizar moito porque aparece descrita no traballo de M^a Jesús Díaz Anca e outras (2009) que se cita unha experiencia sobre o traballo feito por un grupo de profesionais que traballaban con mulleres en

situación de violencia directa e que decidiron acometer a tarefa tras atopar múltiples dificultades para a intervención. O proceso inicial puxo de manifesto que había un gran hiato entre o cognitivo (neste caso o ideolóxico) e o afectivo e emocional, neste caso marcado polas claves (ocultas) da situación de violencia machista nas súas propias biografías. Todo isto ameazaba con comprometer o proceso da intervención e o benestar das profesionais e das propias mulleres. Conciliados os elementos distorsionadores, o traballo comezou a fluír noutros termos e volveuse moito máis saudábel e gratificante, o que se reflectiu significativamente nos seus resultados, por certo medidos a través do *Test das Caras Desenfocadas*, entre outros instrumentos.

Xa que logo, aproveito a oportunidade que me brindou o COPG de escribir esta achega para animarvos a que fagades algún proceso deste tipo, desde logo sen esquecermos continuar esixindo aos poderes públicos que poñan en marcha os recursos de supervisión profesional en saúde mental, imprescindíbeis para nós... aínda que nos etiqueten de soberbias por facelo.

11 —

PARA REMATAR...

Igual que comezamos, insistir máis unha vez en que, para conseguir a igualdade entre os seres humanos, debemos mudar a máxima dominante: *contra soberbia, humildade* por outra moito máis democrática: *contra a soberbia e a humildade, dignidade!*



Referencias

- Adler, A. (1968). *Superioridad e interés social*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Baumeister, R. F., Stillwell, A. M. e Heatherton, T. F. (1994). Guilt: An interpersonal approach. *Psychological Bulletin*, 115(2), 243–267.
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.115.2.243>
- Campoamor, C. (1931). *Diario de Sesiones de las Cortes*, 1 de outubro, nº 48:1354.
- Díaz Anca, M. J., Docampo Corral, G., González García, P., Rivera González, M. J. e Vilar Barreiro, A. (2009). A violencia de xénero. *Revista Oficial da Sección de Clínica do COPG. ANUARIO Nº3* (500-533).
- Ferreiro Díaz, L. (1991). *Saúde Mental e Delincuencia en Adolescentes*. Tese de Doutoramento. Facultade de Medicina da USC.
- Ferreiro Díaz, L. [coord.] (2008)- *Coeducación afectivo emocional e sexual*. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia – Servizo Galego de Igualdade.
- Firestone, S. (1976). *La dialéctica del sexo. En defensa de la revolución feminista*. Barcelona: Kairós.
- Katchadourian, H. A. (2010). *Guilt: the bite of conscience*. Stanford CA: Stanford University Press.
- Kelly, G. A. (2001). *Psicología de los constructos personales*. Textos escogidos Brendan Maher [comp.]. Barcelona: Paidós.Lagarde y de los
- Ríos, M. (2011). *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. Madrid: horas y Horas.
- Lerner, G. (1990). *La creación del patriarcado*. Barcelona: Crítica.
- Millett, K. (1975). *Política sexual*. México: Aguilar.
- Montero García-Celay, M. (2009). El patriarcado: Una estructura invisible, *Género con Clase*, 1-III. Disponible en: <http://generoconclase.blogspot.com/2009/03/el-patriarcado-una-estructura-invisible.html>
- Nelissen, R. M. e Zeelenberg, M. (2009). When Guilt Evokes Self-Punishment: Evidence for the Existence of a Dobby Effect. *Emotion*, feb; 9(1): 118-122
- Organización Panamericana da Saúde – OMS (2003). *Publicación Científica e Técnica nº 588*. Ginebra: Publicaciones de la OMS.
- Rodríguez López, A. (1982): Test de las caras desenfocadas (Repertory Grid Modificado). *Rev. de Psiquiatr. y Psicol. Med.* Tomo XV, nº 7, 411420.
- Rowling, J. K. (1998). *Harry Potter y la cámara secreta*. Barcelona: Salamandra.
- Shimanoff, S. B. (1984). Commonly named emotions in everyday conversations. *Perceptual and Motor Skills*, 58, nº 2: 514.

PREGUIZA

ABURRIMIENTO: DEREITO E NECESIDADE

Vanessa Playán Ruíz

Psicóloga clínica

Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil
Sant Joan de Deu Terres de Lleida

vanessaplayan@gmail.com

Henar de la Torre Hernández

Psicóloga clínica

Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil
Gironès i Pla de l'Estany

henardelatorre@gmail.com

SUMARIO

CASTELÁN

«O aburrimiento é a calma chicha da alma que precede aos alegres ventos e á feliz carreira; hai que soportalo e esperar o seu efecto. [...] Disipar o aburrimiento de calquera xeito –concluirá o autor– é o vulgar»

(Nietzsche, 2003, p.68).

RESUMO

Neste artigo faise unha revisión do aburrimiento, desde as primeiras definicións centradas nunha visión negativa ata as formulacións máis modernas que destacan os beneficios e as potencialidades desta emoción. Especialmente relevante é o seu papel na infancia, en canto á facilitación do desenvolvemento de calidades fundamentais como a creatividade, a autonomía ou as habilidades de resolución de problemas.

PALABRAS CHAVE — aburrimiento, estado emocional, beneficios.

ABSTRACT

The present paper is a review of boredom conceptions, from the initial definitions focused on a negative perspective of the term, to modern approaches that emphasize its benefits and potential. Notably, boredom seems to play a key role in childhood facilitating the development of children's strengths as creativity, autonomy or problem solving skills.

KEY WORDS — boredom, emotional state, benefits.

1 — INTRODUCCIÓN

A Real Academia da Lingua Española define o aburrimiento como o *cansazo do ánimo orixinado por falta de estímulo ou distracción ou por molestia reiterada*. E aburrirse como *molestar, cansar, amolar, amolarse, cansar de algo; sufrir un estado de ánimo producido por falta de estímulos, diversións ou distraccións*. Se buscamos sinónimos da palabra aburrimiento atopamos os termos amolo, fastío, tedio, cansazo, desgana, apatía, sopor, aborrecemento, aburrimiento. Nin unha soa referencia positiva.

Que sucede se poñemos en Google a palabra aburrimiento? Nos primeiros resultados de busca xa aparecen ligazóns destinadas a como “matar o aburrimiento” ou “acabar co aburrimiento”.

Anastasia Dedyukhina (2015) na súa investigación sobre o aburrimiento atopou que a suxestión máis popular de Google cando comezamos a escribir “que facer cando...” no motor de busca é “estás aburrido”. En Google hai ao redor de 2,5 millóns de consultas mensuais relacionadas co aburrimiento. A frase “que facer cando estás aburrido” ten 27.100 buscas mensuais; “ cousas que facer cando estás aburrido”, 9.900; “que facer cando estás aburrido na casa”, 8.800; e “cousas que facer cando está aburrido”, 6.600. A data de xuño de 2020, se buscamos “que facer cando te aburres”, obtemos 1.530.000 resultados.

A definición de aburrimiento, os seus sinónimos, as buscas relacionadas con el etc., teñen un matiz claramente negativo. O aburrimiento percíbese, en xeral, como un estado emocional negativo e, por tanto, como algo co que acabar. Canto máis rápido mellor.

2 — DEFINICIÓN E CONSIDERACIÓNS BÁSICAS EN RELACIÓN AO ABURRIMENTO

Cynthia Fisher (citada en Mann, 2017), unha das primeiras investigadoras modernas sobre o aburrimiento, describe o mesmo como un “estado afectivo desagradable e transitorio no cal o individuo sente unha falta xeneralizada de interese e dificultade para centrarse na actividade actual de modo que necesita un esforzo consciente para manter ou dirixir a atención a esa actividade”. É dicir, o aburrimiento sería unha emoción que sentimos non cando non temos nada que facer, como comunmente pensamos, senón cando as opcións que temos nun determinado momento non nos atraen. É dicir, o aburrimiento non sería independente da persoa, da actividade ou da situación. Ler un artigo sobre o aburrimiento pódeme resultar moi interesante un sábado pola mañá mentres almorzo cunha boa cunca de café e totalmente aversivo un mércores pola tarde despois de 8 horas de traballo.

Continuemos profundando na definición de aburrimiento. O filósofo Andreas Elpidorou (2014) describe o aburrimiento en termos do seu carácter afectivo (ou cualitativo), como un estado aversivo que se caracteriza por sentimentos de insatisfacción, inquietude e cansazo. Os tres sentimentos deben estar presentes, segundo o autor, para poder falar de estado de aburrimiento. Se algún faltase, estaríamos ante un estado psicolóxico diferente ao aburrimiento. Con todo, si poden xurdir outros sentimentos adicionais, como a frustración leve.

Ademais, Elpidorou establece unha diferenza entre a pensión ao aburrimiento e o estado de aburrimiento, o que entraría en contradición coa idea de que o aburrimiento é independente da persoa. Poderíamos dicir que as persoas

propensas ao aburrimiento teñen un rumbo á hora de filtrar e interpretar as súas experiencias. Séntense aburridas fácil e frecuentemente, mesmo en situacións que habitualmente resultan interesantes e estimulantes. Son persoas, ademais, con dificultades para manter o esforzo e a atención sostida nas actividades propias, que carecen de entusiasmo e motivación para as mesmas e que, por tanto, frústranse facilmente e cánsanse do que están a facer.

Poderíamos relacionar a propensión ao aburrimiento descrita por Elpidorou coa dimensión de personalidade descrita por Zuckerman como procura de sensacións. Este trazo de personalidade foi descrito polo autor como a tendencia a buscar experiencias e sensacións intensas, novas, variadas e complexas, como a vontade de experimentar e participar en experiencias que comporten risco físico, social, legal e financeiro. Nese sentido, son numerosos os correlatos condutuais deste construto de personalidade que Zuckerman describiu: as experiencias con drogas, a promiscuidade sexual, as condutas de risco físico, a procura de lugares exóticos.

Concorda isto coa descrición de Elpidorou dos danos físicos, psicolóxicos e sociais asociados á propensión ao aburrimiento. Correlaciona positivamente coa depresión e a ansiedade, a ira e a agresión, a tendencia a cometer erros ao completar tarefas comúns, pobres relacións interpersoais e sociais, menor satisfacción laboral e de vida, problemas co xogo e abuso de drogas e alcol.

Como dicíamos, Elpidorou distingue entre esa propensión ao aburrimiento e o estado de aburrimiento, é dicir, a experiencia real do aburrimiento. Entendido como un estado psicolóxico, que non é necesariamente a manifestación da propensión ao aburrimiento, o aburrimiento é un estado aversivo e transitorio que a miúdo se pode aliviar facilmente. É dicir, un pode estar nun estado de aburrimiento, o que non é máis que unha experiencia bastante común e mundana, sen ser propenso ao aburrimiento.

Iso si, o aburrimiento non sempre é situacional e tamén depende do noso estado de ánimo, dos nosos desexos e das actitudes. Da mesma forma que situacións repetitivas e monótonas non teñen por que conducir á experiencia de aburrimiento, situacións que en principio son significativas ou mesmo desafiantes poden provocar un estado de aburrimiento.

Como vemos nestas definicións, o carácter negativo do aburrimiento está presente desde os inicios da investigación asociada ao mesmo. O filósofo e experto en coñecemento pedagóxico Alberto Sánchez Rojo (2016) explica como desde o ámbito da Psicoloxía, o aburrimiento cobra interese na década dos 70 do século XX como obxecto de estudo desde o seu concepto negativo, é dicir, entendido como un estado aversivo, fonte de insatisfacción, un obstáculo. Con todo, sinala Sánchez Rojo, desde unha perspectiva filosófica hai formulacións que confiren ao mesmo o status de experiencia humana fundamental.

A partir dos séculos XVI e XVII, o papel do individuo na súa particularidade será cada vez máis esencial. Nesta liña, podemos atopar autores que comezan a sinalar o valor do aburrimiento como base para a construción da auténtica subxectividade. Desde Pascal, pasando por autores posteriores como Kierkegaard, Schopenhauer ou Nietzsche. En liñas xerais, a idea que subxace a entender o aburrimiento como unha experiencia humana fundamental é que só cando unha persoa se aburre pode enfrontarse realmente a si mesma. Porque nese estado de aburrimiento a persoa rexeitaría todo o que lle rodea e non quedaría máis nada que a súa subxectividade, a súa individualidade. Destacaban ademais estes autores, sobre todo no Romanticismo, a necesidade de tempo libre e de lecer como condición *sine qua non* para poder experimentar o aburrimiento.

Coa chegada do século XX, apareceu a primeira análise exhaustiva do aburrimiento, realizado polo filósofo alemán Martin Heidegger, quen distinguiu tres tipos de aburrimiento:

aburrirse por, aburrirse en e un abúrrese. Este terceiro tipo, de carácter impersoal, levaríanos a vivir o aburrimiento como esa experiencia humana fundamental.

Tratarase, por tanto, dun deixarnos baleiros que todo o ocupará, pois todo se verá denegado, ata nós mesmos. Con total incapacidade para actuar, indiferentes a todo o existente, abríronos, con todo, ao mundo do posible. Novas posibilidades ábrese na nosa mente porque ningunha aparece refreada. Toda a creatividade ponse en marcha, nada hai que a deteña porque nada importa nestes momentos. Non obstante, é neles onde podemos descubrir o verdadeiramente importante.
(Sánchez Rojo, 2016, p. 103).

Volvendo aos nosos días, Elpidorou tamén sinala os aspectos positivos do aburrimiento, explicando que o aburrimiento nos dá a oportunidade de comprobar que o que estamos a facer non nos satisfai de forma que nos empuxa a abandonar situacións pouco gratificantes e a buscar, por tanto, actividades máis estimulantes a nivel emocional, cognitivo e social. Outros beneficios que podemos mencionar son a facilitación dos procesos creativos e de autorreflexión: cando nos aburrimos, paramos o proceso continuo de estímulos e permitimos que a nosa mente xere ideas, é dicir, fomentamos a creatividade.

Por tanto, a pesar do seu impresionante respaldo histórico, debe rexeitarse a opinión de que o aburrimiento é completamente negativo. As investigacións recentes sobre o mesmo suxiren unha imaxe bastante diferente do estado do aburrimiento.

A grandes liñas, podemos dicir que o aburrimiento, grazas aos seus compoñentes afectivos, volitivos e cognitivos, é un estado que monitorea e regula o noso comportamento: mantén á persoa en liña cos seus proxectos. Cumpriría

unha dobre función. En primeiro lugar, é informativo, dinos algo sobre o mundo e sobre nós mesmos. Infórmanos cando non estamos en sintonía cos nosos intereses. En segundo lugar, debido ao seu carácter aversivo, motiva a procura dunha nova meta cando a meta actual deixa de ser satisfactoria, atractiva ou significativa para a persoa, é dicir, cando a meta deixa de cumprir coas propias expectativas ou desexos.

O aburrimiento é tanto unha advertencia de que non estamos a facer o que queremos facer, como un impulso que nos motiva a cambiar de obxectivos e proxectos. Nin a apatía, nin a aversión, nin a frustración poden cumprir a función do aburrimiento.

É importante ter en conta que o que alivia o aburrimiento non é simplemente un cambio de actividade. Máis ben, o que alivia o aburrimiento é un cambio dunha situación pouco interesante, insatisfactoria ou non estimulante a unha que a persoa perciba como satisfactoria e en liña cos seus plans e desexos.

3 —

ABURRIMENTO E INFANCIA

Como acabamos de ver, o aburrimiento é fértil. Convida á curiosidade, á motivación e ao compromiso. Pero na sociedade contemporánea, aos nenos estamos a roubarlles a oportunidade de aburrirse. Por unha banda, temos pais que desde a “hiperpaternidade” (Millet, 2015) enchen todos os espazos posibles internos e externos dos fillos -por exemplo, anticipándose a unha posible situación de aburrimiento enchendo o día dos fillos de actividades ou propondo alternativas rapidamente se estes expresan aburrimiento-. Por outro, vivimos nunha sociedade na que a cultura do inmediato se abre paso con forza a través das novas tecnoloxías. Se un neno -ou un adulto- tan só presinte o aburrimiento, abonda con

que acenda unha pantalla -do móbil, da tablet, do computador, da televisión-. A sobreexposición estimular non acaba nunca. Non aburrirse parece fácil hoxe en día. E, ademais, aburrirse está mal visto porque a sociedade non só segue os ditames do inmediato senón tamén da produtividade. Produtividade mesmo no tempo de lecer e descanso. Termos que se están vendo sometidos a unha redefinición. E isto é especialmente preocupante se pensamos na infancia, inevitablemente asociada ao xogo, pero a un xogo que permita ao neno explorar, descubrir, elaborar, crear. Un xogo, en resumidas contas, que fomente a curiosidade e que, en ocasións irá inevitablemente unido ao aburrimiento. Porque o neno cansarase de repetir un tipo de xogo e esa saciedade fará que busque outros xogos posibles, outros intereses posibles. En definitiva e como dicíamos ao comezo, informarao sobre que algo xa non lle vale e motivarao a seguir na procura da satisfacción do seu desexo.

Estas ideas parecen cada vez máis contrarias á realidade na que vivimos: nas primeiras 24 horas do confinamento ocasionado pola pandemia do coronavirus xa proliferaban as máis diversas alternativas para que os nosos nenos non se aburrisen en casa. Alternativas que chegaban aos pais a través das súas redes sociais. Alternativas que os pais valoraban, preparaban e facilitaban aos seus fillos. Uns fillos, doutra banda, que gozaron máis do tempo en si mesmo pasado cos seus pais en casa que das mil actividades que encheron ese tempo.

Curiosidade e aburrimiento son considerados por Ubieto e Pérez Álvarez (2018) como signos inequívocos da infancia e sinalan a influencia do que eles denominan unha “hiperconexión” en ambos os dous. Como recollen os autores e vimos tratando de explicar, a curiosidade foi esmagada pola presenza incesante de estímulos á que veñen sometidos os nenos e o aburrimiento considérase na nosa sociedade unha especie de enfermidade que necesita de cura inmediata.

Os adultos estamos colonizando a infancia de maneira acelerada pola vía do hiper como patrón: infancias e adolescencias hiperactivadas, hipersexualizadas, hiperconectadas e, ao tempo, hipercontroladas. Se tradicionalmente se “adoutrinaba” a infancia en nome dos ideais, hoxe tratamos, máis ben, de imporlles un modo de goce que é o noso, o adulto. Queremos que sexan emprendedores, cunha identidade sexual clara e precoz, mesmo con posicións políticas, dominadores de varios idiomas, creativos e atrevidos para apostar ou arriscarse. Que sexan, ao mesmo tempo, perfectamente avaliados nos seus resultados. Esta “producción” de nenos e nenas baixo o réxime do hiper parece deixalos sen tempo infantil. (Ubieto e Pérez Álvarez, 2018, p.15).

Vemos xa a contradición: os adultos, os pais, queren fillos “hiper”, pero con estas estratexias de crianza o que temos son máis ben nenos “hipo”. Recolle tamén esta idea a xornalista Eva Millet nos seus libros *Hiperpaternidad* (2015) e *Hiper niños* (2018), onde aborda os problemas asociados a un estilo de crianza cada vez máis estendido e que describe como intensivo, hiperasistido e sobreprotector.

Os pais queren uns fillos perfectos. Que vaian ben na escola, que falen inglés e se pode ser chinés, que destaquen nalgún deporte competitivo, que toquen o piano ou o violín e que teñan unha adecuada educación emocional. Porque isto tamén se lles esixe aos nenos hoxe en día. Non poden enfadarse sen máis. Teñen que identificar que están enfadados, xestionar de forma adecuada a emoción e analizar posteriormente a situación para poder evitala no futuro. Todo isto, se é posible con 3 anos, mellor que con 5. E non nos esquezamos da autonomía. Así, as axendas destes nenos, máis alá das horas da escola, énchense de actividades

extraescolares e de tempo de traballo en casa. Fins de semana e vacacións incluídas. Os nenos pronto se ven inmersos neste vórtice, uns con máis éxito, outros con menos. Pero hai algo que falla para todos: esta crianza tamén implica sobreprotección. Unha sobreprotección que fai que os pais estean sempre pendentes dos fillos, anticipándose aos seus desexos e necesidades, solucionándolles os problemas ás veces mesmo antes de que os nenos fosen conscientes de que os teñen e xustificándoos e defendéndoos pase o que pase e ante calquera figura de autoridade –titores, profesores, adestradores etc.

Así, os pretendidos nenos híper convértense pronto en nenos hipo: falta de tolerancia á frustración, falta de autonomía, falta de estratexias de resolución de problemas, falta de habilidades sociais e de xestión emocional. Estes nenos crecen cheos de medos e inseguridades e cun egocentrismo desmedido –afixéronse a ser o centro de todo, a ter infinitos dereitos e, no fondo, poucas responsabilidades reais porque as súas responsabilidades sempre viñeron impostas, mediadas e relativizadas se é necesario desde a figura dos pais-.

E pode parecer que o aburrimiento ten un papel mínimo en todo isto, pero nada máis lonxe da realidade. Se un neno ten a oportunidade de aburrirse –porque os seus pais non se anticipan a darlle alternativas de entretemento e a sociedade non o afoga co seu inmediato estimular- poderá mobilizar os seus recursos buscando alternativas. Sentirá, por exemplo, curiosidade por algunha desas alternativas que lle pasen pola cabeza para evitar o estado disfórico de aburrimiento. E a curiosidade facilita a creatividade, unha calidade fundamental, xunto coa autonomía, para a resolución de problemas.

Teresa Belton e Ester Priyadharshini (2007) xa sinalaron a relación entre aburrimiento e creatividade nun interesante estudo no que entrevistaban a persoas relevantes de diferentes ámbitos –escritores, científicos, artistas

etc.– co obxectivo de analizar como o aburrimiento influíra na súa creatividade durante a súa infancia. A gran maioría dos entrevistados pasaran moitas horas de aburrimiento durante a súa infancia e valorábano de forma positiva en canto a facilitador da súa creatividade. Esta influencia mantíñase na súa vida adulta, continuando o efecto facilitador.

Xestionar ese estado emocional ambivalente que é o aburrimiento é algo construtivo para os nosos nenos. Con todo, vemos como os pais se senten culpables se os seus fillos se queixan de aburrimiento. E é necesario que os pais aprendan a xestionar esa culpa, a tolerar a frustración que lles xera o aburrimiento dos seus fillos, de forma que non se apresuren, que non se anticipen con solucións rápidas, que lles deixen tempo e espazo. Ese si é o papel dos pais.

Pensemos tamén que deixar que os nenos se aburran e, por tanto, poidan mirar ao seu arredor, explorar, crear as súas propias alternativas non require de grandes e custosos medios. Non necesitan centos de sofisticados xoguetes. Lembremos o anuncio de 2013 dunha marca de refrescos no que un neno abría un agasallo e gritaba emocionado ao ver un pau. Máis alá do sentido do humor do anuncio, quizais un neno hoxe non berre de emoción ao abrir un agasallo consistente nun pau. Pero trataríase xustamente de poder volver a esa sinxeleza: a que poidan pensar que facer con ese pau, que é ese pau ademais dun simple pau e afastalos do monopolio do entretemento rápido, fácil, pasivo e baleiro das pantallas.

Vemos como a necesidade de recursos é dobre: internos e materiais. Volvamos aos internos. Falamos da curiosidade, da necesidade dun tempo de xogo libre, que permita ao neno explorar, descubrir. Non o fará se non ten confianza en si mesmo. E a confianza en si mesmo desenvolveraa se lle permitimos facer. Se os pais, os adultos, fan por el, non desenvolverá competencias e habilidades e non se sentirá capaz. Se son capaz de facer, síntome seguro

para tentalo. E tamén para perseverar se non me sae á primeira. Serei autosuficiente, autónomo, competente, capaz de pensar por min mesmo. Non son estes os nenos que desexan os pais? Deixemos pois aos nenos aproveitar co maior beneficio posible os seus tempos de aburrimiento. O investimento de futuro está asegurado, porque estas calidades quedarán instauradas na súa personalidade.

4—

A MODO DE CONCLUSIÓN

O aburrimiento pode ser unha invitación á felicidade, xa que como mencionamos, o seu aspecto aversivo impúlsanos a buscar alternativas, a xerar cambios internos ou externos que nos permitan recuperar o interese, a manter a atención, a sentir que estamos en consonancia coas nosas motivacións. Quizais, nesta sociedade na que nos atopamos, onde o inmediato, a rapidez, a produtividade impera, cada vez estémonos afacendo máis a que o entretemento, a solución, veña desde fóra. Na sociedade do entretemento, un xa non ten que facer nada para deixar de aburrirse, tan só ten que acender, ou acceder a, un dispositivo tecnolóxico. Por exemplo, nas pantallas atopamos animacións, cores, movemento, sons, que están a estimular os nosos sentidos de forma constante, e en moitas ocasións só é baleiro, é nada. Podemos dicir que estamos sometidos a unha hiperestimulación case constante dos nosos sentidos, onde a desatención ou a desconexión sería unha das respostas posibles, a esa necesidade de parar e darlle descanso á nosa mente. Con todo, ese parar, ante ese cansazo por saturación, pode ser equivocadamente interpretado como falta de estímulos, ofrecéndose respostas que manteñen a norma de seguir enchendo de nada as nosas mentes saturadas de nada.



Referencias

- Belton, T. e Priyadharshini, E. (2007). Boredom and schooling: a cross-disciplinary exploration, *Cambridge Journal of Education*, 37:4, 579-595, <https://doi.org/10.1080/03057640701706227>
- Dedyukhina, A. (9 de setembro de 2015). The importance of being bored [Mensaxe nun blog] Recuperado de <https://www.consciously-digital.com/blog/the-importance-of-being-bored>
- Elpidorou, A. (2014). The bright side of boredom. *Frontiers in Psychology*. 5:1245. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.01245>
- Mann, S. (2017). *El Arte de Saber Aburrirse*. Barcelona: Plataforma Editorial.
- Millet, E. (2015). *Hiperpaternidad*. Barcelona: Plataforma Editorial.
- Millet, E. (2018). *Hiperpaños*. Barcelona: Plataforma Editorial.
- Nietzsche, F. (2003), *La gaya ciencia*. Palma de Mallorca: El Barquero.
- Sánchez Rojo, A. (2016). El aburrimiento como competencia: educación para un mundo sobrestimulado. *Teoría De La Educación. Revista Interuniversitaria*, 28(2), 93-112. <http://dx.doi.org/10.14201/teored-28293112>
- Ubieto, J. R. e Pérez Álvarez, M. (2018). *Niñ@s Hiper*. Barcelona: Nuevos Emprendimientos Editoriales.

FERRAMENTAS

A CULPA

UN BREVE PERCORRIDO
A TRAVÉS DO SEU
CONCEPTO E TRATAMENTO

Carlos Álvarez García

Psicólogo Clínico

Área Sanitaria de Santiago de Compostela e Barbanza

luis.carlos.alvarez.garcia@sergas.es

SUMARIO

CASTELÁN

RESUMO

A culpa constitúe unha das emocións morais máis importantes e significativas, presente desde as primeiras etapas do neno e con funcións de regulación e control individual e social. Forma parte e é de grande utilidade dentro dos procesos adaptativos e de cambio.

Pero tamén hai unha culpa patolóxica, non racional, desproporcionada co acto. É a culpa que forma parte da sintomatoloxía e do mantemento de problemas depresivos, obsesivos, dós non resoltos, problemas familiares e relacionais e para a cal se necesita de abordaxes terapéuticas para o seu manexo. Traballar sobre os pensamentos e as ideas irracionais asociadas á culpa, así como as técnicas de aceptación das emocións e as tarefas para manexar a intensidade e o sufrimento reveláronse de utilidade e forman parte do tratamento.

PALABRAS CHAVE — Culpa, vergoña, tratamento psicolóxico, patoloxía.

ABSTRACT

Guilt constitutes one of the most important and significant moral emotions, present from the first stages of child development, with regulatory functions and individual and social control. It forms part and it is very useful within the adaptive and change processes.

Nevertheless, there is also a pathological guilt, irrational, out of all proportion with the act. It is the guilt that is part of the symptomatology and having depressive issues, unresolved grief, obsessive, family and relational problems, for which a therapeutic approach is needed. Working on the irrational thoughts and ideas associated with guilt, as well as the techniques of accepting emotions and the tasks to handle the intensity and suffering have proved useful and are part of the treatment.

KEY WORDS — Guilt, shame, psychological treatment, pathology.

1 —

INTRODUCCIÓN

Unha paciente dez anos despois da morte da súa nai por suicidio séguese sentindo culpable por non poder evitala, por non darse conta das súas intencións. Dez anos de culpa, remorsos e vergoña, pechada na súa casa culpándose tamén por sentir que durante todos eses anos de “depresión” abandonara e desatendera a súa familia.

Dous amigos van nadar, un deles morre afogado, o sobrevivente síntese culpable de sobrevivir, desleal ao seu amigo por non salvalo ou, polo menos, non morrer con el. Síntese observado, cuestionado e estigmatizado na súa vila.

Un adolescente mentres se masturba pensa nunha familiar. A culpa que sente por ter eses pensamentos lévao a non achegarse a ela, non tocala nin a ela nin a ningún obxecto dela, dentro dun ritual obsesivo como unha forma de evitar volver pensar nela.

A muller maltratada que se sente culpable e cre que as agresións da súa parella son por algo que ela fixo; posteriormente síntese culpable por non separarse antes del e sacrificar uns anos da súa vida e da dos seus fillos.

A culpa dun condutor que provoca un accidente no que morren varias persoas, acompañao durante anos máis alá do castigo ou da sanción.

Ou o que comete unha agresión sexual e non sente ningunha culpa convencido, e tentando convencer o terapeuta (e o xuíz), de que todo foi provocado, magnificado e sacado de contexto por ela.

Culpa por exceso, culpa por defecto. A culpa ou o sentimento de culpa é “un algo” (unha variable dicimos) que está presente e acompaña un gran número dos casos que atendemos en terapia, independentemente do diagnóstico.

Presenta múltiples ramificacións, moi ligado a cada persoa, á súa forma de ser, ao seu con-

texto cultural, relixioso, a como foi educado, ao seu ambiente familiar, social, á súa forma de enfrontarse aos problemas. A culpa cumpre diferentes funcións, pode ser o problema, pode manter o problema, ou pode axudar á persoa para “levar” o problema, a vivir con el.

Escribir acerca de “A Culpa” implica a dificultade de “cercar o territorio”, xa que quizais é un dos conceptos que se abordan desde un abanico de disciplinas máis amplo e todas elas solapadas.

Desde a antropoloxía, Margaret Mead e Ruth Benedict xa distinguiran entre o que elas denominaron “as culturas da vergoña” e as “culturas da culpa” entendendo que dentro desas sociedades no proceso de socialización dos seus membros se promovía a vergoña ou a culpa. As “culturas da vergoña” obsérvanse máis en culturas primitivas, naquel momento, menos avanzadas, por exemplo o rito de suicidio do Harakiri una das funcións que tiña era “expiar” un acto deshonoroso e que a vergoña non alcanzase ao resto da súa familia. As “culturas da culpa” observábanse nas sociedades máis avanzadas nas que a conduta se regula a través de sancións internas que a persoa se impón a si mesma. Tamén desde a antropoloxía, hai evidencia en canto a diferenzas culturais na tendencia para experimentar culpa por exemplo no estudo de Chiang e Barret (1989), entre outros, no que confirmaron que os adolescentes norteamericanos tiñan un estilo máis internalizado de culpa que os adolescentes brasileiros que era máis de tipo externalizado.

Imposible falar de culpa sen mencionar a relixión. A idea de culpa está presente en todas as relixións e forma parte do noso proceso de “aculturización”. Na cristiá, desde a expulsión de Adán e Eva do Paraíso e a vinda de Cristo como unha forma redimirnos do pecado e a confesión como o ritual co que obtemos o perdón. Na relixión xudía, a festividade do Yom Kipur é a festa do perdón, da expiación e do arrepentimento. Nas tradicións budistas e hinduistas, o karma encárgase de arranxar o

que fixemos mal, ou no islam no que calquera persoa se se arrepiante de corazón vai atopar o perdón de Alá. Desde todas as relixións asúmese que somos pecadores e a través do sentimento de culpa imos ter conciencia deses pecados pero “Deus non nos abandona” e a propia relixión constrúe formas de liberarnos desa culpa.

A culpa, desde a socioloxía, estudouse tamén como unha emoción vinculada á orde social e por tanto, como unha forma de constrinxir a nosa liberdade. A culpa desde o sistema legal - forense, desde a ética, desde a moral. A culpa presente na literatura, o ser atormentado en Dostoyevski, Kafka e a súa permanente procura da orixe da súa culpa; en *La Caída*, Camus fai un bo retrato. O protagonista, “un xuíz penitente”, un xuíz de si mesmo, deprimido, que arrastra unha culpa que afoga cada noite en alcol.

Xa desde a nosa disciplina da psicoloxía, a culpa como concepto, como variable, está presente en todos os seus ámbitos (psicoloxía clínica, educativa, do desenvolvemento, social...), abordada por todos os paradigmas: psicodinámicos, cognitivo-condutuais, sistémicos... Estudada desde as súas diferentes funcións e expresións, e un elemento clínico importante a ter en conta.

Nestes momentos en que o “transdiagnóstico” está de moda, a culpa xunto coa vergoña, os comportamentos evitativos, a activación psicofisiolóxica etc., forma parte dese abanico de variables que transcenden a calquera denominación diagnóstica e que nos imos atopar con moita frecuencia nun amplo grupo de problemas e presente nunha variedade de diagnósticos (Gilbert, 2009) e é, por este motivo, polo que considero a súa importancia dentro do ámbito máis clínico e aplicado.

Por todo isto, o obxectivo deste traballo non é máis que traer a vosa atención un concepto clásico, con moitas implicacións teóricas, diferentes funcións, importante desde o punto de vista clínico e ofrecer unhas pinceladas sobre a súa abordaxe terapéutica, esperando non crear máis confusión unha vez lido.

2— A CONCEPTUALIZACIÓN DA CULPA

Definición

Obviamente, se en psicoloxía non nos puxemos de acordo no concepto dos construtos máis relevantes, por exemplo, no de intelixencia, non ía ser menos na culpa, polo que imos ver diferentes definicións provenientes de distintos modelos e marcos teóricos e ver que elementos nos poden resultar útiles.

É inevitable comezar facendo algunhas distincións. En primeiro lugar, a culpa como un concepto da área “moral - legal - forense” e a culpa desde un plano máis psicolóxico. Desde o plano legal fálase dunha culpa obxectiva referida a un acto sancionado xudicialmente dentro das normas dunha sociedade nun momento temporal concreto, e aínda que ese acto teña compoñentes psicolóxicos (intencións, impulsos etc.), a énfase ponse sobre os aspectos non psicolóxicos.

Desde o campo da psicoloxía, entendemos a culpa, o sentimento de culpa, como unha emoción das denominadas “morais” que inclúen ademais da culpa, a vergoña, o orgullo, e supoñen “*un barómetro que proporciona información acerca da aceptación social e moral da conduta humana*” (Tangney et al., 2007) sendo de todas elas a culpa a máis relacionada coa esfera do moral e coa prevención de accións inadecuadas ou malas.

Profundando no concepto, parece que a culpa seguiu e segue dúas liñas diferentes. Por unha banda, as definicións que salientan aspectos internos, intrapsíquicos, motivacionais e de tendencias de acción. E por outro, as definicións que ofrecen e se centran nunha perspectiva máis social e interpersonal.

A perspectiva máis interna é a relacionada coas primeiras definicións dentro do campo psicoanalítico e freudiano.

O modelo psicoanalítico realizou as primeiras achegas acerca do concepto de culpa. Inicialmente Freud relaciona o sentimento de culpa co volver atoparse cunha falta xa esquecida (a coñecida hipótese do parricidio nas orixes da humanidade). Finalmente, na evolución desta hipótese denomínase “culpabilidade” á tensión entre o Súper-Eu severo e o Eu que lle está sometido e esta culpabilidade maniféstase como necesidade de castigo. “*Os impulsos do elo chocan coas accións dirixidas polo eu e coas normas do súper eu, o súper eu toma represalias con sentimentos de culpa e cunha variedade de manobras autopunitivas relacionadas que poden conducir a síntomas psicolóxicos significativos*” (Reidl e Jurado, 2007, p. 60).

En definitiva, e segundo os supostos deste modelo, a partir do Súper-Eu o sentimento de culpa adquire un papel máis xeral no conflito defensivo, un papel que vai desde o sentimento de culpa como algo normal a algo máis patolóxico e que explicaría desde comportamentos de fracaso, condutas delituosas e outros sufrimentos que se infrinxe o propio suxeito. “Dalgún modo, o sentimento de culpa ou necesidade de castigo, funciona nalgunhas persoas á maneira dun desexo, mesmo reprimido no sentido descoñecido polo Eu, que se satisfai periodicamente co sufrimento de este” (Palancar, 2015).

Jung afástase destas teorías freudianas atribuíndo un papel máis importante ao inconsciente desenvolvido posteriormente por diferentes autores.

Desde enfoques cognitivo- condutuais defínese a culpa como “un afecto doloroso que xorde da crenza ou sensación de transgredir as normas éticas persoais ou sociais, sobre todo cando a conduta (ou omisión) dunha persoa derivou un dano a outra” (Echeburúa, De Corral e Amor, 2001, p. 908). Segundo estes autores, o sentimento de culpa nace co desenvolvemento da conciencia moral, e as diferenzas individuais danse en función dos estilos

educativos, trazos de personalidade, variables cognitivas de personalidade (por exemplo, o estilo atribucional, locus de control), pero tamén de variables contextuais, por exemplo, o momento social no que se estea vivindo. Desta forma, como sinala Echeburúa (Echeburúa et al., 2001) as persoas introvertidas, con trazos obsesivos, van experimentar sentimentos de culpa máis intensos. Desde este modelo, os sentimentos de culpa formarían parte do mundo das crenzas, ideas e percepcións que van desde o esperable e adecuado ao máis irracional e disfuncional, é dicir, ao máis patolóxico.

A culpa tamén se estudou como unha emoción que vai conducir a condutas adaptadas a regras sociais e culturais. É a idea de que as emocións en xeral e as de tipo moral máis en particular, median entre o individuo e o seu contexto social e teñen un papel facilitador que non só nos prevén do perigo se non tamén nos axudan a comunicar necesidades, desexos etc. Son útiles para regular as condutas socialmente desexables e adaptarnos ás normas culturais, relixiosas etc. Seguindo esta liña argumental numerosos autores atribúen a estas emocións unha función de facilitar a integración do individuo na sociedade e a evitar o rexeitamento social (Carni, Petrochi, Del Miglio et al., 2013).

Por tanto e a modo de resumo, entendemos que estas dúas aproximacións manteñen elementos diferentes pero non alternativos, xa que cada unha delas céntrase en diferentes aspectos. A psicoanalítica na culpa como un sentimento que vai inhibir o levar a cabo comportamentos inadecuados polo medo ao castigo; a cognitiva que fai énfase, obviamente, nos variables cognitivas implicadas (atribucións, crenzas, esquemas...) e a aproximación máis interpersonal que salienta o papel da culpa como unha forma de promover condutas prosociais e altruístas.

Lonxe de entender isto como “dúas culpas ou tipos de culpas”, téndese a conceptualizar a cul-

pa como unha emoción única con dúas facetas ao longo dun continuo con aspectos motivacionais diferentes que poden aparecer ao longo do tempo, un máis de tipo adaptativo-social e outro máis de índole psicopatolóxico.

Outro modelo que trata de conxugar ambas as aproximacións é o de Basili. Expón que ante un mesmo acontecemento pódense activar dúas formas de emoción de culpa, unha que denomina “culpa altruísta” e outra a “culpa deontolóxica”, que poden aparecer por separado ou mesmo de forma simultánea e que van diferir segundo a interpretación que se faga do acontecemento a partir dos obxectivos, crenzas ou desexos da persoa. O concepto de “culpa deontolóxica” está ligado ás teorías intrapsíquicas, segundo as cales a culpa é o resultado emocional dun conflito entre as regras morais e os valores ou omisións das nosas condutas. Relacionada co sentimento de desobedecer os propios principios morais. A persoa ten a sensación/sentimento/crenza de ser unha “mala persoa”. Doutra banda, a “culpa altruísta” pertence á Teoría Interpersoal. Desde esta teoría, a culpa xorde pola crenza / conciencia de causar un dano inxustificado a outra persoa ou simplemente observar que alguén foi tratado ou castigado inxustamente. É un sentimento baseado na empatía e na compaixón. A culpa altruísta pode xurdir cando un sente que non se comportou “altruistamente” cara a outra persoa. Aínda que parece que cada unha destas culpas está caracterizada por aspectos emocionais diferentes; a “deontolóxica” asociada coa vergoña e algo menos coa tristeza e a “altruísta” con sentimentos de compaixón e tristeza, o certo é que ambas as dúas participan dun aspecto común que é o sufrimento, tanto cara a un mesmo como cara aos demais (Basili, 2011).

A vergoña

Aínda que non é o obxectivo deste traballo creo que é conveniente ao falar da culpa facer unha mención ao concepto de vergoña, moi relacionados ambos os dous e en ocasións uti-

lizados indistintamente. Podemos sentir culpa por algo que fixemos ou que deberíamos facer e sentir vergoña acerca de como isto supón un reflexo de nós mesmos, de quen somos. Pero ambas as dúas se poden experimentar, tamén, de forma independente. A culpa fai énfase sobre o feito, a vergoña sobre o ser e sobre a súa imaxe (Clark, 2012).

Freud consideraba que a vergoña era unha transformación da culpa alimentada por impulsos agresivos e sexuais. Posteriormente, dentro deste mesmo modelo psicoanalítico, consideráronse como dúas emocións diferentes (Piers e Singer, 1971), a culpa como a emoción relacionada coas obrigacións ríxidas e inviolables controlada polo Súper Eu e a vergoña relacionada cos valores considerados importantes e controlada polo Eu.

Actualmente enténdese a vergoña como unha emoción asociada á discrepancia entre o que un é e o que lle gustaría ser e que pode ser experimentada tanto en contextos morais como non morais (Carni et al., 2013). A vergoña, ao estar relacionada co “self”, síntese como máis intensa e dolorosa, asociada a sentimentos de menosprezo e falta de poder, máis estable e máis difícil de cambiar. A culpa está máis asociada a sentimentos de remorso e arrepentimento, referida a un feito, a unha conduta, a unha acción, “é máis doloroso aceptar que es unha mala persoa que aceptar que cometiches unha mala acción” (Carni, 2013). É máis fácil que as persoas que senten culpa o expresen, o comuniquen como unha forma de expiala, de buscar apoio ou de afrontalo; mentres que as persoas que experimentan vergoña senten impotencia, tenden a ocultalo como unha forma de protexerse e de evitar ser xulgados por outras persoas.

Función da culpa

Do mesmo xeito que ocorre con outras emocións, por exemplo o medo, toda a literatura coincide en entender que o sentimento de culpa pode ter unha función adaptativa: “facer

consciente ao suxeito de que fixo algo malo e facilitar os intentos de reparación” (Echeburúa et al., 2001). Noutros casos, eses sentimentos de culpa poden formar parte do proceso de dó na súa primeira fase, por exemplo, a culpa dunha nai por non darse conta antes de que o seu fillo se ía suicidar e non poder evitalo. O sentimento de culpa está unido á tristeza, angustia e demais emocións do dó e iríase “diluíndo” a medida que o proceso avanza e vaise resolvendo.

Outra función que ten o sentimento de culpa é o de exercer un control social (Castilla del Pino, 1991). Contribúe á reflexión das persoas con respecto ao que fixeron ou poden facer e a reconsiderar as súas accións futuras. Por tanto, axuda a inhibir comportamentos que contravenen os valores do suxeito e proporcionanlle un maior control da conduta (Etxebarría, 2000).

Pines achega que, tanto a culpa como a vergoña, aínda sendo dolorosas, axúdannos a adaptarnos a roles sociais e inflúen e axudan as persoas da nosa contorna a adaptarse a nós. Son importantes no proceso de aprendizaxe de abrírnos aos demais, das distancias sociais, da modestia, do tacto, a sensibilidade social, de como non facer dano. “Aprendemos a ser humanos coñecendo que o que nós sentimos tamén o senten os demais” (Pines, 1995).

Outros autores, como xa vimos, céntranse na relevancia que teñen os sentimentos de culpa na conduta prosocial e interpersonal. Postulan que a emoción de culpa se atopa na base de dúas reaccións afectivas: a empatía e a ansiedade por ser rexeitados por outras persoas, sempre en relación cun posible dano xogando un papel importante na reparación de tales accións.

Finalmente, outra das funcións que se asignou á culpa é a función evitativa. Estar centrado na culpa no canto de nas solucións pode ser unha forma de evitar enfrontarse aos problemas. Nader (2011) descríbeseo “a culpa pode servir para que unha persoa siga centrada nun período de tempo concreto (por exemplo, no

período anterior a que algo horrible ocorrese). Pode dar unha impresión falsa de control, a impresión de que unha persoa é capaz de facer algo para evitar o dano. A culpa pode facer que alguén evite enfrontarse ao problema, e neste sentido pode servir como un método non recoñecido de evitación. A culpa non resolta impide a recuperación e provoca novas dificultades”.

3 —

A CULPA E OS PROBLEMAS PSICOLÓXICOS

Como xa comentamos na introdución, os sentimentos de culpa están presentes, en maior ou menor medida, na maioría dos problemas psicolóxicos. Falamos desa culpa non adaptativa, a culpa irracional, inadecuada, fóra de calquera contexto social e que supón sufrimento. Atópase dentro dos criterios diagnósticos da depresión e algúns trastornos de personalidade, por exemplo no trastorno disocial de personalidade, neste caso pola incapacidade de sentila. Ademais forma parte das variables mantedoras doutros trastornos como os obsesivos, paranoias, psicopáticos, etc.

A psicanálise, ao incidir sobre as variables internalistas da culpa, salientou os seus efectos sobre a psicopatoloxía e, por tanto, expono como parte do obxecto da terapia como algo que debe ser evitado e sobre o que hai que manter distancia.

É esa culpa á que Echeburúa et al. (2001) se refire como “culpa anormal” xa sexa por exceso ou defecto e no que ambos os casos hai unha distorsión da conciencia da situación. Ese sentimento de culpa inapropiado está moi ligado á sintomatoloxía depresiva e ao trastorno obsesivo de personalidade. E é no primeiro dos casos no que nolo atopamos con

gran frecuencia na clínica, en ocasións como ideas sobrevaloradas e crenzas irracionais, por exemplo, a nai que cre que podería e “debería” saber que o seu fillo se ía suicidar, pero noutros tamén absolutamente independente de calquera feito, por exemplo, as nais (que non son poucas) que sen que ocorrera nada especial comezan con sentimentos de culpa de non considerarse boas nais ou culpase de non estar a facer todo o mellor polo seu bebé. E son estas culpas coas que nos atopamos en terapia as que impiden que as persoas evolucionen cara a un estado de benestar. É esa culpa que lles “ancora”, nalgúns casos para sempre. No caso das culpas por morte de alguén a culpa únelles á dor e a dor ao ser querido, “mentres senta dor e culpa esa persoa segue formando parte da miña vida”, son as persoas que mesmo se poden sentir culpables por ter uns momentos de felicidade xa que isto implica “ser desleal á persoa falecida”.

Noutros casos, a culpa pode por tanto funcionar como un autocastigo, os suxeitos que senten máis culpa tenden a mostrar máis condutas autopunitivas que aqueles que non a senten e se o paciente o percibe como algo irreparable ata pode conducir ao suicidio. Ademais, sinálase a implicación da culpa en abusos de alcol, drogas ou inxesta abusiva de comida.

No caso da culpa por defecto encaixaría coa falta de empatía, alteracións emocionais e personalidades onde non se dá o arrepentimento, compaixón etc. Aquí atoparíamos co trastorno de personalidade antisocial, personalidades paranoicas etc.

Clark (2012) distingue entre o que el denomina “culpa proporcionada” e “culpa desproporcionada”. Hai un sentimento de culpa “proporcionado” ao feito cometido ou á falta, con dúas respostas de afrontamento moi diferentes; por unha banda, as centradas na evitación co que a miúdo atopamos co abuso de alcol, drogas como unha forma de non enfrontarse aos feitos. Outros, pola contra, levan a cabo “actos de redención” para expiar o

que fixesen e reparar o dano. Un paciente que durante tempo agredira fisicamente o seu fillo adolescente decidiu participar nunha ONG de axuda a nenos como unha forma de “redimirse” e “expiar a culpa” polo que fixera.

“Culpa desproporcionada”, xa sexa sobre un acto real ou sobre pensamentos e sentimentos ou un acto imaxinado. Unha nai síntese culpable por volver ao seu traballo mentres a súa filla era moi pequena, unha culpa que a acompañou durante anos e que “expiaba” dándolle á súa filla todo o que quería, incluíndo durmir con ela na súa cama durante anos mentres o seu marido durmía noutra habitación. Ou o opositor que se sente culpable por descansar e tomar tempo para el, castigándose o día seguinte con máis horas de estudo; exemplos moi característicos de persoas con sintomatoloxía ansioso-depresiva. No TOC atopámolo con frecuencia cando un paciente leva a cabo rituais que o preveñen de imaxinar facer dano ou ter relacións sexuais con outra persoa.

Outras circunstancias nas que con frecuencia atopamos sentimentos de culpa é despois de experimentar unha experiencia traumática. Unha paciente que foi sexualmente asaltada comezou con sentimentos de culpa relacionados coa súa posible contribución a esa agresión... Os psicólogos que traballan nos programas de vítimas de xénero con moita frecuencia inciden no sentimento de culpa que experimenta a persoa maltratada.

Neste sentido distinguiuse entre a culpa “real” (activa) e a culpa “imaxinada” (pasiva). A primeira referida a cando unha persoa, despois dun feito traumático experimenta culpa polas consecuencias de omitir ou cometer un acto concreto que supón un dano a outras persoas, por exemplo, o condutor que comete un erro e ten un accidente con vítimas. A segunda, “a culpa imaxinada” é a referida á culpa que se dá en ausencia de ningún acto, a culpa do sobrevivente que se culpa “por sobrevivir”, a culpa do que ve como o seu amigo morre afogado e non poder facer nada, ou non ser el.

Ambos os tipos inclúen sentimentos de repulsa, de autocondena e en ocasións dano cara a un mesmo ou mesmo a outras persoas (Nader, 2001).

Nos últimos anos vivimos situacións como o 11 de setembro, o 11 de marzo en Madrid, o accidente de Angrois en Santiago de Compostela ou mesmo a actual alerta sanitaria por COVID-19, situacións nas que, segundo Nader, os sobreviventes se senten culpables por sobrevivir; culpables por non poder rescatar a outras persoas e deixalas morrer, culpables “por non adiviñar o futuro”. A filla dunha persoa que morreu no hospital pola COVID-19 falábame dos seus sentimentos de culpa por insistir no ingreso do seu pai no hospital asumindo que ela “debería” saber o que ía ocorrer. Mesmo atopamos dentro destas situacións traumáticas os que se senten culpables por non ser capaces de superar os síntomas do trauma, “estar mal por estar mal”, os que non se conceden ese dereito de estar mal nunha situación que o require, por exemplo nun dó.

O sentimento de culpa dentro da resposta ao trauma supón unha gran complicación e considérase un dos síntomas que poden complicar o proceso de melloría facilitando os intentos de suicidio, abuso de substancias etc. (Schwarz e Kowalski, 1992).

Dentro destas circunstancias de acontecementos traumáticos observouse que as persoas con maior grao de responsabilidade poden ser máis vulnerables a ter sentimentos de culpa xa que consideran que recae sobre eles “unha maior responsabilidade”, un maior peso en poder evitar o dano. Quizais isto teña que ver con algún suicido de persoas con responsabilidade sanitaria hospitalaria durante a crise COVID-19.

No marco dos problemas relacionais tanto de parella como familiares tamén se observa, a miúdo, o sentimento de culpa, e dentro destes atopámolo con frecuencia en familiares de persoas con distintos diagnósticos ou trastornos. As variables de Comentarios Críticos

e Sobre Implicación Emocional pertencentes ao “Construto de Expresión de Emocións” (Vaughn e Leff, 1976) mostraron que o risco dun peor curso en diversos trastornos e problemas psicolóxicos (esquizofrenia, depresión, anorexia, obesidade, trastorno bipolar etc) aumentaba cando o paciente vivía nun ambiente familiar con actitudes críticas, hostís ou de sobreimplicación emocional, sobreprotección... Dentro das actitudes críticas obsérvanse condutas de “indución á culpa”, é dicir, intentos do familiar de que o paciente se sinta culpable por algo, en definitiva, unha manobra de control relacional; e no caso da sobreimplicación emocional, o que se observa son sentimentos de culpa do familiar por algo que cre ter feito e que prexudicou o paciente. Moitas das condutas de sobreprotección e de autosacrificio están relacionadas con este sentimento de culpa, dunha nai, por exemplo, e a crenza de que ten que pagar un prezo polo “dano que cometeu”, e ese prezo é coidar, sobreprotexer e sacrificarse polo seu fillo.

Aínda que neste apartado quixen especificar algúns dos problemas psicolóxicos nos que nos adoitamos atopar o sentimento de culpa, o certo é que este pode aparecer dentro de calquera motivo e demanda de consulta e é precisamente por iso polo que supón esa variable transdiagnóstica á que facemos referencia ao principio deste traballo.

4 — A ABORDAXE TERAPÉUTICA DA CULPA

Neste punto gustárame facer referencia a algúns traballos específicos sobre o tratamento da culpa e achegar uns puntos persoais que me guiaron e axudaron cando traballo sobre a culpa.

O tratamento da culpa abordouse, como todo en psicoloxía, desde os supostos de cada mo-

Foto: Aze Calvar Martínez



delo. A modo de resumo poderíamolo diferenciar en tres momentos.

Por unha banda, as estratexias psicoterapéuticas psicoanalíticas que expoñen a necesidade de eliminar ou reducir os efectos negativos do sentimento de culpa, axudando a persoa para recoñecer o conflito subxacente, facelo consciente e a través dunha reeducación emocional substituír os sentimentos de culpa mediante unha reflexión consciente “condenatoria” sempre referida e proporcionada á falta real (Etxebarría, 2000).

Desde a segunda xeración do modelo cognitivo-condutual, na que se salientaban as variables de tipo cognitivo, tratouse a culpa desde o marco de pensamentos, ideas e crenzas asociadas a ela. O que mantén o sentimento de culpa irreal, desproporcionado... son ideas irracionais e distorsións cognitivas (fundamentalmente, a “personalización”, “as afirmacións con debería”, “magnificación” ...), por tanto, a forma de modificar este sentimento de culpa é “cambiando” os pensamentos que o manteñen. Desde o formato de reestruturación cognitiva, as técnicas de reatribución,

conceptualización alternativa, e as técnicas baseadas na imaxinación, poden ser de grande utilidade.

O terceiro momento de inflexión foi o que se denominan “as terapias de terceira xeración”, que á marxe das críticas que pode espertar ese “popurrí” de técnicas e formatos, algúns deles rescatados doutros momentos do modelo cognitivo condutal, por exemplo a “activación condutual”, hai que recoñecerlles o mérito de poñer de relevo a importancia das emocións, e por tanto están a ofrecer unha nova perspectiva para a abordaxe da culpa.

Na Terapia de Aceptación e Compromiso expónse que o problema ou parte do problema é tentar cambiar as emocións, asumindo que estas son perigosas, fannos sufrir e é nese intento de cambio, nese intento de controlalas onde se manteñen e incrementanse, na forma típica en que “a solución se converte no problema” (Rodríguez Morejón, 2019). A fusión cognitiva (a persoa non se distancia de si mesma e do contido do que pensa) e a evitación experiencial (evitación de pensamentos, sentimentos, sensacións, imaxes etc. dolorosos ou desagradables) constitúen os dous procesos implicados na falta de flexibilidade; e a aceptación, defusión, atención flexible, accións comprometidas... serían os elementos sobre os que se traballa terapéuticamente (Hayes et al., 2015).

Da mesma maneira as técnicas de mindfulness son igualmente útiles para ese manexo emocional da culpa, insistindo en que o paciente non se centre no control das súas emocións, que entenda que el/ ela é máis que unha emoción, ensinarlles a que respondan “con tranquilidade” ante calquera estímulo, pensamento, sensación, recordo con ese compoñente emocional e centrar a súa atención sobre a experiencia do presente, o cal non deixa de ser, por unha banda, unha técnica de desvío atencional.

Outra liña de abordaxe é a proposta por Gilbert (2009), a Terapia Centrada na Compaixón (CFT) desenvolta sobre todo para as

persoas con altos niveis de vergoña, autocrítica e sentimentos de culpa. Persoas nas que con frecuencia hai unha historia por detrás de abuso, acoso, relacións familiares caracterizadas por alta expresión de emocións nas que o criticismo e indución a culpa pode ser unha característica, persoas con falta de afecto ou un apego inseguro que lles pode facer máis sensibles e vulnerables aos sentimentos de culpabilidade. Pacientes que requiren intervencións terapéuticas centradas nas súas experiencias e recordos temperáns e pacientes que a pesar de entender e participar en intervencións máis clásicas tipo reestruturación cognitiva e a pesar de entender a irracionalidade dos seus pensamentos, de xerar pensamentos alternativos, aínda así nos din en terapia que seguen sentíndose culpables. En palabras do propio Gilbert, a CFT é:

“A CFT é unha terapia multimodal que se apoia en diversas intervencións cognitivo-condutuais (CBT) e doutras terapias. Por esa razón céntrase na atención, o razoamento e as cavilacións ou barruntamentos, a conduta, as emocións, os motivos e a imaxinación. Utiliza como ferramentas: a relación terapéutica, o diálogo socrático, o descubrimento guiado, a psico-educación (do modelo CFT), as formulacións estruturadas, o pensamento, a emoción, a conduta e a supervisión “corporal”, a cadea de inferencias, a análise funcional, os experimentos conductuais, a exposición, tarefas graduadas, a imaxinación centrada na compaixón, o traballo na cadeira, a representación de diferentes “egos”, mindfulness, a aprendizaxe de tolerancia emocional, aprender a entender e facer fronte aos conflitos e complicacións emocionais, a formulación de compromisos para o esforzo e a práctica, o esclarecemento de es-

tratexias de seguridade, a mentalización, a escritura expresiva (carta), o perdón, a distinción entre autocrítica e corrección do eu compasivo e o traballo para fóra da sesión así como a práctica guiada –por citar só algunhas!–”
(Gilbert, 2015, p. 152).

No que se refire aos sentimentos de culpa en relación con acontecementos traumáticos, as intervencións específicas sobre o trauma, por exemplo o EMDR, xa traballan no seu nivel emocional sobre a redución da intensidade e a reelaboración do pensamento e imaxes relacionadas coa culpa (Perez Salés, 2006).

Scurfield (1994) desenvolveu un modelo de abordaxe para axudar a persoas con experiencias traumáticas (veteranos de Vietnam, entre outros). Usa un formato de terapia grupal en que se inclúe o contar, diante do resto do grupo, o relato do ocorrido, examinar e reavaliar os seus niveis de responsabilidade, examinar o grao de sufrimento que se experimenta como resultado de sentirse culpable, determinar se a “débeda” foi paga e pasos para unha “restitución” máis racional, se esta se require.

No traballo con nenos, traballar sobre a responsabilidade supón un proceso menos formal. O uso da Terapia de Xogo xunto con intervencións cognitivo-condutuais mostraron grande utilidade con nenos con sentimentos de culpa. Na terapia para o trauma, ademais de explorar co neno o que podería ou non podería ter feito durante o acontecemento traumático, o terapeuta pode propor xogar a imaxinar ou representar unha experiencia e imaxinar as accións que o neno desexou ter feito (Nader e Mello, 2000).

Estes mesmos autores expoñen que para algúns tipos de trauma, este tipo de intervencións axudan a atopar, de forma retrospectiva, unha solución que puidese evitar o acontecido. Este procedemento permite ao adolescente, neste caso, darse conta de que non era posible evitar o acontecemento traumático porque simple-

mente nese momento non sabía como facelo; e proporcionálle estratexias e habilidades para facer fronte a un acontecemento similar se se presenta no futuro.

Un compoñente moi útil dentro de calquera abordaxe da culpa é o uso do propio contexto cultural do paciente e dentro deste a súa relixiosidade (se é que a hai). Recentemente unha paciente que se sentía culpable por ingresar o seu marido nunha residencia e que se describía a si mesma como “crente-practicante” preguntábame se sería bo para a terapia falar cun sacerdote; animeina a facelo e mesmo a usar confesión se o cría adecuado. Nas seguintes sesións non volveu falar da culpa.

Comentabamos na introdución que todas as relixións teñen os seus rituais de perdón e expiación do pecado-culpa. Na relixión católica, por exemplo, a confesión coa penitencia, como forma de redimir a culpa, pero tamén a misa e comunión posterior (que simboliza que xa está libre de culpa/pecado e pode tomar o corpo de Cristo), poden ser uns ingredientes terapéuticos moi útiles para os pacientes crentes, e todo iso sancionado pola Fe en Deus e “polo poder outorgado por Deus a un sacerdote” (Nader, 2011).

Sábese que non compartir, non contar un acontecemento traumático, non compartir uns recordos, está asociado a un incremento dos sentimentos de culpa e vergoña (Finke- nauer e Rime, 1998), polo que “facilitar” no paciente crente a idea da confesión pode ser un “ingrediente terapéutico” adecuado.

Baixo o meu punto de vista, os ingredientes ou aspectos que creo son significativos na abordaxe terapéutica da culpa, poderían ser resumidos nestes puntos:

1. A relación terapéutica: Como unha variable facilitadora do cambio e un dos mellores preditores da eficacia da terapia para calquera tipo de problema. Dentro do tratamento da culpa faise énfase na “aceptación” como unha actitude do terapeuta clave para construír

unha boa relación terapéutica e que ademais axuda a promover a propia autoaceptación do paciente. Supón unha forma de “estar co paciente” sen facer ningún xuízo moral, sen chegar a conclusións rápidas, nin actuar de forma precipitada. Observouse que intentos rápidos de propostas de cambio poden levar o paciente a non sentirse aceptado.

2. O paciente está a pedir axuda con respecto á culpa?: Que un paciente exprese os seus sentimentos de culpa non implica necesariamente que estea a pedir axuda e que ese aspecto teña que ser un obxectivo da terapia. A expresión da culpa pode ser un compoñente emocional (entre outros) dentro das primeiras fases de calquera proceso adaptativo: dós, perda de emprego, divorcios etc. Lexitimar esas emocións dentro dese contexto e observar a súa evolución é, a miúdo, suficiente. Como dicíamos no anterior punto, precipitarse a establecelo como un obxectivo terapéutico pode prexudicar o proceso de terapia.

3. Valoración dos sentimentos de culpa: Para a conceptualización do caso e a estratexia terapéutica a seguir, é importante facer unha valoración da culpa. Existen instrumentos de avaliación, autoinformes e escalas para valorar a tendencia a experimentar sentimentos de culpa (SR-35, Zabalegui, 1993), a culpa interpersonal (ICG, Kugler e Jones), ou o sentimento de culpa na depresión (ESC, Berrios, 1992), entre outras. Pero sobre todo estar atento a se é unha culpa racional versus irracional, duración deses sentimentos, intentos de solución e de reparación, función que cumpren dentro do problema, grao de interferencia coa vida... Toda esta información vai axudar a expor estratexias máis centradas no manexo emocional, ou nos pensamentos automáticos ou en tarefas condutuais de reparación - expiación, ou en recuperación de rutinas e costumes que non se fan e se evitan “por culpa” deses sentimentos de culpa.

4. Reencadre. As emocións como unha resposta espontánea. Ao reencadrar o

sentimentos de culpa como unha emoción é importante explicar ao paciente algúns aspectos e natureza das emocións. Facer énfase en que as emocións forman parte da nosa vida, que teñen que ver “con esa parte nosa espontánea, que non podemos controlar e que nos intentos de control conseguimos sentirnos peor - cando tratamos de controlar o que escapa ao noso control o resultado é o contrario”. Usar exemplos e metáforas axuda a que o paciente entenda que non debe facer esforzos para non sentir culpa e os vaia substituíndo polas estratexias que lle imos a ir proporcionando. Dentro deste reencadre e explicación tamén temos que deixar claro cales van ser os obxectivos terapéuticos. Explicar aos pacientes que o obxectivo NON é que deixen de ter sentimentos de culpa (xa que as emocións non dependen deles) senón QUE facer cando teñan eses sentimentos de forma que o dano e o sufrimento sexa menor.

5. Promover **intentos de non control**: Para os profesionais coñecedores e adestrados na técnicas liña mindfulness e terapia de aceptación estas formas de abordaxe, como xa comentamos, reveláronse útiles neste sentido xa que promoven a aceptación do sentimento e reducen o uso de estratexias inadecuadas como son os intentos de control. Para min é moi importante ensinar e traballar cos pacientes sobre a reacción emocional que experimentan ao sentir a culpa. Evitar respostas emocionais esaxeradas –aceptar o que se pensa ou sente e levar a cabo unha tarefa de desvío atencional para non “alimentar” tales pensamentos– forma parte da liña de abordaxe. En resumo, trátase de crear unha distancia entre o “self” e o que se experimenta.

6. O uso de **tarefas** é unha ferramenta útil, proporciona aos pacientes un protagonismo sobre o cambio e sobre a melloría. Implica un cambio condutual (“facer algo”) moi útil para os pacientes máis do perfil “do facer” que “do sentir”. Hai casos que o cambio se dilucida no proceso do traballo durante as propias sesións e pacientes nos que o cambio está máis cen-

trado no que ocorre e o que fan entre sesións, para estes últimos as tarefas son de grande utilidade clínica.

No equipo de “Venres Clínicos” (Facultade de Psicoloxía – USC – Emilio Gutiérrez – Comunicación Persoal) durante moitos anos fóronse deseñando diversas tarefas ou adaptando outras. Algunhas que nos axudaron para o manexo dos sentimentos de culpa foron:

- **Fai algo útil coa túa culpa**: “xa que non podes evitar sentirte culpable” (a pesar de todo o que falamos) que che parece se pensas nunha forma persoal e simbólica de “expiar a túa culpa”? e propóñenselle algunhas ideas. O importante é que sexa algo que teña un principio e un fin, que implique unha acción altruísta e que encaixe cos valores e estilo do paciente. Participar en actividades que supoñan unha axuda a outras persoas adoitan ser as que os pacientes elixen. Nesta tarefa tamén é importante o compoñente de “ritual”.
- Tarefas de **externalización**: É outra estratexia que facilita o non control, a distancia entre un mesmo e o que sente e pensa, e supón un desvío atencional. Aínda que teñen moitas variantes e formas, o denominador común é buscar ou construír un obxecto que teña un certo valor e significado simbólico con respecto ao sentimento de culpa sobre o que imos depositar todo o que previamente está na nosa mente. Mesmo podemos poñerlle un nome. Isto vainos a facilitar o manexo e o desvío da atención ante as ideas de culpabilidade. O uso de tatuaxes, cartas, escritos co relato do ocorrido e do que sente etc. son modalidades das técnicas de externalización. “Poñer algo fóra” pódeme permitir dentro dun ritual enterralo debaixo dunha árbore que vou plantar ou queimalo (por exemplo, nunha fogueira de San Xoán), ou metelo nunha caixa que irei cambiando de sitio ata poñela no fondo dun armario ou nun faiado. É dicir, son tarefas que

facilitan un amplo abanico de manobras e que se poden adaptar a diversos estilos de persoas.

- Tarefas de tipo **paradoxal**: As prescricións paradoxais ou a intención paradoxal (denominación dentro do modelo cognitivo-condutual) pode ser outra técnica para utilizar. Cando “non quero sentirme así ou ter eses pensamentos de culpa e non podo evitar telos” proporcionarles un espazo constitúe unha ferramenta útil. Ten un compoñente de ritual e tamén facilita o desvío atencional. Pedímoslles aos pacientes que todos os días, á mesma hora e sentados no mesmo sitio, dediquen 15 minutos a pensar na súa culpa. A diferenza é que non son os pensamentos os que espontaneamente veñen á súa mente senón que son eles os que “chaman” a eses pensamentos, 15 minutos despois despídense deles ata o día seguinte e pedímoslles que durante o resto do día no momento en que veñan devanditos pensamentos os deriven, os desvíen a eses 15 minutos, “ás 8 falamos”. Con frecuencia os pacientes atopan esta técnica de gran alivio xa que entre outras cousas libéralles dese pulso que se botan a si mesmos entre “non debo pensar nisto e non podo evitar facelo”.
- Tarefas que implican **perdón**: O perdón é outra estratexia que se pode utilizar dentro dun proceso terapéutico (Worthington, 2005). Está máis enfocada cando é unha culpa proporcionada ao que o suxeito fixo, e o paciente ten unha necesidade de pedir perdón como un paso para sentirse mellor. Pódense distinguir 4 pasos: 1) Recoñecer o dano causado; 2) Valorar o grao de responsabilidade sobre o acto; 3) Dialogar coa parte danada; isto non sempre é posible ou adecuado aínda que nalgúns casos de condutores que tiveron accidentes con vítimas ou en casos de terroristas resultou útil; 4) Usar tarefas ritualizadas con ese obxectivo pode ser de grande axuda. Por exemplo, no caso xa mencionado no que

unha nai durante máis de 10 anos sentiu que abandonou os seus fillos debido á súa depresión pola morte da súa nai pedímoslle que buscara un día especial, un domingo, no que tiña que preparar unha comida moi diferente, unha comida que só se fai en grandes ocasións, comer no salón (non na cociña) co mellor mantel e xogo de cubertos. Sentados todos na mesa leu á súa familia unha carta que previamente escribira na que pedía perdón por estes anos, explicando como se sentiu e como lle gustaría que fosen as cousas no futuro.

En fin, o abanico de estratexias é amplo. Calquera abordaxe terapéutica centrada no manexo (non control) das emocións e o asociado a elas, cognicións e condutas vai ser unha ferramenta útil.

Como xa é hora de terminar e a modo de **CONCLUSIÓN**, a culpa, os sentimentos de culpa, forma parte da nosa vida e do noso traballo. Unha emoción que doe, pero a dor forma parte da vida. Aprender a tolerar a culpa supón aprender a tolerar a dor, admitir que hai momentos e circunstancias onde é inevitable e moitas veces admitilo é o primeiro paso para sufrir menos. Esa culpa útil que nos axuda a cambiar, a rectificar ou a non volver facelo e que nos axuda tamén a relacionarnos cos demais.

A liña entre o normal e o non normal, entre o patolóxico ou non, é moi difusa. Non creo que dependa de ningún manual senón da expresión da queixa, do sufrimento e das necesidades do paciente que acode buscando axuda. A partir de aí xa é tarefa do terapeuta axudalo a elaborala, normalizala, aceptala, manexala. Cada vez contamos con máis ferramentas máis ou menos estruturadas, pero creo que a paciencia e a cautela son as mellores.



Bibliografía

Barrett, K. C. (1995). A functionalist approach to shame and guilt. In J. P. Tangney & K.W.Fischer (Eds.), *Self-conscious emotions: Shame, guilt, embarrassment, and pride*. New York: Guilford.

Basile B e Mancini, F. (2011). Eliciting guilty feelings: a preliminary study differentiating deontological and altruistic guilt. *Psychology* 2:98–102.

Baumeister, R. F., Reis, H. T. e Delempaul, P. (1995). Subjective and experiential correlates of guilt in daily life. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 21(12), 1256-1268

Carni, S., Petrocchi, N., Del Miglio, C. et al. (2013). Intrapsychic and interpersonal guilt: a critical review of the recent literature. *Cognitive Processing International Quarterly of Cognitive Science*. <https://doi.org/10.1007/s10339-013-0570-4>

Castilla del Pino, C. (1991). *La culpa*. Madrid. Alianza Editorial.

Chiang, T. e Barret, K. C. (1989, abril). A cross-cultural comparison of toddlers' reactions to the infraction of a standard: A guilt culture vs. a shame culture. Paper presented at the meeting of the Society for Research in Child Development, Kansas City, MO.

Clark, A. (2012). Working with guilt and shame. *Advances in psychiatric treatment*. Vol. 18, 137-143.

Echeburúa, E., Corral, P. e Amor, P. J. (2001). Estrategias de afrontamiento ante los sentimientos de culpa. *Análisis y modificación de conducta*. 27 (116), 905-929.

Ettxebarria, I. (2000). Guilt an emotion under suspicion. *Psicothema*, 12, supl., 101-108.

Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment* 15: 199–208.

Gilbert, P. (2015). *Terapia centrada en la compasión: características distintivas*. Desclée de Brouwer.

Hayes, S. C. et al. (2015). *Terapia de aceptación y compromiso. Proceso y práctica del cambio consciente*. Desclée de Brouwer, 2ª Ed.

Ketelaar T. e Au W. T. (2003). The effects of feelings of guilt on the behavior of uncooperative individuals in repeated social bargaining games: an affect-as-information interpretation of the role of emotion in social interaction. *Cogn Emot*, 17,429–453.

Nader, K. (2001). Guilt Following Traumatic Events. *Jour*. 01/01.

Nader, K. e Mello, C. (2000). Interactive trauma/grief focused therapy. In P. Lehmann, & N. F. Coady (Eds.). *Theoretical perspectives for direct social work practice: A generalist-eclectic approach*, 382-401. New York: Springer Publishing Company.

Palancar-Sánchez, A. (2017). El sentimiento de Culpa. Algunas manifestaciones en las situaciones de cuidado de personas dependientes. *Revista Área3. Cuadernos de Temas Grupales e Institucionales*, 21.

Perez Salés, P. (2006). *Trauma, culpa y duelo. Hacia una psicoterapia integradora*. Desclée de Brouwer (2ª Ed.)

Piers, G. Singer, M. (1971). *Shame and guilt: a psychoanalytic and cultural study*. Norton, New York (Original work published in 1953).

Pines, M. (1995). The universality of shame: a psychoanalytic approach. *British Journal of Psychotherapy*, 11, 346–57.

Reidl, L. M. Jurado, S. (2007). *Culpa y vergüenza: caracterización psicológica y social*. ED. Universidad Nacional Autónoma de México.

Rodríguez Morejón, A. (2019). *Manual de Psicoterapias. teorías y técnicas*. Ed. Herder.

Scherer, K. R. (1984). On the nature and function of emotion: a component process approach. En: Scherer, K. R., Ekman, P. (eds.) *Approaches to emotion*. Erlbaum, Hillsdale, pp 293–317

Schwarz, E. D. en Kowalski, J. M. (1992). Personality characteristics and posttraumatic stress symptoms after a school shooting. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 180 (11), 735-737.

Scurfield, R. M. (1994). War-related trauma: An integrative experiential, cognitive and spiritual approach. En M. B. Williams & J. R. Sommer (eds.). *Handbook of Post-traumatic Therapy*, 179-204. Westport, Conn.: Greenwood Press.

Tangney, J. P., Stuewig, J. e Mashek, D. J. (2007). Moral emotions and moral behavior. *Annu Rev Psychol*, 58,345–372.

Worthington, E., O'Connor, L., Berry, J. et al. (2005). Compassion and forgiveness: implications for psychotherapy. En *Compassion: Conceptualisations, Research and Use in Psychotherapy* (ed. P. Gilbert), 168–92. Routledge.

Vaughn, C. e Leff, J. (1976). The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients. *British Journal of Social & Clinical Psychology*, 15(2), 157–165.

ANUARIO ABERTO

CASOS CLÍNICOS

TRABALLOS PREMIADOS NAS XXIV
XORNADAS DE PSICOLOXÍA E SAÚDE
DO COPG





CASO 1

VÍNCULO TERAPÉUTICO E APEGO NUN CASO DE TRAUMA COMPLEXO

Sandra Cudeiro Domínguez

Psicóloga Interna Residente

Área Sanitaria de Ourense, Verín e O Barco de Valdeorras

sandra.cudeiro.dominguez@sergas.es

RESUMO

Os malos tratos continuados na infancia poden dar lugar a un estilo de apego desorganizado que vai favorecer o establecemento das relacións interpersoais futuras desde a base da desconfianza e o temor ao rexeitamento. Da mesma maneira, constitúe unha situación de traumatización interpersoal prolongada que pode dar lugar á aparición de trauma complexo, concepto que xa vén recollido como categoría diagnóstica na CIE-11. Vese afectada así mesmo, a capacidade de regulación das propias emocións, optando moitas veces por alternativas pouco adaptativas e que aumentan o sufrimento da persoa.

Preséntase o caso dunha paciente que na primeira consulta refire soamente parte da sintomatoloxía e que máis adiante foi ampliando ata configurarse un cadro de trauma complexo. O establecemento dun vínculo terapéutico sólido construído desde a perspectiva do apego foi un punto fundamental para a melloría da paciente.

PALABRAS CHAVE — trauma complexo, abuso infantil, autorregulación emocional, apego, vínculo terapéutico.

ABSTRACT

Continuous abuse in childhood may lead to a disorganised attachment style that would favor the establishment of future interpersonal relationships from a base of distrust and fear of rejection. In the same way, it is a prolonged interpersonal traumatic situation that may lead to complex trauma, a concept that appears as a diagnose category in the ICD-11. Also, the ability to emotional self-regulation may be affected, often choosing non-adaptative options that increase the person distress.

This article is about a patient that, in her first visit, only refers a part of all symptoms, and then she added more information until it appeared a complex trauma disease. The establishment of a strong therapeutic relationship from attachment perspective was a fundamental point for patient recovery.

KEY WORDS — Complex trauma, child abuse, emotional self-regulation, attachment, therapeutic relationship.

INTRODUCCIÓN

O trauma complexo é un concepto referido ao trastorno que pode sufrir unha persoa como consecuencia da exposición continua a traumas interpersoais prolongados, tales como os malos tratos ou o abuso sexual infantil (Cloitre et al., 2009). A CIE-11 contéplao dentro do Trastorno de Estrés Postraumático Complexo (Brewin et al., 2017), para o cal, ademais de darse os criterios diagnósticos para o Trastorno de Estrés Postraumático, teñen que cumprirse de maneira persistente os seguintes criterios a maiores: problemas na regulación do afecto; crenzas a respecto de sentirse un mesmo diminuído, derrotado ou sen valor, así como sentimentos de vergoña, culpa ou fracaso relacionados co evento traumático; e a existencia de dificultades para manter relacións interpersoais e sentirse preto dos demais.

Bowlby (1973) define a conduta de apego como “calquera forma de conduta que ten como resultado que unha persoa obteña ou reteña a proximidade doutro individuo diferenciado e preferido, que adoita concibirse como máis forte e/ou máis sabio”.

As figuras de apego que favorecen apegos seguros son aquelas que constitúen unha base segura a partir da cal o neno/nena pode explorar a contorna e volver en busca de apoio e consolo (Feeney e Noller, 2001). Cando isto non é así, dáse unha situación que favorece o desenvolvemento de apegos non seguros. O neno ou a nena sometidos a malos tratos ou traumatización interpersoal prolongada adoitan crecer na situación de que a mesma persoa que é fonte de terror é ao mesmo tempo aquela que debería protexelos.

Por outra banda, a regulación emocional apréndese nas relacións de apego da infancia. Por tanto, se o apego é disfuncional, non existe un modelo adaptativo que sirva como regulador das experiencias emocionais do neno.

Estas situacións afectan o desenvolvemento infantil e poden dar lugar a problemas psico-

lójicos, tanto na infancia como máis adiante na vida da persoa.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Muller de 25 anos. Convive coa súa parella.

Estudou un ciclo de Formación Profesional de costura e dedícase a iso pola súa conta, no momento de vir a consulta tiña ingresos esporádicos polo devandito traballo.

Ten unha irmá dous anos maior que ela. Os seus pais están separados. O seu pai era alcólicico. A súa nai estivo ingresada por intento autolítico en dúas ocasións sendo a paciente xa adulta.

Actualmente non mantén ningún tipo de relación co seu pai. A súa nai e a súa irmá viven noutro país, pero mantén relación con elas de maneira frecuente.

MOTIVO DE CONSULTA

Acode a consulta por presentar unha crise de ansiedade e sintomatoloxía depresiva. Refire baixa autoestima desde sempre, sente que o fai todo mal, asústase con facilidade ante ruidos fortes e ten a sensación de estar en alerta permanentemente.

Tamén relata dificultades para regular as súas emocións, episodios de autolesións leves e agresividade cara a obxectos e nalgunha ocasión cara a persoas próximas, así como illamento social e medo ao rexeitamento.

OBXECTIVOS

Os obxectivos expostos inicialmente foron:

- Reducir a sintomatoloxía ansioso-depresiva.

- Establecer un bo vínculo terapéutico.
- Adquirir habilidades de autorregulación emocional.
- Mellorar as súas habilidades sociais.
- Mellorar o seu autocoidado.

Posteriormente, a medida que se ía avanzando no relato da paciente con novas descubertas engadíronse estes obxectivos:

- Tratar a experiencia traumática da infancia.
- Manter relacións interpersoais con menor temor.

INTERVENCIÓN

A intervención expúxose desde unha perspectiva integradora.

Establecemento dun bo vínculo terapéutico. Neste caso ademais dándolle unha especial importancia, xa que nas primeiras consultas se observou unha importante dificultade para “abrirse” á terapeuta, así como unha certa ambivalencia entre o desexo de resolver as súas dificultades e a desconfianza cara á profesional.

A medida que transcorrían as sesións psicoterapéuticas, a paciente empezou a revelar máis información e sintomatoloxía de relevancia que fixo que se reformulase o caso e por tanto, se modificasen os obxectivos iniciais, engadindo e reordenando a abordaxe dos mesmos.

A paciente conta que provén dunha familia moi disfuncional. O seu pai maltratábaa psicolóxica e fisicamente, tanto a ela como á súa irmá e á súa nai. Abusou sexualmente dela con gran violencia en varias ocasións. Refire que nunca houbo denuncias, supón que por medo da nai. No seu relato conta tamén que vivía cunha sensación de medo permanente e que non tiña unha figura próxima pola que sentise protexida.

A situación para ela cesou aos 16 anos, momento no que, ante un intento de auto defensa, o seu pai botouna de casa. Vive fóra da casa familiar desde esa idade.

Refire que ten flashbacks, pesadelos, así como sintomatoloxía de tipo dissociativo, ademais de sentimentos de culpa respecto dos feitos. Isto, engadido ás dificultades de regulación emocional e as dificultades nas relacións interpersoais, fannos pensar no Trastorno de Estrés Postraumático Complexo que expón a CIE-11.

Autorregulación emocional. Neste punto da intervención a idea era que a paciente conseguise regular as súas emocións sen recorrer á autolesión ou á violencia cara a outros ou cara a obxectos. Para iso utilizouse a técnica de respiración abdominal ou diafragmática como alternativa de regulación. Ademais, utilizáronse tamén técnicas en imaxinación. De forma paulatina a paciente foi aplicando estas técnicas no seu día a día e foi abandonando as autolesións e a violencia, con maior dificultade canto maior era a activación emocional que sentía.

Autocoidado. A paciente tiña uns horarios moi desorganizados, que favorecían un patrón de sono irregular, unha mala alimentación e dificultades para organizar o seu traballo, o cal a levaba a terminar traballos baixo moita presión de tempo, o que influía no seu nivel de ansiedade. Por tanto, pactáronse unha serie de pautas de autocoidado en base ás súas preferencias e prioridades. Inicialmente non as aplicou ata máis avanzada a terapia.

Tratamento do trauma. A sintomatoloxía traumática abordouse con EMDR. Neste caso, ao estar ante unha paciente moi desregulada emocionalmente, primeiro centrámonos en traballar a regulación emocional como se explicou anteriormente, e unha vez que ela adquiriu un manexo adecuado das súas emocións e unha maior tolerancia a elas, iniciouse o protocolo EMDR para abordar os recordos traumáticos, obtendo bos resultados.

A nivel da vida diaria, a paciente empezou a estar máis activa e a aplicar as pautas de autocuidado unha vez que o tratamento do trauma con EMDR estaba bastante avanzado.

Habilidades sociais. Inicialmente moi bloqueada polo temor o rexeitamento e pola desconfianza nos demais. Utilizouse o traballo da paciente como forma inicial e tolerable para ela de abordaxe, con certa melloría.

Actualmente, a paciente continúa acudindo á consulta para acabar de alcanzar os obxectivos propostos, con boa evolución. Refire ter menor nivel de ansiedade e tolerala mellor cando está presente, mellorou de maneira significativa a sintomatoloxía traumática e mellorou o seu estado de ánimo e o seu autocuidado. Segue con dificultades relevantes a nivel social, aínda que xa se iniciou a melloría.

CONCLUSIÓNS

As persoas cun apego desorganizado necesitan atopar na figura do terapeuta a seguridade que non atoparon nos seus cuidadores para poder avanzar. Un vínculo terapéutico sólido no que o terapeuta sexa a base segura que o paciente necesita para abordar as súas dificultades con confianza é fundamental, sobre todo en persoas cuxas relacións interpersoais se basean na desconfianza e o temor.

Neste caso, foi fundamental respectar os tempos da paciente, non forzar o relato de algo que se ía albiscando pero para o que aínda non estaba preparada. É importante que as nosas ganas de axudar ao paciente non forcen situacións que poden diminuír a súa confianza en nós, ou mesmo levar a un fracaso da terapia.

Referencias bibliográficas

Brewin, C. R., Cloitre, M., Hyland, P. et al.. (2017). A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD. *Clinical Psychology Review*.58, 1-15. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2017.09.001>

Cloitre, M., Stolbach, B. C., Herman, J. L., Van der Kolk, B., Pynoos, R., Wang, J. e Petkova, E. (2009). A developmental approach to Complex PTSD childhood and adult accumulative trauma as predictors of symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress*, 22 (5), 399-408.

Feeney, J. e Noller, P. (2001). *Apego adulto*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

González, A. (2017). *No soy yo. Entendiendo el trauma complejo, el apego y la disociación: una guía para profesionales y pacientes*. Edición de la autora.

López Soler, C. (2008). Las reacciones post-traumáticas en la infancia y adolescencia maltratadas: el trauma complejo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13 (3), 159-174.

Morales Aguilar, D. P. (2018). Desafíos en psicoterapia, trauma complejo, apego y disociación. *AvPsicol*, 26 (2).

Nieto Martínez, I. e López Casares, M. C. (2016). Abordaje integral de la clínica del trauma complejo. *Clínica Contemporánea*, 7 (2), 87-104.

Van der Kolk, B. (2014). *El cuerpo lleva la cuenta Cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma*. Barcelona: Eleftheria.



CASO 2

AVALIACIÓN NEUROPSICOLÓGICA NO DANO CEREBRAL ADQUIRIDO: UN CASO DE HEMINEGLIXENCIA

**Zoraida González Cornide, María Salomé
Botana Martínez, Sandra Golpe Ferreiro**

Psicólogas Internas Residentes
Área Sanitaria da Coruña e Cee

Francisco Javier Sardiña Agra

F.E.A. Psicología Clínica
Área Sanitaria da Coruña e Cee

zoraida.gonzalez.cornide@sergas.es

SUMARIO

CASTELÁN

RESUMO

A hemineglixencia visoespacial defínese como a incapacidade para identificar, orientar ou responder a estímulos novos ou significativos que aparecen na rexión espacial contralateral á lesión cerebral. É considerada como un trastorno común que se observa no 70% dos pacientes con lesións hemisféricas dereitas. A etiología vascular é a máis frecuente. Neste traballo descríbese o caso dun paciente que presenta hemineglixencia, xunto con outras alteracións cognitivas asociadas, tras sufrir un ictus isquémico na arteria cerebral media dereita. Explicase a continuación o proceso de avaliación neuropsicolóxica realizada durante a estancia hospitalaria, así como os resultados obtidos e a importancia dos mesmos de cara a orientar o proceso de rehabilitación integral. Faise referencia ademais ao papel das familias ao longo de todo o proceso, sendo necesario telas en conta como axente implicado e como motor do proceso de rehabilitación.

PALABRAS CHAVE — Hemineglixencia, Neuropsicoloxía, Rehabilitación, Arteria Cerebral Media Dereita, Dano Cerebral.

ABSTRACT

Hemineglect is the difficulty to identify, to get oriented or respond to novel or significant stimuli that occur on the contralateral side to a cerebral lesion. This common disorder occurs in a 70% of right hemispheric lesions and it is frequently caused by vascular accidents. This article shows a case of a patient who has hemineglect and other cognitive deficits because of a right middle cerebral artery stroke. This study explains the process of neuropsychological assessment during the hospitalization, as well as the results obtained and their importance to guide the global rehabilitation process. Then we emphasize the role of the family across all of process as agent involved and encouragement of rehabilitation.

KEY WORDS — Hemineglect, Neuropsychology, Rehabilitation, Right Middel Cerebral Artery, Brain Injury.

INTRODUCCIÓN

A hemineglixencia visoespacial defínese clasicamente como a incapacidade para identificar, orientar ou responder a estímulos novidosos ou significativos que aparecen na rexión espacial contralateral á lesión. Débese a unha lesión cerebral, non a unha alteración sensorial ou motora (Aparicio López, 2015).

Anatomicamente, observouse a dominancia dereita no control atencional de ambos os lados do espazo, mentres que o hemisferio esquerdo só controlaría o lado dereito do espazo. Así, un dano no hemisferio esquerdo podería ser compensado; porén, o dano no hemisferio dereito afectaría a capacidade atencional cara ao campo visual esquerdo (Corbetta e Shulman, 2011; Mesulam, 2002).

A causa principal da neglixencia visoespacial é unha lesión no hemisferio dereito, principalmente a nivel parietal. Algúns autores vincularon a neglixencia a lesións vasculares da arteria cerebral media, que abarca rexións dos lóbulos parietal, temporal e frontal. Trátase dun trastorno común, que se observa no 70% dos pacientes con lesións hemisféricas dereitas, sendo a etioloxía vascular a máis frecuente (García Fernández, 2017).

A neglixencia repercute na exploración visual. Os pacientes realizan un menor número de movementos oculares sacádicos cara ao hemicampo contralateral e dirixen os mesmos sacádicos cara ao campo ipsilateral preservado (García Fernández, 2017). Nalgúns casos aparece unha hemianopsia homónima, é dicir, falta de visión ou cegueira na metade do campo visual de ambos os ollos.

As lesións do hemisferio dereito que causan hemineglixencia tamén alteran outras funcións cognitivas. Poden observarse déficits na atención sostida, dificultades no funcionamento executivo, incluíndo perseveracións e déficits en memoria de traballo (García Fernández, 2017). Entre o 20 e o 58% dos casos presentan anosognosia ou falta de conciencia

de déficit (Aparicio López, 2015). Así mesmo, poden darse cambios tanto emocionais como condutuais e na personalidade, que van desde a apatía á desinhibición. A afectación da arteria cerebral media dereita que pode dar lugar a hemineglixencia, tamén pode cursar con apraxia construtiva (Balmaseda, Barroso y Martín e León-Carrión, 2002).

Estes déficits atencionais e executivos, xunto coa anosognosia, inflúen na abordaxe do caso e no proceso de rehabilitación. Os déficits executivos son responsables dalgúns dos obstáculos máis importantes que impiden á persoa enfrontarse a situacións novidosas e manexarse na súa vida cotiá (Muñoz Céspedes e Tirapu, 2001). Sábese que a neglixencia actúa como factor prognóstico negativo para a recuperación (García Fernández, 2017). Aínda que pode mellorar espontaneamente nunhas semanas ou meses, hai pacientes que seguen mostrando síntomas de neglixencia un ano despois do ictus, e un terzo dos mesmos presentarán dito déficit de forma crónica (Aparicio López, 2015).

O programa de rehabilitación é un proceso complexo que require unha abordaxe multidisciplinar das deficiencias motoras, sensoriais, cognitivas, emocionais, visuais e da linguaxe. O equipo de rehabilitación estará integrado por médicos especialistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, logopedas, psicólogos clínicos, persoal de enfermería e traballadores sociais. Ademais, o proceso rehabilitador implica a pacientes, familiares e cuidadores como membros esenciais. Á hora de planificar un programa rehabilitador é necesario valorar as lesións e o déficit funcional no momento e a súa evolución, facer unha estimación do prognóstico máis favorable e, en función diso, establecer un plan de tratamento individualizado. Os obxectivos prioritarios da rehabilitación son previr ou tratar as complicacións, minimizar os déficits, maximizar a función e adaptarse ás funcións residuais (Fegadace, 2019).

A valoración precoz do prognóstico funcional resulta esencial para comunicarse co paciente e coa familia, para deseñar uns obxectivos realistas de rehabilitación e para planificar recursos tras a alta hospitalaria. Cando realizamos unha avaliación non debemos limitarnos a describir a alteración dalgún dominio senón tamén a súa repercusión funcional no individuo e na súa contorna (Figueroa, Vilamayor e Antelo, 2015).

Hai tres necesidades importantes na familia ás que prestar atención: a necesidade de información sobre o estado da persoa, a necesidade de formación sobre as consecuencias do dano cerebral, e o coidado e apoio emocional en cada etapa (Fegadace, 2019). Unha das maiores preocupacións dos coidadores é o grao de recuperación que experimentará o paciente e se serán competentes para achegar a axuda que necesite. O grao de recuperación debe comunicarse en termos de discapacidade, tendo en conta a axuda que requirirá o paciente e a mellor forma de proporcionarlle (Figueroa, Vilamayor e Antelo, 2015).

A continuación describimos os resultados da avaliación e intervención realizadas no caso dun paciente que sufriu un ictus isquémico na arteria cerebral media dereita e presenta alteracións cognitivas a consecuencia do mesmo.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

O paciente é un varón de 70 anos, natural da Coruña. Vive coa muller e teñen dous fillos independizados. Conta con estudos primarios e foi albanel de profesión, actualmente xubilado. Previamente á hospitalización era autónomo para as actividades básicas e instrumentais da vida diaria.

MOTIVO DE CONSULTA

Paciente inicialmente hospitalizado na Unidade de Ictus do servizo de Neuroloxía do Complexo Hospitalario Universitario da Coruña (CHUAC) diagnosticado de ictus isquémico en arteria cerebral media dereita de probable mecanismo aterotrombótico en relación á aterosclerose calcificada con posible estenose significativa a nivel de arteria cerebral dereita. Foi tratado con trombectomía mecánica primaria en fase aguda, falida por imposibilidade de acceso. Na proba de neuroimaxe (TAC) realizada naquel momento non se atoparon complicacións intracraneais agudas nin signos de transformación hemorráxica. Foi trasladado ao servizo de Rehabilitación e Medicina Física, desde onde se solicitou interconsulta ao programa de Neuropsicoloxía da Unidade Psiquiátrica de Interconsulta e Enlace para avaliación neuropsicolóxica.

OBXECTIVOS

Valorar o estado cognitivo tras un ictus, incluíndo os cambios que teñen lugar durante o proceso de hospitalización trala fase aguda e as posibles secuelas posteriores. Planificar a rehabilitación e/ou compensación dos déficits atopados de cara a optimizar a adaptación funcional á vida cotiá e a integración no entorno familiar, social e laboral co maior grao de autonomía posible. Intervir con psicoterapia de apoio e orientación á familia para facilitar o proceso de adaptación de ambos.

AVALIACIÓN E INTERVENCIÓN

Realizouse unha avaliación neuropsicolóxica exhaustiva e lonxitudinal, con fins de orientar o labor de rehabilitación e a posterior volta á súa contorna tras a alta.

A avaliación neuropsicolóxica foi realizada en oito sesións durante o período de hospitalización no servizo de Rehabilitación e Medicina Física. Realizáronse entrevistas clínicas co paciente e os familiares e administráronse probas neuropsicolóxicas para a obtención de información cuantitativa e cualitativa das mesmas. As probas administradas foron as seguintes: Test de Alteración de Memoria (T@M), Cancelación, Test de debuxo do reloxo, unha selección da Escala de Intelixencia para Adultos de Wechsler-IV (WAIS-IV), Bateria de Avaliación Frontal (FAB), unha selección da Escala de Memoria de Wechsler-IV (WMS-IV), Test de Discriminación Visual de Benton (TDVB) e unha selección do Programa Integrado de Exploración Neuropsicolóxica (PIEN).

Apréciase unha desorientación temporal e espacial que flutúa entre sesións (*Táboa 1*). Porén, durante todo o proceso está orientado en persoa e achega correctamente datos autobiográficos sobre a estrutura e composición familiar e sobre acontecementos vitais, presentando máis dificultades para evocar datos concretos como a súa data de nacemento e a idade.

O discurso é fluído e coherente. Preséntase lixeiramente desinhibido en relación ás quendas conversacionais e aos comentarios humorísticos, aínda que correcto en consulta. Presenta unha ausencia case completa de conciencia de déficit. Apréciase un lixeiro incremento progresivo na mesma, cara a unha tendencia a recoñecer as dificultades cognitivas pero trata de minimizalas e xustificalas.

Respecto á memoria, o rendemento depende da cantidade de información a recordar e da estratexia requirida pola tarefa. Mellor no recordo inmediato de información verbal contextualizada (historias) fronte ao recordo de listaxes de palabras illadas (*Táboas 1, 2 e 3*). Mantense preservada a capacidade de aprendizaxe implícita. Nas probas de recoñecemento amosa unha tendencia de resposta aquiescente que podería relacionarse cunha tendencia á perseveración ou con desinhibi-

ción, aínda que non podemos descartar que exista desexabilidade social incluso premórbida. En xeral, non se aprecian cambios significativos a este nivel nas administracións repetidas durante o período de avaliación.

Presenta un rendemento normal para a súa idade en tarefas que avalían memoria de traballo, tanto verbal como visual (*Táboas 2 e 4*). Respecto ao cálculo, aprécianse dificultades en operacións de suma con máis dunha cifra e de resta, multiplicación e división cunha cifra, mentres que semella estar conservado o proceso básico de contar.

Dos resultados da avaliación neuropsicolóxica realizada inferimos que o paciente presenta dificultades a nivel atencional, destacando unha marcada hemineglixencia. Esta é observable en test como o do debuxo do reloxo (*Figura 1*), no cal coloca os números no cuadrante superior dereito. Outra proba que dá mostra da mesma é a de cancelación (*Figura 2*), a cal realiza de dereita a esquerda e deixando omisións na metade esquerda. Durante a valoración apréciase que dita hemineglixencia visoespacial interfire na execución das demais probas administradas, por exemplo, tende a sinalar como alternativas de resposta as que se localizan á súa dereita. Observamos que estas dificultades se reducen cando se lle proporcionan axudas externas de redirección da atención. A capacidade para centrar e manter a atención nas tarefas e a resistencia á fatiga tenden a mellorar a medida que avanza as consultas.

A execución nas tarefas suxire tamén dificultades na coordinación e discriminación visomotora e unha posible apraxia visoconstrutiva (*Táboa 6*).

Da avaliación e a observación infírense déficits en funcións executivas, estando alterada a fluidez verbal con clave fonética, a organización espacial, o control condutual inhibitorio e a resistencia á interferencia (*Táboa 5*). Tamén obtén puntuacións baixas para a súa idade en

tarefas que avalían a capacidade de abstracción tanto visual como verbal (*Táboa 4*).

O perfil de afectación atopado, con hemineglixencia e conciencia parcial dos déficits, é congruente coa zona cerebral afectada. Este perfil condiciona o grao de colaboración e implicación na maior parte das tarefas de rehabilitación que se propoñen. Neste sentido, como recomendación para a rehabilitación desde o punto de vista neuropsicolóxico, consideramos que se podía beneficiar de aprendizaxes baseadas na repetición e na consolidación de hábitos, potenciando a capacidade preservada de aprendizaxe implícita, fóra da conciencia e con baixa demanda atencional.

A información recollida dos familiares suxire déficits en orientación e memoria e cambios na conduta e na personalidade (no polo da desinhibición), nos que non aprecian mello-rías significativas durante o período de hospitalización.

Paralelamente á valoración neuropsicolóxi-ca como tal, realizouse un labor de apoio emocional e de orientación coa familia. Este consistiu principalmente en transmitir información acerca do ACV e das súas posibles consecuencias, axudar a manexar determinadas situacións presentes e potenciais, normalizar emocións e orientar cara a outros recursos dispoñibles e adaptacións para a volta ao fogar tras a alta hospitalaria.

CONCLUSIÓN

A valoración dos déficits cognitivos asociados ao dano cerebral, así como da conciencia e reacción aos mesmos por parte tanto do paciente como da familia, ten implicacións importantes na posta en marcha dun programa integral de rehabilitación.

Aínda que o noso traballo pon o foco nunha fase inicial de todo o proceso de rehabilitación e adaptación integral, pon de manifesto a uti-

lidade da avaliación neuropsicolóxi-ca como fonte de información cualitativa e cuantitativa acerca do estado do paciente e da súa contorna, da funcionalidade premórbida, dos recursos dispoñibles, da potencialidade posterior etc. Isto posibilita adaptar a atención interdisciplinar que se lle presta ao paciente, sempre co fin de optimizar a recuperación a todos os niveis e a adaptación do paciente e da familia ás secuelas e limitacións derivadas do dano sufrido.

Tamén se confirma a relevancia da familia e da contorna do paciente como parte esencial do equipo de rehabilitación e como principal motor para a recuperación da persoa.

Referencias bibliográficas

Aparicio López, C. (2015). *Rehabilitación de la heminegligencia visuo-espacial en pacientes que han sufrido ictus isquémico derecho*. [Tese doutoral]. Instituto Universitario de Neurorehabilitación Guttman, Barcelona.

Balmaseda, R., Barroso y Martín, J. M. e León-Carrión, J. (2002). Déficits neuropsicológicos y conductuales de los trastornos cerebrovasculares. *Revista Española de Neuropsicología*, 4(4), 312-330.

Corbetta, M. e Shulman, G. L. (2011). Spatial neglect and attention networks. *Annual Review of Neuroscience*, 34, 569-99.

Fegadace. (2019). Causas que debes saber sobre o dano cerebral adquirido cando o teu familiar está no hospital. *Guía de familias*. Recuperado en 20 de maio de 2020, de https://www.fegadace.org/index.php?V_dir=MSC&V_mod=-download&f=2019-5/15-9-22-15.admin.guia-dano-cerebral-fegadace.pdf

Figuroa, J., Vilamayor, B. e Antelo, A. (2015). Rehabilitación del ictus cerebral: evaluación, pronóstico y tratamiento. En: J. Castillo Sánchez e I. Jiménez Martín (Ed.), *Reeducación funcional tras un ictus* (pp. 89-104). Barcelona: Elsevier.

García Fernández, J. L. (2017). *Captura atencional en pacientes con negligencia visuoespacial secundaria a ictus isquémico derecho valorada mediante paradigma experimental*. [Tese doutoral]. Instituto Universitario de Neurorehabilitación Guttman, Barcelona.

Mesulam, M. (2002). Functional anatomy of attention and neglect: From neurons to networks. En: H. O. Karnath, A. D. Milner y G. Vallar (Ed.), *The cognitive and neural bases of spatial neglect*, (pp. 33-45). Oxford University Press.

Muñoz Cespedes, J. M. e Tirapu Ustárriz, J. (2001). Evaluación neuropsicológica. En: J. Muñoz Cespedes e J. Tirapu Ustárriz (Ed.), *Rehabilitación neuropsicológica*, (pp. 67-90). Madrid: Síntesis.

Tirapu Ustárriz, J. (2009). Estimulación cognitiva y rehabilitación neuropsicológica de las funciones ejecutivas. En: E. Muñoz Marrón (Ed.), *Estimulación cognitiva y rehabilitación neuropsicológica* (pp. 233-283). Barcelona: Editorial UOC.

ANEXO

Figura 1. *Test de debuxo do reloxo*

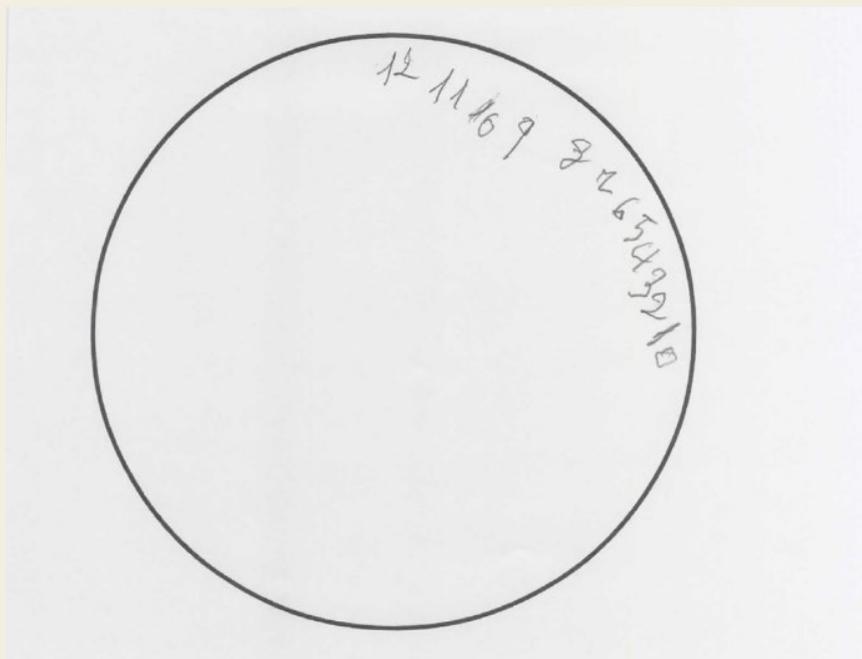
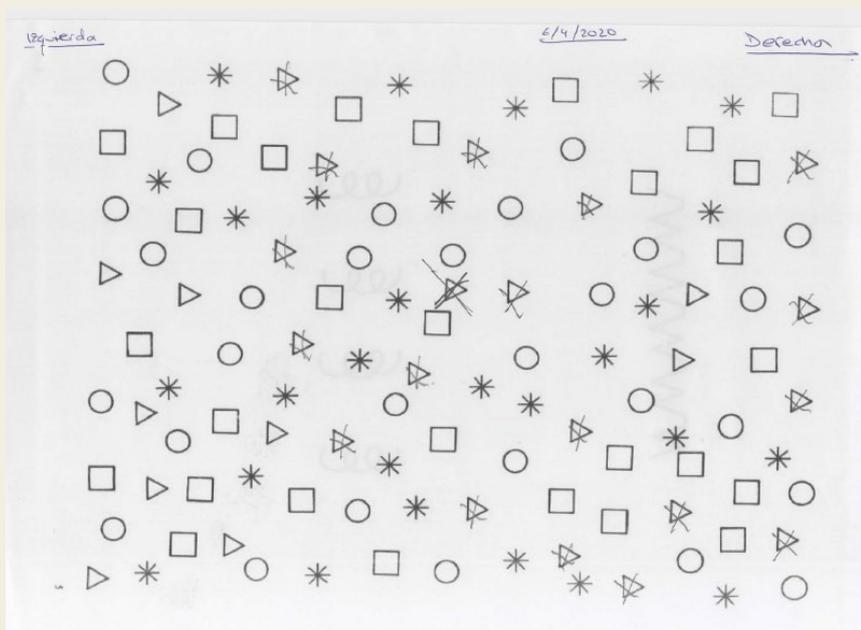


Figura 2. *Test de Cancelación.*



Táboa 1. *Test de alteración de memoria (T@m)*

PROBA	Aplicación 1	Aplicación 2
Memoria inmediata	7 de 10	8 de 10
Orientación temporal	1 de 5	4 de 5
Memoria semántica	6 de 15	7 de 15
Memoria de evocación libre	3 de 10	4 de 10
Memoria de evocación facilitada	6 de 10	8 de 10
Puntuación total	23 de 50	30 de 50
		Punto de corte 31

Táboa 2. *WMS-III*

	Aplicación 1	Aplicación 2
Primeiro intento	PD 1 (Pe=8)	PD 1 (Pe=8)
Recordo inmediato (LP-I)	PD 10 (Pe=6)	PD 7 (Pe=5)
Recordo demorado (LP-II)	PD 0 (Pe=7)	PD 0 (Pe=7)
Porcentaxe de retención	PD 0 (Pe=7)	PD 0 (Pe=7)
Recoñecemento	PD 14 (Pe=6)	PD 14 (Pe=6)
Localización espacial		
Orde directa	PD 4 (Pe=8)	
Orde inversa	PD 2 (Pe=8)	
Total	PD 6 (Pe=7)	

Táboa 3. *WMS-IV*

PROBA	
Recordo Inmediato ML- I	PD 27 (Pe=12)
Recordo Demorado ML- II	PD 1 (Pe=5)
Recoñecemento	PD 11 (Pe<2)

Táboa 4. *WAIS-IV*

PROBA	
Matrices	PD 4 (Pe=5)
Semellanzas	PD 9 (Pe=6)
Díxitos	PD 7 (Pe=8)

Táboa 5. *Batería de Avaliación Frontal (FAB)*

PROBA	Aplicación 1	Aplicación 2
Abstracción e semellanzas	1 de 3	1 de 3
Fluidez verbal	0 de 3	1 de 3
Series motoras	0 de 3	2 de 3
Instrucións en conflito	3 de 3	2 de 3
Facer – non facer	1 de 3	1 de 3
Conduta de prensión	3 de 3	3 de 3
Total	8 de 18	8 de 18

Táboa 6. *Test de discriminación visual de Benton (TDVB)*

Total	PD 16 (Pe <1)
-------	---------------

CASO 3

A VIAXE DOS LOBOS ARTÍSTICOS: GRUPO VINCULAR

Carlos Díaz Marcelo

*F.E.A. de Psicoloxía Clínica**

Laura Ciudad Gallardo

*Terapeuta ocupacional**

María Jesús Cutillas Póveda

PIR-4

**Os Lobos Artísticos (Álvaro, Kobra, Laura
Camila, Rubén, Vicky e Alicia)**

**USMIJ de la UGC de Salud Mental del Hospital Virgen
Macarena de Sevilla*

carl_diaz82@hotmail.com

SUMARIO

CASTELÁN

RESUMO

Resulta ás veces moi complicado poñer en palabras o facer psicoterapéutico, máis aínda se é posible na psicoterapia grupal. Neste relato clínico que presentamos cremos que pode verse parte deste traballo dunha maneira bonita, profunda e didáctica, grazas á enorme habilidade dos membros do noso grupo. Xunto a nós, os terapeutas, eles son autores deste traballo.

Descubrimos unha parte dun traballo en psicoterapia grupal, como o feito de poder captar un emerxente posibilita unir a historia vertical de cada un coa horizontalidade do grupo. Factores existenciais universais forman parte desta e de todas as historias, xa que non hai nada máis universal que o persoal.

Este traballo, a modo de obxecto transicional, inclúese ademais na etapa final do grupo onde varios dos seus membros se despiden.

PALABRAS CHAVE — trastornos de vinculación, psicoterapia de grupo, emerxente, creatividade, amor.

ABSTRACT

Sometimes it is very difficult to put psychotherapeutic practice into words, even more so in group psychotherapy. In this clinical report that we present, we believe that you can see the part of this work in a beautiful, profound and didactic way thanks to the enormous ability of the members of our group. Along with the therapists, they are the authors of this work. We describe a part of a work in group psychotherapy, how being able to capture an emergent makes it possible to combine the vertical history of each one with the horizontality of the group. Universal existential factors are part of this and all stories, since there is nothing more universal than the personal. This work, a transitional object mode, also includes in the final stage of the group where several of its members say goodbye.

KEY WORDS — attachment disorders, group psychotherapy, emergent, creativity, love.

INTRODUCCIÓN

Todos os membros do grupo viviran numerosas situacións que convidaban a desconfiar do outro, ou polo menos a non esperar demasiado del. En parte tamén descoñecían o que eles mesmos podían achegar ou sumar aos demais.

Levabamos meses construíndo un espazo seguro, de coidados, onde non temer, no que se puidese recuperar a idea da bondade do ser humano, adquirir a confianza básica: “ao obter o que se lle dá, e ao aprender a que alguén lle dea o que desexa, o infante desenvolve tamén o fundamento adaptativo necesario para que algún día logre ser un dador” (Erikson, 2012).

Queríamos poder funcionar como unha base segura “a partir da cal un neno ou un adolescente pode facer saídas ao mundo exterior e á cal pode regresar sabendo con certeza que será ben recibido, alimentado física e emocionalmente, reconfortado se se sente aflixido e tranquilizado se está asustado. Este rol consiste en ser accesible, estar preparado para responder cando se lle pide alento e intervir activamente cando sexa necesario” (Bowlby, 1989).

Partimos da concepción de que “ningún neno nace malo, déspota, violento, egoísta, perverso, tirano, avaro, ingrato nin miserable. Non, todos os nenos nacemos cunha exquisita capacidade de amar. Pero tamén nacemos inmaturos, é dicir, sen terminar. Esa inmaduridade obríganos á dependencia, tanto física como emocional. Para sobrevivir necesitamos outro ser humano que nos transmita que somos amados” (Guttman, 2013).

Este camiño sería como a viaxe do heroe: “viaxe de individuación que fai cada ser humano que consiste en autoconñecerse a través da linguaxe dos propios símbolos, responsa-

bilizarse dun mesmo e amarse incondicionalmente en todas as súas facetas” (Jung, 2009).

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS E MOTIVO DE CONSULTA

Descríbese o labor realizado nun grupo de psicoterapia do sistema sanitario público. Trátase da Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil do Hospital Virgen Macarena de Sevilla, un dispositivo de terceiro nivel asistencial. Forman parte deste grupo dous terapeutas: un F.E.A. de psicología clínica e unha terapeuta ocupacional.

Actualmente acoden a este grupo 2 mozos e 4 mozas de entre 15 e 18 anos.

Todos eles presentan un trastorno de vinculación relacionado coas súas difíciles historias vitais. O antedito trastorno maniféstase en forma de sintomatoloxía tanto internalizante como externalizante: sintomatoloxía ansioso-depresiva, trastornos de conduta graves, consumo de tóxicos, síntomas disociativos, autolesións, alteracións sensoperceptivas...

Cada un dos membros do grupo recibe ademais sesións individuais e nalgúns casos tratamento psicofarmacolóxico.

As reunións do grupo vincular teñen un encadre de grupo pechado que se reúne 1 hora e media cada dúas semanas desde hai máis dun ano.

OBXECTIVOS

Este pequeno grupo formouse coa expectativa de que a partir dese espazo grupal seguro e estable se puidesen reparar, polo menos en

parte, as feridas vinculares que experimentarían os nosos pacientes.

Crear un espazo seguro, desde o que poder vivenciar unha experiencia emocional correctiva, que facilitase a conexión coas emocións propias, así como con outros seres humanos: axudar e ser axudados.

Crear un grupo moi homoxéneo na súa tarefa e moi heteroxéneo en canto ás características dos seus membros (Riviére, 1971): diferentes personalidades que experimentarían e sufrirían as súas parecidas historias de maneiras moi distintas.

INTERVENCIÓN

En todo ese tempo compartido falar nunca fora o máis importante; érao poder estar, formar parte de, que a pesar de chegar mal foses aceptado e tido en conta e que se respectase o espazo de cada un.

Isto non foi tan sinxelo ao principio, requiriu tempo, constancia e paciencia. Ata aquel momento a súa conduta era a resposta máis adaptativa que puideran ter: cando un perdeu tanto aprende a non esperar nada.

Con constancia, dispoñibilidade, agarimo, moita esperanza de construír ese espazo seguro e a seguridade de que aquilo era o máis importante de lograr, reuniámonos cada dúas semanas desde había case un ano.

Case sempre custaba moito arrincar, pero tiñamos ganas de xuntarnos. Saber que ese martes “tocaba” grupo dábanos moita tenrura e poñíanos moi contentos aos terapeutas.

Era tan importante que o encadre apenas variase, que cada cambio, por exemplo, un festivo que alterase o calendario, parecía destruílo todo na seguinte sesión pero, como o barco da

historia que se relata máis adiante, o grupo seguía o seu curso a pesar da tempestade.

Ao longo das anteriores sesións xurdirían distintas metáforas do grupo, o noso propio idioma que sinalaba a crecente identidade grupal.

E entón sucedeu, de súpeto, un emerxente que aglutinaba o vertical da historia de cada un coa horizontalidade do grupo (Riviére, 1971).

Vicky, unha das mozas do grupo, fixouse nunha frase que estaba na parede da consulta, frase que xa levaba alí moito tempo, pero que naquel momento se iluminou e iniciou un proxecto que marcou a senda da nosa próxima tarefa explícita do grupo:

“Os científicos din que estamos feitos de átomos, pero a min un paxariño contoume que estamos feitos de historias”
(Galeano, 2010)

– Entón, eu tamén estou feita das miñas historias?

E por primeira vez comezou a relatar parte da súa, da súa viaxe, o longo e duro traxecto que tivera que percorrer ata chegar alí.

Todos escoitabamos atentos, absortos, gozando da maxia de poder estar a vivir xuntos aquel momento.

Co seu relato transportounos, como os antigos narradores de historias, ao seu universo, ás súas vivencias, ás súas emocións naquel duro camiño que ás veces acompañada, pero case sempre soa, tivera que percorrer nos seus poucos anos de vida.

Escapar doutro país, soños dunha vida mellor, unha dura viaxe en patera, un país estraño, outro idioma, choques culturais, dificultades coa súa propia familia, non ser bentrada ou benquerida, abandonos, servizos sociais, centros, rabia, desesperación, procura de afecto, momentos onde parecía perderse a cordura,

pero sobre todo moita moita resiliencia e fortaleza.

Ela, tan xenerosa como cando ofrecía os seus abrazos a quen o necesitaba no grupo, compartiu parte da súa viaxe connosco, pero non só fixo iso, senón que creou o escenario para que todos os seus compañeiros puidesen facelo tamén.

E cada un falou da súa propia viaxe, tan diferentes e tan parecidas.

E así o vertical deu pasou ao horizontal e empezamos a falar da viaxe percorrida xuntos naqueles meses, naquel lugar.

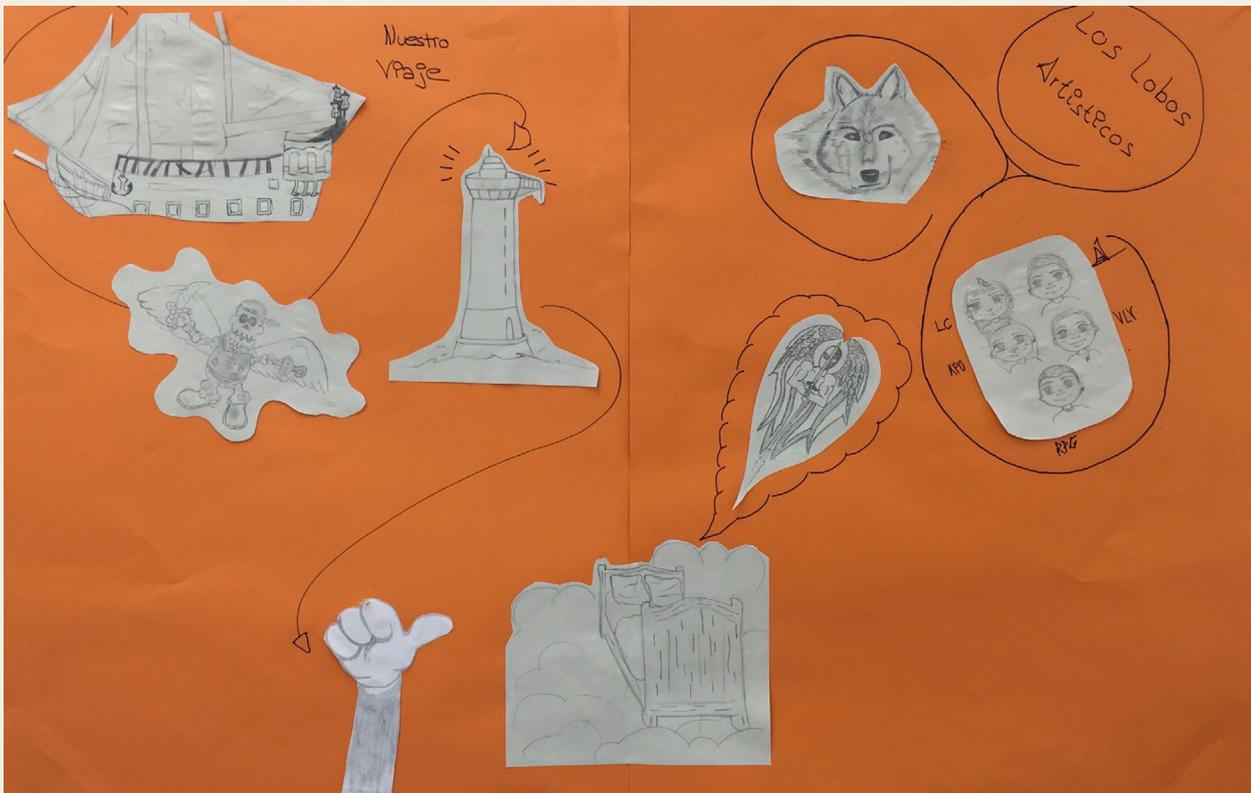
Sentimos tan transcendente o ocorrido, que decidimos darlle forma, simbolizalo para que permanecese.

Ademais de polas historias difíciles que todos eles tiveran que transitar, os mozos do grupo teñen outras moitas características comúns, unha delas é que comparten unha grande capacidade artística.

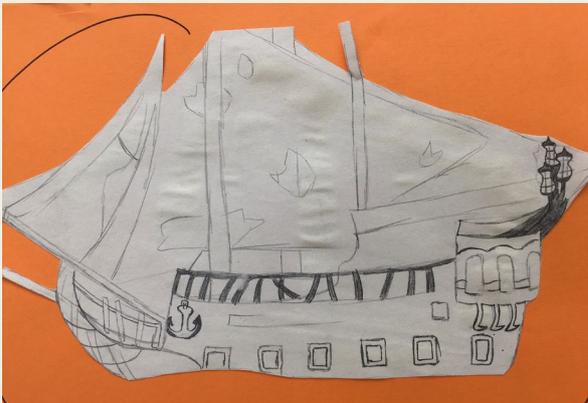
Distribuíronse os roles, Vicky seguiu armando o guiión da historia e os demais comezaron a debuxar. O habitual círculo das cadeiras nas sesións desfíxose, xuntamos unhas mesas e puxemos música.

Eliximos varias destas metáforas do grupo que nos servían para simbolizar sensacións e emocións previamente e os artistas comezaron a debuxalas:

“A viaxe en grupo dos lobos artísticos”



“A nosa viaxe xuntos” / Álvaro



Símbolo do emerxente que desencadeou todo. A viaxe vertical (a historia de cada un) e a viaxe horizontal (a viaxe xuntos no grupo).

“A viaxe de todos, xuntamos todas as nosas historias para sacar unha que ademais é a nosa no grupo”.

“Ti, o barco só no océano”.

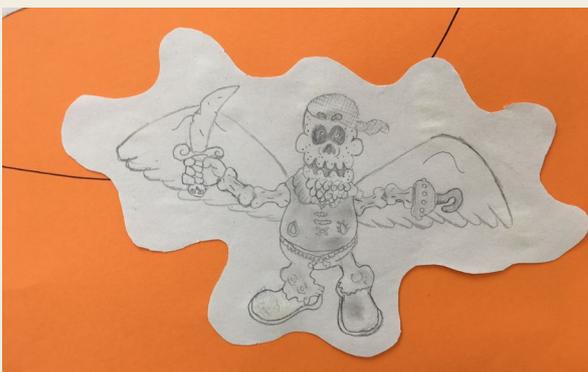
“O mar está axitado, pero pese a todo segues adiante”.

“Medo na viaxe a que o barco (un mesmo) se desfaga por completo, terei fortaleza?”

“Barco no que sufrimos moito”.

“A primeira impresión é que non dá confianza nin seguridade, incerteza, medo ao descoñecido” (primeiras sesións no grupo?).

“Demo” / Álvaro, Rubén



A rabia, o enfado, a destrución. O síntoma que na maioría dos casos os conduciu ata a nosa unidade sendo parte substancial da súa historia.

“Parte mala (aínda así, tamén parte boa que non se ve, representada nas ás)”.

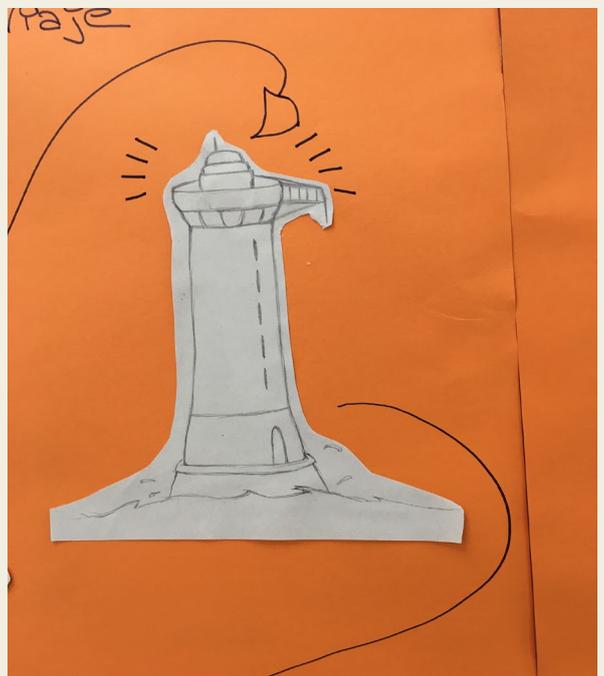
“Nas mans vese a súa forma de relacionarse, pegando”.

“Sempre enfadado, por fóra todo odio e por dentro todo dor”.

“Por fóra parece forte, pero se miras aos ollos están baleiros: soidade, tristeza e enfado, que moitas veces lévano a buscar maneiras de destruírse (ex.: drogas, alcol, autolesións...)”.

“Non se podía acougar ese enfado ata que atopou a luz que o guiou ao comportamento bo”.

“Faro” / Vicky



Unha luz que guía para non estrelarse (o grupo?), e que sempre aparece ata en situacións complexas, iso si, hai que buscala.

“Unha luz para non estar só”.

“Un espazo onde te entenden, non te xulgan”.

“Dá medo que se apague”.

“Os demais significativos, por exemplo os pais ou cuidadores, poden ser luz ou escuridade que che fai dano”.

“A esperanza de cada un”.

“Man” / Kobra



A axuda ofrecida polos demais e dun aos demais, unha man que se ofrece e non sempre se pode agarrar pero que alí segue para poder levantarse, para non caer.

“Á parte da esperanza que dá a luz, representa á xente, estar acompañado, pedir axuda, deixarse axudar”.

“Cama” / Álvaro



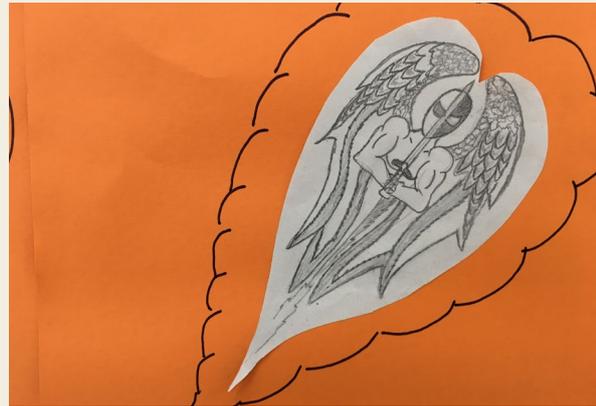
O seu refuxio, un espazo seguro entre as nubes, o recuncho onde estar, onde poder poñer-

se triste (do recuncho de cada un ao espazo grupal?).

“Estar na túa nube tranquilo”.

“Elévaste a outro sitio, a outro mundo”.

“Anxo/demo” / Rubén



O cambio, esa parte enfadada pode mostrar outra cara máis amable, mais confiada. A dualidade do anxo e o demo.

“Leva unha espada para loitar contra a parte mala”.

“Ten unha parte branca que ilumina o faro”.

“Cóidase moito mellor, está máis forte que o demo”.

“Ás mellor formadas”.

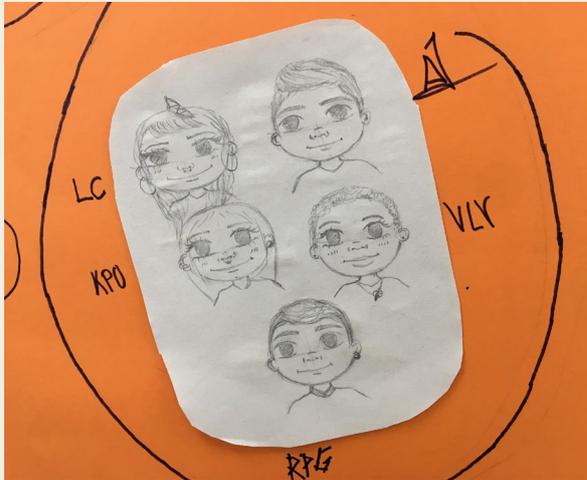
“Segue a ter a súa parte escura, coma todos”.

“Lobo” / Laura Camila



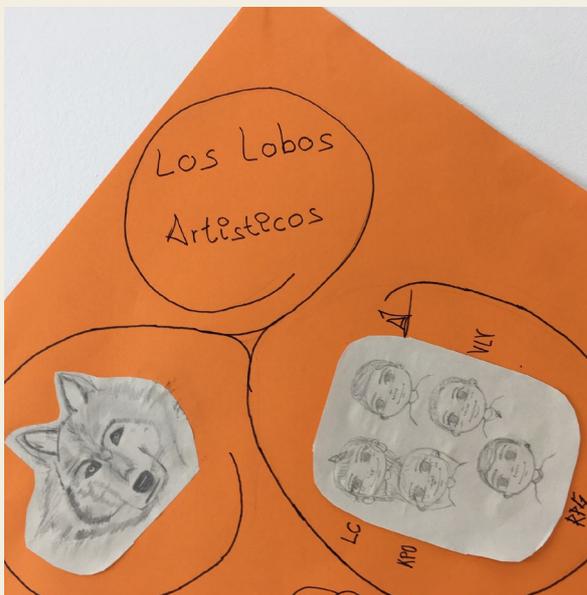
Familia, lealdade, o animal no que se senten reflectidos e que está gravado na pel de moitos deles mediante unha tatuaxe.

“A manda” / Kobra



O lobo xa non está só, atopou a súa manda.

“A espiral” / Todos



A confianza, o crecemento xuntos.

“Está aberto para que se o necesitan poidan entrar outros lobos desorientados”.

O relato da nosa viaxe ata alí estaba case armado, a historia escribiuse case soa, pero a nosa guionista relatouna de novo dándolle harmonía, coherencia e beleza.

Non lembramos as súas palabras exactas e creo que nunca seríamos capaces de reproducilas nin de aproximarnos, polo tanto, reescribimos a historia a partir da nosa propia subxectividade:

“Hai un barco que representa a nosa viaxe na vida e aquí xuntos, antes estabamos sempre moi enfadados, pagabámola con calquera, fixéranos dano, non nos fiabamos de ningún, iso traíanos moitos problemas e afastábanos aínda máis dos demais, en moitos casos tivo consecuencias moi negativas, por exemplo centros de reforma. Iso vén representado por ese diaño enfadado.

Pero no medio de toda esa escuridade, en plena tormenta, vimos un faro, unha luz que nos guiaba, que nos mostraba a terra e onde estaban os perigos. Dentro de toda esa tormenta tamén querían axudarnos, ofrecíannos unha man e nós mesmos eramos unha man que axudaba.

Había momentos, moitos, que necesitabamos estar no noso recuncho seguro, na nosa nube, onde poder desafogarse, chorar, estar triste. Era o noso refuxio onde poder ser. Iso representao esa cama no medio desas nubes.

Con esa luz e esa man e tendo o noso refuxio, o demo puido en parte non estar sempre tan enfadado, poder relacionarnos doutras maneiras e poder ver a parte positiva e bondadosa das situacións e das persoas.

Todos somos uns pouco lobos (leais, fieis, solitarios), pero xa non estabamos sós, atopáramos á nosa manda, a dos Lobos Artísticos”.

CONCLUSIONES

Nesta etapa final do grupo todos formamos parte da narración desta historia. Nin todo permanece inalterable, como diría Parménides, nin todo cambia totalmente, como diría Heráclito. Polo tanto, ao revisala, cambiámo-la, e iso posibilitounos tamén acoller aos novos membros para que así atopasen o seu lugar neste espazo e puidesen formar parte desta historia (simbolizouse en pintar unhas frechas que non estaban no traballo inicial).

Consideramos que a psicoterapia grupal pode ser un poderoso instrumento no noso labor asistencial. Habemos de tentar crear unha terapia nova para cada paciente (Yalom, 2019).

En palabras de Winnicott “o que fai que o individuo senta que a vida vale a pena de vivirse é, máis que ningunha outra cousa, a a percepción creadora, vivir en forma creadora é un estado saudable” (Winnicott, 1996).

Bibliografía

- Bowlby, J. (1989). *Una base segura*. Paidós.
- Erikson, E. H. (2012). *El ciclo vital completado*. Planeta.
- Galeano, E. H. (2010). *El libro de los abrazos*. Siglo XXI de España Editores, S.A.
- Gutman, L. (2013). *La maternidad y el encuentro con la propia sombra*. Del Nuevo Extremo.
- Jung, C. G. (2009). *Arquetipos e inconsciente colectivo*. Paidós.
- Rivière, E. P. (1971). *El proceso grupal*. Ediciones Nueva Visión.
- Vinogradov, S. & Yalom, I. D. (1996). *Guía breve de psicoterapia de grupo*. Paidós.
- Winnicott, D. W. (1996). *Realidad y juego*. Gedisa.
- Yalom, I. D. (2019). *El Don de la Terapia*. Planeta.



CASO 4

NINGUÉN ESTÁ DA MIÑA PARTE: UN CASO CLÍNICO DO PAPEL DO ABUSO NOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS.

Natalia Seijo

Psicóloga Sanitaria e Psicoterapeuta
Centro de psicoterapia e trauma

seijonatalia@gmail.com

SUMARIO

CASTELÁN

RESUMO

Os trastornos alimentarios están considerados entre os máis difíciles de tratar e con maior índice de mortalidade entre os trastornos mentais (Agras, 2001). Entre eles, a anorexia nerviosa é un dos diagnósticos psiquiátricos cunha taxa máis elevada de mortalidade (Arcelus et al., 2011). Nun estudio lonxitudinal levado a cabo por Bulkin et al. (2007), desde o ano 1980 as 2005, viuse que aplicar medicación e traballar coa conduta achega resultados pouco concluíntes (Openshaw et al. 2004). Se os trastornos alimentarios dependesen unicamente da comida tería sentido que cambiando as conductas alimentarias resultase sinxelo saír do trastorno. Pola contra, desafortunadamente non adoita ser así. O caso clínico que aquí se expón é un claro exemplo da relación entre os trastornos alimentarios e o trauma, en particular, o abuso sexual, emocional, de poder e maltrato físico.

PALABRAS CHAVE — trastorno alimentario, anorexia nerviosa, abuso, psicoterapia.

ABSTRACT

Eating disorders are considered among the most difficult to treat and have the highest mortality rate among mental disorders. (Agras, 2001). Among them, anorexia nervosa is one of the psychiatric diagnoses with the highest rate (Arcelus et al., 2011). In a longitudinal study conducted by Bulkin et al., (2007) from 1980 to 2005, it was found that applying medication and working with behavior yielded inconclusive results (Openshaw, et al. 2004). If eating disorders were solely dependent on food, it would make sense that changing eating behaviors would be easy to get out of the disorder. Unfortunately, however, this is often not the case. The clinical case developed here is a clear example of the relationship between eating disorders and trauma, particularly sexual, emotional, and power abuse and physical abuse.

KEY WORDS — trastorno alimentario, anorexia nerviosa, abuso, psicoterapia.

INTRODUCCIÓN

Nos EUA, a anorexia nerviosa supón xa a terceira enfermidade crónica máis frecuente entre mulleres adolescentes, despois da obesidade e da asma. En España, os últimos estudos realizados coinciden en sinalar unha taxa de prevalencia de casos de trastornos alimentarios en poboación adolescente de ao redor do 4,1 - 4,5%.

No DSM-IV-TR (APA, 2000) establecíase unha prevalencia vital da anorexia nerviosa para as mulleres de aproximadamente un 0,5 % (DSM-IV-TR, 2000), sendo para os homes unha décima parte da das mulleres. No actual DSM-5 (APA, 2013), queda reflectida unha prevalencia aos 12 meses da anorexia nerviosa entre mulleres novas de, aproximadamente, o 0,4 % e especificase que, no caso dos homes, é menos común que entre as mulleres, e mantense a proporción sinalada no DSM-IV-TR (APA, 2000) de 10:1.

O DSM-IV-TR (APA, 2000) indica unha prevalencia da bulimia nerviosa entre as adolescentes e adultas mozas de aproximadamente o 1-3 %, sendo dez veces menor nos homes. Esta patoloxía aparece sobre todo nos países industrializados e, dentro deles, no sexo feminino, constituíndo polo menos un 90 % dos casos a proporción sinalada no DSM-IV-TR (APA, 2000) de 10:1.

O DSM-5 (APA, 2013) indica que a prevalencia a 12 meses do trastorno por atacadura en adultos (18 ou máis anos) é do 1,6 % en mulleres e do 0,8% en homes. Do mesmo xeito, sinala que o trastorno é máis prevalente naqueles que están buscando perder peso que na poboación xeral.

A letalidade dos trastornos alimentarios é a máis alta entre as detectadas por trastornos psiquiátricos. En concreto, a anorexia sitúase en torno ao 0,3%, a bulimia no 0,8% e o TCA non especificado en torno ao 3,1% da poboación feminina de entre 12 e 21 anos. Se consideramos a totalidade do espectro tendo

en conta as formas máis leves, a estimación da frecuencia é moito maior e sitúase entre o 11-16%.

Estudos recentes relacionan o trastorno de estrés postraumático cos trastornos alimentarios. Móstranse resultados de aproximadamente un 75% de mulleres en tratamento psicolóxico que admitían padecer algún tipo de trauma. O abuso sexual e o emocional son os que con máis frecuencia aparecen nestas pacientes (Steiger, H. et al., 2009; Chou, K. L. et al., 2012; Burns, 2012; Grilo e Masheb, 2001).

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Paciente de 29 anos con estudos medios. Natural do norte de Galicia. Actualmente empregada nun centro infantil. Convive coa súa parella desde hai varios anos. Proven dunha familia da zona rural. Nai ama de casa e pai traballador nunha fábrica local. As súas relacións sociais melloraron tras o traballo en terapia e aprendeu a establecer vínculos saudables desde entón.

MOTIVO DE CONSULTA

A paciente solicita consulta para reforzar as súas habilidades sociais seguindo recomendacións da unidade de trastornos alimentarios onde estaba a ser tratada desde hai doce anos por un diagnóstico de anorexia nerviosa grave que padecía desde a pubertade. Os problemas coa comida continuaban, aínda que xa fóra de risco, e asociados á sobreinxestión e fobias alimentarias como secuela dos anos de restrición.

Na recollida de historia, a paciente describe problemas coa comida e o corpo desde a infancia, conta como xa nos primeiros anos de

colexio a insultaban facendo referencia ao peso. Aos 13 anos comeza a desenvolver unha anorexia nerviosa restritiva que dura toda a adolescencia e parte da idade adulta. Na súa historia médica descríbense tres intentos de suicidio polos que ten que ser ingresada e nove hospitalizacións de risco en unidade especializada debido ao infrapeso e nos que é alimentada por sonda pola súa negativa para comer. Aparecen abusos sexuais na infancia, abuso emocional e abuso físico por parte da familia e abuso de poder nos diferentes ingresos. A paciente describe como traumáticos os comportamentos e trato recibido por parte de cuidadores e profesionais na unidade.

O primeiro tratamento desenvólvese nunha unidade de trastornos alimentarios durante 12 anos nos cales se regulan as pautas e condutas alimentarias, medicación e se chequea coa familia que se cumpran as normas establecidas polos profesionais.

Durante a recollida de historia algo importante a mencionar, xa que é unha das claves do tratamento, é a reacción de sorpresa da paciente cando se lle pregunta se sufriu abusos sexuais. Responde con sorpresa xa que di ser a primeira vez que alguén lle pregunta e mostra interese en saber o que lle ocorría. Ao fío deste comentario pídeselle que describa, se é posible, ata onde poida, o ocorrido. Describe abusos sexuais na infancia desde os 5 aos 10 anos de idade por parte dun amigo da familia. Di que tentara contar os abusos ao longo dos anos. O primeiro aos 7 anos á súa nai, pero esta desculpa o abusador asociando os seus comportamentos á súa recente viuvez. Fai un segundo intento de contar os seus abusos, esta vez ao seu terapeuta na unidade na que é tratada, e a resposta que obtén desta é que o pasado mellor non tocalo xa que de facelo podería alterar a súa conduta coa comida e nada cambiaría porque o pasado, pasado está.

Desde a segunda ou terceira sesión faise clara a crenza “ninguén está da miña parte”, provo-

cada pola acomodación ao abuso como resultado de anos de indefensión ante os intentos infrutuosos de pedir axuda. A síndrome de acomodación ao abuso sexual infantil (SAASI) (Summit, R., 1983), describe unha secuencia característica de cinco fases: secreto, desamparo, acomodación, desvelamento tardío e retractación, que é común naquelas vítimas de abuso sexual crónico cometido por persoas achegadas.

A estrutura de submisión e subxugación ante a vida responde á acomodación ao abuso e deixa unha gran pegada na súa experiencia interna ao redor do que se conforma o trastorno alimentario. Os diferentes abusos dos que é vítima inicianse nos primeiros anos de vida con bullying na escola, o abuso sexual, o abuso emocional na casa a través da culpabilización e a chantaxe emocional. Relata, ademais, na familia episodios de agresións físicas na infancia onde nunha ocasión pide pan antes de comer e a súa nai, mentres a facía sentir responsable do demandante da súa actitude, lle metía o miolo do pan na boca ata que consegue facela vomitar.

Nas últimas etapas do tratamento, xorde o abuso de poder asociado aos ingresos na unidade. Relata episodios nos que sente humillada e pouco respectada. Noutros, como nunha ocasión na que é atada de pés e mans durante unha semana nunha cama, privada de total mobilidade con gran medo e confusión sen saber que fixera para que tomasen esa medida tan agresiva. Unha vez máis nomea que a pesar de que llo conta á súa familia, “ninguén se puxo da súa parte” e ninguén fixo nada.

OBXECTIVOS

- Fomentar unha relación terapéutica de apego seguro para promover a confianza.
- Estabilizar e regular a nivel emocional e a nivel alimentario.

- Recursos cognitivos, emocionales e somáticos para o traballo de regulación.
- Promover hábitos de vida saudables; comida, sono, habilidades sociais e actividades do día a día.
- Procesar as diferentes situacións adversas e traumas como resultado dos abusos sufridos.
- Integrar as circunstancias de vida onde se poda reparar o “ninguén está da miña parte” pola crenza que a substitúe “da miña parte estou eu”.

INTERVENCIÓN

As hospitalizacións son un motivo de traballo en terapia debido ao agresivo que resultan para a paciente as estancias no hospital. Polo trato que alí describe recibir e polo complicado da alimentación enteral por sonda debido á súa absoluta negación a comer.

Nun primeiro momento o tratamento focalízase na relación terapéutica para promover a través do vínculo que finalmente haxa alguén da súa parte. A través do vínculo refórzase todo o traballo coa confianza. Comézase a reparar o apego que está moi danado a causa dos traumas de traizón, humillación e o medo ao abandono que describe ao longo da recollida de historia como resultado das experiencias vividas.

En canto comeza o traballo en terapia aparecen moi rapidamente os abusos, xa que a paciente levaba anos esperando poder abordalos. Nun primeiro momento faise un traballo de estabilización para acougar toda a dor emocional que acompaña as experiencias que describe e o tempo que levan acumuladas sen posibilidade de ser externalizadas. Xorde ademais frustración e rabia pola desconexión da dor, que a paciente anulaba a través do control da comida. Os diferentes intentos de suicidio para frear os recorrentes

flashback que sufría ao longo do tempo asociados a situacións que lle lembraban dunha maneira ou outra o vivido. A relación do trastorno alimentario cos abusos sexuais era obvia para a paciente, sempre o sabía, pero nunca o podía nomear porque nunca lle daba a posibilidade para facelo. Iso conectábaa cun sentimento de inxustiza e de tempo perdido. Anos de vida enferma que ninguén lle ía a devolver por non darlle a posibilidade de ser escoitada.

Vaise liberando o trauma e a contorna familiar e os profesionais que continúan o seu seguimento empezan a cualificar de non válida a terapia aludindo novamente ao feito de que non é bo para ela sacar todo o que leva dentro obviando que o trastorno alimentario, que aínda se mantiña, a súa fobia á comida e o seu estado de desconexión na relación cos demais estaban directamente asociados aos traumas vividos.

Conséguese que poida continuar en terapia e comeza o traballo de estabilización e regulación a través de recursos. Aprende estratexias de autorregulación, psicoeducación para a identificación dos indicadores de desconexión que poidan xurdir. Estratexias de recursos somáticos que a conecten co presente e enraizamiento. Todas elas destinadas a que aprenda a utilizar estratexias saudables, en lugar de recorrer á comida ou á restrición da mesma como maneira de regularse.

Cando se consegue a estabilización, o traballo continúa a través da comida xa que aínda representa para ela un refuxio seguro. Elabórase a desidentificación da comida como refuxio seguro. Procésanse os aspectos máis fóbicos coa comida asociados aos alimentos que estivo forzada a comer durante anos debido ao trastorno alimentario; as sensacións, os cheiros, as texturas e as situacións asociadas a eles, aos que reacciona, e que a fan incapaz para comer e cociñar complicando os seus hábitos alimentarios e repercutindo a nivel físico, familiar e social.

Poder identificar que ela levaba o control das sesións, é dicir, ata onde podíamos ou non chegar, foi importante para ela. Localizar un lugar interno onde ela puidese dicir: “creo que está a ser demasiado” ou non. Expánde-se a súa xanela de tolerancia no traballo co trauma respectando o seu propio ritmo. De maneira que se respecta en todo momento en terapia, ata onde se pode chegar e ata onde pode chegar a ser demasiado e atafegar á paciente.

Unha vez a paciente se sinte preparada, empézanse a traballar todos os feitos traumáticos na súa vida.

Esta intervención de elaboración do trauma faise en tres bloques:

– **Abuso sexual:** flashbacks, disparadores actuais presentes que a levan ao abuso. O vínculo terapéutico como reforzo para sentir o apoio de contar o trauma. Recursos de calma e presentificación.

Primeiro empézase a traballar o abuso sexual porque é o que máis urxe e constantemente empeza a xurdir a través de flashbacks, a través de situacións de vida actuais que disparan o trauma. Situacións, por exemplo, nas que ela sente que non están da súa parte conectándose coas situacións nas que ela quixo contar o que lle sucedeu de pequena, a súa nai non a escoitou e debido ao cal se seguen sucedendo os abusos.

Outro disparador do trauma tamén foi que a terapeuta non a escoitou porque a conecta co inxustamente tratada que fora na súa vida.

Unha vez se comeza a traballar con este trauma, procésanse todas as escenas que van xurdindo do abuso sexual. Esta parte do tratamento é lenta xa que se procede amodo para non exceder a xanela de tolerancia da paciente.

– **Abuso emocional.** Culpa, apego: nai culpabilizadora e negadora.

Nai ambivalente con dificultade para mostrar emocións. Mantén unha relación fría coa paciente. Neste bloque procésanse as situacións de vida nas que a culpa é utilizada como estratexia de control. Procésanse os intentos de suicidio graves e a culpa asociada a eles. Tráballase tamén a culpa por romperlle a vida aos seus pais. Información que recibe frecuentemente e dana a paciente. O máis complicado era ver como todo o trauma complexo que ela sufría non era visto nin entendido de pequena nin de maior. Momentos na mesa con experiencias dissociativas durante horas diante do prato sen poder levantarse.

Esta parte da terapia asociada co trauma emocional foi moi importante para a paciente. Gran parte do problema de habilidades sociais que se presentaba como motivo de consulta estaba relacionado coa culpa vivida, con toda a ferida de apego: nai con defensa por negación, grandes dificultades para asumir responsabilidades e carencias para validar.

– **Abuso de poder.** Momentos de moito medo asociados a cando a atan na unidade, as situacións coa sonda, as faltas de respecto, acusacións de ser mentireira e manipuladora.

Houbo que traballar todo o que a paciente sufriu na unidade. O episodio de cando a atan de pés e mans coa xustificación de ser unha persoa perigosa. Describe como a teñen durante unha semana cuns niveis de ansiedade moi altos mirando para o teito. Estas situacións supoñen momentos dolorosos para a paciente xa que describe que se conectaban cos abusos sexuais que sufrira, nos cales tampouco ninguén estivera da súa parte. Conta como os seus pais non a apoiaron nin a defenderon respecto ao acontecido na Unidade, a pesar de ser coñecedores de que este tipo de condutas estaban a ter lugar. Igual que cando era pequena e o abusador estaba a abusar dela no salón, a nai estaba na cociña e tampouco fixera nada para axudala naquela situación.

Como a culpa é utilizada como unha estratexia de control. Cando queren tela controlada ou exercer algún tipo de autoridade, fana sentir culpable. Sobre todo, acentúase máis cando enferma, xa que a fan responsable única e exclusiva de todo o que lle ocorre.

CONCLUSIÓNS

A través deste caso, ponse de manifesto a importancia dos abusos (físico, emocional, sexual e de poder) no desenvolvemento, mantemento e tratamento dos trastornos alimentarios. Durante a entrevista clínica, as preguntas deben ser concretas acerca dos diferentes tipos de abuso. Deberanse incluír tamén preguntas sobre miradas ou comportamentos que puidesen ser molestas, agresivas ou intimidantes para a paciente. A abordaxe dos abusos sufridos resulta a pedra angular no tratamento destes trastornos, sen obviar a xanela de tolerancia emocional da persoa que determina a súa capacidade para xestionar o traballo que se vai ir desenvolvendo en terapia, da mesma forma que cos diferentes traumas asociados ao abuso.

Do mesmo xeito, terase en conta a vinculación e a confianza coas persoas que padecen estes trastornos, xa que en múltiples ocasións son acusadas de mentireiras e manipuladoras. Isto resulta nunha visión negativa cara aos/ás pacientes e que impide diferenciar a experiencia dissociativa, que funciona como unha necesidade do/a paciente para desconectar de todo o que levan dentro que non puideron exteriorizar e puxeron na comida, nas súas diferentes presentacións diagnósticas que representan os trastornos alimentarios.

Referencias bibliográficas

Agras, W. S. (2001). The consequences and costs of the eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 24(2), 371-379.

Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wales, J. e Nielsen, S. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: a meta-analysis of 36 studies. *Archives of general psychiatry*, 68(7), 724-731.

American Psychiatric Association (APA). (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona, Masson.

Diagnostic, A. P. A. (2013). *Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5™*.

Arlington. VA American Psychiatric Publishing.

Burns, E. E., Fischer, S., Jackson, J. L. e Harding, H. G. (2012). Deficits in emotion regulation mediate the relationship between childhood abuse and later eating disorder symptoms. *Child abuse & neglect*, 36(1), 32-39

Grilo, C. M., Masheb, R. M. e Berman, M. (2001). Subtyping women with bulimia nervosa along dietary and negative affect dimensions: A replication in a treatment-seeking sample. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 6(1), 53-58.

Openshaw, C., Waller, G. e Sperlinger, D. (2004). Group cognitive-behavior therapy for bulimia nervosa: Statistical versus clinical significance of changes in symptoms across treatment. *International Journal of Eating Disorders*, 36(4), 363-375.

R. Steiger, H., Richardson, J., Schmitz, N., Israel, M., Bruce, K. R. e Gauvin, L. (2010). Trait-defined eating-disorder subtypes and history of childhood abuse. *International Journal of Eating Disorders*, 43(5), 428-432.

Summit, R. C. (1983). The child sexual abuse accommodation syndrome. *Child abuse & neglect*, 7(2), 177-193.



CASO 5

TRANSFORMAR UN ESPACIO DE IRA, DOR E VULNERABILIDADES EN ACOMPAÑAMIENTO, RESPECTO E SEGURIDADE

Daniel Idoate Calderón

Psicólogo Interno Residente en Psicología Clínica

Área Sanitaria de Pontevedra- O Salnés

daniel_idoate@hotmail.com

Marta Díaz Varela

Médica Interna Residente en Psiquiatría

Área Sanitaria de Pontevedra- O Salnés

diazvarelamarta@gmail.com

SUMARIO

CASTELÁN

RESUMO

O hospital está formado por unha amálgama de redes comportamentais e sociais e así mesmo, de persoas coas súas características e peculiaridades. Trátase tamén dun lugar coñecido e frecuente para o persoal que traballa alí pero un lugar descoñecido, que alberga incerteza, falta de control, sufrimento e unha infinidade de emocións para pacientes e familiares. Jorge é un paciente que ingresa no hospital por unha ferida profunda no pé que se viu complicada pola súa diabetes tipo I. A atención que se lle proporcionou foi dentro dun modelo integral e holístico xa que, á parte da atención física, houbo que atender aspectos psicolóxicos derivados da hospitalización. É por iso que o persoal sanitario tivo que empatizar co seu sufrimento, validar as súas emocións, respectar os seus tempos e ofrecerlle unha estancia o máis agradable posible atendendo a súa saúde ao completo.

PALABRAS CHAVE — Psicoloxía clínica e psiquiatría de ligazón. Interconsulta hospitalaria. Perda de control. Irritabilidade. Diabetes mellitus.

ABSTRACT

The hospital is formed by a combination of behaviors and people with their characteristics. The hospital is also a space well-known and usual for the staff but an unknown space with uncertainty, chaos, suffering and infinite emotions for patients and their family. Jorge is a patient who was hospitalized due to a deep wound with complications because of his Diabetes type I. The staff assisted this patient in a whole way because there are, as well as physical symptoms, psychological aspects in relationship with the hospitalization. Thus, the staff had to show empathy, to validate their emotions, to respect their estafes and to offer a comfortable space as far as possible, paying attention in a whole way.

KEY WORDS — Liaison clinical psychology and psychiatry. Hospital consultation. Chaos. Irritability. Diabetes mellitus.

INTRODUCCIÓN

Desde hai unhas décadas, a saúde comezouse a entender non só como ausencia de enfermidade, senón como “un benestar físico, psicolóxico e social que posibilita aos individuos a satisfacción das súas necesidades, a realización das súas aspiracións e o afrontamento adecuado das situacións estresantes da vida” (O.M.S., 1978).

En contraposición a isto atópase a falta de saúde e, dentro dela, a enfermidade, sendo esta, como di Soriano et al. (2009), un cambio na “vida habitual ou cotiá” das persoas que adoita caracterizarse por unha sintomatoloxía que leva diversos graos de atordamento, dor, molestias somáticas de diversos tipos, falta de coñecemento sobre as reaccións observadas, temor cara ao descoñecido etc.

Weiner (1982) lémbra-nos que o proceso de adaptación á enfermidade depende de múltiples aspectos, tales como ter en conta o sistema de crenzas de cada un, valorar as estratexias de afrontamento, o seu estilo de personalidade, que patoloxía presenta, coñecer antecedentes previos familiares coa mesma patoloxía, coñecer momentos pasados similares e como reaccionou ante eles, coñecer as súas respostas emocionais, os seus medos e as súas preocupacións, os seus hábitos e as súas relacións sociais percibidas, que información desexa ou non recibir. Estas son algunhas cousas a ter en conta á hora de traballar cos pacientes e familiares.

Se esta enfermidade non se pode levar a nivel ambulatorio, requírese a hospitalización do paciente para un maior control e especificidade do tratamento. Con este feito búscase un beneficio e unha curación do paciente, con todo, existen “efectos prexudiciais”. A hospitalización supón saír do coñecido para a persoa e supón un sometemento (que, aínda que consentido, é á forza) de protocolos de actuación, horarios e ritmos do persoal do hospital etc., que levan unha anulación da capacidade de decisión das súas vidas, unha falta de inti-

midade, unha falta de control sobre o futuro inmediato ou máis tardío do paciente e achegados, e unha incerteza, entre outras cousas.

Por iso, a hospitalización é unha fonte de tensión que pode levar sintomatoloxía no paciente (non causada pola súa enfermidade orgánica), sendo o máis habitual estados de ansiedade e de depresión.

Así pois, é necesario ter en conta un modelo biopsicosocial para poder tratar á persoa que ingresa e non só a enfermidade que padece. O traballo interdisciplinario é fundamental, xa que ter puntos de vista diferentes enriquece a forma de percibir o caso, e a pesar de non coincidir en ocasións, faise unha abordaxe holística da persoa.

A psicoloxía clínica e da saúde ocúpase do comportamento humano, dos factores que o determinan e de como inciden na saúde das persoas, e o hospital é, sen ningunha dúbida, unha armazón de redes comportamentais e sociais (tanto de persoal sanitario como de pacientes e familiares) onde cohabitan unha gran cantidade de persoas coas súas características, estruturas de personalidade, emocións, intereses etc., entrelazados e relacionados uns con outros. É función da psicoloxía clínica de interconsulta e enlace e da psiquiatría de interconsulta facilitar a convivencia entre os membros e avaliar e potenciar os recursos dos pacientes para facilitar a súa estancia nun momento tan difícil da súa vida.

MOTIVO DE CONSULTA

Mentres estaba na horta, a Jorge caeulle unha pedra no pé, o que provocou unha ferida bastante profunda. Ingresárono no andar de traumatoloxía do hospital onde lle curaron a ferida e onde permaneceu ingresado durante case dous meses. A ferida complicouse con éscaras necróticas e o proceso de curación viuse dificultado pola súa enfermidade de base (diabetes). Por este motivo, foi necesaria

a intervención cirúrxica en repetidas ocasións para limpar a ferida. Durante o devandito proceso, a dor foi insoportable, sendo necesaria a administración de analxesia oral e parenteral.

Por mor da irritabilidade que presentaba Jorge, debido a múltiples factores (medos, dor, falta de descanso, incerteza...) e que dificultaba a relación paciente-persoal, os sanitarios consideraron a opción de pedir interconsulta a saúde mental, cousa que Jorge aceptou.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Jorge, varón de 70 anos. Casado desde hai máis de 40 anos. Ten dous fillos e un neto vivindo en Alemaña. Traballou en Alemaña como técnico de laboratorio. Actualmente xubilado. Reside coa súa esposa nunha aldea. Ten animais de granxa e horta.

Os seus antecedentes somáticos son rinite alérxica, hipertensión arterial, dislipemia, diabetes mellitus, insuficiencia aórtica lixeira, artrite reumatoide, amaurose fugax en ollo dereito por aterosclerose carotídea e intervindo en dúas ocasións do ollo esquerdo tras traumatismo.

Por información achegada pola esposa, o paciente presenta antecedentes familiares de diabetes mellitus e de complicacións que derivaron en amputación de membros inferiores.

Tanto a esposa como o paciente refiren que é unha persoa moi perfeccionista e nalgunhas circunstancias rixido nas súas formulacións. Descríbese tamén como unha persoa moi activa que, a pesar de estar xubilado, mantense todo o día traballando na horta e coidando dos animais.

OBXECTIVOS

O primeiro obxectivo que se expuxo foi diminuír o seu nivel de irritabilidade, xa que isto prexudicábase por dúas vías; por unha banda, atopábase mal consigo mesmo, “estou enfadado comigo mesmo xa que son bastante inquieto e por culpa diso tiveron a ferida no pé”. Doutra banda, este estado de irritabilidade provoca un rexeitamento tanto do persoal sanitario como da súa contorna familiar. Dentro desta irritabilidade observouse certo grao de sintomatoloxía depresiva (comprensible dada a súa situación).

Unha vez atendida a parte aguda, pásanse a expor outros obxectivos. A incerteza desa situación acrecéntase debido aos medos e aos temores de sufrir unha posible amputación do pé, aspecto que expomos traballar. A isto únese a falta de control por estar no ámbito hospitalario. Así pois, expónse como obxectivo segundo diminuír os seus niveis de angustia (que se manifestan, por exemplo, con tremores nas mans, entre outras cousas), centrando o traballo na incerteza, os medos e a falta de control.

Máis adiante, se a evolución non fose favorable, traballárase un dó pola amputación (obxectivo terceiro), xa que ao longo da hospitalización o persoal médico informou o paciente da posibilidade dunha mala evolución das partes brandas afectadas polo trauma en relación ao seu proceso de enfermidade de base (diabetes mellitus).

E como cuarto e último obxectivo, propónse traballar o empoderamento, é dicir, a forma de incentivar á persoa á toma de control e á responsabilidade dun exitoso manexo da súa enfermidade (diabetes tipo I), xa que neste paciente observamos unha tendencia a non asumir a responsabilidade no manexo da súa enfermidade e a delegar a dita tarefa á súa esposa. O empoderamento é visto como un desenvolvemento positivo do coidado da diabetes que foxe da noción paternalista de cumprimento e diríxese cara a unha noción máis

centrada no paciente de auto-manexo (Scambler et al., 2014).

Coa súa esposa, que é quen pasa o día na habitación con el, non nos expomos ningún obxectivo concreto xa que non observamos ningunha demanda nin nada en particular que indique a nosa intervención con ela.

A saúde mental de interconsulta caracterízase por ir “detrás” do paciente; acompañando, respectando e sacando aos poucos os recursos dos propios pacientes e familiares. É por iso que os obxectivos non son fixos e é necesario ter certa flexibilidade para adaptarnos ao paciente e non viceversa.

INTERVENCIÓN

O primeiro obxectivo consistiu en diminuír os niveis de irritabilidade. Para iso, observamos que existían unha serie de factores en estreita relación co devandito estado: o mal control da dor e as dificultades para un descanso adecuado. Dado que tamén se observou certa clínica depresiva optouse por pautar un antidepressivo dual (venlafaxina) coa finalidade de mellorar a analxesia e o estado de ánimo disfórico. Tamén se pautou un hipnótico para mellorar o sono.

O segundo obxectivo pretendía diminuír os niveis de angustia en relación á falta de control, incerteza e temor a posibles consecuencias. Para iso, considerouse que era de vital importancia reducir o distrés psicolóxico, xa que este tamén pode levar ao incumprimento terapéutico que á súa vez incrementa o risco de complicacións micro e macrovasculares (Davies et al., 2006). Para iso, traballouse a relación terapéutica: validando as súas emocións, facendo un percorrido vital, traballando relacións percibidas cos seus familiares e amigos e sinalando como o seu enfado, aínda que moi xustificable, interfería no trato co persoal sanitario. Dedicouse tempo a esta parte e cando se sentiu máis cómodo na relación comezaron a xurdir as preguntas sobre o seu estado somático.

Neste punto, enlazouse co terceiro obxectivo: traballar os medos (que eran unha gran fonte da angustia). Traballáronse moi lentamente xa que era incapaz, ao principio, de verbalizalos. Falouse sobre estes medos de forma abstracta e conforme pasaban as sesións el ía concretándose máis. Falouse co persoal sanitario para darlles indicacións de que fosen respondendo aos poucos ao que el ía preguntando, dándolle tempo para expresarse e resolver todas as súas dúbidas.

Un último obxectivo a traballar foi o empoderamento, como forma de incentivar a toma de control e a responsabilidade dun exitoso manexo do seu diabetes. Hai que lembrar que o paciente manifestaba que o ingreso fora culpa súa, por ser tan activo e que por culpa diso fíxose a ferida no pé. Redefiniuse esta actividade como algo moi positivo xa que esta achegáballe moita enerxía e vitalidade, cousa que podía investir en medidas de autocoidado. Fíxose unha revisión da súa estancia no hospital e das recomendacións médicas de cara ao control glucémico.

CONCLUSIÓNS

Os resultados indican que un axeitado manexo do paciente diabético require a consideración por parte dos médicos dos aspectos psicolóxicos e psiquiátricos por dúas razóns: a efectividade da terapia nun bo grao depende da propia conduta do paciente; e porque é considerablemente frecuente, máis que na poboación xeral, que a aparición de síntomas emocionais afecten negativamente no curso da diabetes (Dziemidok et al., 2011).

Por tal motivo, a literatura apoia a necesidade dun equipo multi e interdisciplinario para a abordaxe do paciente diabético que inclúa un traballador social e un psicólogo clínico que asista as dificultades do paciente, non só centrándose no manexo da diabetes, senón tamén velando polo bo funcionamento nas

súas respectivas vidas sendo capaces de exercer diferentes roles como pais, estudantes, traballadores etc. (Shama Tareen et al., 2017).

Van der Fletz-Cornelis et al. conclúen que a psicoterapia combinada coas emerxentes intervencións educacionais de autocoidado deberían ser a primeira liña de tratamento para a depresión na diabetes, baseado no importante efecto de ambos os dous sobre a depresión e o control glucémico. En canto á farmacoterapia, os estudos revelan que o antidepressivo é efectivo para tratar síntomas depresivos, pero o seu efecto no control glucémico depende do tipo de antidepressivo. Con todo, non se pode chegar a ningunha conclusión debido ao pequeno número de ensaios clínicos aleatorizados dobre cego, así como ao pequeno tamaño da mostra e duración dos ensaios (E. Hyphantis et al., 2012).

Por todo isto, a conclusión á que se pode chegar é que hai que entender o ser humano como un ser social, psicolóxico e físico e, por tanto, unha abordaxe en saúde efectiva debe pasar por atender este tres dimensións de forma integral.

Referencias

Andreoulakis, E., Hyphantis, T., Kandyli D. e Iacovides, A. (2012). Depression in diabetes mellitus: a comprehensive review. *Hippokratia*. 16. 205-214.

Davies, M., Dempster M. e Malone, A. (2006). Do people with diabetes who need to talk want to talk? *Journal compilation UK, Diabetic Medicine*. 23. 917-919.

Dziemidok, P., Makara-Studzinska, M. e Mirosław, J. (2011). Diabetes and depression: a combination of civilization and life-style diseases is more than simple problem adding-literature review. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*. 18. 318-322.

O.M.S. Alma Alta (1978). *La atención primaria de salud*. Xenebra. O.M.S.

Scambler, S., Newton, P. e Asimakopoulou, K. (2014). The context of empowerment and self-care within the field of diabetes. *Health*. 18. 545-560.

Shama Tareen, R. e Tareen, K. (2017). Psychosocial aspects of diabetes management: dilemma of diabetes distress. *Transnational Pediatrics*. 17. 383-396.

Soriano, J., Monsalve, V. e Santolaya, F. J. (2009). *Guía práctica de psicología de la salud en el ámbito hospitalario*. Valencia. España. Colegio Oficial de Psicología de la Comunidad Valenciana.

Van der Fletz-Cornelis, C. M., Nuyen, J., Stoop, C., Chan, J., Jacobson. A.M., Katon, W. et al. Effect of interventions for major depressive disorder and significant depressive symptoms in patients with diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry*. 32. 380-395.

Weiner, H. (1982). Psychobiological factors in bodily disease. En T. Millon, C. Green e R. Meagher (Eds.), *Handbook of Clinical Health Psychology*. N.Y. Plenum Press.

TRABALLO PREMIADO NAS XXIV XORNADAS
DE PSICOLOXÍA E SAÚDE DO COPG

COMUNICACIÓN

PREVALENZA DA
CONDUTA SUICIDA NO
SERVIZO DE URXENCIAS
DE FERROL: ACHEGAS
METODOLÓXICAS
(ALÉN DAS CIFRAS)

Manuel Castro Bouzas

Psicólogo Clínico

Área Sanitaria de Ferrol

manuel.castro.bouzas@sergas.es

SUMARIO

CASTELÁN

RESUMO

O suicidio ten un impacto importante en termos de morte por causas externas. E a conduta suicida previa aparece como un dos máis importantes factores de risco para o mesmo. Intervir na mesma podería afectar ao número de suicidios no ámbito comunitario. Para poder medir fiablemente o resultado das intervencións comunitarias cómpre ter rexistros da demanda por conduta suicida. Neste caso defínese a conduta suicida baseándose na demanda e o seu axuste a unhas categorías previas, ofrecéndose datos na Área Sanitaria de Ferrol obtidos entre os anos 2012 e 2014, obtendo unhas taxas estandarizadas entre 101,6 e 120,6 episodios de conduta suicida atendida no Servizo de Urxencias por cada 100.000 habitantes maiores de 15 anos, ou de 83,2 a 97,3 episodios se atendemos a unha definición de só tentativas suicidas.

PALABRAS CHAVE — Suicidio, Conduta Suicida, Epidemioloxía, Urxencias

ABSTRACT

Suicide has a deep impact considering its presence among causes of death by external reasons. And previous suicidal behaviours become one of the most important risk factors to suicide. A reduction in the number of committed suicides could be affected by a specific community approach. In order to have an accuracy measure of the impact of those community interventions a requested suicidal behaviour episodes record is needed. From this point of view a request-based definition of suicidal behaviour is proposed, according their fitness to previous categories. Several data from Ferrol Health Department are provided. Between years 2012 and 2014, standardized rates of suicidal behaviour are from 101,6 to 120,6 episodes attended in Hospital Emergency Department per 100000 inhabitants over 15 years old; or from 83,2 to 97,3 episodes whether only suicide attempts are recorded.

KEY WORDS — Suicide, Suicidal Behaviour, Epidemiology, Emergencies

INTRODUCCIÓN

Os intentos de suicidio nos países occidentais estanse a converter nun problema asistencial de gran envergadura. Estímanse en preto de 200.000 o número de intentos de suicidio en Francia durante o ano 2002, e superando os 800.000 nos EUA durante o 2005 (American Association of Suicidology, 2006). Por outra banda, os intentos de suicidio son entre 10 e 40 veces máis numerosos que os suicidios consumados de acordo cun estudo multicéntrico realizado en varios países europeos (Platt, Bille-Brahe, Kerkhof et al., 1992).

O noso medio non é unha excepción. En Madrid recolléronse datos dun hospital xeral que atendendo unha área sanitaria de 500.000 persoas acha unha taxa de tentativas de suicidio anual de 55,6/100.000 (Baca-García, Díaz-Sastre, Basurte et al., 2001).

Na Comunidade Autónoma de Galicia, na Área do Salnés, entre os anos 2005 ao 2009 os datos subiron case ininterrompidamente desde cifras anuais parellas á amentada do 59,6/100.000 habitantes ata os 105,4 (Vázquez Lima, Álvarez Rodríguez, López-Rivadulla Lamas, Cruz Landeira e Abellás Álvarez, 2012). En Lugo posteriormente (anos do 2007 ao 2011) con taxas tamén crecentes desde os 76,3/100.000 ata os 95,4/100.000 (Fernández, Begazo, Ferro e Canedo, 2013) cunha taxa de suicidio consumado entre 13,33 e 20,9.

En Ferrol nun traballo previo (de Alba et al., 2013) a taxa estimable para o ano 2010 foi de 105,9/100.000 habitantes. Pero neste caso a recollida de casos fora de 6 meses e o seguimento dun ano.

Os datos encontrados sinalan que os intentos de suicidio previos son o mellor preditor de novos intentos autolíticos (Cooper, Kapur, Webb et al., 2005), atopándose un aumento progresivo da gravidade nos mesmos e, ao tempo, do risco de suicidio consumado (Malone, Haas, Sweeney e Mann, 1995). De feito, calcúlase

que a probabilidade de suicidio consumado é nestas persoas case 100 veces superior ao da poboación xeral (Hawton e Fagg, 1988) e catro veces máis frecuente en comparanza con outras persoas con diagnósticos de trastorno mental (Christiansen et al., 2007). E, finalmente, un 50% dos pacientes que se suicidan presentaran previamente tentativas de suicidio (Sadock e Sadock, 2008); e o 20% destas persoas visitaran os dispositivos de asistencia psiquiátricos nos 12 meses previos ao suicidio.

A quen lle preocupen as causas de mortalidade na poboación non se lle debe estar escapando o progresivo incremento da influencia do suicidio dentro dos estatísticos que anualmente publica o Instituto Nacional de Estadística. As taxas medias de mortalidade cifras en España, segundo os seus datos (INE, 1996) entre os anos 1985 e 1994, situáronse no 5,9 por 100.000 habitantes/ano. Xa no ano 2006 acadouse que de cada 1.000 pasamentos, 8,7 foran debidos a suicidio ou feridas autoinfrinxidas (Bernal, Haro, Bernert, Brugha, De Graaf, Bruffaertes et al., 2007). No ano 2011 foi a primeira causa externa de morte, incrementando un 11,3% entre os anos 2011 e o 2012 ata situarse nunha taxa bruta de 7,6 falecementos por cada 100.000 habitantes por este motivo nese ano. En Galicia chegaronse por tódalas causas externas (incluíndose accidentes) os 30 falecementos por cada 100.000.

Pero desde aquela acadouse un máximo histórico (coincidindo cun cambio na metodoloxía de rexistro) no ano 2013 (INE, 2015) con 3.870 persoas (2.911 homes e 959 mulleres) ata as últimas cifras coñecidas (INE, 2019) con 3.679 mortes (2.718 homes e 961 mulleres) e en ningún momento se baixa dos 3.500. E desde o ano 2008 os falecementos atribuídos a suicidio superan aos motivados por accidentes de tráfico por mor dun claro descenso do mesmo. (*Post scriptum* no ano 2018 – INE, 2020 – as cifras foron de 3.539, 2.169 homes e 920 mulleres). As cifras aproximadas para todo o Estado desde o ano 2012 non baixaron dese 7,6 e acadando no ano 2013 a taxa bruta de

8,2 suicidios consumados por cada 100.000 habitantes.

Centrándonos en Galicia segundo o último informe publicado do IMELGA (ano 2017) desde o ano 2006 ata o 2016 houbo cada ano unha media de 339,8 mortes no que se concluíu suicidio. Daríanos unha taxa media para a poboación maior de 14 anos de 12,31 por cada 100.000 habitantes. No mesmo informe aparecen os datos aproximados (xa que parte dos usuarios estarían nun partido xudicial, o de Betanzos, que non se incluírían aquí) sobre a poboación da Área Sanitaria de Ferrol. Cada ano, os datos indícanos un total de 27,1 falecementos por este motivo, e iso correspondería cunha taxa bruta de 15,1 suicidios consumados por cada 100.000 habitantes maiores de 14 anos. No ano 2016 a taxa estandarizada de suicidios en Galicia foi de 11,08, seguida de Asturias co 10,89 e Murcia con 8,43 (considerar en todo o Estado a cifra de 7,46). As máis altas atopadas, non obstante, son as Lituania con 29,8; mencionar Portugal con cifras de 10 (OCDE, 2018).

Pero este peso non se ve acompañado claramente dalgunha intervención ou campaña con claro impacto na poboación. No ano 2016 houbo en toda España 44 mortes por violencia de xénero, e 1.890 en accidentes de tráfico (onde é sabido que o factor humano é responsable da inmensa maioría dos mesmos). Nese ano houbo 3.569 mortes por suicidio. Non hai comparación entre o investimento entre as campañas informativas e publicitarias dedicadas a estas dúas situacións dramáticas e a dedicada ao suicidio. Parece que costa levantar o tabú, aínda presente e coa carga do anatema relixioso, para afrontar publicamente o reto de intervir para diminuír (como se ten conseguido con diferente éxito noutras condutas) o seu peso nas cifras de mortalidade. Pero mesmo directrices que buscarían mellorar o acceso a unha información de calidade, través dos medios, vense sinxelamente ignoradas (De la Torre, López y Martínez, 2017) cando non contrariadas. Résultame difícil non ver tras

disto unha negligente ausencia de implicación no tema.

A pesar de todo o dito non se estableceron procedementos claros e con aval empírico para a detección daquelas persoas que unha vez atendidas no contexto asistencial teñan un maior risco de reintento, co perigo correspondente. E tampouco están desenvolto métodos claramente establecidos para a intervención cos usuarios con estas tentativas suicidas trala alta hospitalaria (Appleby, Shaw, Amos et al., 1999), se ben hai indicios de que unha meirande accesibilidade á intervención especializada, ou estar recibindo a mesma, tería un efecto protector (McLean, Maxwell, Platt, Harris e Jepson, 2008).

Polo devandito no apartado previo penso que resulta doado ter unha imaxe clara da gravidade do problema, se ben non o é o atopar información publicada comparable e sólida da magnitude desta situación. Problemas como a definición operativa do que se mide ou cal deba ser a información recollida son unha constante que, opino, non está resolta nin clínica nin institucionalmente.

Todos estes elementos xustifican o desenvolvemento de actividades como as recollidas no Plan de Prevención do Suicidio (Sergas, 2017). E en concreto na súa medida 33 recolle a necesidade de Recoller e Rexistrar os intentos de suicidio nos Servizos Sanitarios, poñendo en valor as bondades de contar cun protocolo para a recollida de tales tentativas. Unha das utilidades de contar con estes datos é a posibilidade de poder avaliar o impacto de calquera medida de intervención nun territorio en parámetros relevantes (*verbi gratia*, número de tentativas suicidas atendidas, número de reintentos nun período de tempo). Lamento dicir que desde ese ano seguimos con ese plan, e co mesmo número de accións no global.

Ante esta situación aparecen iniciativas locais, con ese acubillo (o do Plan de Prevención) pero sen apoio explícito (do que eu me poida decatarse). En concreto, na Área Sanitaria

de Ferrol houbo unha iniciativa dende a xefatura de Servizo de Psiquiatría, que xurdiu da impresión desde a práctica clínica do importante impacto local das condutas suicidas na Área. Os datos encontrados (Vázquez Lima, Álvarez Rodríguez, López-Rivadulla Lamas, Cruz Landeira e Abellás Álvarez, 2012; De Alba Carballo et al., 2013) pareceron avalar esa impresión.

Deste xeito desenvolvéronse na Área Sanitaria cando menos unhas pautas de actuación para garantir na medida do posible o contacto cos dispositivos asistenciais, a recollida dun conxunto básico de datos segundo o recollido polo protocolo MON.SU.E da Organización Mundial da Saúde (OMS) e máis adiante incorporando instrumentos psicométricos (*Grupo de traballo da Guía de Práctica Clínica de Prevención e Tratamiento da Conduta Suicida*, 2010) para completar a información clínica. Para permitir a explotación dos datos realizouse un proxecto de investigación, contando coa autorización 2015/106, e que foi a base dos resultados aquí presentados.

Así que un dos obxectivos desta comunicación é presentar a situación sobre as diferentes definicións sobre o que se podería considerar tentativa suicida ou outro tipo de conduta de interese para este fenómeno, xa que tal definición afectaría a aqueles aspectos da realidade medidos. E fornecer as cifras obtidas en Ferrol e a súa evolución nos anos 2012 a 2014. Isto permitiríanos neste aspecto partir dunha liña base en relación co cal poder medir a evolución e o impacto das medidas que se puideran ir aplicando no medio.

DEFINICIÓNS

Hai definicións como as expresadas no devandito Plan, que abanean desde 'ideas suicidas' ata (nesta comunicación) 'intento de suicidio', pasando por 'xesto suicida' ou 'autolesión'. Pero estas definicións non son únicas, coexis-

tindo con outras como 'parasuicidio', *self-harm*, *near-fatal self-harm*, *deliberated self-harm*, *suicide attempted*, *suicide behaviour* e outras semellantes. De feito, estas definicións poden ser tan operativas como o ítem 9 do BDI, pero sería discutible a súa relevancia na práctica clínica real.

Neste traballo considerouse 'conduta suicida' relevante clinicamente aquela conduta relativa ao suicidio que motiva a busca de axuda a Servizos de Saúde (indicio de intensidade) e que abrangue desde a ideación e a súa comunicación (indicio de intensidade e de impacto na contorna) ata a comisión dunha acción potencialmente perigosa para a súa saúde coa intención aparente de rematar coa súa vida (indicio de letalidade).

PROCEDEMENTO E RESULTADOS

A Área Sanitaria de Ferrol tiña no ano 2012 unha poboación asignada de algo máis de 189.000 persoas, centrando a recollida de datos naqueles que tiñan máis de 14 anos, o que reducía a poboación obxecto de estudo a case 163.400 persoas.

O Servizo de Urxencias recolle as demandas de toda a Área daquelas situacións ou patoloxías que exceden os recursos dos dispositivos ambulatorios, ben polas características das demandas ou pola intensidade das mesmas. Está situado no Hospital Arquitecto Marcide, cunha distancia máxima a calquera dos Centros de Saúde ou PACs duns 70 minutos (Mañón – Cariño).

A metodoloxía consistiu na revisión das historias clínicas das demandas por parte do Servizo de Urxencias ao Servizo de Psiquiatría por este motivo entre o 1 de xaneiro de 2012 deica o 31 de decembro de 2014. Non houbo criterios de exclusión expresos nesta recollida inicial.

URXENCIAS

No Servizo de Urxencias atendéronse o seguinte total de demandas de atención urxente (Táboa 1):

Táboa 1

Variable	2012	2013	2014
Total de urxencias hospitalarias atendidas	33.059	30.951	31.218
Total de urxencias do Servizo de Psiquiatría	785	764	754
% de urxencias S. Psiquiatría respecto do total	2,37%	2,47%	2,41%
Episodios de conduta suicida atendidos urxencias	175	206	213
% respecto das urxencias do S. Psiquiatría	22,3%	27%	28,2%
% respecto do total de urxencias hospitalarias	0,53%	0,67%	0,68%
Variación interanual entre datos de Urxencias	Referencia	-6,4%	-5,57%
Ídem de Urxencias do Servizo de Psiquiatría	Referencia	-2,67%	-3,95%
Ídem de Episodios Urxencias Conduta Suicida	Referencia	17,7%	21,7%
Variación interanual entre datos de Urxencias		Referencia	0,86%
Ídem de Urxencias do Servizo de Psiquiatría		Referencia	-1,31%
Ídem de Episodios Urxencias Conduta Suicida		Referencia	3,4%

Obsérvase aquí como os casos de conduta suicida, cunha tendencia bruta crecente, evolucionan de modo contrario ao total de servizos urxentes hospitalarios atendidos polo Servizo de Psiquiatría: iso tradúcese nun aumento da porcentaxe do 22% ao 28%. E outro tanto acontece co total de Urxencias (aínda que en números moito máis modestos).

A evolución tomando o primeiro ano como referencia tamén resulta importante. No número total de urxencias atopamos reducións arredor do 3% e do 5% das atendidas polo Servizo de Psiquiatría e das totais do Servizo de Urxencias; no caso dos suicidios aumentos do 17% e do 21%. Tomando o segundo ano non son tan marcados, pero en liñas xerais reiteran os mesmos resultados: hai unha diminución ou estabilización do número de urxencias e un medre no número de condutas suicidas atendidas.

Recollendo estes datos e tomando como referencia a poboación do ano 2012, as taxas obtidas de conduta suicida atendida no Servizo de Urxencias foron as seguintes (táboa 2):

Obsérvase que nas taxas podemos atopar unha variación de case arredor dun 7% entre as taxas brutas e as estandarizadas para Europa, seguindo a metodoloxía da OMS (Boletín Epidemiolóxico, 2002). E, por outra banda, cando se elimina a categoría de ideación suicida as taxas redúcense nuns 20 puntos, manténdose arredor do 6% a variación entre a bruta e a estandarizada.

A evolución por outra banda parece relativamente crecente coa definición de conduta suicida xa amentada. Mais se só atendemos a condutas con tentativa expresa, a evolución pasa de ser crecente desde o 2012 ao 2013 a, posteriormente, estabilizarse ou reducirse levemente.

Como se aprecia, a definición dos aspectos da realidade recollidos (neste caso conduta suicida que inclúa ou non ideación) afecta sensiblemente ás cifras obtidas. Ou igualmente a metodoloxía para a obtención das taxas (brutas fronte estandarizadas). Imaxinemos que alguén que queira “vender” un resultado, dera no ano 2013 baixo o epígrafe de “taxa de

Táboa 2

Variable	2012	2013	2014
Taxas* brutas conduta suicida	107,1	126,1	130,4
Taxas* estandarizadas de conduta suicida	101,6	117,5	120,6
Taxas* brutas X60-X84	87,5	107,7	105,3
Taxas* estandarizadas X60-X84	83,2	101	97,3
* casos/100.000 habitantes			

tentativas suicidas” (ou calquera outro termo aparentemente coñecido por todos pero sen unha definición expresa) a cifra real de 126,1. E, baixo o mesmo epígrafe, fornecera no ano 2014 o resultado dunha “intervención”, a cifra real de 97,3. Calquera de nós exclamaría “Magnífico!!” perante de algo que é sinxelamente unha groseira manipulación.

Por último engadir que unha recollida estruturada de datos permitiría non só poder achegar datos fiables e contrastables en distintos territorios, que puideran ser monitorizados en series evolutivas; tamén permitiríanos un mellor coñecemento do fenómeno e do seu impacto nas persoas, así como peneirar cales son os datos máis relevantes e cales non.

CONCLUSIÓN

- Cómpre contar con cifras fiables sobre as taxas de conduta suicida nun territorio para saber de onde partimos. E estas dependen das definicións explícitas que se usen e da metodoloxía de recollida dos datos.
- As cifras na Área Sanitaria de Ferrol son superiores a outras mencionadas na literatura noutras zonas: son case o dobre das amentadas en Madrid, levemente superiores ás de Lugo e iguais ás recollidas previamente para Ferrol.
- Este tipo de condutas motivan, se ben non unha porcentaxe numérica espectacular da actividade global do Servizo de Urxencias, si corresponde a arredor dunha cuarta parte da asistencia urxente hospitalaria por parte do Servizo de Psiquiatría.
- Permitiríanos coñecer se intervir nas tentativas provocaría unha diminución no suicidio consumado.

Bibliografía

American Association of Suicidology (2006). *USA Suicide: 2005 Official Final Data*. American Association of Suicidology, Wisconsin.

Appleby, L., Shaw, J., Amos, T. et al. (1999). Suicide within 12 months of contact with mental health services: national clinical survey. *BMJ Br Med J*, 318:1235-9.

Baca-García, E., Díaz-Sastre, C., Basurte, E. et al. (2001). A prospective study of the paradoxical relationship between impulsivity and lethality of suicide attempts. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62:560-4.

Bernal, M., Haro, J. M., Bernert, S., Brugha, T., De Graaf, R., Bruffaertes, R. et al. (2007). Risk factors for suicidality in Europe: results from the ESEMED study. *Journal of Affective Disorders*, 101:27-34.

Boletín Epidemiológico/Organización Panamericana de Salud (2002). La estandarización: un método epidemiológico clásico para la comparación de tasas, 23(3): 9-12.

Carter, G., Milner, A., McGill, K., Pirkis, J., Kapur, N. e Spittal, M. J. (2017). Predicting suicidal behaviours using clinical instruments: systematic review and meta-analysis of positive predictive values for risk scales. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 210(6), 387-395.

<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.182717>

Cooper, J., Kapur, N., Webb, R. et al. (2005). Suicide after deliberate self-harm: a 4-year cohort study. *American Journal of Psychiatry*; 162:297-303.

De Alba Carballo, M. R., Fernández Baz, I., Díaz Vidal, L., Martínez Hervés, M., Costas González, M. e Núñez Arias, D. (2013). Evolución de pacientes con intento de suicidio: seguimiento a un año. *Revista Gallega de Psiquiatría y Neurociencias*; 12: 20–26.

De la Torre Hernández, H.; López Cerdido, E. e Martínez Lamosa, E. (2017). Tratamiento de Noticias nun diario dixital. *Anuario de Psicología e Saúde*, 10: 96-98.

European Commission in the context of the project “Monitoring Suicidal Behaviour in Europe” (2008). *Final Report of the Implementation of the Action. Monitoring Suicidal Behaviour in Europe (MONSUE)*. Würzburg: European Commission, 2007-06-01 – 2008-06-01.

Fernández, E., Begazo, J. L., Ferro, V. e Canelo, C.. (2013). Cuando el paciente suicida requiere cuidados intensivos. *Rev Gallega Psiquiatr Neurocienc.*; 12: 41-44.

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (2010). I. Evaluación y Tratamiento. *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalia-t); Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2010/02.

Hawton, K. e Fagg, J. (1988). Suicide and other causes of death following attempted suicide. *British Journal of Psychiatry*; 152: 259-266.

López-Ibor, J. J., Pérez, A. e Rubio, V. (1996). *Examen Internacional de los trastornos de la personalidad (IPDE): Módulo DSM-IV e CIE-10*. Madrid: Meditor.

Malone, K. M., Haas, G. L., Sweeney, J. A. e Mann, J. J. (1995). Major depression and the risk of attempted suicide. *Journal of Affective Disorders*; 34:173-85.

McLean, J., Maxwell, M., Platt, S., Harris, F. e Jepson, R. (2008). *Risk and Protective Factors for Suicide and Suicidal Behaviour: A Literature Review*. Scottish Government, 145 p. (Social Research).

Mikulic, I. M., Cassullo, G. L., Crespi, M. C. e Marcon, I. A. (2009). Escala de Desesperanza BHS (A. Beck, 1974): estudio de las propiedades psicométricas y baremización de la Adaptación Argentina. *Anuario de Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires*, 16: 365-373.

Platt, S., Bille-Brahe, U. e Kerkhof, A. et al. (1992). Parasuicide in Europe: the WHO/EURO multicentre study on parasuicide. I. Introduction and preliminary analysis for 1989. *Acta Psychiatr Neurol Scand.*, 85: 97-104.

Runeson, B., Odeberg, J., Pettersson, A., Edbom, T., Jildevik Adamsson, I. e Waern, M. (2017). Instruments for the assessment of suicide risk: A systematic review evaluating the certainty of the evidence. *PloS One*, 12(7), e0180292. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0180292>

Sadock, B. J. e Sadock, V. A. (2008). Suicidio. En: Kaplan, H. I., Sadock, B. J. (ed.): *Sinopsis de Psiquiatría*. Barcelona: Wolters Kluwer Lippincott Williams & Wilkins, 897-907.

Vázquez, C. e Sanz, J. (1998). Fiabilidad e validez de la versión española del Inventario para de la Depresión de Beck de 1978 en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud*, 10(1), 59-81.

Vázquez Lima, M. J., Álvarez Rodríguez, C., López-Rivadulla Lamas, M., Cruz Landeira, A. e Abellás Álvarez, C. (2012). Análisis de los aspectos epidemiológicos de las tentativas de suicidio en un área sanitaria desde la perspectiva de un servicio de urgencias. *Emergencias*, 24, 121 -125.

TRABALLO PREMIADO NAS XXIV XORNADAS
DE PSICOLOXÍA E SAÚDE DO COPG

PÓSTER

AVALIACIÓN NEUROPSICOLÓXICA NO CADASIL: A PROPÓSITO DUN CASO

Zoraida González Cornide*, **Emma Pérez
Arbide****, **María Salomé Botana Martínez***,
Francisco Javier Sardiña Agra***

* *Residentes de Psicoloxía Clínica.*

Área Sanitaria da Coruña e Cee

** *Residente de Psicoloxía Clínica.*

Rede de Saúde Mental de Bizkaia.

*** *Facultativo Especialista de Psicoloxía Clínica.*

Área Sanitaria da Coruña e Cee

zoraida_pastoriza@hotmail.com

SUMARIO

CASTELÁN

INTRODUCCIÓN

O CADASIL (Cerebral Autosomal Dominant Arteriopathy with Subcortical Infarcts and Leukoencephalopathy) é unha enfermidade hereditaria autosómica dominante de pequeno vaso causada por mutacións no xene NOTCH3, que afecta a adultos de mediana idade. Caracterízase por unha serie de danos no sistema nervioso central producidos por infartos isquémicos recorrentes acompañados de lesións difusas na substancia branca e infartos subcorticais.

A análise xenética e a resonancia magnética (RM) teñen un papel crucial no diagnóstico e a avaliación clínica da enfermidade.

As principais manifestacións clínicas son os accidentes cerebrovasculares isquémicos, a hemicrania con ou sen aura, as alteracións do humor, a apatía e a deterioración cognitiva.

Este maniféstase inicialmente cunha alteración das funcións executivas, a fluencia verbal e a memoria. As habilidades visoespaciais e o razoamento diminúen, especialmente despois dos 60 anos. O declive cognitivo é lento e progresivo, segue un curso graduado debido aos infartos recorrentes e nun 75% dos casos deriva en demencia vascular.

OBXECTIVOS

O obxectivo deste estudo é comprobar se o perfil obtido na avaliación neuropsicolóxica se corresponde cos déficits cognitivos descritos na literatura científica sobre o CADASIL e, con iso, valorar a utilidade da avaliación neuropsicolóxica como coadxuvante no diagnóstico desta enfermidade.

MATERIAL E MÉTODO

Lévase a cabo un estudo de caso único (N=1). Trátase dunha muller de 52 anos que acode ao Programa de Avaliación Neuropsicolóxica derivada desde o servizo de Neuroloxía. A avaliación neuropsicolóxica realízase en tres sesións dunha hora de duración. Tras a revisión da historia clínica e a realización da entrevista clínica, adminístrase a batería cognitiva (CAMCOG-R) da proba de Exploración Cambridge Revisada (CAMDEX-R), o Test de Simulación de Problemas de Memoria (TOMM), a Batería de Avaliación Frontal (FAB), o Test de Retención Visual de Benton (TRVB), o subtest Díxitos da Escala Wechsler de Intelixencia para Adultos-III (WAIS-III) e o subtest Memoria Lóxica da Escala Wechsler de Memoria-IV (WMS-IV). Tras a corrección das probas, analizáronse os resultados contrastándoos cos estudos revisados.

RESULTADOS

Os resultados mostran déficits a nivel atencional, con dificultades de acceso á información e manexo da mesma e lentitude no procesamento mental. Obsérvanse así mesmo dificultades en memoria inmediata e demorada (tanto verbal como visual), orientación temporoespacial, cálculo, fluidez verbal (fonética e semántica) e funcións executivas, tales como o pensamento abstracto, o razoamento visual e o control inhibitorio.

As habilidades perceptivas e visoconstrutivas, as praxias ideacionais e a linguaxe parecen preservados.

CONCLUSIÓN

O perfil neuropsicolóxico atopado é suxestivo dunha afectación cerebral con predominio en substancia branca, o cal é congruente cos achados das probas de neuroimaxe e cos

déficits cognitivos descritos na investigación do CADASIL. Estes resultados apoian a idea de que a avaliación neuropsicolóxica pode constituír unha ferramenta complementaria útil no proceso diagnóstico desta enfermidade.

Bibliografía

Hack,, Rutten, J. y Lesnik Oberstein, S. A. J. (2019). Synonym: Cerebral Autosomal Dominant Arteriopathy with Subcortical Infarcts and Leukoencephalopathy. Genereviews. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/>

Ling, C., Fang, X., Kong, Q., Sun, Y., Wang, B., Zhuo, Y., An, J. et al. (2019). Lenticulostriate Arteries and Basal Ganglia Changes in Cerebral Autosomal Dominant Arteriopathy With Subcortical Infarcts and Leukoencephalopathy, a High-Field MRI Study. *Frontiers in Neurology*, 10, 870.

Papakonstantinou, E., Bacopoulou, F., Brouzas, D., Megalooikonomous, V., D'Elia, D., Bongcam-Rudloff, E. y Vlachakis, D. (2019). NOTCH3 and CADASIL syndrome: a genetic and structural overview. *EMBNET journal*, 24.

Evaluación neuropsicológica en el CADASIL: a propósito de un caso.

Zoraida González Cornide¹, Emma Pérez Arbide², María Salomé Botana Martínez¹, Francisco Javier Sardifa Agra³

¹ Residente de Psicología Clínica. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

² Residente de Psicología Clínica. Red de Salud Mental de Bizkaia.

³Facultativo Especialista de Psicología Clínica. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

Introducción

El CADASIL (Cerebral Autosomal Dominant Arteriopathy with Subcortical Infarcts and Leukoencephalopathy) es una enfermedad hereditaria autosómica dominante de pequeño vaso causada por mutaciones en el gen NOTCH3, que afecta a adultos de mediana edad.

Las principales manifestaciones son los accidentes cerebrovasculares isquémicos recurrentes acompañados de lesiones difusas en la sustancia blanca, las migrañas con o sin aura, las alteraciones del humor, la apatía y el deterioro cognitivo. Éste se manifiesta inicialmente con una alteración de las funciones ejecutivas, la fluencia verbal y la memoria. Las habilidades visoespaciales y el razonamiento disminuyen, especialmente después de los 60 años. El declive cognitivo es lento y progresivo, sigue un curso escalonado debido a los infartos recurrentes y en un 75% de los casos deriva en demencia vascular.

Objetivos

El objetivo de este estudio es comprobar si el perfil obtenido en la evaluación neuropsicológica se corresponde con los déficits cognitivos descritos en la literatura científica sobre el CADASIL y, con ello, valorar la utilidad de la evaluación neuropsicológica como coadyuvante en el diagnóstico de esta enfermedad.

Material y método

Estudio de caso único (N=1). Mujer de 52 años, con sospecha de CADASIL, que acude al Programa de Evaluación Neuropsicológica derivada desde el servicio de Neurología.

Tras la revisión de la historia clínica y la realización de la entrevista, se administró la batería cognitiva CAMCOG-R, el Test de Simulación de Problemas de Memoria (TOMM), la Batería de Evaluación Frontal (FAB), el test de Retención Visual de Benton (TRVB), el subtest Dígitos de la Escala Wechsler de Inteligencia para Adultos-III (WAIS-III) y el subtest Memoria Lógica de la Escala Wechsler de Memoria-IV (WMS-IV).

Bibliografía

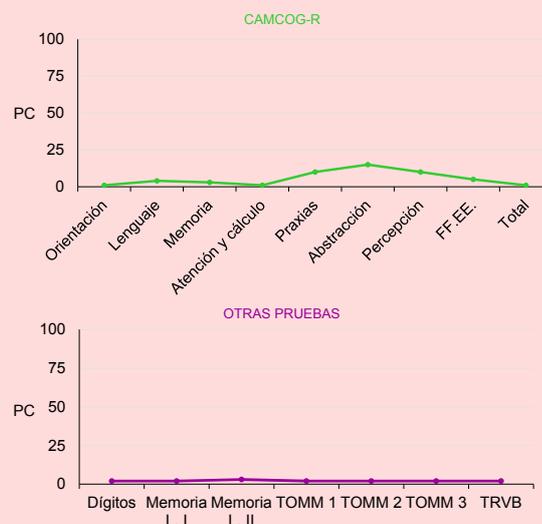
Hack, R., Rutten, J. y Lesnik Oberstein, S. A. J. (2019). Synonym: Cerebral Autosomal Dominant Arteriopathy with Subcortical Infarcts and Leukoencephalopathy. Genereviews. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/>

Ling, C., Fang, X., Kong, Q., Sun, Y., Wang, B., Zhuo, Y., An, J. et al. (2019). Lenticulostrate Arteries and Basal Ganglia Changes in Cerebral Autosomal Dominant Arteriopathy With Subcortical Infarcts and Leukoencephalopathy, a High-Field MRI Study. *Frontiers in Neurology*, 10, 870.

Papakonstantinou, E., Bacopoulou, F., Brouzas, D., Megalooikonomous, V., D'Elia, D., Bongcam-Rudloff, E. y Vlachakis, D. (2019). NOTCH3 and CADASIL syndrome: a genetic and structural overview. *EMBNet Journal*, 24.

Resultados

Los resultados muestran déficits a nivel atencional, con dificultades de acceso a la información y manejo de la misma y lentitud en el procesamiento mental. Se observan asimismo dificultades en memoria inmediata y demorada (tanto verbal como visual), orientación temporoespacial, cálculo, fluidez verbal (fonética y semántica) y funciones ejecutivas, tales como el pensamiento abstracto, el razonamiento visual y el control inhibitorio. Las habilidades perceptivas y visoconstructivas, las praxias ideacionales y el lenguaje parecen preservados.



Conclusiones

El perfil neuropsicológico encontrado es sugestivo de una afectación cerebral con predominio en sustancia blanca, lo cual es congruente con los hallazgos de las pruebas de neuroimagen y con los déficits cognitivos descritos en la investigación del CADASIL. Estos resultados apoyan la idea de que la evaluación neuropsicológica puede constituir una herramienta complementaria útil en el proceso diagnóstico de esta enfermedad.

Nº13 Revista Oficial da Sección de Psicoloxía e Saúde do COPG

OBXECTIVO DA PUBLICACIÓN

O Anuario foi, e é, unha publicación aberta. Nace co propósito de dar voz e oído, de invitar á reflexión dos que escriben e dos que len, sobre temas de interese para a Psicoloxía Clínica.

Cada número vertébrase sobre un tema central, enfocado desde diversos ángulos, incluíndo áreas de coñecemento alleas á propia, pero que poden achegar novos mapas.

PERIODICIDADE DA PUBLICACIÓN

Publicación de carácter anual.

NORMAS DE PUBLICACIÓN

AUTORES DOS ARTIGOS DO MONOGRÁFICO

Os artigos serán solicitados aos autores por parte do Equipo de Redacción do Anuario; os textos deben ser orixinais e o estilo será libre, seguindo o obxectivo xeral marcado polo Equipo.

A EXTENSIÓN máxima será de 15 páxinas, letra Times New Roman, tamaño 12, interliñado sinxelo.

A ESTRUCTURA do artigo será a seguinte:

- Título.
- Autor, lugar de traballo e e-mail de contacto.
- Resumo (150 palabras) en español ou galego e en inglés.
- Palabras chave: entre 3 e 5, en español ou galego e en inglés.
- Bibliografía estilo APA: mínimo de 5 referencias bibliográficas.

ANUARIO ABERTO: CASOS CLÍNICOS

Incluiranse descrições dun ou máis casos clínicos que supoñan unha contribución ao coñecemento da psicopatoloxía ou da intervención psicoterapéutica.

A EXTENSIÓN máxima do texto será de 6 páxinas, letra Times New Roman, tamaño 12, interliñado sinxelo.

A ESTRUCTURA do Caso Clínico deberá ser a seguinte:

- Título.
- Nome e apelidos dos autores, centro de traballo e un e-mail de contacto.
- Resumo (150 palabras): en galego ou español, e en inglés.
- Palabras chave: entre 3 e 5, en galego ou español, e en inglés.
- Introducción.
- Datos sociodemográficos.
- Motivo de consulta.
- Obxectivos.
- Intervención.
- Conclusións.
- Referencias bibliográficas: segundo a normativa da APA, cun mínimo de 5 referencias bibliográficas.

ANUARIO ABERTO: COMUNICACIÓN LIBRES

Incluiranse traballos orixinais nos que se describan traballos de investigación ou revisións teóricas de temáticas psicolóxicas, desde un punto de vista clínico ou asistencial.

A EXTENSIÓN máxima do texto será de 15 páxinas, letra Times New Roman, tamaño 12, interliñado sinxelo.

A ESTRUCTURA da Comunicación Libre deberá ser a seguinte:

- Título.
- Nome e apelidos dos autores, centro de traballo e un e-mail de contacto.
- Resumo (150 palabras): en galego ou español, e en inglés.
- Palabras chave: entre 3 e 5, en galego ou español, e en inglés.
- Introducción.
- Conclusións.
- Referencias bibliográficas: segundo a normativa da APA, cun mínimo de 5 referencias bibliográficas.

ANUARIO DE PSICOLOGÍA Y SALUD

Nº **13**

Revista Oficial de la
Sección de Psicología y Salud del COPG

PECADOS

AVARICIA • ENVIDIA • GULA
IRA • LUJURIA • SOBERBIA
PEREZA • LA CULPA



Nº13

REVISTA OFICIAL DE LA SECCIÓN DE
PSICOLOGÍA Y SALUD DEL COPG

CONSEJO EDITORIAL

José Eduardo Rodríguez Otero / Presidente

Alicia Carballal Fernández / Vicepresidenta

Carlos José Losada López / Secretario

Mercedes Fernández Cabana / Tesorera

María Blanco Suárez / Vocal

Alba Fernández Revaldería / Vocal

Eduardo Martínez Lamosa / Vocal

Almudena Campos González / Vocal

CONSEJO DE REDACCIÓN

M^a Gabriela Domínguez Martínez / Directora
PSICÓLOGA CLÍNICA. PRÁCTICA PRIVADA EN PONTEVEDRA

Noelia Pita Fernández
PSICÓLOGA CLÍNICA. ÁREA SANITARIA DE FERROL

Paula Rodríguez Vázquez
PSICÓLOGA CLÍNICA. ÁREA SANITARIA DE VIGO

Ricardo Vázquez Gómez
PSICÓLOGO CLÍNICO. PRÁCTICA PRIVADA EN PONTEVEDRA

Isabel Figueroa Matallín
PSICÓLOGA CLÍNICA. ÁREA SANITARIA DE FERROL

Almudena Campos González
PSICÓLOGA CLÍNICA. PRÁCTICA PRIVADA EN OURENSE

Laura Sotelo Estévez
PSICÓLOGA CLÍNICA. ÁREA SANITARIA DE PONTEVEDRA –
O SALNÉS

anuario@copgalicia.gal

EDITA

Colexio Oficial de Psicoloxía de Galicia
Espíñeira, 10 baixo
15706 Santiago de Compostela

T. 981 534 049 | Fax. 981 534 983

www.copgalicia.gal | copgalicia@copgalicia.gal

DISEÑO Y MAQUETACIÓN – Laura Decibreiro

IMÁGEN DE PORTADA – Burak Kostak / Pexels

ISSN: 2444-6653

Noviembre, 2020

Depósito Legal: C 1615-2019

<https://copgalicia.gal/seccions/psicoloxia-e-saude/publicacions>

El Consejo Editorial y el Consejo de Redacción no se hacen responsables de las opiniones vertidas en los artículos publicados

Las opiniones expresadas en la Presentación son responsabilidad del Consejo de Redacción

APUNTE

La preferencia de idioma en el original de cada artículo fue determinada por su autor/a, con la posterior traducción del Consejo de Redacción y revisión del COPG

SUMARIO

- 04 ————— AVARICIA / PRESENTACIÓN
M^a Gabriela Domínguez Martínez
- 06 ————— ENVIDIA / EL PECADO CAPITAL DE LAS REDES SOCIALES
Marino Pérez-Álvarez
- 18 ————— GULA / ORALIDAD Y PECADO
Irene Martínez Montero
- 30 ————— IRA / ENFOCÁNDONOS EN LA IRA CONSTRUCTIVA
M^a Victoria Canosa Raña
- 42 ————— LUJURIA / SEXUALIDADES Y ADOLESCENCIAS: TRANSFORMACIONES
EN LA ERA DIGITAL – Ricardo Fandiño Pascual + Vanessa Rodríguez Pousada
- 56 ————— SOBERBIA / UNA CONSTRUCCIÓN PATRIARCAL
Lola Ferreiro Díaz
- 72 ————— PEREZA / ABURRIMIENTO: DERECHO Y NECESIDAD
Vanessa Playán Ruíz + Henar de la Torre Hernández
- 80 ————— **HERRAMIENTAS** — LA CULPA / UN BREVE RECORRIDO A TRAVÉS
DE SU CONCEPTO Y TRATAMIENTO – Carlos Álvarez García
- 97 ————— **ANUARIO ABIERTO**
- 98 ————— **CASO 1** / VÍNCULO TERAPÉUTICO Y APEGO EN UN CASO DE TRAUMA
COMPLEJO – Sandra Cudeiro Domínguez
- 103 ————— **CASO 2** / EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA EN EL DAÑO CEREBRAL
ADQUIRIDO: UN CASO DE HEMINEGLIGENCIA
Zoraida González Cornide + María Salomé Botana Martínez + Sandra Golpe
Ferreiro + Francisco Javier Sardiña Agra
- 113 ————— **CASO 3** / EL VIAJE DE LOS LOBOS ARTÍSTICOS: GRUPO VINCULAR
Carlos Díaz Marcelo + Laura Ciudad Gallardo + María Jesús Cutillas Póveda
+ Los Lobos Artísticos (Álvaro, Kobra, Laura Camila, Rubén, Vicky e Alicia)
- 122 ————— **CASO 4** / NADIE ESTÁ DE MI PARTE: UN CASO CLÍNICO DEL PAPEL DEL
ABUSO EN LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS – Natalia Seijo
- 129 ————— **CASO 5** / TRANSFORMAR UN ESPACIO DE IRA, DOLOR Y
VULNERABILIDADES EN ACOMPAÑAMIENTO, RESPETO Y SEGURIDAD
Daniel Idoate Calderón + Marta Díaz Varela
- 135 ————— **COMUNICACIÓN** / PREVALENCIA DE LA CONDUCTA SUICIDA
EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE FERROL: CONTRIBUCIONES
METODOLÓGICAS (MÁS ALLÁ DE LAS CIFRAS) – Manuel Castro Bouzas
- 144 ————— **PÓSTER** / EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA EN EL CADASIL: A
PROPÓSITO DE UN CASO – Zoraida González Cornide + Emma Pérez
Arbide + María Salomé Botana Martínez + Francisco Javier Sardiña Agra

AVARICIA

SUMARIO

GALLEGO

PRESENTACIÓN

M^a Gabriela Domínguez Martínez

Directora del Consejo de Redacción

Psicóloga Clínica.

Práctica privada en Pontevedra

gabriela.dominguezmartinez@gmail.com

Foto: Namakuki

“Vemos un pecado capital en cada esquina, en cada casa y lo toleramos. Lo toleramos porque es común. Es trivial. Lo toleramos mañana, tarde y noche”
(Seven, David Fincher)

No era la primera vez que surgía en el equipo la idea de usar los pecados capitales como hilo conductor de artículos con variadas temáticas. Por algún motivo, primero tuvo que salir a la luz el número de *Secretos* y quizás, ante la revelación, nos permitimos pecar.

Los pecados capitales (o pasiones del alma) siguen tan vivos como siempre, habitan entre nosotros, nos sumergimos en ellos, pecamos por exceso o por defecto, cada día. Puede que el concepto de pecado no esté muy vigente en la sociedad actual, pero nos sirve como punto de partida para reflexionar a fondo sobre la condición humana a través de los siete capitales (los generadores de otros vicios y pecados). La soberbia, la avaricia, la lujuria, la ira, la gula, la envidia y la pereza son la carta de presentación de los diferentes artículos.

Y nosotros no nos resistimos a caer en la tentación y pecamos; pecamos con la *Avaricia* del saber, pero no con el afán de poseer el saber para atesorarlo y no compartirlo, sino para divulgarlo e invitar a la reflexión de todo aquel que lo desee. Pero pecado y virtud corren parejos en este caso, nosotros pecamos con la avaricia y las/los articulistas fueron virtuosas/os a través de su *generosidad* compartiendo sus conocimientos con tino y maestría.

Y de la avaricia pasamos a la *Envidia*. Pero considerándola no como un pecado cualquiera, sino como el pecado de nuestro tiempo, como nos explica el psicólogo Marino Pérez-Álvarez, idea que va desarrollando con gran acierto y claridad a lo largo del artículo; conectando las dinámicas del deseo y la comparación como sustentos de la envidia, dinámicas que están en la base de la sociedad de consumo y que se reflejan en las redes sociales.

La *Gula* corre por cuenta de Irene Martínez, psicóloga clínica, con su artículo sobre Oralidad y Pecado; en el que explica de forma cla-

ra y completa conceptos fundamentales para adentrarse en los comportamientos de carácter oral en el adulto y que invita a reflexionar sobre la problemática que esto puede entrañar y la idoneidad (o no) de las propuestas terapéuticas. ¿Podríamos hablar de una clínica oral o de personalidades orales?

La psicóloga sanitaria Victoria Canosa, desde su experiencia profesional como terapeuta del programa Abramsos o Círculo del COPG, continúa este pecaminoso recorrido con la *Ira*. En este caso trata de desterrar la mala fama de la ira, mostrándola como una emoción básica y adaptativa que nos transmite información valiosa a considerar, haciendo hincapié en la importancia de la expresión y gestión de la misma. Continúa exponiendo acertadamente apuntes sobre el trabajo de la ira en terapia y a través de ejemplos.

Y continuamos con la *Lujuria*. Ricardo Fandiño y Vanessa Rodríguez, psicólogos miembros de ASEIA (Asociación para la Salud Emocional en la Infancia y la Adolescencia), escriben sobre sexualidades y adolescencias, tomando ambos conceptos como en continua relación y en comunicación con el contexto social e histórico de cada época. Desarrollan con gran destreza la influencia de la era digital actual y de los nuevos modos de experimentar y vivir la sexualidad de nuestra época; finalizando con algunas ideas desde la práctica profesional con adolescentes y sus sexualidades.

Lola Ferreiro Díaz, experta en Salud Mental y Género, expone de manera impecable su visión de la *Soberbia* como una construcción patriarcal, invitando a la reflexión sobre el valor de la soberbia y de la humildad en los hombres y en las mujeres, sobre la culpa y la necesidad de castigo, desde la perspectiva del género y sobre la necesidad de las psicoterapias en clave feminista para superar con resiliencia los males derivados del pecado y de la culpa.

La *Pereza* viene de la mano de Vanessa Playán y Henar de la Torre, psicólogas clínicas que con gran *diligencia* enfocan el artículo desde el

derecho y la necesidad del aburrimiento, revisando las diferentes concepciones del mismo y destacando la relevancia de su papel en la infancia y como facilitador del desarrollo de cualidades como la creatividad, la autonomía o las habilidades de resolución de problemas.

Es sabido que los pecados, independientemente de las creencias de cada uno, generan *Culpa*. Y con ella finalizamos el monográfico con el apartado de herramientas, en el que Carlos Álvarez nos muestra con habilidad cómo la culpa forma parte de la vida y es de gran utilidad dentro de procesos adaptativos y de cambio, pero también existe la culpa patológica que forma parte de la sintomatología y el mantenimiento de problemas psicológicos. Nos ofrece formas de abordar la culpa desde diferentes perspectivas.

El anuario abierto nos sirve de expiación, con la exposición de cinco casos clínicos tan diferentes como interesantes. Sandra Cudeiro trae un caso sobre vínculo terapéutico y apego en un caso de trauma complejo; Zoraida González, María Salomé Botana, Sandra Golpe y Francisco Javier Sardiña otro sobre evaluación neuropsicológica en el daño cerebral adquirido; Carlos Díaz, Laura Ciudad, María Jesús Cutillas y los “lobos artísticos” un interesante caso grupal; Natalia Seijo trae un caso sobre el papel del abuso en los trastornos alimentarios; y finalmente, Daniel Idoate y Marta Díaz exponen su caso de transformación de espacios terapéuticos.

Y, para finalizar, se incluyen los trabajos premiados en las XXIV Jornadas da Sección de Psicología e Saúde do COPG: “Prevalencia de la conducta suicida en el servicio de urgencias de Ferrol: aportaciones metodológicas (más allá de las cifras)” (comunicación oral) y “Evaluación neuropsicológica en el CADASIL: a propósito de un caso” (comunicación escrita-póster).

Nuevamente, agradecer y darle la enhorabuena a mis compañeras y compañero de equipo por su implicación, trabajo y compromiso. Así como a las/ los autores de los artículos, que tan bien lo hicieron; y a las compañeras del COPG. ¡Esperamos que os quede un buen sabor de boca con la lectura!

ENVIDIA

EL PECADO
CAPITAL DE LAS
REDES SOCIALES

Marino Pérez-Álvarez

*Doctor en Psicología por la Universidad
Complutense de Madrid. Psicólogo clínico y
Catedrático de Psicología de la Personalidad,
Evaluación y Tratamientos Psicológicos de la
Universidad de Oviedo*

marino@uniovi.es

SUMARIO

GALLEGO

RESUMEN

Partiendo de que la envidia no es un pecado capital más cualquiera, se termina por mostrar que es el pecado capital de nuestro tiempo. Para mostrarlo, se conectan dos argumentos. Según el primero, la envidia tendría su base en el deseo y la comparación, de acuerdo con la teoría mimética del deseo. Según el segundo, el deseo y la comparación estarían particularmente fomentados en la sociedad de consumo y alcanzarían su apoteosis en las redes sociales. Los anuncios y redes sociales como Facebook e Instagram parecen inventadas para fomentar la envidia. La envidia sería la mediación causal entre un uso excesivo de las redes sociales y experiencias como depresión, ansiedad y soledad. Se discuten algunas implicaciones.

PALABRAS CLAVE — deseo mimético, comparación social, narcisismo de las pequeñas diferencias.

ABSTRACT

Starting from the fact that envy it is not like any other sin, it ends up showing that it is the capital sin of our time. To show it, two arguments are connected. According to the first, envy would be based on desire and comparison, following the mimetic theory of desire. According to the second, desire and comparison would be particularly promoted in the consumer society and would reach their apotheosis on social networks. Ads and social networks like Facebook and Instagram seem invented to encourage envy. Envy would be the causal mediation between excessive use of social networks and experiences such as depression, anxiety and loneliness. Some implications are discussed.

KEY WORDS — mimetic desire, social comparison, narcissism of small differences.

La envidia es uno de los pecados capitales, pero no uno más cualquiera, sino único entre ellos. Para empezar, es el único pecado que no gusta de exhibirse. Siendo eminentemente social, es socialmente impresentable. Como vicio, es el único sin placer, como no sea un tortuoso disfrute con el mal ajeno.

Viene de los tiempos bíblicos—origen del primer homicidio y objeto del décimo mandamiento—, y campea en las redes sociales. No en vano se han caracterizado los tiempos actuales como la época de la envidia, junto con otras caracterizaciones como época de la ansiedad o de la depresión, acaso fenómenos relacionados. Otras caracterizaciones más amables, quizá ingenuas, como la época de la empatía, de la compasión o de la felicidad, tal vez sean intentos de compensar, si es que no encubrir, el lado oscuro donde habita la envidia. Tanto más se habla de felicidad, cuanto más infelices son probablemente los tiempos. Si fueran tiempos felices, bastaría con vivirlos sin estar constantemente proclamando la felicidad y mucho menos diciéndonos cómo conseguirla.

La envidia habita el lado oscuro pero no quiere decir que esté dentro de nosotros inscrita en la naturaleza humana, como no sea la naturaleza social del ser humano. La envidia no está en realidad dentro, sino entre, si bien cada cual la oculta como puede. La envidia forma parte de las relaciones interpersonales implicando el deseo de algo que tiene otro y la comparación de uno con otros. Deseo y comparación, aspectos relacionales donde los haya, son constitutivos de la envidia que, sin embargo, se ha de mantener a recaudo. La envidia es un fenómeno social que se vive y nos desvive en privado. Como vicio, lleva su penitencia según es una pasión triste que se paga con numerosos malestares, siendo hasta triste su satisfacción.

El estudio de la envidia es tan desafiante con sus paradojas, como ineludible por su importancia. La importancia deriva, según lo dicho, por ser una característica de nuestra sociedad

con implicación en nuestro bienestar, en realidad malestar. Asumiendo el desafío que implica, voy a introducir la teoría mimética de la envidia, con la que los psicólogos quizá no están muy familiarizados—según predomina la típica teoría banduriana de la imitación—, por lo que también puede ser interesante su introducción. Sobre este fondo retomaré la envidia en las redes sociales. No obstante, antes voy a ofrecer una definición estándar de la envidia y su relación con otros sentimientos relacionados.

1 — ENVIDIA, CELOS, RESENTIMIENTO, ALEGRÍA POR EL MAL AJENO Y TRISTEZA POR EL ÉXITO DE OTROS

La envidia es un sentimiento doloroso por verse uno inferior a otra persona con la que se compara. Se suele distinguir una envidia benigna consistente en el anhelo de mejorar y emular a la persona envidiada, de una envidia maliciosa en la que uno se siente mal y alberga pensamientos e intenciones hostiles contra otros (Lange et al., 2018). La envidia guarda parecidos y está relacionada con otros sentimientos como los celos, el resentimiento, el disfrute con el mal ajeno (*schandenfreude*) y la tristeza por el éxito de otros (*gluckschmerz*).

Los celos suponen también un sentimiento doloroso debido en este caso a la amenaza de perder la persona amada supuesta la existencia de alguien que la pretende y a quien le corresponde o parece hacerlo. Los celos tienen una estructura triangular: sujeto celoso, persona amada de la que se tienen celos y pretendiente o rival. La envidia también tiene una estructura triangular similar, según destacaré después. Tanto en la envidia como en los celos está implicado el deseo de una forma triangular. La

diferencia está en que el deseo en la envidia es de tener lo que no se tiene y en los celos el deseo es de no perder lo que se tiene. El deseo en los celos está avivado por la amenaza que supone el deseo del rival por el objeto (la persona amada) que uno teme perder. El miedo de perder algo se junta aquí con el odio al rival y acaso envidia odiosa si la persona amada le corresponde o parece hacerlo. No sería la primera vez que los celos son provocados por la propia persona de la que uno se cela, a fin de reavivar el deseo en tanto la persona amada es objeto del deseo de otro u otros. Las novelas *El curioso impertinente* intercalada en *el Quijote* y *El eterno marido* de Dostoievski son construcciones literarias geniales de este deseo triangular.

El resentimiento es un deseo reprimido sin poder siquiera expresar el descontento ni mucho menos luchar por su alcance, al extremo incluso de (tener que) mostrar la satisfacción con la situación en la que se está. El resentimiento es un sentimiento retenido y así reduplicado que termina por intoxicar a uno. Una de sus formas puede derivar de la experiencia de envidia prologada que ha ido exacerbando el propio sentimiento de inferioridad e impotencia. Puede entenderse que el resentimiento dé lugar a rencor, revancha y venganza. De acuerdo con Nietzsche, el resentimiento es la moral de los débiles, propensa a la venganza. Por su parte Max Scheler en su obra *El resentimiento en la moral de 1912*, explica cómo el resentimiento deriva del deseo de bienes que en principio uno podría alcanzar como otros que ya los tienen pero que de hecho no tenemos oportunidad de conseguirlos. Este sentimiento de incapacidad termina por envenenar el alma, como dice. Memorable es también el estudio de Gregorio Marañón del resentimiento del emperador romano Tiberio en su obra *Tiberio, historia de un resentimiento* de 1939. El resentimiento, un tiberio.

Schadenfreude es una palabra alemana que ya se ha internacionalizado para referir la dicha por la desdicha ajena (Smith, 2016). Siendo uno de los lados más oscuros del ser humano, el disfrute con el mal ajeno no deja de ser ostensible por

más que nadie haga ostentación de este goce, a juzgar por el interés que suscita la caída en desgracia de famosos y la cantidad de revistas de quiosco especializadas y programas de TV que lo alimentan. Aparte estaría el disfrute por la desgracia de quienes cada uno sabrá. Por este interés público y la creciente propagación del término *schadenfreude* en los últimos treinta años, el psicólogo estadounidense Richard Smith se pregunta si estamos en la era de la *schadenfreude* (Smith, 2016, p. 21), cuya pregunta no deja de tener su propia confirmación. Smith analiza el caso Salieri respecto de Mozart, mostrando cómo la envidia de Salieri se trasmuta en satisfacción al ver el desfallecimiento de Mozart (p. 248). La experiencia de tristeza por el éxito ajeno, en particular de quien estimamos que no lo merece, también se dice con una única palabra en alemán que se está imponiendo en la literatura: *gluckschmerz* (Smith y Van Dijk, 2018). Mientras que la alegría por el mal ajeno supone para quien se alegra la restitución de un equilibrio que estima más justo, la tristeza por el éxito de otro supone para quien se entristece un desequilibrio en lo que consideraba era más justo (Van den Ven, 2018).

2— ESTRUCTURA TRIANGULAR DE LA ENVIDIA

La envidia implica el deseo y el deseo tiene una estructura triangular. El deseo y, para el caso, la envidia, no están provocados directamente por el objeto ni salen del sujeto, tipo estímulo-respuesta, Input-Output o algo así como si consistieran meramente en una relación binaria lineal. Tanto el objeto deseado (persona o cosa), como el deseo del individuo están mediados por el deseo de otros que sería lo que hace que algo o alguien sean deseables y susciten o aviven nuestros propios deseos. En el deseo, así como también en la envidia, hay

tres lados: sujeto que desea, objeto deseado y mediación a través del deseo de otros.

La envidia tendría, pues, una estructura triangular, no meramente dual, lineal sujeto-objeto o del deseo de uno al objeto de otro, sino que el propio deseo de uno está mediado por el deseo del otro, que hace precisamente deseable el objeto. Los objetos del deseo lo son en tanto deseables por otro en concreto o por los demás en general. Esta estructura triangular del deseo, conocida como teoría mimética, fue desarrollada por el antropólogo, filósofo e historiador de la literatura francesa René Girard. Con base en la literatura, empezando por *el Quijote*, Girard elabora la teoría mimética como principio antropológico. Encuentra en *el Quijote* la estructura más clara e influyente en la literatura de esta teoría, particularmente condensada en la historia intercalada de *El curioso impertinente*, cuya curiosidad por probar la fidelidad de su esposa pone en juego la estructura mimética del deseo (Girard, 1985; Pérez-Álvarez, 2005). Girard muestra también cómo las obras de Shakespeare responden a esta estructura triangular de la envidia (Girard, 1995). La literatura puede ser más densa que la historia y la psicología misma en mostrar los fenómenos puesto que no se queda en los hechos que ocurren, sino que cuenta los que podrían ocurrir. Por eso Aristóteles consideraba la poética más elevada que la historia, porque aquélla dice lo general, mientras que ésta se queda en lo particular.

La propaganda y el consumo responden a esta estructura mimética. De acuerdo con esta estructura, el consumidor está guiado más por lo deseable que es el objeto para otros, que por el objeto mismo, de lo que se encarga la propaganda de mostrarnos. Los anuncios vienen a ser máquinas para la generación de deseos y, para el caso, de envidia. Esta maquinaria mimética de los anuncios no es algo clandestino o avieso, sino su propia lógica, si no fuera que aquí no hay en realidad nada lógico, sino que todo es psicológico; por decirlo a lo Nietzsche, *humano, demasiado humano*.

Ya no es sostenible esa concepción del pobre Homo Sapiens con todos sus vicios, como el engréido Homo Economicus, autónomo, racional, que toma decisiones por sí mismo, dotado de una agencia central que calcula pros y contras antes de decidir los más conveniente. Frente a esta concepción racionalista de la economía tradicional y de la psicología cognitiva (no así de la nueva economía conductual; véase Thaler, 2018) los humanos, curiosamente, tenemos deseos y vivimos en un medio social entre continuas y mutuas influencias ya desde antes de la pandemia de los influencers de turno. El deseo, por más nuestro que nos parezca, emanado de nuestra más genuina intimidad, viene de fuera, es social, mimético. Lejos de ser espontáneo, auto-originario, natural, el deseo viene de los objetos en tanto deseables, lo que tampoco quiere decir que los deseos sean gratuitos o estúpidos, carentes de sentido y razón. El corazón también tiene sus razones. El caso es que el deseo supone una apropiación del deseo-de-otros sin siquiera tener una conciencia clara de este proceso mimético, por lo que los deseos nos parecen propios de uno, naturales y espontáneos.

Esta supuesta naturalidad no ocurre más que en las malas novelas, donde el deseo parece brotar espontáneamente (“mentira romántica”), a diferencia de la buena literatura (“verdad novelesca”), donde el deseo tiene la mediación de algún modelo siquiera fuera imaginario, como muestra Girard en su esclarecedora ya citada obra no en vano titulada *Mentira romántica y verdad novelesca* (Girard, 1985). Por supuesto, hay deseos que los suscita el objeto directamente como el queso o la bota de vino para Sancho Panza, pero su deseo de ser gobernador no le vino espontáneamente sino a través de don Quijote quien, a su vez, se enamoró, como dice, “de oídas”, a través de los libros de caballerías, al igual que Madame Bovary (la mujer quiote) lo haría mediante las novelas de amor (Girard, 1985). Cuántos no se enamoran del amor más que de la persona real, como se sabe desde San Agustín a Stendhal.

Importa tener presente para una mejor comprensión de la envidia este aspecto deseante y mimético del ser humano (frente al racionalista desencarnado) y ver cómo estos aspectos organizan (y desorganizan) la vida cotidiana a través de los anuncios y el consumo. La literatura, ya antes de la época de los anuncios, nos muestra a través de la estructura triangular del deseo mimético cómo funciona la sociedad. Sobre este trasfondo se percibe mejor que sin él la naturaleza social de la envidia, no se fuera a pensar que sale de dentro de no se sabe dónde o estuviera inscrita en los genes o en algún circuito neuronal según tópicos a la moda. La cuestión es cómo la envidia estructura (y desestructura) nuestra vida, así en el mundo como en el ultramundo de las redes sociales.

Dentro de su estructura triangular (sujeto, mediación, objeto), la dinámica del deseo como base de la envidia (junto con la comparación) tiene su particularidad en la sociedad actual caracterizada por el consumo de masas, la igualdad democrática y las redes sociales. Se refiere al deseo siempre insatisfecho y a la continua comparación social.

3—

DESEO Y COMPARACIÓN, ESA ES LA CUESTIÓN

Como se sabe desde Platón a Lacan, el deseo es insaciable de acuerdo a su dinámica inherente, según la cual, se desea lo que no se tiene. Esta satisfacción, en el mejor de los casos, resitúa a uno sobre un nuevo horizonte de carencia-deseo-satisfacción siempre desplazándose hacia delante. La sociedad del consumo tiene su base en la explotación de esta dinámica. Si el consumidor, nótese el término, estuviera satisfecho con lo que tiene entretanto la ropa no se desgaste, los utensilios sigan funcionando y el tiempo libre estuviera realmente libre de la necesidad de “salir pitando” a algún sitio

(según la humanidad parece haber caído en “clase turista”), la sociedad no funcionaría. El retraimiento del consumo supone una crisis y volver a consumir es casi un deber y una forma de solidaridad. La sociedad del consumo, por más que llamada del bienestar, funciona en realidad sobre la lógica de la insatisfacción.

El propio término consumidor delata el porqué de esta insatisfacción, porque es un sumidero o tonel agujereado, de acuerdo con la imagen de Platón, tal que según echas agua, se sume. Estas imágenes recuerdan el título y el libro *El consumo me consume* del sociólogo chileno Julián Moulian. La apoteosis del consumo es el placer mismo de consumir, cuando se disfruta más del deseo de ir de compras que de los bienes comprados, cuya felicidad acaso dura unos cuantos escaparates. Cuando el deseo se disfruta más que el objeto-del-deseo estamos en una dinámica de drogadicción, donde el ansia y los preparativos satisfacen tanto más que la sustancia consumida, que deja a uno como lo deja.

Con todo, lo que empeora al deseo es la envidia que incorpora, en tanto el deseo de uno está inducido por el deseo de los otros (deseo mimético), de lo que se encarga la propaganda a través de la comparación. Dentro de la envidia inmanente, al deseo mimético se requieren matizaciones, empezando por la distinción ya introducida entre envidia benigna y maliciosa (Lange et al., 2018). La envidia benigna, dentro de ser envidia, tendría una función positiva en tanto promueve la ambición y superación de uno poniendo los esfuerzos y medidas necesarias en orden a alcanzar y aún sobrepasar los bienes o cualidades que se envidian y admiran en otros. La envidia también puede tener funciones positivas para el conjunto de la sociedad, de acuerdo con el sociólogo austro-germano Helmut Schoeck, en la medida en que empuja a los individuos a tener lo que tienen los demás y a la vez a contrarrestar las desigualdades (Schoeck, 1999). Sin embargo, de acuerdo en este caso con la filósofa italiana Elena Pulcini, esta función de cohesión es difícil de ver en la época actual del individualismo sin los temores

de la envidia que había en las sociedades tradicionales (Pulcini, 2017, p. 161-2).

Es interesante recordar la etimología y el papel regulador de la envidia en las sociedades tradicionales. La palabra “envidia” deriva de “in-videre”, en principio “poner la mirada en algo” o “mirar dentro” y, después, mirar mal, con mala intención y, de ahí, el mal de ojo. En las sociedades tradicionales se suponía que las personas desfavorecidas (con taras físicas, pobreza) podrían tener envidia, desear mal, echar mal de ojo y así producir daños en las personas más favorecidas, las cuales se cuidaban de hacer ostentación y al contrario, procuraban mostrarse humildes y ayudar a los desfavorecidos. Todavía hoy en los pueblos de Asturias y Galicia, la gente suele responder a la pregunta “¿qué tal?” con un “de momento bien”. Se revela aquí una sabiduría digna de Solón, uno de los siete sabios de Grecia, sabedor de que la vida se puede torcer en cualquier momento, de modo que nadie debiera ser declarado feliz hasta después de muerto. Así, el mal de ojo y para el caso la envidia, cumplían una función de regulación social en la comunidad (Pérez-Álvarez, 1993). Distinto es en la sociedad de hoy en día donde la gente gusta de producir envidia (a riesgo de la alegría por el mal ajeno si cae en desgracia), de modo que, si no parece y dice que es feliz respondiendo “genial” a la pregunta “¿qué tal?”, parecería un fracasado.

Inherente al deseo mimético es la comparación social que implica, destacable por sí misma. La comparación de uno con los demás es ciertamente inherente a la condición social del ser humano, un fenómeno ubicuo que permite a los individuos situarse y valorarse a sí mismos en relación con los otros, valorar a los demás y moverse en el mundo social. El psicólogo estadounidense Leon Festinger, más conocido quizá por la teoría de la disonancia cognitiva, vio en la comparación un impulso básico. Como dice: “Los procesos de influencia social y algunos tipos de conducta competitiva son manifestaciones del mismo proceso sociopsicológico y

pueden verse de manera idéntica en un nivel conceptual. Ambos se derivan directamente del impulso de autoevaluación y la necesidad de que dicha evaluación se base en la comparación con otras personas.” (Festinger, 1954, p. 138). Aun cuando la concepción de Festinger esté influida por la propia sociedad norteamericana, la sociedad actual es heredera de aquélla.

4—

NARCISISMO DE LAS PEQUEÑAS DIFERENCIAS

A este respecto, la sociedad de nuestro tiempo parece estar ya en lo más alto del impulso de la comparación, difícil de imaginar cómo podría ir a más, según cuenta con condiciones y medios como nunca. Las condiciones vienen dadas por la propia sociedad democrática igualitaria (si todos somos iguales, por qué otros tienen cosas que yo no tengo) y la estructura psicológica de los individuos, cada uno “especial”, quizá ya educado bajo el eslogan “soy especial”, con su autoestima alta o baja, sin que falten egos inflados y empoderamientos sin poder real. Ya medir la autoestima indica que estamos en una sociedad individualista que subjetiviza los problemas y las soluciones, como si fueran cosa de cómo te valoras a ti mismo. Lo cierto es que el movimiento de la autoestima ha resultado más que nada pernicioso (Baumeister et al., 2003; Bushman et al., 2009). Entre sus consecuencias está la exacerbación del narcisismo, alimentado hoy a base de *selfis* y “me gustas”.

Los medios para la comparación, sin igual en la historia, no son otros que la tecnología digital en la base de las redes sociales. Las redes sociales ya forman parte de un ultramundo intercalado con el mundo, según la expresión del filósofo y escritor italiano Alessandro Baricco en su libro *The Game*. Baricco muestra en la cartografía que hace de este nuevo mundo que

él llama ultramundo, cómo se ha construido a imagen y semejanza de los videojuegos con los que se han criado sus inventores: el juego que ahora es todo un sistema de producción infinita de experiencias. Si un Festinger de hoy diseñara una tecnología para la comparación social, ésta coincidiría con Facebook e Instagram, al alcance de cualquiera en todo momento y lugar. Se trata de la misma tecnología que, inherentemente a sus prestaciones, conlleva el narcisismo y la envidia y así, los vaivenes de la autoestima, la depresión, la ansiedad y la soledad.

Se tienen aquí las condiciones sociales y psicológicas, así como los medios tecnológicos, para una suerte de “narcisismo de las pequeñas diferencias” que, según la genial expresión de Freud, lleva a la hostilidad en la relaciones humanas. Freud estaba hablando del “tabú de la virginidad” en las sociedades primitivas, en discusión con antropólogos en un trabajo homónimo de 1917, pero establece un principio general que ni pintado para el mundo actual con su ultramundo de las redes sociales. En concreto, esto es lo que dice Freud en *El tabú de la virginidad*: “Sería muy atractivo proseguir el desarrollo de esta idea y derivar de este ‘narcisismo de las pequeñas diferencias’ la hostilidad que en todas las relaciones humanas vemos sobreponerse a los sentimientos de confraternidad, derrocando el precepto general de amar a nuestro prójimo como a nosotros mismos.”

Las diferencias en una sociedad igualitaria y, en particular, las diferencias entre iguales exhibidas en las redes sociales, se prestan a una comparación que propicia tanto envidias benignas como maliciosas, sin que falten resentimientos, alegrías por el mal ajeno y tristezas por el éxito de otros. Como dijo alguna vez Bertrand Russell: “Los mendigos no envidian a los millonarios, aunque, por supuesto, envidiarán a otros mendigos que tienen más éxito”. Ni que decir tiene que no todo se reduce a esto. Pero aquí no estamos celebrando cumpleaños, sino hablando de pecados capitales de la sociedad y de los individuos. Vale decir, el “lado oscuro”, pero este lado está entreteji-



Foto: Nika Akin

do con los mismos hilos que, según la imagen de la alfombra de Schopenhauer, tejen también su cara más vistosa y amable.

5 — CÓMO SER FELIZ SI LOS DEMÁS SON PERFECTOS

Considérense las auto-presentaciones, a menudo exhibiciones, que se suelen hacer en Facebook e Instagram (sin ser las únicas plataformas a este respecto). Presentaciones seleccionadas y retocadas, espontáneas solo en apariencia, ofreciendo la mejor imagen y dando la impresión de auto-satisfacción y felicidad. Considérense ahora a quienes curiosean y siguen a los que se exhiben de esa manera. Pueden ver lo perfectos y felices que son los demás. Y tú estás como estás. Pero tú también puedes seleccionar las mejores imágenes, momentos y experiencias y exponerlas y así ponerlas a “pescar” visitas, seguidores y “me gustas”, como se mide el impacto de quien sea; su influencia. Y tú estás como estás. Sigues viendo qué ponen los demás, qué hacen, dónde están, y cuántos “me gustas” recibes. Sigues poniendo cosas, viendo y midiendo. Ves como aparecen sin parar *influencers* y *celebrities* y el mundo está poblado de *bloggers* y *youtubers*. Tienes aquí una ventana al mundo de la que fácilmente sacas la impresión de que los demás tienen una vida perfecta y son felices. Y además, que es fácil, con tal de que seas tú mismo, seas positivo, gestiones tus pensamientos y emociones, te centres en el momento, saques partido de los fracasos y veas oportunidades en los contratiempos. Tales son los mantras. Y tú estás como estás.

En este contexto, cómo ser feliz cuando los demás parecen perfectos, es la cuestión en tiempos de la envidia, según el titular de la periodista independiente Moya Sarnier en *The Guardian* (Sarnier, 2018). Instagram se suponía

que era amigable, pero termina por hacer miserable a la gente, de acuerdo con otro reporte del mismo periódico (Hern, 2018). Por lo que parece, la vida en las redes sociales es triste. Y así se muestra en cantidad de estudios. Todo sea dicho, sin menoscabo de las prestaciones de las plataformas de las redes sociales; pero aquí estamos hablando de los pecados. La cuestión es también que los malestares asociados al uso de las redes sociales (ansiedad, baja autoestima, depresión, envidia, miedo de perderse algo, soledad), tienen que ver con la comparación y más específicamente con la envidia. La envidia no es una consecuencia más, alienable alfabéticamente junto con otras, sino que tendría un papel mediador causal (Alfasi, 2019; Appel et al., 2015; Burnell et al., 2019; De Vries et al., 2018; Jin et al., 2019; Krasnova et al., 2013; Li, 2019; Reer et al., 2019).

Dentro de este papel mediador de la envidia, se podría decir causal, se especifican diversos aspectos de una relación en todo caso compleja, no lineal. Así, se plantea la bidireccionalidad entre depresión y envidia (Appel et al., 2015) y en qué medida se realimentan. Habría que distinguir entre “grandes comparadores” y quienes no se enganchan en la comparación. Mientras que para aquellos la visión de perfiles atractivos en Instagram les “roba la alegría”, a estos la comparación más bien parece contagiarles alegría (de Vries et al., 2018). Se ha visto que lo que más se envidia en las redes no son tanto las cosas que poseen los demás, como las experiencias que cuentan de eventos (vacaciones, viajes) y lo bien que están y se sienten (Lin et al., 2018). Ideas para quienes quieran suscitar envidia. Los famosos surgidos de las plataformas digitales (*Instafamous*) son ya más influyentes que los famosos tradicionales, Olivia Palermo más que Eva Longoria (Jin et al., 2019). Los pares pueden ser tanto o más influyentes que los *influencers* de turno, recordando el dicho de Russell sobre los mendigos. Perfiles de compañeras atractivas disminuyen la satisfacción con la propia imagen corporal de seguidoras menos populares (Hogue y

Mills, 2019). Por otra parte, la presentación de perfiles más auténticos está relacionada con más satisfacción y afecto positivo que los inauténticos (Orben, 2020). Al final, tu propia imagen idealizada se vuelve contra tu autoestima.

Se pueden y deben introducir las especificaciones y matizaciones que sean, pero una cosa parece estar clara: la envidia campea en las redes sociales. Una pasión triste florece en tiempos de la felicidad.

En definitiva, la envidia parece ser el pecado capital de las redes sociales. Los otros pecados, aun teniendo vida propia, o bien no son tan capitales como la envidia o mayormente están en su órbita. Así, la soberbia ya está de alguna manera en esa imagen idealizada, envidiable como a menudo se presenta la gente en las redes. La ira resulta a menudo de la envidia transformada en resentimiento, hostilidad y odio. La pereza tiene una versión en la acedia y la depresión que pueden resultar de la envidia, es decir, de la experiencia de la propia impotencia ante objetos del deseo demasiado alejados para uno y que, sin embargo, otros parecen tener sin mayor dificultad. La avaricia está en el acaparamiento de “me gustas” y “seguidores”, que siempre son pocos y hasta se compran. La gula suele llevar su propia penitencia en la envidia de la imagen corporal de otros, que además se encargan de exhibir con su soberbia. Quizá la lujuria tiene más vida propia, pero también depende del deseo de manera que reaparece la envidia de los objetos deseables por otros, a poco que uno se precie de ser lujurioso.

6—

CONCLUSIONES ABIERTAS

He destacado el deseo y la comparación como aspectos constitutivos del ser humano inherentes a su condición social, una de cuyas derivaciones sería la envidia. De esta manera la envidia se sitúa en la naturaleza social del ser

humano, como algo humano, muy humano. Dentro de esto he señalado que las sociedades igualitarias y democráticas, y por más señas la sociedad de consumo y del bienestar, son tanto más que otras, propiciadoras de la envidia. Alguien podría pensar que la igualdad y el bienestar irían desterrando la envidia, pero esto solamente lo podría pensar alguien angelical. Lo cierto es que no solo no es así, sino que estas sociedades fomentan la envidia más, si cabe. Y es debido a la propia dinámica del deseo y la comparación. Una dinámica que está precisamente en la base de la sociedad de consumo, explotada por los anuncios y a menudo con ingenio. Sociedades igualitarias democráticas como las que queremos promueven en realidad el narcisismo de las pequeñas diferencias que, de acuerdo con Freud, fácilmente termina por sobreponerse a los sentimientos de confraternidad.

Nadie ni nada hasta ahora ha podido con los pecados, y no porque no lo hayan intentado. Si fuera fácil, ya seríamos perfectos en la vida real. Tampoco la psicología podría salvarnos si se lo propusiera. Acaso de lo que la psicología podría salvarnos (si no fuera ya irónico decirlo), sería de la propia psicología en la que a veces los profesionales ofrecen al mismo nivel de los influencers de turno, tipo: ser positivo, optimista, gestionar tus emociones, ser tú mismo, reinventarte, centrarte en el momento. En vez de eso, quizá sea más propia de una ciencia humana poner de relieve verdades por más que fueran incómodas, en vez del halago barato y complaciente. Si el deseo es como es, quizá haya que clarificar valores de vez en cuando y en vez del presentismo mirar más allá del momento. ¿Siempre comparando? ¿Qué hay de tu vida? ¿Necesitas dar una imagen falsamente perfecta y feliz? ¿Quién necesita más a quién, los influencers o los seguidores? ¿Quién es más menesteroso? ¿Necesitas más seguidores?, la buena noticia es que te los puedes comprar como hacen muchos. ¿No te das cuenta de que es un juego tramposo?

Ya que la envidia habita entre nosotros, y sin embargo es impresentable, presentarla como la pasión triste que es, tal vez sirva para moderar y modular los roles de envidiado y envidioso que se alternan en las redes sociales, así como también en la vida real. Ya no es de esperar el retorno del mal de ojo, pero tampoco sería para estar muy contento si la gente te mira y desea mal. La contingencia de la vida, con la rueda de la fortuna dando vueltas, nos sitúa en el devenir de las cosas, no en una plataforma que, por digital que sea, nos exime de la vida real. Una mayor conciencia de los juegos y fuegos de la envidia podría servir para no quedar atrapado al menos en sus versiones más malignas. La envidia tiene sus razones, pero no excusa de razonar.



Referencias bibliográficas

Alfasi, Y. (2019). The grass is always greener on my Friends' profiles: The effect of Facebook social comparison on state self-esteem and depression. *Personality and Individual Differences*, 147, 111-117. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2019.04.032>

Appel, H., Crusius, J. y Gerlach, A. L. (2015). Social comparison, envy, and depression on Facebook: A study looking at the effects of high comparison standards on depressed individuals. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 34, 277-289.

Baumeister, R. F., Campbell, J. D., Krueger, J. I. y Vohs, K. D. (2003). Does high self-esteem cause better performance interpersonal success, happiness, or healthier lifestyles? *Psychological Science in the Public Interest*, 4, 1-44. doi: 10.1111/1529-1006.01431

Bushman, B. J., Baumeister, R. F., Thomaes, S., Ryu, E., Begeer, S. y West, S. G. (2009). Looking again, and harder, for a link between low self-esteem and aggression. *Journal of Personality*, 77(2), 427-446. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2008.00553.x>

Burnell, K., George, M. J., Vollet, J. W., Ehrenreich, S. E. y Underwood, M. K. (2019). Passive social networking site use and well-being: The mediating roles of social comparison and the fear of missing out. *Cyberpsychology: Journal of Psychosocial Research on Cyberspace*, 13(3). <https://doi.org/10.5817/CP2019-3-5>

De Vries, D. A., Möller, A. M., Wieringa, M. S., Eigenraam, A. W. y Hamelink, K. (2018). Social comparison as the thief of joy: Emotional consequences of viewing strangers' Instagram posts. *Media Psychology*, 21(2), 222-245. <https://doi.org/10.1080/15213269.2016.1267647>

Festinger, L. (1954). *A theory of social comparison processes*. *Human Relations*, 7 (2): 117-140.

Girard, R. (1985). *Mentira romántica y verdad novelesca*. Editorial Anagrama.

Girard, R. (1995). *Shakespeare: los fuegos de la envidia*. Editorial Anagrama.

Hern, A. (2018). Instagram is supposed to be friendly. So why is it making people so miserable? *The Guardian*, <https://www.theguardian.com/technology/2018/sep/17/instagram-is-supposed-to-be-friendly-so-why-is-it-making-people-so-miserable>

Hogue, J. V. y Mills, J. S. (2019). The effects of active social media engagement with peers on body image in young women, *Body Image*, 1-5. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2018.11.002>.

Jin, S. V., Muqaddam, A. y Ryu, E. (2019). Instafamous and social media influencer marketing. *Marketing Intelligence & Planning*, <https://doi.org/10.1108/MIP-09-2018-0375>

Krasnova, H., Wenninger, H., Widjaja, T., & Bruxmann, P. (2013, February). Envy on Facebook: A hidden threat to users' life satisfaction? Paper presented at the 11th International Conference (Wirtschaftsinformatik), Leipzig, Germany. <https://doi.org/10.7892/boris.47080> (accedido 22/4/2020)

Lange, J., Weidman, A. C. y Crusius, J. (2018). The painful duality of envy: Evidence for an integrative theory and a meta-analysis on the relation of envy and schadenfreude. *Journal of Personality and Social Psychology*, 114(4), 572-598. <https://doi.org/10.1037/pspi0000118>

Li, Y. (2019). Upward social comparison and depression in social network settings: The roles of envy and self-efficacy. *Internet Research*, 29, 46-59. <https://doi.org/10.1108/IntR-09-2017-0358>

Lin, R., van de Ven, N. y Utz, S. (2018). What triggers envy on Social Network Sites? A comparison between shared experiential and material purchases. *Computers in human behavior*, 85, 271-281. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2018.03.049>

Orben, A. (2020). Teenagers, screens and social media: a narrative review of reviews and key studies. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 55, 407-414. <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01825-4>

Pérez-Álvarez, M. (1993). El mal de ojo. En M. Pérez-Álvarez, ed., *La superstición en la ciudad* (pp. 33-69). Siglo XXI.

Pérez-Álvarez, M. (2005). Psicología del Quijote. *Psicothem*, 17, 303-310.

Pulcini, E. (2017). *La envidia. Pasión triste*. Antonio Machado Libros.

Reer, F., Tang, W. Y. y Quandt, T. (2019). Psychosocial well-being and social media engagement: The mediating roles of social comparison orientation and fear of missing out. *New Media & Society*, 21(7), 1486-1505. <https://doi.org/10.1177/1461444818823719>

Sarner, M. (2018). The age of envy: how to be happy when everyone else's life looks perfect Moya Sarner. *The Guardian*, <https://www.theguardian.com/lifeandstyle/2018/oct/09/age-envy-be-happy-everyone-else-perfect-social-media>

Schoeck, H. (1999). *La envidia y la sociedad*. Unión Editorial.

Smith, R. H. (2016). *Schadenfreude. La dicha por el mal ajeno*. Alianza Editorial.

Smith, R. H. y van Dijk, W. (2018). Schadenfreude and gluckschmerz. *Emotion Review*, 10(4), 293-304.

Thaler, R. H. (2018). *Todo lo que he aprendido con la psicología económica*. Deusto.

Van de Ven, N. (2018). Schadenfreude and Gluckschmerz Are Emotional Signals of (Im)Balance. *Emotion Review*, 10(4), 305-306. <https://doi.org/10.1177/1754073918768888>

GUÍA

ORALIDAD Y PECADO

Irene Martínez Montero

Psicóloga Clínica

Área Sanitaria de Santiago de
Compostela y Barbanza

irene.martinez.montero@sergas.es

SUMARIO

GALLEGOS

RESUMEN

Las conductas relacionadas con lo oral nos remiten a una etapa del desarrollo caracterizada por la dependencia fisiológica y emocional, por la indiferenciación del niño respecto a su exterior y por la vivencia fragmentada de las sensaciones. Los recursos para acceder a las fuentes de satisfacción y para tramitar el sufrimiento son precarios durante este primer año de vida e incluyen la incorporación de los objetos de manera oral. Estos comportamientos se inscriben en lo preverbal.

Etiquetar estas conductas en el adulto, cuando son extremas (por ejemplo, atracones, abusos de sustancias, vómitos, inanición, etc.), como un “pecado” (contra Dios o contra la Salud) sin analizar su origen ni significación, lleva a proponer tratamientos centrados exclusivamente en la eliminación a través del control. En cambio, interrogarse acerca del origen del sufrimiento y de la posición que el sujeto adopta, favorece el desarrollo de vías alternativas y más maduras para el manejo de las dificultades y conflictos vitales, al introducir la palabra y la relación terapéutica como parte del tratamiento.

PALABRAS CLAVE — desarrollo psicosexual, etapa oral, autoerotismo, psicopatología con perspectiva evolutiva

ABSTRACT

Oral-related behaviours refer us to a stage of development characterized by physiological and emotional dependence, by the child's undifferentiation with respect to his exterior and by the fragmented experience of sensations. The resources to access sources of satisfactions and to deal with suffering are precarious during the first year of life and include the incorporation of objects orally. These behaviours are inscribed in the preverbal.

Labelling these behaviours in adults, when they are extreme (eg. binge eating, substance abuse, vomiting, starvation, etc.) as a “sin” (against God or against Health) without analysing their origin or significance, leads to proposing treatments focused exclusively on elimination through control. Instead, questioning about the origin of suffering and the position that the subject adopts, favours the development of alternative and more mature ways of managing life difficulties and conflicts, by introducing the word and therapeutic relationship as part of the treatment.

KEY WORDS — psychosexual development, oral stage, autoeroticism, psychopathology with a developmental perspective

Hablar de *oralidad* nos remite necesariamente a la concepción freudiana del desarrollo psicosexual al ser un término que no vamos a encontrar en otro modelo psicológico ni psicoterapéutico. El *pecado* nos introduce en el terreno de la religión en toda su dimensión cultural. Esto nos obliga a empezar precisando aquello a lo que nos vamos a referir en este artículo. Se trata de definir conceptos, pero, sobre todo, de mostrar su vertiente psicológica buscando incitar a la reflexión acerca de la comprensión que tenemos sobre esta problemática y sobre la idoneidad de las propuestas terapéuticas predominantes.

1 — PECADO

El *pecado* está referido siempre a un otro, al otro de la ley, en este caso ley divina o religiosa. Este otro-Dios (en realidad, la Iglesia) determina lo que es correcto y justo y su transgresión constituye el pecado. El pecado es, por tanto, una ofensa o desobediencia a Dios con consecuencias para el pecador. Este perderá el privilegio del amor de Dios y condenará su alma al infierno, sacrificando también la vida eterna. Los pecados pueden ser por comisión o por omisión y, además, existe una gradación de los mismos dando lugar a dos categorías, los pecados leves o veniales y los pecados graves o mortales. El requisito para que un pecado sea considerado mortal es que este sea grave, se lleve a cabo con pleno conocimiento y con deliberado consentimiento (Catecismo de la Iglesia Católica, 1997).

El punto de partida en la religión católica es el pecado original. Con él se nos recuerda que la tentación de los primeros humanos de querer ser “como Dios” (Catecismo de la Iglesia Católica, 1997) fue castigada con la expulsión del paraíso dejando una marca que nos acompañará en nuestro recorrido vital. Es decir, con el relato del pecado original, se nos recuerda

la falta y se limita la tentación de la omnipotencia.

La determinación de algunos pecados de manera explícita, como sucede con los pecados capitales, supone el reconocimiento de una tendencia humana hacia ellos. Las personas tendríamos una inclinación hacia la comisión de estos actos, ante lo que la Iglesia se ve en la obligación de prohibir y censurar, argumentando que nos apartan del amor a Dios. La censura del placer revela, por tanto, el reconocimiento de una tendencia natural hacia él, precisándose de esta prohibición para lograr el control social. Así es como el placer sexual ha alcanzado el estatus de tabú.

No es raro escuchar relatos en nuestras consultas en los que el disfrute, el ocio, el descanso..., son vividos con remordimientos y con culpabilidad. Nuestras propuestas de búsqueda de respiros o de espacios lúdicos son rechazadas o transformadas en experiencias productivas para no tener que ser censuradas por super-yoes intransigentes y voraces. Se trata de individuos presionados por cumplir con sus deberes, casi siempre vinculados a lo laboral o al cuidado de otros, que etiquetan el placer con significantes peyorativos (vagancia, vicio, debilidad, holgazanería...). ¿Y qué hay del placer sexual? Salvo excepciones, no suele aparecer espontáneamente en la narración de nuestros pacientes, confirmándose su condición de tabú.

¿Cómo explicamos la fuerza que tiene el pecado a nivel psicológico? Entendemos que para que esto ocurra es necesario constituir a otro como *autoridad*, es decir, es imprescindible investir a Dios como tal. A nivel evolutivo implica el reconocimiento de la existencia de un tercero que tiene el poder y la capacidad de influir en nuestro bienestar más básico.

Freud (1912) establece una progresión de etapas en los primeros años de vida, que podemos aglutinar en tres momentos, en función de la dirección que siga la libido y cuál sea la fuente de su satisfacción. En primer lugar,

tendremos unas etapas caracterizadas por su *autoerotismo*, donde el niño busca la satisfacción en el propio cuerpo que vive de manera fragmentada a través del órgano (Dessal, 2005). Aquí encontraremos el estadio oral que nos ocupa. Posteriormente, se desarrollará una etapa de *narcisismo*, al haberse alcanzado la diferenciación y unificación del Yo, y la libido se dirigirá hacia el propio sujeto ya como imagen totalizadora (Cáceres, 2005; Aparicio, 2005). Finalmente, antes de alcanzar la madurez, se entrará en la etapa de *relación de objeto* en la que inicialmente se produce una fijación de la libido en las figuras paternas. Esta última etapa es equiparable para Freud a la era de la religión que precede socialmente a la era de la ciencia, en la que ya el individuo, de manera más madura, se subordinará al principio de realidad.

Para Freud, el narcisismo no produce lazo social y se precisa de la herida narcisista (*castración*) para dar entrada a la ley (Aparicio, 2005). La fijación a las figuras paternas (o a Dios en este caso), que ponen condiciones, normas y límites, propicia el temor a perder su amor si se incurre en la desobediencia. También la evitación del castigo y del sufrimiento o privación asociados (el infierno, en este caso) son buenas razones para el cumplimiento. Sea como sea, debe reconocerse a un otro como portador de algo valioso y deseado que también tiene la facultad de generar un daño. Tiene que haber amor y temor ante un otro poderoso. Esto nos ayuda a entender por qué cuando un niño siente que no tiene nada que perder ni que ganar, la ley no funciona.

En definitiva, la sociedad a través de la religión ha actuado asumiendo que existen unas tendencias naturales y propias de la naturaleza humana que empujan al individuo a la obtención del placer. Estas inclinaciones deben ser eliminadas recurriendo a una ley que las prohíbe y las sanciona. La consecuencia psicológica es el desarrollo de mecanismos personales que ayudan al Yo a no verse invadido por estos impulsos. La represión o la inhibición son buenos ejemplos, al igual que

las formaciones reactivas como el desarrollo del pudor, del rechazo o del asco... De este modo, la interiorización de las normas permitirán el funcionamiento psíquico dentro de un orden social, y su quebrantamiento llevará a la aparición del sentimiento de culpabilidad y/o vergüenza, garantía de la perpetuación de la norma. Además del castigo estipulado por toda ley, la religión impondrá la penitencia como vehículo de obtención del perdón estableciéndose así el *ritual* como medio para buscar el alivio tras el sufrimiento que impone la transgresión. No cuesta ver lo insertado de este funcionamiento en la dinámica particular de nuestra sociedad al margen de las creencias religiosas particulares.

La madurez y el equilibrio emocional, alcanzados con la aceptación e incorporación del principio de realidad, acompañados de un desarrollo cognitivo y moral, permitirán desarrollar la capacidad de cuestionamiento y reflexión sobre la norma moral. Esto, que no es rebeldía adolescente sino pensamiento crítico maduro, solamente se consigue cuando se logra un nivel de independencia y seguridad que permite cuestionar al Padre sin tambalearse. La consecuencia será el hacerse cargo de uno mismo, de las decisiones y de los actos, con un sentido de responsabilidad tanto personal como social.

2— ORALIDAD

El término *oralidad* nos remite a un estadio de desarrollo psicosexual propuesto por Freud en el que la zona bucal y, por extensión, la encrucijada aereodigestiva, los órganos de la fonación y los órganos de los sentidos gusto, olfato, vista y tacto, son la fuente corporal de las pulsiones (Bergeret, 1990). Como sabemos, es la primera etapa del desarrollo propuesta

por Freud que se extiende desde el nacimiento hasta pasado el primer año de vida.

La pulsión es un concepto central para este enfoque del desarrollo. Se trata de una tendencia, entre lo biológico y lo psicológico, que se caracteriza por su empuje (urgencia para su satisfacción), por tener una fuente somática (en este caso la zona oral), por la búsqueda de un objeto para satisfacerse (sin ser un objeto prefijado y que, por tanto, podrá ser desplazado) y por perseguir la finalidad de lograr el placer o evitar el displacer (Freud, 1915). En el caso de la pulsión oral la vemos inicialmente unida a una función de conservación, la función alimenticia, para después desligarse y hacerse independiente (Freud, 1905). Esta escisión entre la pulsión y la función de supervivencia la constatamos a través de la observación de conductas como chupeteo de otros objetos, succión del pulgar, etc.

De la etapa oral se defiende su *carácter autoérotico*, para señalar que el niño encuentra la satisfacción en su propio cuerpo (Freud, 1905) y todavía no precisa de una relación de objeto para ello. Esto se encuadra en una fase del desarrollo en la que el niño todavía no ha alcanzado la diferenciación del Yo-no Yo, con una vivencia parcial de los objetos y de sí mismo. Por tanto, hablamos de pulsiones parciales que se satisfacen con objetos parciales. El objeto no sería más que una parte del propio sujeto, confundándose el placer de ser con el placer de tener (Bergeret, 1990). Y, de este modo, el niño logrará la satisfacción a través de la asimilación del objeto siendo esto un modelo de aquello que después desempeñará un papel en el desarrollo psíquico del sujeto como mecanismo de identificación.

No debemos perder de vista que, en este primer año de vida, el niño está en una etapa *anaclítica* (Bergeret, 1990), es decir, de dependencia y necesidad de soporte para su supervivencia. Pero no siempre será atendida su necesidad ni tampoco estará disponible la madre cada vez que sea reclamada, lo cual faci-

litará que el menor aprenda a tolerar esperas y a hacer renunciaciones temporales. Inicialmente, la ausencia, la separación y la frustración serán generadores de angustia en el niño que, cuando son temporales y de breve intensidad, permiten empezar a incorporar el *principio de realidad* y el inicio de la autorregulación emocional.

La teoría del Apego (Bowlby, 1998) considera el chupeteo o la succión no nutritiva como un elemento fundamental de relación con la figura de apego, siendo interpretados como conductas de acercamiento del niño para sentir la proximidad de su madre. Desde esta perspectiva, los primeros seis meses de vida son esenciales en el tipo de relación que se establece entre ambos que a su vez determinará el tipo de relaciones y vínculos que se establecerán en el futuro. Por tanto, podríamos poner en cuestionamiento la concepción “anobjetal” de la hipótesis freudiana y afirmar que, a pesar del autoerotismo que observamos en el estadio oral, se da aparición simultáneamente a la primera y más determinante relación de objeto.

Entendemos que los dos supuestos, de autoerotismo y de establecimiento del apego durante la etapa oral, no tienen que ser entendidos como contradictorios, y muestran la importancia que tiene este estadio para el desarrollo afectivo y la autorregulación. Se trata de lograr el equilibrio entre la dependencia y la autonomía. Una manera de entrar en el vínculo social a través de una confianza en la figura de apego que permite alcanzar la seguridad básica necesaria para poder tolerar ausencias, esperas... y para atreverse a explorar el entorno e incluso satisfacerse de un modo individual e independiente. Este logro favorece el avance en el proceso de desarrollo y el empuje hacia la consecución de nuevos hitos evolutivos.

Los “restos” de la etapa oral pueden verse en los adultos y esto ha sido explicado a través de mecanismos de fijación y regresión (Alegría, 2005). Podemos entender que los comportamientos de carácter oral en adultos

(tabaquismo, alcoholismo, ingesta compulsiva, onicofagia...) son manifestaciones de esa etapa primitiva en la que se incorporan objetos como manera de obtener placer o como modo de gestionar el displacer o la angustia. Es un retorno a un momento evolutivo en el que se carece de otros recursos, como podría ser la palabra, para alcanzar estos objetivos.

Lo expuesto hasta ahora nos permite abrir una reflexión acerca de algunas cuestiones controvertidas respecto a los modos de crianza. Los padres toman decisiones respecto a la lactancia (si hacerla o no a demanda, si es el niño quien decide la interrupción...) o sobre los hábitos de sueño (horarios, si compartir espacio o establecer habitaciones separadas, si hacer colecho, etc.). Existen factores externos u objetivos como la conciliación laboral, el número de miembros en la familia, los recursos de apoyo, etc., y factores internos o subjetivos, como necesidades emocionales propias o ideología, que van determinando estas decisiones. No obstante, consideramos que los profesionales debemos interrogarnos y formular respuestas coherentes con nuestros conocimientos que ayuden a orientar estas elecciones. Por ejemplo, podríamos deducir que prácticas que favorezcan la demanda ilimitada de los niños, impidiendo la experiencia de encontrarse con la pulsión insatisfecha, no les ayudarán a generar estrategias alternativas de regulación y de búsqueda de un placer autónomo, alargando así una relación de dependencia del niño y la madre y viceversa. Si la capacidad para tramitar el malestar de la frustración de lo pulsional no se adquiere en una etapa temprana, ¿se puede alcanzar igualmente en una edad posterior y con el mismo resultado para el sujeto?, ¿está justificada la propuesta de que el niño es capaz de autorregularse en estos primeros momentos de su vida y puede decidir acerca de una función biológica que está enlazada con una necesidad afectiva? Durante estos procesos de crianza se producen cambios repentinos e inesperados como consecuencia de cambios laborales, enfermedades o accidentes,

nacimientos de hermanos, rupturas conyugales, etc. ¿Cómo se integran estos cambios en los diferentes estilos de crianza?, y, ¿producen efectos diferenciales en función de esto? Estas preguntas deberíamos tratar de responderlas para orientar a aquellos padres cuyo principal objetivo es criar con afecto hijos que logren seguridad y autonomía.

3—

ORALIDAD Y PECADO

La religión ha vetado el autoerotismo prohibiendo los placeres corporales que no se producen dentro de la esfera conyugal ni persiguen el fin de la procreación. Por ello, el interés por el cuerpo y por las sensaciones placenteras que despierta, es sancionado desde sus primeras manifestaciones en el niño. Como veíamos, Freud (1912) concibe que la prohibición a través del tabú supone una evidencia de que la búsqueda de placer es una tendencia natural y apremiante. Sería algo así como que para establecer el orden social y proteger a Dios, es imprescindible que el ser humano renuncie a parte de sus tendencias hedonistas que parecen intrínsecas a su naturaleza. Ante este escenario, la religión optó por la represión sexual y la negación pública o consciente de la existencia de estas necesidades. La consecuencia será el advenimiento de la angustia o de la vergüenza ante la aparición del deseo, y del remordimiento, el miedo y el castigo tras la materialización del acto.

A pesar de que Freud entendió toda la libido como sexual y, por tanto, la pulsión oral también tendría esta condición de ser sexual, no todos los autores compartieron esta visión y, por ejemplo, la fractura entre Freud y Jung vino determinada en gran parte por la concepción diferencial que ambos tenían sobre la libido (Cáceres, 2005). Al margen de debates teóricos, sí podemos afirmar que las conductas orales (tabaquismo, alcoholismo, ingesta

compulsiva, onicofagia...) no son vistas por la religión como manifestaciones de erotismo ni sexualidad, por lo que, aun siendo reprobadas, no adquieren la dimensión de tabú. Son conductas que se sancionan solamente en el exceso (como muestra que la gula sea considerada pecado capital), siendo la moderación la máxima que se debe seguir.

Pero de nuevo aparece la contradicción y vemos cómo los *ritos orales*, como sentarse a la mesa a comer y beber o asistir a misa a compartir pan y vino, se constituyen como fundamentales para la religión, y para la sociedad, para hacer vínculo y unión. Parece que de nuevo lo oral condensa vínculo y autoerotismo.

Los extremos, de exceso y defecto, serán, por tanto, considerados *pecado* por la religión y también por la ciencia médica por el riesgo que entrañan para la salud. Hablaremos de “caer en la tentación” para describir la caída o recaída en la droga, en el atracón o en los vómitos purgativos y las autoridades, religiosas y sanitarias, ofrecerán fórmulas para tratar de vencer a ese demonio, sugiriendo distracciones, cambio de pensamientos, control de estímulos... La externalización del pecado del sujeto, ya sea encarnado en demonio que nos tienta o en impulso que nos domina, resulta controvertido. Libera de la carga personal y permite buscar herramientas para su contención, pero impide preguntarse por aquello que ha originado el sufrimiento y que sólo concierne a uno.

4 — CLÍNICA

¿Podemos hablar de una clínica oral o de personalidades orales? En nuestra opinión es un asunto complejo y preferimos hablar de *comportamientos o actitudes* que nos remiten a la etapa oral. Entre ellos identificamos los ya mencionados, como el atracón, el abuso de

sustancias, las restricciones alimentarias... que formarán parte de cuadros clínicos diferentes y relacionados con estructuras de base también diversas. Su significación, por tanto, no puede ser la misma, aunque su expresión sea similar. No podemos contextualizar del mismo modo la ingesta compulsiva de Coca-Cola en un individuo con una estructura psicótica que el atracón de un adolescente en un momento de angustia, y tampoco va a ser sentido ni relatado del mismo modo por ambos sujetos. Por ello, no podemos proponer una guía o protocolo de comprensión e intervención para este tipo de problemas sino una serie de nociones o coordenadas que nos sirvan de referencia para poder dar una significación al caso particular.

Como veíamos, las conductas orales se vinculan con una etapa del desarrollo individual en la que el sujeto no se diferencia del exterior e incorpora objetos (Bergeret, 1990) como un modo de satisfacción y de exploración. De esa manera también calma su malestar. Por ello, cuando el sujeto adulto recurre a la vía oral para aliviar su angustia está recurriendo a una estrategia inmadura, muy ligada a lo somático y, en este sentido, poco accesible en su significación. Es decir, confunde la necesidad fisiológica con la psicológica y afectiva, a la vez que el sujeto se funde con el objeto apropiándose de él. Esto dificulta el análisis, la comprensión del origen de la angustia y su resolución.

La angustia tiene su fuente en el cuerpo y permanece por fuera de las representaciones psíquicas sin haber entrado en el proceso de simbolización (Monseny, 2005). Puede ser interpretada como señal (Freud, 1925) que aparece de un modo engañoso para el sujeto que, con frecuencia, la confunde con la enfermedad somática o con la intromisión de la locura. La señal nos avisa de algo que desborda al aparato psíquico, quizá por un encuentro con lo real o con lo que está en el terreno de la indefensión o del desamparo. Las circunstancias angustiantes suelen implicar la inminencia de una pérdida o la confrontación con algo del orden del exceso (Monseny, 2005).

Un mecanismo primitivo será el de incorporar oralmente al objeto, aunque sea por desplazamiento, para tramitar esta angustia no tolerable. Y este mecanismo de resolución, parcial como cualquier síntoma, nos revela la posición (inmadura) del sujeto respecto a ese asunto particular.

La aparición del lenguaje, de la capacidad simbólica, en la historia evolutiva de una persona le permite recurrir a otra vía alternativa para manejar sus momentos de tensión. Lo simbólico permite la representación, la externalización, la diferenciación y, en último término, dar un sentido que facilita la asimilación y da la posibilidad de reescribir una alternativa. Sin embargo, lo oral nos coloca en lo presimbólico o preverbal.

Analicemos ahora algunos de los problemas que nos encontramos en la clínica y que nos colocan ante posibles conexiones con el período oral.

Si observamos la patología relacionada con la alimentación, lo primero que apreciamos

es su diversidad, lo que reclama un análisis diferencial. No pueden ser interpretados del mismo modo los actos dirigidos a lograr placer excesivo y repetitivo cuando se carece de recursos cognitivos o verbales para la regulación de impulsos, que los atracones vinculados con una frustración o una pérdida, que cuando el acto de comer es una moneda de cambio y sirve estrategia para complacer o castigar a otro. En el primer caso podremos estar ante un autoerotismo no regulado, en el segundo, ante un mecanismo primitivo de tramitar la separación del objeto y, en el tercer caso, vemos una maniobra relacional más compleja con matices de dependencia y de narcisismo. Es decir, que pudiendo categorizarse genéricamente como “patología oral”, tiene matices particulares que tendríamos que desgranar.

Con frecuencia, algunas personas que presentan problemas o trastornos de alimentación nos dejan entrever dificultades con el crecimiento, con su acceso a la adultez para insertarse en una sociedad exigente y compleja. En este sentido, no es casual que los problemas



Foto: Threshots

emerjan en la adolescencia, cuando los cambios corporales desdibujan la figura del niño y el adulto incipiente se ve inmerso en un entramado en el que el otro ya no es el que provee satisfacción. La búsqueda del objeto oral (comida, alcohol, tabaco...) como sostén para enfrentar el malestar, la resistencia al cambio del cuerpo a través de la inanición, o el desplazamiento de la angustia y su contención a través de la localización y del dolor (cortes autoinflingidos) nos muestra ese remanente del estadio oral y sus estrategias parciales de resolución del conflicto. Es llamativa la presencia que tienen estos comportamientos en los adolescentes actuales, desconcertándonos por su precariedad y porque, como veíamos, los coloca en un estadio preverbal y preobjetal que dificulta nuestro tratamiento a través de la palabra y de la relación.

Con la cuestión de las sustancias (tabaco, alcohol y otras drogas) veremos también diversidad. La primera diferenciación que debemos establecer es la de los consumidores sociales (especialmente de tabaco y alcohol y, a veces de cannabis) frente a los que recurren a la droga para incorporarla sin ninguna otra finalidad más allá del propio consumo. No es lo mismo consumir para hacer lazo y poder vincularse con los demás que hacerlo de un modo aislado y con el único fin de poder equilibrar la balanza placer-displacer, aunque el desequilibrio tenga un origen externo. Estos últimos encajan mejor en una descripción propia del estadio oral, por su autoerotismo, por la baja tolerancia al malestar y al sufrimiento, por alcanzar la mitigación del displacer a través del consumo y por no prestar atención al otro ni a su complejidad, más allá de definirlo de forma simple y polarizada como “bueno” o “malo” o serle “útil” o “inútil”.

Siguiendo con la cuestión de la diversidad en la clínica, debemos indicar que tampoco son idénticos los relatos de nuestros pacientes ni los efectos que en ellos tienen estos comportamientos. Podemos decir que todos estos impulsos orales son de carácter egosintónico

pero su materialización puede generar malestar o culpa en algunos casos. En otros, ni siquiera es vivido como un problema. El exceso que vemos en psicóticos en cuanto al tabaco, al café, a la Coca-Cola, etc., no es relatado por ellos como indeseable ni dan cuenta de la existencia de una lucha o debate internos por resistir ese impulso. En consecuencia, tampoco apreciamos vivencia de culpa. En otros sujetos, con estructura neurótica, que comen en exceso o que tienen problemas somáticos relacionados directa o indirectamente con la dieta o con algún consumo, a veces su principal problema no es otro que un endocrino u otro profesional sanitario que le recuerda periódicamente que, por el bien de su salud, debe modificar hábitos.

Los remordimientos y la culpa por “caer en la tentación” los vemos en las personas para las que estos comportamientos suponen una insubordinación a su *yo ideal* (Freud, 1914), herencia de su narcisismo. Para algunos será porque engordan y traicionan su ideal estético, para otros será la mera transgresión de una norma de moderación o cualquier otro mandato autoimpuesto. No querer pecar, por tanto, será solamente la intención de aquellos que (se) reconocen en una norma ya sea de origen interno o externo, consciente o inconsciente.

En resumen, aunque los comportamientos propios de la etapa oral comparten que están muy orientados hacia el individuo y hacia la obtención de un placer muy concreto y aparentemente desligado de otras necesidades, no tienen la misma significación en función de a) si se refieren a un acto impulsivo orientado al placer autoerótico; b) si responden a la forma básica de afrontar la separación o la pérdida a través de la asimilación; c) si se trata de actos que hacen lazo social (de modo autónomo o dependiente); d) si son comportamientos con una finalidad dirigida hacia un tercero; e) etc. Del mismo modo, la forma que tiene de sentir el sujeto estas acciones, y la aparición de culpa, vergüenza, fracaso o perdón, tendrán que ver con el nivel de desarrollo alcanzado

en la progresión *autoerotismo-narcisismo-relación de objeto-madurez*.

5— INTERVENCIÓN

Como sucede con el resto de problemas relacionados con lo “psi”, la diversidad en la oferta terapéutica es lo predominante. Continuamos en un contexto de escuelas, modelos, teorías... ante las que cada profesional se posiciona, elige y aplica. No sucede lo mismo con los usuarios de nuestros servicios que, ajenos a las luchas teóricas y prácticas, suelen hacer una elección del profesional sin saber que esa decisión va a determinar un modo u otro de interpretar su problema y una estrategia muy diferente para intentar abordarlo. Los problemas o comportamientos vinculados con lo oral no se escapan de este escenario, por lo que vamos a encontrar un abanico de propuestas terapéuticas con su particular fundamentación teórica.

La psicopatología de la oralidad, engloba algunos casos que pueden ser considerados de gravedad al poner en riesgo la propia vida del individuo. Como el origen de este peligro se sitúa en la adquisición de “malos hábitos”, las propuestas terapéuticas se focalizarán en buscar su eliminación y transformación. Estamos, por tanto, en un terreno en el que existe una oferta de tratamientos que tienen una elevada intrusión en la vida de las personas.

Si entendemos la intrusividad de las intervenciones como un continuo, podemos situar en su extremo más débil el *consejo médico* al ser una mera recomendación, poco individualizada y muchas veces recogida en folletos de divulgación general. El consejo médico se fundamenta en la idea de que basta con que la autoridad sanitaria informe, indique o pauté, para que el ser humano actúe de manera racional y saludable y materialice en un cambio de hábitos

el consejo recibido. En el extremo contrario están las concepciones del sujeto como un ser incapaz de autogestionarse, que precisa de controles externos y de un estado de alerta permanente como estrategia para no caer en esos malos hábitos. El sujeto es visto como enfermo, inmaduro o vulnerable y esto justifica tratamientos que separan de la comunidad, que aíslan del entorno y que etiquetan de por vida.

Ambos extremos están atravesados por los restos de una moral religiosa, en los que la autoridad, en este caso científica o sanitaria, determina qué es lo correcto, y el individuo debe ajustarse para no recibir el castigo de la enfermedad o de la exclusión. Se hace poco esfuerzo por conocer los valores particulares, las condiciones de vida, las biografías, los núcleos de conflicto, las dificultades... Sin embargo, sí existen diferencias importantes entre estos dos enfoques. El primero muestra una mayor confianza en que la persona tiene capacidad para decidir lo que le beneficia y tolera más su libertad de actuación. El segundo enfoque desconfía de la capacidad y sitúa al enfermo como sujeto que si ejerce su autonomía no se recuperará. Por otro lado, el primero deja solo al individuo y el segundo no lo deja ni un segundo.

En ocasiones, los médicos, con estilo paternalista sacerdotal, además de dar consejo, también recurren al susto o a la amenaza para tratar de lograr el cumplimiento de sus prescripciones. Y cierto es que el miedo puede ser motor de cambio, pero la realidad es que estamos en un terreno en el que la relación entre la buena conducta y la salud no es inmediata, por lo que con el paso del tiempo el miedo se mitiga, se recuperan las dinámicas de lo cotidiano, emergen las dificultades repetitivas de la historia vital de cada uno y aparece la caída o la recaída.

La *psicoeducación* es otra estrategia que también se fundamenta en el poder de la información y sobreestima la capacidad que tenemos los profesionales de modificar comportamientos por el mero hecho de narrar las terribles

consecuencias de hacer lo inadecuado y los inmensos beneficios de la vida saludable. En el mejor de los casos, la psicoeducación sirve para reforzar lo que uno ya pensaba y sabía y fortalecer, apoyar o reafirmar. Cuando el procedimiento es grupal suele funcionar mejor por cuestiones ya conocidas como el principio de universalidad, el apoyo mutuo o la simple competición. En definitiva, cuando hablamos de psicoeducación, más que la mera información, es el sentimiento de pertenencia a algo y la puesta en marcha de las dinámicas relacionales lo que da mucho más combustible al motor del cambio.

Las intervenciones centradas en la administración de *castigos y recompensas* se basan en los principios clásicos de control a través del manejo de las consecuencias de los actos inadecuados. Se encuadran dentro del modelo con más evidencia empírica, confirmando que a veces la ciencia se mueve en los mismos parámetros que la religión. La principal limitación de estos modelos es su falta de generalización, es decir, que los sistemas de contingencias solo funcionan mientras se está llevando a cabo el tratamiento y en el contexto en el que éste se aplica. La “conducta problema” absorbe toda la atención del paciente y su realización resulta más penosa que cualquier otra alternativa en ese momento y lugar. Pero la salida del “laboratorio” no es fácil e insertarse en la comunidad (familia, amigos, trabajo, ocio...) y lidiar con lo costoso de lo cotidiano puede reclamar de nuevo el recurrir a las viejas estrategias de afrontamiento, aunque sean perjudiciales, regresivas o inmaduras. Estas permiten mitigar parcialmente el sufrimiento y huir de lo que se percibe como difícil, complejo o dañino.

Para solventar este problema de generalización, se han propuesto dentro del mismo modelo y bajo los mismos supuestos las *técnicas de “autocontrol”*, es decir, aspirar a que sea la propia persona la que se regule. Para ello ésta ha de aprender qué elementos debe eliminar de su entorno (para no caer en la tentación), tiene que observar con atención su conducta y des-

pués premiarse (o no), en función de los resultados. Para que esta propuesta funcione será imprescindible cierto nivel de autoconciencia y bastante motivación por parte del individuo ya que va a tener que lidiar una pelea sostenida con su deseo y tomar decisiones que implicarán ruptura (revisará su entorno de amigos, su ocio habitual, etc.).

Otros programas que introducen las *actividades de carácter sustitutivo* ya sea a través de la mera “activación conductual” o de programas más complejos que requieren de ocio o trabajo de carácter protegido, buscan articular una alternativa al “mal hábito” que tenga un efecto más significativo y duradero para el individuo. Proponen un vehículo para tramitar el displacer a la vez que se van construyendo espacios de participación, de relación, de logro y de disfrute. Los relatos de éxito que hacen nuestros pacientes cuando utilizan estas alternativas suelen aludir a temas de capacidad, logro y de bienestar, lo que parece contribuir al desarrollo de una confianza básica, a un rol más activo y autónomo a la vez que se reducen actitudes dependientes. El problema de estas intervenciones es su conversión en píldoras *genéricas* incorporadas al pack de recomendaciones terapéuticas de cientos de psicólogos, que se adhieren a la fórmula magistral de recetar un paseo diario a diestro y siniestro.

Lo mencionado hasta ahora no es un alegato contra unas técnicas que contribuyen, en muchas ocasiones, a facilitar la mejoría y a ayudar a personas a dejar atrás experiencias de sufrimiento; sino que se trata de una apelación a tomar conciencia de cuál es la posición relacional y ética en la que nos colocan, tanto a profesionales como a pacientes. La técnica no es la comprensión del problema ni el epicentro de nuestro trabajo. Se trata solamente de una estrategia que puede ayudar a manejar un asunto concreto que adquiere un sentido en la biografía personal de cada paciente entendida desde una perspectiva histórica (y evolutiva).

No debemos olvidar que lo que nos hace esencialmente psicoterapeutas es el trabajo con dos ingredientes genuinos que han demostrado un potencial superior al de recetar tareas para casa. Nos referimos a la palabra y a la relación.

La capacidad para simbolizar permite al niño clasificar la realidad, simplificarla y, de este modo, puede asimilarla para no ver sus capacidades cognitivas sobrepasadas. La aparición del juego, favorece, de modo transicional, acercarse a lo temido de un modo seguro. Los esquemas, clases y categorías ayudan a apreciar la analogía y la diferencia y, con ello, ajustar y modular comportamientos. El lenguaje será vehículo también de peticiones, demandas y quejas, de expresión de malestares para el niño y el adulto, y también permitirá diseñar intentos de solución, crear escenarios alternativos, inventar redefiniciones. Con la palabra se construyen salidas.

Cuando nuestros pacientes muestran actitudes inmaduras, mecanismos de defensa precarios con fallidos intentos de solución, cuando viven sus impulsos como algo ajeno a lo que se ven sometidos, cuando sitúan el sufrimiento en el cuerpo, cuando devoran para aliviarse... una ayuda básica y natural será identificar el origen de este sufrimiento, tratar de capturar la angustia con palabras, poner discurso en el vacío o tratar de descifrar lo que se percibe en el cuerpo para dar la posibilidad de tramitarlo de otro modo que, como mínimo, implique más al sujeto.

De la misma manera, la relación establecida será la oportunidad de conocer cómo se sitúa el paciente ante (nos)otros, cómo se vincula... al tiempo que a modo de *experiencia emocional correctiva*, abramos la posibilidad al nacimiento de la confianza, la aceptación de la falta y la seguridad imprescindible para poder salir al mundo con deseo de exploración y de crecimiento.



Referencias

Alegría, B. (2005). Fijación. Regresión. En Mira, V., Ruiz, P. y Gallano, C. *Conceptos freudianos* (299-310). Madrid, Síntesis.

Aparicio, A. (2005). Erotismo. Autoerotismo. Narcisismo. En V. Mira, P. Ruiz y C. Gallano (Eds.) *Conceptos freudianos*. (pp.325-337). Madrid, Síntesis.

Bergeret, (1990). *Manual de Psicología Patológica*. Barcelona, Masson.

Bowlby, J. (1998), *El apego y la pérdida*. Barcelona, Paidós.

Cáceres, L. (2005), Libido. En V. Mira, P. Ruiz y C. Gallano (Eds.) *Conceptos freudianos*. (313-324). Madrid, Síntesis.

Catecismo de la iglesia católica (1997). Recuperado de <http://www.vatican.va>

Dessal, G. (2005). Pulsión. En V. Mira, P. Ruiz y C. Gallano (Eds.) *Conceptos freudianos*. (209-219). Madrid, Síntesis.

Freud, S. (1905). Tres ensayos para una teoría sexual. En *Obras completas* Vol. 4. (Trad. L. Ballesteros, 2006). Madrid, Biblioteca Nueva.

Freud, S. (1912). Totem y tabú. En *Obras completas*. Vol. 5. (Trad. L. Ballesteros, 2006). Madrid, Biblioteca Nueva.

Freud, S. (1914). Introducción al narcisismo. En *Obras completas*. Vol. 6 (Trad. L. Ballesteros, 2006). Madrid, Biblioteca Nueva.

Freud, S (1915). Los instintos y sus destinos. En *Obras completas*. Vol.6 (Trad. L. Ballesteros, 2006). Madrid, Biblioteca Nueva.

Freud, S (1925). Inhibición, síntoma y angustia. En *Obras completas*. Vol. 8. (Trad. L. Ballesteros, 2006). Madrid, Biblioteca Nueva.

Monseny, J. (2005). Culpabilidad. Angustia. En V. Mira, P. Ruiz y C. Gallano (Eds.) Mira, V. *Conceptos freudianos* (259-271). Madrid, Síntesis.

IRA

ENFOCÁNDONOS EN LA IRA CONSTRUCTIVA

M^a Victoria Canosa Raña

Psicóloga General Sanitaria

Centro Médico Semecor y Centro
Médico Progreso (Ourense).

Terapeuta del programa “Abramos
o Círculo” del Colexio Oficial de
Psicología de Galicia.

centrodeestratexias@yahoo.es

SUMARIO

GALLEGO

“No debemos avergonzarnos de la ira. Es una cosa muy buena y poderosa que nos motiva. Pero de lo que si debemos avergonzarnos es de la forma en que abusamos de ella”

Mahatma Gandhi

RESUMEN

El presente artículo quiere poner en valor a la ira y su función adaptativa y constructiva como emoción básica. Parto de una reflexión en base a mi práctica en terapia, donde observo el impacto negativo que tiene la mala gestión de esta emoción en las personas, sobre todo en lo que respecta a sus relaciones interpersonales. Se hace imprescindible desculpabilizar la ira y mejorar el autoconocimiento emocional. Como profesional, me interesa dar a valer la psicoeducación sobre la ira y su gestión, como estrategias eficaces en aras de una buena convivencia.

PALABRAS CLAVE — ira, ira constructiva, emoción, psicoeducación, convivencia.

ABSTRACT

This article aims to highlight anger and its adaptive and constructive function as a basic emotion. I start with a reflection based on my practice in therapy, where I observe the negative impact that the mismanagement of this emotion has on people, especially in terms of their interpersonal relationships. It becomes essential to deculpitate anger and improve emotional self-knowledge. As a professional, I am interested in using psychoeducation on anger and its management as effective strategies for good coexistence.

KEY WORDS — anger, constructive anger, emotion, psychoeducation, coexistence.

1 —

UNA BREVE APROXIMACIÓN CONCEPTUAL

El Diccionario de la R.A.E. define la ira como:

1. f. Sentimiento de indignación que causa enojo.
2. f. Apetito o deseo de venganza.
3. f. Furia o violencia de los elementos de la naturaleza.
4. f. pl. Repetición de actos de saña, encono o venganza.

Y tiene como sinónimos la rabia, el enojo, la furia, la cólera, el furor, la irritación, la indignación, la vesania, el cabreo. Etimológicamente, la palabra ira proviene del latín y tiene gran riqueza de derivaciones: sustantivos como iracundia (o propensión a la ira) e irascibilidad (cualidad de irascible); y como adjetivo está iracundo/a e irascible (predispuesto a la ira). Caben también el verbo airar (agitarse, mover hacia la ira) y el adjetivo airado/a.

A partir de estas definiciones y términos sobresale la marcada connotación negativa que acompaña a la ira en nuestro contexto social y cultural, como algo desestabilizador y violento. Hablamos de ira cuando “perdemos los estribos, nos sacan de quicio, no sabemos lo que hacemos o perdemos la cabeza”, como ejemplo de irracionalidad y de descontrol de la voluntad.

La ira es un término que se ha tratado desde diferentes disciplinas, destacando la Filosofía y la Religión. Pero también desde lo social y político y desde el arte en sus distintas expresiones.

En nuestro entorno destaca la influencia innegable de la doctrina cristiana, donde la ira es un pecado que vulnera la virtud de la paciencia o la del perdón. El pecado es un hilo conductor en las enseñanzas católicas, como acto o deseo

contrarios a la moral cristiana. Y tiene a la ira como uno de los pecados capitales, esto es, un pecado que genera más pecados y vicios. Ni el mismísimo Dios se libró de sus efectos y se habla también de la “Ira Divina”, que se refiere precisamente al rechazo que Dios experimenta ante el mal y la injusticia. La ira de Dios contra el pecado y la desobediencia es perfectamente justificada porque su plan para la humanidad es santo y perfecto. Rechazar ese plan perfecto es rechazar el amor, la misericordia, la gracia y el favor de Dios e incurrir en su justa ira. La ira de los humanos no siempre es pecado para la doctrina cristiana. La ira puede ser emoción, y como emoción es un don de Dios, una respuesta inmediata y natural. Se convierte en pecado cuando existe una decisión de mantener ese enojo. El pecado requiere de decisión y de voluntad. Sería en la emoción descontrolada cuando comienza el pecado. Es cuando se habla de ira como ese sentimiento de gran enojo que nos lleva a comportarnos de forma cruel y violenta. La causa puede ser real o aparente, pero el sentimiento es tan fuerte que muchas veces nubla la razón.

Desde la Filosofía clásica occidental también se hace hincapié en los aspectos negativos que tiene la ira, como pasión que amenaza a las relaciones humanas. Los estoicos hablaban de las pasiones o emociones como conductas que se mantenían a través de pensamientos irracionales provenientes de falsas creencias. Aristóteles afirmaba que la ira es el deseo de devolver un sufrimiento.

Siguiendo a Remo Bodei (2013): “La reflexión filosófica sobre la ira puede dividirse en dos grandes grupos de posiciones. Aquellos que, como Epicuro, Séneca o Spinoza, consideran que la ira es siempre una pasión negativa para el hombre porque le impide ser feliz o racional, y que por lo tanto debe ser desterrada y superada. O tenemos a otros, como Aristóteles, Giordano Bruno o Descartes, que consideran que la ira forma parte consustancial de las pasiones humanas, que dichas pasiones nunca son en sí mismas algo negativo y que lo que

debe hacerse con ellas es encauzarlas de tal modo mediante la razón que nos sirvan para impulsar acciones justas y rectas”.

Ya en la filosofía actual, la pensadora estadounidense Martha Nussbaum (2018) parte de la base de que, en la ira, la idea de la venganza o retribución forma parte de su concepto. Y también plantea que resulta esencial para reafirmar el autorrespeto y defender nuestra dignidad en situaciones de injusticia, algo fundamental para las relaciones humanas. Entonces, recomienda centrarse en prevenir las injusticias y no potenciar la venganza.

2—

LA IRA COMO EMOCIÓN

Desde la psicología, Paul Ekman (2003) acuñó las seis emociones básicas y necesarias para desarrollarnos plenamente: alegría, tristeza, miedo, asco, sorpresa e ira. Cada una de ellas representa toda una familia de emociones.

Así, la ira presenta una variación de intensidades, que va desde la molestia a la rabia, y de tipos, como son la ira con resentimiento, ira huraña o ira fría. El resentimiento o el rencor mantiene nuestra ira latente a lo largo del tiempo y es fácil que se manifieste ante cualquier pequeño detonante. La ira huraña es una ira pasiva que nos aloja al borde de nuestra paciencia. La ira fría es la que no se manifiesta de manera explosiva y no se percibe fácilmente, pero que puede llegar a dominarnos y llevarnos a la venganza.

Yo aquí hablaré indistintamente de ira, enojo o enfado, como sinónimos y sin ánimo de entrar en polémicas lingüísticas.

Se hablaba en su momento de emociones negativas o positivas, lo cual hizo que la ira cayera en el primer grupo. Esto conllevó que

mantuviera esa mala prensa histórica, y se siguió viviendo como algo muy poco deseable y con cierta connotación de tabú. Porque no se habla de ello.

La ira constituye, junto al miedo y al asco, el sistema de amenaza de la regulación emocional. Se relaciona directamente con la amígdala y es fácilmente activable y muy sensible. Nos dice que hay algo que necesita cambiarse o desbloquearse.

Aunque la ira y el miedo con frecuencia se dan en las mismas situaciones, la ira puede resultar útil para reducir el miedo. Es una emoción orientada a la acción. Permite defendernos en una situación de peligro y superar obstáculos. Genera energía y nos prepara para la acción que puede llevarnos a resolver un conflicto. Es la parte activa de nuestra defensa.

Las emociones nos preparan para manejar sucesos importantes sin pensar en lo que hay que hacer. En ese primer momento de la emoción predomina la respuesta fisiológica: es extraordinariamente rápida y está más allá de nuestra capacidad de notarla conscientemente. Pero también las emociones suponen la forma de implicarnos en el mundo, como diría Solomon (2007) en tanto que hay una respuesta cognitiva, en la que se hace una valoración de la situación dada en base a la herencia evolutiva, las experiencias previas, creencias y actitudes y que va a determinar el resultado.

Entonces, la ira se reconoce como un constructo multidimensional, y la constituyen variables fisiológicas, cognitivas, fenomenológicas y conductuales.

Una definición, aglutinadora de muchas, la refieren Castillo, Venega y Sousa (2013):

“La ira es una experiencia emotiva subjetiva que activa el sistema simpático. Es inicialmente provocada por la percepción de un daño, aunque puede persistir una vez que la amenaza ha pasado. Está asociada con cogniciones atributivas, informativas y evaluativas que motivan una respuesta de antagonismo ante

el objetivo vislumbrado como amenaza. La ira es comunicada a través de expresiones faciales, posturas, verbalizaciones y conductas agresivas. La elección de estrategias para comunicar la ira varía según los roles sociales, el ambiente y aprendizaje”.

3 —

DE DÓNDE PARTIMOS

Actualmente muchos adultos no se permiten expresar ira o enojo, ya que lo asocian a conductas poco deseables e inmaduras. No se permiten liberar el malestar interno que se genera y lo mantienen reprimido. Esto es, niegan la emoción de la ira. Demasiado a menudo nos han enseñado que, eso de mostrarnos, emocionalmente hablando, no estaba bien. Hemos crecido con muchos cuidados físicos pero pocos emocionales. Por poco que recordemos, hay frases de la infancia que se repiten: “No hace falta enfadarse por eso... Por qué te pones así... Por favor no llores... No te enfades... No te rías... ¿Miedo? pero si es una tontería... Alegra esa cara que no es para tanto... No es normal que te enfades... Así nadie va a querer estar contigo”.

El reconocimiento de las emociones ha sido, hasta hace bien poco, una asignatura pendiente en educación. Tradicionalmente se infravaloró la parte afectiva del ser humano en contraposición a la parte más racional. Esa separación entre lo racional y lo emocional se ha superado, pero es evidente el retraso que llevamos en lo que se refiere al conocimiento emocional en la vida diaria. Muchas personas siguen teniendo en su interior una olla a presión donde guardan, sin saberlo, todo su repertorio emocional, cerrado y reprimido. Incluida toda su ira.

Un episodio de ira motiva con cierta frecuencia la primera visita a terapia, a raíz de un arranque de rabia dirigido hacia alguien. Un epi-

sodio en el que se asustan de sí mismos/as, de verse como no quieren verse, o porque la persona que tienen en frente les dice que no, que así no. Realmente se percatan de su ira cuando aparece la conducta explosiva. No son conscientes de los otros niveles en los que se manifiesta. También suele pasar que relacionan la ira, el enfadarse, con un tipo de respuesta muy homogéneo y concreto: el enfado supone descalificar, insultar, reprochar y castigar. Porque es el patrón que han aprendido. Entonces nos encontramos que, cuando quieren descargar la energía que les da la ira, la descargan y expresan en base a ese patrón poco constructivo. Como escribe Anabel González (2017), “son personas que se instalan en la rabia y no se permiten ser vulnerables porque han aprendido que es más seguro para su supervivencia”.

Está estudiado que el descontrol sobre la ira, las dificultades en la expresión de emociones y las distorsiones cognitivas, están muy presentes en un gran porcentaje de hombres que maltratan a sus parejas (Echeburúa, 2004, 2016). No detectan cuándo comienzan a enfadarse, la tensión crece dentro sin que la registren, y entonces se producen los estallidos de violencia o agresividad hacia el otro o hacia uno mismo.

Por otra parte, acuden a terapia otras personas que tampoco se llevan bien con la ira: las que no consideran el enfado como una opción válida. Por norma, reprimen su ira, incluso en su menor intensidad, porque la interpretan como un factor altamente negativo y reprochable. Tienden a enfocar su ira sobre sí mismas, culpabilizándose de sentirse como se sienten.

En mi experiencia profesional, en el primer grupo son más los hombres y en el segundo grupo abundan más las mujeres. Tiene sentido solo con echar un vistazo a nuestra historia sociocultural más reciente, en cuanto a las desigualdades mantenidas entre ambos sexos. La sociedad ha sido más permisiva con la expresión de la ira o el enfado en los niños y hombres que en las niñas y mujeres.

Entonces, se nos ha negado demasiadas veces el derecho a sentir ira, enojo, enfado. Y cuando la sentimos, la interpretación negativa de la emoción hace que nos sintamos muy culpables y con gran malestar interno por el mero hecho de sentirla. Esta actitud represiva nos ha privado del aprendizaje necesario para una expresión adecuada de la ira. No estamos prácticos en graduar la ira en su justa medida en cada situación. “No es la emoción en sí lo que perturba sino el no haber aprendido aún cómo leer y aprovechar la información que transmite”, en palabras de Levy (2000). Por tanto, tendemos a una de las distorsiones cognitivas más frecuentes que es el pensamiento dicotómico: o todo o nada. O la dejo pasar, como si no hubiera sucedido nada, o exploto y mi ira me descontrolará. En ambos casos, los efectos negativos en las relaciones interpersonales son altamente notables. No se han aprendido otros canales de expresión y gestión de la energía de la ira. No se reconoce a la ira como emoción “positiva” inherente al ser humano.

Cada vez más, el trabajo en terapia deja ver las fisuras que una infancia desprovista de cuidado emocional deja en los adultos. No requerimos de grandes traumas para que persistan las heridas psicológicas sufridas en la infancia. Las vivencias negativas experimentadas cuando somos niños/as dejan una huella profunda. De ahí la relevancia de la regulación emocional.

En pleno siglo XXI, persiste una elevada “ignorancia emocional”, en términos de Levy (2000), con respecto a nuestro funcionamiento interno. Y esto supone un menoscabo para las relaciones interpersonales.

4—

CÓMO FUNCIONA LA IRA

Aprendemos lo que practicamos. Si no contemplamos otras opciones intermedias, no las

reconocemos y actuamos sólo con un repertorio de conductas muy pobre.

El desarrollo psicológico y social de las personas depende de cómo expresemos los sentimientos y las emociones, incluida la ira.

En la vida diaria tenemos un sinnúmero de ejemplos de mala gestión del enojo en las discusiones que empiezan por un motivo concreto, que se va difuminando, y se antepone el resentimiento o reproche hacia la otra persona. Entonces se dejan de lado las posibles soluciones y se empieza un pulso para medir quién sale más o menos perjudicado.

Nos enojamos cuando algo nos frustra, cuando nos sentimos ofendidos/as o amenazados/as.

“Cuando la energía del deseo que se encamina hacia su realización encuentra un obstáculo, la obstrucción que este produce genera una sobrecarga energética en ese deseo. Esta sobrecarga es lo que llamamos enojo. Es importante destacar que la función original de esa sobrecarga de energía es asegurar la realización del deseo o necesidad amenazada. Lo que ocurre es que al no saber cómo implementar adecuadamente tal sobrecarga de energía, en lugar de contribuir a la resolución del problema a menudo aquella se convierte en un problema más” (Levy, 2000).

Conocer cómo funciona la ira nos permitirá aprender a expresarla de forma adecuada y provechosa.

La ira se expresa en los tres niveles de respuesta: fisiológico, cognitivo y conductual.

Hay una respuesta física, en la que el cuerpo se tensa, se acelera el ritmo cardíaco y el flujo sanguíneo es mayor, preparándonos para actuar. Es la respuesta más primitiva e inmediata y común con otros seres vivos.

La respuesta cognitiva está directamente relacionada con la interpretación que hacemos de una situación concreta. A partir de ahí, somos capaces de retroalimentar esa interpretación

sin cuestionarla, lo cual nos puede llevar a niveles intensos de ira.

El tercer nivel de respuesta es el comportamental. Como parte de nuestro sistema de defensa, la ira nos genera una energía interna orientada a la acción y a remover obstáculos.

Los tres niveles se potencian entre ellos. Aisladamente, cada uno sin los otros dos, es difícil de identificar por sí solo.

Un rasgo determinante es que la ira provoca más ira, con lo que el ciclo puede entrar en una rápida escalada si dejamos que aumente en intensidad.

Las personas creemos que es un hecho negativo concreto el que provoca directamente nuestro enojo. Pero es la interpretación que hacemos de ese hecho y la importancia que le otorgamos lo que determina el devenir de los acontecimientos. Esto lo explica Aaron Beck en su teoría sobre el diálogo interno, dentro del modelo de Terapia Cognitiva que desarrolló: ante determinada situación, las personas percibimos, clasificamos, interpretamos y evaluamos en relación a unos esquemas cognitivos previos, también llamados creencias. Juzgamos los sucesos como buenos o malos, terribles o agradables, peligrosos o inofensivos, a través del diálogo de cada persona consigo misma. Este diálogo ha sido comparado a una cascada de pensamientos que fluye sin interrupción. Raras veces nos damos cuenta de ellos, pero son lo suficientemente poderosos como para crear las emociones más intensas.

Echeburúa (2016), en sus estudios sobre violencia también vio reflejado que es la interpretación de un suceso la que permite que haya una escalada de la ira: un suceso determinado pasa por un “filtro” cognitivo y se genera un diálogo interno que retroalimenta nuestras creencias previas y nos mantiene en un estado intenso de tensión.

Esta escalada puede hacernos perder el control de la situación y corremos el riesgo de que nuestro comportamiento pueda resultar

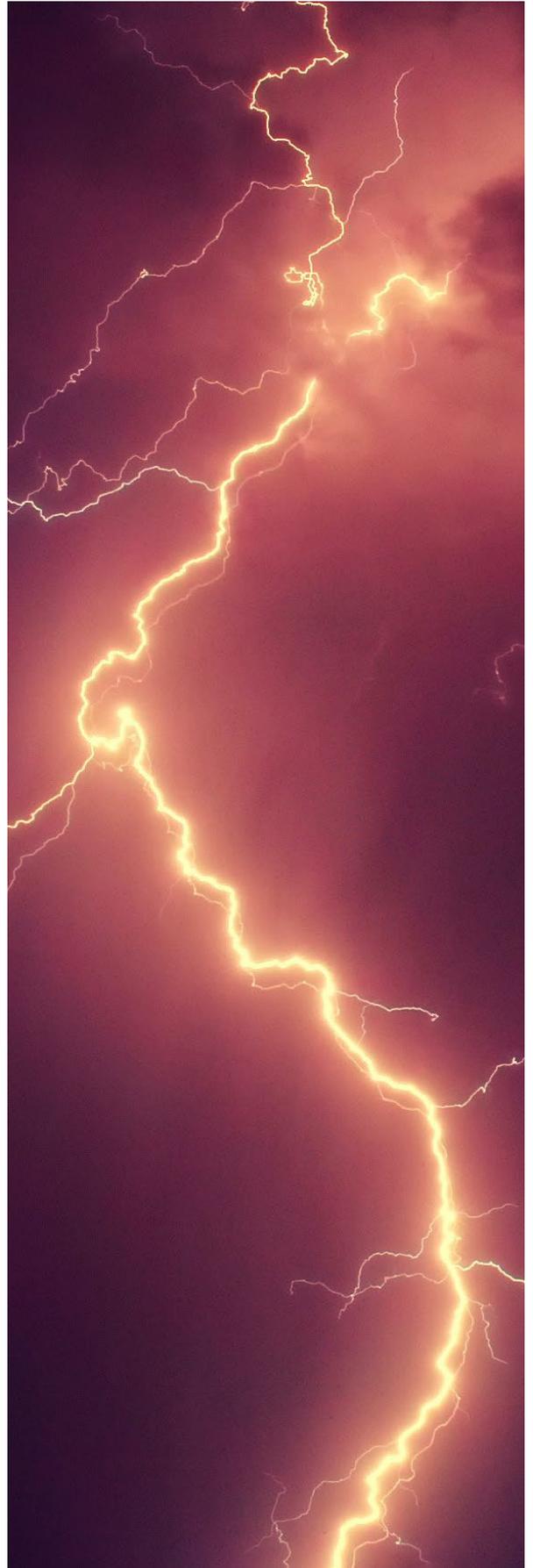
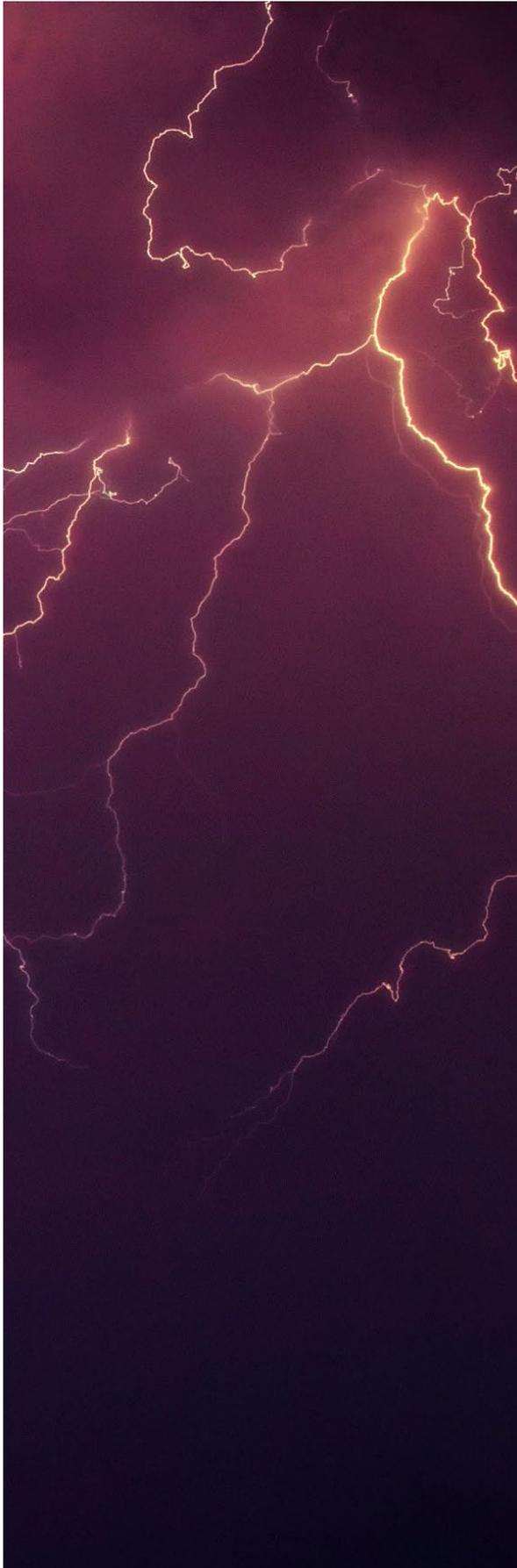


Foto: Johannes Plenio



violento, descargando tensiones sobre objetos, otras personas o nosotros mismos.

Entonces, se hace necesaria la psicoeducación para cuestiones tales como:

- La ira es una emoción básica y sí o sí vas a sentirla.
- Como cualquier emoción, tiene su función positiva y adaptativa.
- Tienes capacidad para gestionarla y manejarla.
- Si decides no gestionarla, sus efectos pueden resultar muy negativos para ti y para los demás.
- La respuesta de ira se expresa en tres niveles que puedes reconocer: fisiológico, cognitivo y conductual.
- Cuando conoces el patrón de tu ira, te facilitas su manejo.
- Mostrar ira es una decisión personal. Tú siempre tienes la última palabra.

5— DOS EJEMPLOS DE IRA

Un ejemplo claro en el que la ira tiene un papel utilitario y constructivo sería el de la situación de ruptura con el maltrato familiar: es desde la ira que se puede romper esa dinámica de sumisión. La ira es la parte activa de nuestro mecanismo de protección. El miedo detecta el peligro y la ira permite poner en marcha los recursos necesarios para salir de la situación injusta. Por ello, hay que legitimar esa ira para que podamos protegernos. Entonces, la emoción de la ira es protectora y positiva.

En contraposición, está la ira más desadaptativa. Los hombres que maltratan a sus parejas, en gran porcentaje, son ejemplo de un estado emocional intenso de ira que no controlan y la

focalizan en sus parejas: actúan con la creencia de que existe una voluntad externa que se opone a sus objetivos, lo cual hace crecer en ellos una gran hostilidad. Viven en un continuo campo de guerra en el que hay que pelear duro para sobrevivir. Además, parte de esa energía la centran en dañar al otro de una u otra forma. Porque consideran que es lo “normal” en una situación de ira.

En ambos casos e indagando un poco, salen a relucir los aprendizajes de la infancia. En un contexto como el nuestro, se ha legitimado la violencia de los padres sobre los hijos y de los hombres sobre las mujeres hasta hace bien poco. Y la violencia sería una de las expresiones de una ira mal gestionada. Pues bien, una buena parte de las personas aún consideran la ira sólo como violencia o agresividad, porque es el aprendizaje que han tenido, en base a unas creencias que llevan a la desregulación emocional. En ese entorno, muchos hombres han aprendido que a través de una ira intensa se consigue una posición de fuerza sobre los más vulnerables. Igualmente, muchas mujeres han aprendido que una actitud sumisa, en la que se pueda pasar desapercibida, ayuda a sobrevivir en contextos violentos. Si a eso le añadimos un pobre repertorio de conductas referidas a la comunicación y a la solución de problemas y un sistema de creencias plagado de ideaciones machistas, tenemos el caldo de cultivo perfecto para perpetuar, o bien la ira exacerbada constante, o bien la sumisión frente a esa ira.

6 — TRABAJANDO LA IRA EN TERAPIA

“El principal beneficio de darse cuenta de los sentimientos de cólera —y de estar atentos a los mismos— es la oportunidad que se nos brinda de regular o suprimir nuestras reac-

ciones, reevaluar la situación y planificar las acciones con más posibilidades de que ello elimine la fuente de nuestra ira” P. Ekman.

Puesto que no podemos no-sentir-ira, podemos aprender a reconocerla y manejarla, sacar provecho de todos sus beneficios y minimizar los efectos adversos. Y este planteamiento es una constante desde la Filosofía clásica hasta la Psicología de hoy.

Necesitamos saber qué ayuda a gestionar la ira de una forma más sana para mí y para los demás. Saber cómo utilizar la energía que nos da para construir, y no destruir. En definitiva, podemos aprender a mostrar ira, o enfadarnos, sin perder de vista que su fin último es “motivarnos a enderezar las cosas y corregir el mal” (Chapman y Campbell, 1998).

Por eso es tan importante poner el foco en el tratamiento psicológico en el caso de personas que maltratan a sus familias o que mantienen unas relaciones poco respetuosas. No significa restarles responsabilidad. Pueden asumir su responsabilidad, pero eso no les garantiza tener herramientas de aprendizaje que prevengan situaciones similares posteriores. Lo que se necesita es ampliar su repertorio de respuestas posibles y adecuadas. Es una forma de que no se repliquen las situaciones de ira descontrolada. El trabajo terapéutico permite a las personas reconocer que existe un problema, que es posible abordarlo para hacer un cambio, y que ese cambio va a mejorar sus vidas.

Igualmente sucede con respecto a las personas que sufren abusos y maltrato. Necesitan desculpabilizar la ira, desbloquearla, abrir la válvula de escape para esa emoción, reconocer los patrones aprendidos, comprender de dónde vienen y poder practicar otros nuevos. En este sentido, como señala Nussbaum (2018), interesa centrarse en prevenir las injusticias. La ira constructiva en estos casos nos ayuda a reafirmar el autorrespeto y defender nuestra dignidad. Moviliza a las personas hacia la restitución de las igualdades y de sus derechos.

Destacaría el asombro que manifiestan las personas cuando normalizamos la ira o el enfado como emoción cotidiana, cuando se percatan de la enorme capacidad que han desarrollado para sobrevivir a costa de no permitirse mostrar esa emoción. Personas que han supeditado sus derechos en aras de mantener una convivencia tranquila o en aras de mantener el orden tradicional de las cosas y las personas. Obviando, evidentemente, su propia realidad personal.

En el lado opuesto, el asombro no es menor en las personas que se hacen conscientes de haber vivido continuamente en guerra con los demás, guerra en la que la fórmula a seguir es “o estás conmigo o estás en mi contra”, “o gano yo o ganas tú”, sintiéndose continuamente agraviadas o frustradas. Se dan cuenta de con qué facilidad han dado la espalda a una realidad incuestionable, como es la existencia del mundo emocional.

Como dijo Aristóteles (referenciado en Castillo, Vanega y Sosa, 2013): “cualquiera puede ponerse iracundo, eso es fácil, pero hacerlo con la persona correcta, en el grado correcto, al tiempo correcto, por el propósito correcto y en la forma correcta, eso no es fácil”.

Dado que la ira surge y se vincula con ciertas creencias se puede moldear la emoción a través de la reestructuración cognitiva para modificar esas creencias cuando son erróneas. La experiencia y los estudios muestran que una regulación eficaz de la ira está asociada a un estilo constructivo de resolución de conflictos y es indicador de salud mental y bienestar psicológico. En este sentido, Oberst et al. (2013) encontraron que existe un conjunto de estrategias de regulación emocional que son adaptativas, y que su uso en episodios emocionales de ira genera una percepción de mejor control de la emoción y comprensión cognitiva, mejor control del medio, de la imagen de uno mismo y mejores relaciones con otros/as.

También Echeburúa (2016) pone en valor la psicoeducación en hombres maltratadores. Trabajar las distorsiones cognitivas, las habi-

lidades de comunicación y el control de impulsos puede prevenir que las situaciones de violencia se repliquen.

En Galicia contamos con un programa de atención psicológica especializada dirigido a hombres que adoptan actitudes inadecuadas y violentas en las relaciones con su pareja, con su familia, con su círculo social, y que desean adquirir nuevos modos de comportamiento, exentos de agresividad. Es el Programa Abrazos o Círculo, promovido por el Colexio Oficial de Psicología de Galicia.

Mi experiencia en el programa reafirma la necesidad de la psicoeducación emocional que apuntan las investigaciones de Echeburúa y de Oberst. Me gustaría plasmar un caso concreto como ejemplo:

Se trata de un hombre de 56 años, casado desde hace 25 años y con un hijo de 21; con nivel de estudios básico y transportista de profesión, aunque inactivo en el momento actual. Acude a consulta porque su mujer le ha dado un “últimátum” de que no quiere seguir la relación y él se pregunta si será un maltratador “por lo que se oye en la tele”, aunque no se identifica como tal.

Reconoce que habla con su mujer a base de gritos, insultos y constantes críticas y burlas. También se reconoce irascible con el hijo y con otras personas fuera del ámbito familiar. Su manera de relacionarse le parece “normal, aunque un poco bestia”. Valoro que es perfil para el Programa, así que tramito su incorporación al mismo.

Los objetivos que planteamos son: trabajar la asunción de responsabilidades y el locus de control interno, dar a conocer los aspectos que anteceden a la conducta violenta, así como las herramientas para su regulación (técnicas de relajación y el tiempo fuera, reestructuración cognitiva), indagar sobre las creencias culturales desadaptativas relacionadas con roles de género y potenciar las habilidades sociales y reconocimiento emocional.

La intervención estuvo marcada por una buena disposición y motivación al cambio por parte del usuario. Se utilizaron lecturas sobre el ciclo de la violencia, la escalada de la ira, así como un autorregistro de pensamientos y de situaciones de enfado.

Estas herramientas se mostraron útiles para que el usuario tomara conciencia de la magnitud de su conducta y de cómo afectaba a los demás: “creo que comienzo poco a poco a ser consciente de todo el daño que provoqué a mi familia. Antes ni siquiera me paraba a pensarlo”. También favoreció que asumiera la decisión de la pareja de separarse: “pienso que me quedan días de muchísimo sufrimiento y me va a costar mucho superarlo..., no me queda más remedio que enfrentarme a la nueva situación e intentar rehacer mi vida”.

El usuario fue alta en el programa después de las 10 sesiones del mismo, con la percepción de haber logrado sus objetivos, para lo que ha sido fundamental el nivel de motivación y la alianza terapéutica.

7 — CONCLUSIONES

Actualmente, la gestión emocional adquiere cada vez mayor relevancia, tanto en la infancia como en la vida adulta.

Cuando las personas se plantean la posibilidad de aprender sobre sí mismas el resultado es alentador. Cuando se hacen conscientes de los patrones familiares que tienen interiorizados y que les han marcado toda su vida. Cuando deciden que, desde su vida adulta, pueden desaprender y volver a aprender. Cuando descubren y hacen suyo el gran abanico de respuestas que hay en una situación dada, y que hace posible una vida mejor.

Como apunta también Levy (2000): “Cuando se les revela otra alternativa muestran una verdadera sorpresa al enterarse de una modalidad que no estaba presente en su forma habitual de vivir y expresar su ira. Esta evidencia clínica pone de manifiesto hasta qué punto el tema de la ira es también un importante aprendizaje que, como miembros de la especie humana y protagonistas de esta cultura, necesitamos realizar”.

Crear autoconciencia del proceso de ira, graduar su intensidad, conocer sus componentes cognitivos y físicos, y establecer técnicas asertivas y de resolución de conflictos son estrategias útiles para trabajar y reconocer la ira constructiva. Todo ello en un marco de alianza terapéutica y desde la voluntariedad y aceptación de las personas.

Estamos a tiempo de transformar la relación con nuestra ira desde nuestra vida de adultos. Estamos a tiempo de pensar de otra forma los conflictos interpersonales cuando nos enfocamos en mejorar la convivencia. Estamos a tiempo si consideramos que un cambio personal es el primer paso para que haya una transformación social, y no al revés.

Por otra parte, como profesionales tenemos la responsabilidad de seguir aprendiendo nuestra propia gestión emocional para hacer posible una sociedad menos iracunda y más respetuosa. Respeto, empatía, solidaridad, convivencia y responsabilidad personal son conceptos que hay que refrescar para hacerlo posible.



Bibliografía

Bodei, Remo (2013). *La ira. Pasión por la Furia*. Editorial Antonio Machado.

Castillo Ayuso, R., Vanega Romero, S. y Sosa Correa M. (2013). *La ira y el riesgo en el comportamiento personal. Prevención del Riesgo Físico y Emocional. Medidas de protección personal y familiar ante los delitos*. Edition: Universidad Autónoma de Yucatán, Cap. 4, Editores: José Paulino Dzib Aguilar.

Chapman, G. y Campbell, R. (1998). *5 lenguajes de amor de los niños*. Miami, Unilit.

Echeburúa E., De Corral, P., Fernández-Montalvo y Amor, P.J. (2004). *¿Se puede y debe tratar psicológicamente a los hombres violentos contra la pareja?* Papeles del Psicólogo, n° 88, 20-28.

Echeburúa, E. y Amor P. J. (2016). *Hombres violentos contra la pareja: ¿tienen un trastorno mental y requieren tratamiento psicológico?* Terapia Psicológica, n° 34, 31.40.

Ekman, P. (2003). *El rostro de las emociones*. RBA libros SA.

Elster, J. (2001). *Emoción, adicción y conducta humana*. Paidós.

González A. (2017). *No soy yo: Entendiendo el trauma complejo, el apego, y la disociación: una guía para pacientes y profesionales*. Amazon Distribution. Leipzig.

Igrexa Católica. *Catecismo de la Iglesia Católica* (1997). Edición electrónica do Catecismo da Igrexa Católica conforme a edición típica latina de 1997.

Levy, N. (2000). *La sabiduría de las emociones*. Plaza & Janes Editores, S. A.

Nussbaum, M. (2018). *La ira y el perdón. Resentimiento, generosidad, justicia*. Editorial Fondo de Cultura Económica.

Oberst y col. (2013). *Funcionalidad de las estrategias de autorregulación y regulación interpersonal de la ira y la tristeza*. Anuario de Psicología/ The UB Journal of Psychology, vol. 43, n° 3, 381-396.

Sáenz, M. J. (2017). *La reconsideración de la ira como emoción política. Sobre Anger and Forgiveness de Martha Nussbaum*. Diánoia, volumen LXII, número 79, 217–226.

Solomon (2007). *Ética Emocional*. Barcelona, Paidós.

RESUMEN

Como seres sexuados, la sexualidad nos atraviesa a lo largo de la vida. Si tenemos en cuenta que la etapa adolescente se caracteriza por ser una etapa de transformación, modificándose las imágenes que se tienen de uno mismo, estimulándose nuevas conductas y competencias, y cambiando las relaciones del adolescente con su medio familiar y social, la sexualidad aparece como un aspecto fundamental del desarrollo y de la identidad.

Adolescencia y sexualidad deben abordarse siempre en continua relación y comunicación con el contexto social e histórico de cada época. En la nuestra, debemos tener en cuenta la centralidad social de la adolescencia, la mercantilización y banalización de la sexualidad, la igualdad de género, la diversidad sexual y la emergencia de un mundo virtual que se presenta como el mundo relacional por excelencia de la nueva adolescencia.

PALABRAS CLAVE — adolescencia, sexualidad, mundo virtual, diversidad sexual, igualdad.

ABSTRACT

As sexed beings, sexuality crosses us throughout our lives. If we take into account that the adolescent stage is characterized by being a stage of transformation, modifying the images that are available to oneself, stimulating new behaviors and competences, and transforming adolescent relationships with their family and social environment, sexuality appears here as a fundamental aspect of development and identity.

Adolescence and sexuality must always be addressed in continuous relationship and communication with the social and historical context of each era. In ours, we must take into account the social centrality of adolescence, the commodification and trivialization of sexuality, gender equality, sexual diversity, and the emergence of a virtual world that presents itself as the quintessential relational world of the new adolescence.

KEY WORDS — adolescence, sexuality, virtual world, sexual diversity, equality.

INTRODUCCIÓN

Adolescencia y sexualidad son aspectos de lo humano que se encuentran entremezclados. Al estar ambas determinadas culturalmente, la vivencia de la sexualidad durante la adolescencia no responde a un estándar a lo largo de la historia. En ocasiones, los profesionales nos aproximamos a la realidad adolescente desde las vivencias y el contexto cultural que estuvo presente en nuestra propia adolescencia. Este hecho, puede generar cierta confusión, ahondando en la brecha generacional, ya que, si cada adolescencia debe ser entendida siempre desde una perspectiva contextual, en la adolescencia hipermoderna, donde la tecnología forma parte de un continuo relacional, los nuevos modos de experimentar y vivir la sexualidad no pueden analizarse sin tener en cuenta la realidad virtual.

En cada tiempo existe una moral sexual cultural predominante que influye de forma determinante en el desarrollo de una sexualidad natural. Esta es la idea que Freud esbozó en su artículo “La moral sexual cultural y la nerviosidad moderna”, que Reich desarrolló en obras como “La irrupción de la moral sexual”, “La lucha sexual de los jóvenes” o “La revolución sexual”, y cuya investigación continuaron los freudomarxistas de la Escuela de Frankfurt. La represión sexual, en sus diferentes formas, es fuente de patología.

Foucault (2006) en su *Historia de la Sexualidad*, introduce un vector de análisis, que cuestiona la teoría de la represión de la sexualidad. La “voluntad de saber” sobre la sexualidad encubre una auténtica “voluntad de poder y dominación” sobre la libertad sexual de cada individuo. Las formas de dominación a las que hace referencia Foucault cobran gran presencia en el ámbito educativo a lo largo de la historia. En este mismo sentido, Plummer (1991, citado en Nieto, 2003) hace referencia a dos procesos que dan forma e intervienen en la sexualidad. Uno de ellos, remite a la so-

cialidad, ya que esta es la encargada de fijar los límites de lo que es aceptable o inaceptable sexualmente, constituyendo procesos “reguladores” fundamentalmente en lo relativo a la ordenación del deseo, control corporal de los instintos y regulación del orden simbólico. El otro remite a los individuos y a los procesos que le permiten, dentro de una sociedad dada, abordar su propia sexualidad.

Desde esta perspectiva es indispensable, por lo tanto, realizar un breve análisis de algunas de las aportaciones al estudio de la sexualidad contemporánea para entender en qué realidad se mueven hoy los adolescentes de nuestra época, marcada por cinco aspectos fundamentales: la *adolescencización* social, la mercantilización y banalización de la sexualidad, la emergencia del feminismo y la visibilización y mayor normalización de la diversidad sexual, la potencia en lo sexual de las tecnologías de la información y comunicación a través de internet, y la importancia creciente de la educación sexual.

1 —

LA ADOLESCENTIZACIÓN SOCIAL

Hablamos de una normalidad adolescente. Se trata de una forma de entender la adolescencia como la nueva norma social. Desde esta perspectiva sería la adolescencia el lugar donde se establecería la centralidad de la vida. Serían, por lo tanto, los adolescentes, los que podrían ser calificados de normales, aquellos que establecen la referencia.

En los últimos años, se observa cada vez una más fuerte idealización de la adolescencia como grupo social, al que los niños quieren pertenecer cuanto antes y en el que los adultos querrían permanecer cuanto más tiempo mejor. El adolescente es el principal consumidor en una sociedad de consumo y sus gustos e intereses determinan el interés colectivo. La

provisionalidad y la fugacidad son un estándar social, así como la sobrevaloración de lo agradable, superficial, rápido y divertido. En este contexto de consumismo fugaz, introducir la perspectiva de tiempo, de proceso, de camino en la consecución de un objetivo o de esfuerzo, trabajo o dificultad en el establecimiento y cuidado de nuestras relaciones, aparece como una labor tediosa y lejana, sin que se llegue a establecer una relación entre esfuerzo y placer, algo más propio de un mundo adulto.

La infancia parece estar progresivamente colonizada por conductas y actitudes correspondientes a la adolescencia. Destacan una temprana erotización y el enorme peso que lo social tiene frente a lo familiar ya en la etapa de latencia. De ahí que las dinámicas de exclusión, como el acoso escolar, tengan una presencia cada vez más temprana. Es frecuente encontrarnos, por tanto, con adolescentes prepuberales que no han llegado a consolidar suficientemente una percepción de sí que les permita hacer frente al reto de ser ellos mismos en un mundo de iguales. Encontramos así a niños que, necesitando todavía el juego como espacio transicional donde proyectar sus deseos y ansiedades, deben de enfrentarse a la carnalidad y la rivalidad adolescente. Frente a esta dificultad pueden reaccionar, dependiendo de la configuración y funcionalidad de sus defensas, con una temprana tendencia al acting-out, con perplejidad, o con intensas vivencias regresivas. Es frecuente que acudan a consulta niñas y niños con conductas violentas sin que los padres y madres logren entender bien el origen de las mismas. En ocasiones, estas conductas son la reacción a una exigencia adolescente a edades prepuberales. El alivio y la contención llega de un espacio en el que sienten que pueden ser niños y niñas, en el que no precisan estar en el esfuerzo de proyectar una imagen para la que no se sienten preparados.

La confrontación generacional, característica y necesaria en la adolescencia, aparece diluida, al constituirse la adultez como una adolescencia prolongada o *adullescencia*, caracterizada

por un gran interés en el ocio, el consumo y la apariencia juvenil. En este contexto cada vez parece más difícil que el adulto, ya desde el mundo familiar, ya desde el mundo social, pueda introducir en la relación con el niño y el adolescente la idea de límite; de como el conseguir un placer dentro del orden sociocultural pasa también, inevitablemente, por el reconocimiento de las necesidades y deseos de los otros. Nos encontramos con curiosas inversiones. Más allá de las consideraciones ideológicas subyacentes, en un supuesto debate virtual entre Greta Thunberg vs. Donald Trump, ella parecería representar la normalidad sensata frente al punki impulsivo antisistema.

La adolescencia ocupando el espacio de la infancia y la adultez rompe el reloj biológico y la cronología social, estableciendo un extenso periodo vital de fluidez donde se alimenta la fantasía de que todo es (aun) posible.

2—

LA SEXUALIDAD BANAL

En los años 1950, Herbert Marcuse (2010) acuñó el término de *desublimación represiva*. Con él intentaba explicar que en sistemas sociales de consumo, la libertad sexual es aparentemente grande, y todo lo que tenga que ver con el sexo tiene valor comercial. Se trataba, según Marcuse, de la liberación de la sexualidad en modos y formas que debilitan la energía erótica, dispersada sobre los negocios, la política, la publicidad, etc. A partir de la segunda mitad del siglo XX, el mundo del sexo se ha desplazado desde el mundo de lo privado hasta el espacio público. Donde antes predominaban prohibiciones y tabúes, ahora encontramos la puesta en escena de la sexualidad. La sexualidad llega a ser, por lo tanto, objeto de publicidad, de moda, de producción. A medida que el mercado ha ido imponiendo sus normas a nuestras formas de vida, la sexualidad ha llegado también a adquirir la dimensión de producto, algo a comprar,

vender y consumir. La sexualidad llega a ser, por lo tanto, objeto de publicidad, de moda, de producción. La libido se ha integrado en la producción y circulación de mercancías.

Lipovetsky (2016) describe en las sociedades hipermodernas una sexualidad desligada de la moralidad, que tiene valor en sí misma en cuanto facilitador de la satisfacción individual, como actividad ociosa sin compromiso ni consecuencias. Sin embargo, frente a esa imagen publicitaria de la sexualidad contemporánea conviven altos porcentajes de problemas de erección, eyaculación precoz, deseo sexual hipoactivo y baja frecuencia de relaciones sexuales. Así, afirma que “la era del sexo divertido es también la de la bancarrota del deseo”. Zygmund Bauman (2005) afirma que el deseo sexual es de todos los impulsos naturales humanos el más intrínsecamente social. Dentro de su teorización de la modernidad líquida, caracterizada por un ser humano sin referentes sociales, culturales o individuales estables, el deseo sexual deviene también inestable, en un mundo en que el compromiso mutuo se diluye. Así, la sexualidad puede aparecer en todas partes, pero no parece tener fijación o sostén en ninguna de ellas. Por último, Franco “Bifo” Berardi (2017) en *Fenomenología del fin*, habla de un desplazamiento desde una percepción erótica del cuerpo del otro a una percepción informática donde el cuerpo del otro nos aparece como signo, en una mutación patógena que puede derivar en la parálisis del cuerpo erótico. En este sentido, para Berardi, la pornografía se convierte en un nuevo puritanismo.

Si la identidad está en una gran parte ligada a una imagen estereotipada de características muy juveniles, cumplir años y el natural efecto de los mismos sobre el cuerpo, puede abrir una herida narcisista. Basta realizar una exploración rápida en cualquier buscador de internet para observar las imágenes que nos devuelve cuando introducimos la palabra “mujer” u “hombre”. Nos encontramos mujeres y hombres jóvenes de raza blanca, con

características acordes a los cánones de belleza establecidos socialmente y sin cabida para los cuerpos diversos según fisionomías y edades. Anteriormente, nuestro referente para construir una identidad como humanos era el animal mientras que ahora nuestro referente de contraste es la máquina informática, siendo una preocupación central mantener el cuerpo siempre actualizado, con las últimas aplicaciones en perfecto funcionamiento. Así, no solamente existe una preocupación por la presencia de un cuerpo perfecto, sino que ese cuerpo debe mantenerse joven, negando la realidad del paso del tiempo, y a la última moda en cuanto a tamaños, formas y adornos. Se prioriza tener un físico atractivo y “a la moda” sobre cualquier otro tipo de cualidad. El cuerpo joven, delgado, fibroso, adornado, exhibido, tiene el papel de reclamo sexual. Novedoso parece ser que esa representación icónica es la misma para una mujer o un hombre de 15 y para uno o una de 45 años, siendo creciente a medida que pasan los años la inversión de tiempo dedicada al mantenimiento de la apariencia juvenil.

El gimnasio es uno de los grandes espacios de ocio de nuestra época y su proliferación no parece que pueda ser atribuida únicamente a un crecimiento exponencial del interés por la salud. Entre los más jóvenes también se ha puesto de moda la actividad física de gimnasio, para “estar fibrado” o “ponerse petado”. El gimnasio reproduce cada vez más el formato de espacio de (des)encuentro, donde se realiza una actividad física individualizada, programas personalizados controlados por aplicaciones informáticas con acceso a internet donde podemos escuchar nuestra música o ver nuestras series favoritas.

Tal inversión narcisista del sujeto situada sobre la imagen del cuerpo responde a que esta es un elemento culturalmente privilegiado en la sexualidad tal y como es percibida actualmente. El (des)encuentro sexual se instituye a partir de cuerpos físicos pretendidamente desligados del afecto. Se trata, por tanto, de encuentros que

constituyen una representación dirigida, por una parte, a uno mismo y, por otra, a presentar una imagen de sí ante los demás.

La representación dirigida a uno mismo pone al adolescente en un rol de espectador de sí, en el que el deseo y la motivación están puestos en los elementos estéticos y no en los emocionales y sensoriales. Se instala así una ansiedad de ejecución que tiene que ver con el éxito de la pose. Se ensayan posturas, se planea de manera fantaseada la secuencia de lo que será la relación, tomando como referencia un modelo pornográfico donde el coito ocupa todas las escenas en sus diferentes manifestaciones. En la fantasía no hay tiempo para la seducción o la caricia, sino que todo el protagonismo lo tiene un pene hiperactivo que tiene por objetivo llenar todos los vacíos imaginables.

3—

LA IGUALDAD DE GÉNERO Y LA DIVERSIDAD SEXUAL

El cuestionamiento de la sociedad patriarcal, en la que lo masculino domina y ejerce su poder sobre lo femenino, ha ocupado buena parte de las luchas sociales durante las últimas décadas. Se puede afirmar que el feminismo ha escrito algunas de las páginas más brillantes de los movimientos sociales en el siglo XX. Fruto de estas luchas son importantes conquistas en materia de igualdad. También han sido muy importantes las luchas y conquistas de derechos de los colectivos LGTBI en defensa de la diversidad sexual. En este sentido, Martín (2006) expone como también las teorías postestructuralistas y la teoría queer, entre otras, han contribuido con gran protagonismo a la redefinición del concepto género, perfilando así nuevas posibilidades analíticas con el objetivo de romper con el pensamiento identitario dualista.

Los cambios que se vienen dando en los roles de género nos pueden liberar de los estereo-

tipos paralizantes de un orden social y moral patriarcal que nos enferma. En paralelo, la indefinición de los nuevos referentes nos dificulta el acceso a un apoyo cultural básico para la constitución de la identidad sexual y personal.

En *El segundo sexo* de Simone de Beauvoir (2017) se denuncia que la mujer se ha definido a lo largo de la historia siempre respecto a algo, como una otredad y que, por lo tanto, las características que identifican a las mujeres no les vienen dadas de su genética, sino por cómo han sido educadas y socializadas. Reivindica, por lo tanto, que la principal tarea de la mujer es reconquistar su propia identidad específica y desde sus propios criterios. Este hecho lo podemos observar en algo tan fundamental como la propia anatomía; el clítoris, elemento primordial de los genitales femeninos, es definido en múltiples ocasiones como un “pequeño pene”, expropiándolo así de su identidad única y poniéndolo en una comparación sin sentido de la que siempre sale perdiendo por “pequeño”. Por otra parte, es imprescindible tener en cuenta la teoría performativa de la sexualidad desarrollada entre otras por Judith Butler, partiendo de los trabajos de Freud, Lacan y Foucault, para llegar a la conclusión de que no solo el género, sino también el sexo y la sexualidad son construcciones sociales, rompiendo de este modo la conceptualización binarista. En su *Manifiesto Cyborg*, Donna Haraway (2016) propone erradicar el género, tomando la idea del cyborg como ser fusionado-confundido entre hombre-máquina que no necesita de distinciones, rechazando los límites rígidos, especialmente aquellos que separan lo “humano” de lo “animal” y lo “humano” de la “máquina”, generando una conceptualización post-género.

Ya no resulta adecuado hoy seguir analizando la sexualidad en la adolescencia como un proceso de “domar las hormonas” en la espera de que los jóvenes construyan identidades predefinidas, desde una perspectiva binaria y falocéntrica. Muchos de nuestros jóvenes han roto hace tiempo este binarismo imperante,

o quizá son más conscientes de que no les es posible definirse solo en base a dos términos. Algunos de ellos se sumergen en la búsqueda o construcción de una “etiqueta” que los defina mejor y otros huyen del etiquetaje social. Es aquí donde entra con fuerza el discurso de la teoría queer, quien demarca entre sus objetivos la disolución de las categorías de identidad, cuya función viene predeterminada por el control social. Resultan clarificadoras en este sentido las palabras de Putochinomarción (Chenta Tsai Tseng), que en su libro *Arroz tres delicias: sexo, raza y género* nos dice:

“Identificándome como no binario, entiendo mejor mi cuerpo y cómo lo relaciono con los de las demás personas, entiendo mejor mi orientación sexual, ya que no me identifico como hombre cis gay, me identifico como disidente sexual. Al fin y al cabo, si una persona no binaria mantiene una relación sexo-afectiva con otra persona, ¿sigue siendo gay? No sé”.
(Tsai, 2019, 100-101)

Figuras públicas como Elizabeth Duval, adolescente, pensadora, escritora y activista, cuestionan en su discurso la excepcionalidad de lo transexual: “Lo trans es una realidad que me ha sucedido, pero tampoco significa tanto en mi vida” (Vicente, 2020, 8): produciendo algunas de las reflexiones más interesantes sobre el actual debate entre el mundo de la diversidad sexual y el sujeto del feminismo, poniendo el acento en que también lo patriarcal atraviesa nuestra realidad, incluso aquella más subversiva, creativa y reivindicativa. Por otro lado, Miquel Missé (2018) considera que, de haber nacido en una isla desierta, las personas trans ya no lo serían, pues la expresión de género no estaría ligada a ninguna identidad de género estanca y mucho menos a una corporalidad social concreta.

4— LAS TRASFORMACIONES SEXUALES DE INTERNET

Un elemento determinante en la forma en que se establecen actualmente las relaciones es la eclosión de las nuevas tecnologías de la información y las redes sociales. Debemos profundizar entonces al respecto de las relaciones virtuales y sus implicaciones en la sexualidad adolescente contemporánea. Se podría pensar en la expansión y la expresión corporal como indicadores de la expresión sexual, y como hemos dicho, la característica de lo virtual es el protagonismo del cuerpo por ausencia. La ausencia de este cuerpo permite la reconstrucción de un cuerpo fantaseado o imaginado, modificado a través de diferentes filtros y aplicaciones con el fin de llegar a un ideal corporal de uno mismo. Siguiendo esta línea, ¿sería posible que la apropiación de nuestro nuevo ideal corporal como parte de nuestra identidad nos llevase a idealizar la relación sexual? Al mismo tiempo, ¿la propia reconstrucción fantaseada lleva a pensar que el otro que tenemos delante es también un ideal fantaseado de sí mismo? Nos hallaríamos entonces con un miedo del que no es posible escapar, “voy a defraudar”, “me van a decepcionar”, la representación está presente desde el inicio y puede ser difícil de detener cuando se entranpan en seguir representando, ya no lo que ellos han iniciado, sino también lo que ahora piensan que el otro espera de ellos. Quedamos de este modo sumergidos en una dimensión paralela acorporal pero vivencial, protagonizada por la fantasía, la duda, la desconfianza, la propia exigencia y la que se pone en el otro.

La relación virtual favorece este proceso de desencarnamiento. El prójimo es siempre necesario para poder ser alguien, pero la proporción que de su presencia se necesita para crear nuestro perfil (identidad virtual) puede en buena parte sustituirse por nuestra habilidad para representar en las pantallas. En alemán se

utiliza la palabra *maskenfreiheit* para nombrar la libertad que proporcionan las máscaras, de no tener que exponernos ante un otro que no pueda rechazar o aceptar. Otra facultad de las máscaras nos llega de la Grecia antigua, donde estas posibilitaban a los actores y actrices de teatro representar varios personajes dentro de una misma obra. Es por ello que, en la construcción de la identidad, la emergencia de lo virtual introduce elementos diferenciales. Según explica Lacan en su Seminario de 1953-1954, el yo ideal es fuente de una proyección imaginaria mientras que el ideal del yo sería una introyección simbólica. En el ideal del yo convergen el narcisismo, las identificaciones parentales y los ideales culturales predominantes en cada época. El yo ideal, por su parte, se corresponde con un narcisismo primario vuelto siempre sobre sí mismo.

El modo relacional de las redes sociales se sostiene sobre algoritmos, que favorecen el encuentro con el reflejo de aquellos aspectos del sujeto que este considera como los más valiosos de sí. La permanente búsqueda autorreferencial y la posibilidad de eliminar con un clic la imperfección, la crítica o la ausencia hipertrofian el yo ideal. Particularmente en la adolescencia, cuando la construcción de la identidad está más seriamente comprometida, las redes sociales aparecen como autopistas de cuatro carriles para el falso self, frente a los pedregosos y tortuosos caminos del ideal del yo. Yolanda López, en una entrevista de Sánchez (2017), expone las conclusiones llevadas a cabo en su estudio sobre el empleo de las redes sociales por adolescentes y hace referencia a que además de que esta población dedica muchas horas del día al uso de las redes sociales, este uso va a determinar su identidad, creencias, sistema de valores y la forma de ver el mundo en general. Añade que existe una búsqueda de reconocimiento, apoyo social y afecto a través del contenido mostrado en las redes sociales por los adolescentes. Observamos entonces como lo virtual no permanece solo en ese mundo, sino que el virtual y el real

son mundos que se interrelacionan, se influyen y se retroalimentan.

Es verdad que las redes sociales permiten (trans)itar por la diversidad identitaria, (trans)gredir la norma y (trans)formar los espacios, convirtiéndose en contextos que favorecen la adolescencia. También lo es que invitan a un continuo espacio-temporal donde lo virtual es infinito y, por lo tanto, no tiene salida ni resolución, quedando así el sujeto atrapado en un eterno juego de espejos. Las redes sociales se diferencian de anteriores máquinas de comunicar en que sirven para establecer relaciones sociales, y lo hacen de una forma relativamente cómoda, en la que el sujeto se siente a la vez muy visibilizado y muy poco expuesto. Resulta curiosa esta paradoja, los jóvenes se sienten poco expuestos en una red en la que no dejan de exponerse, situando en el mismo lugar los aspectos que tienen que ver con lo público, lo privado y lo íntimo. Un ejemplo de este hecho lo podemos constatar en los talleres sobre nuevas tecnologías que llevamos a cabo con adolescentes; cuando se les pregunta si expondrían una determinada foto que han colgado en la red en la plaza mayor de su pueblo o ciudad suelen contestar con un rotundo no. Es el hecho de introducir lo real frente a lo virtual lo que posibilita la consciencia de la mirada de un otro frente a un yo.

5— LA EMERGENCIA DE LA EDUCACIÓN SEXUAL

Freud en un pequeño artículo llamado “La ilustración sexual del niño” afirmaba: “El recién nacido trae ya consigo al mundo su sexualidad. Así es necesario que lo sexual sea tratado desde el principio en la misma forma que cualquier otro orden de cosas dignas de ser sabidas” (Freud, 1907, citado por García, Fandiño y Villarino). Resulta sorprendente

Foto: Leonid Danilov



constatar como algunas de las dificultades con las que se encontraba Freud en su época continúan estando presentes en la actualidad. Así, una idea de Freud (1907, citado en Michelena, 2006) lleva a reflexionar y a cuestionar la posición del adulto ante el desarrollo sexual del niño. En este sentido se interroga sobre la incongruencia que existe en algunos adultos quienes, por una parte, niegan la existencia de la sexualidad infantil y al mismo tiempo, ponen gran esfuerzo para intentar controlar dicha sexualidad.

No se puede hablar de educación sexual sin hablar de Hecho Sexual Humano. Necesariamente, la educación sexual está dirigida a personas sexuadas, que viven y se expresan conforme a esto. La educación sexual pretende el autoconocimiento del propio desarrollo y del desarrollo del otro, desde la aceptación y respeto por la diversidad de todas las personas. Los objetivos de la educación sexual son: conocerse (saber más de cómo soy y cómo funciono), aceptarse (estar contento de cómo soy) y la satisfacción (se trata de despertar coherencias

en la expresión de la erótica) y estos objetivos son los mismos para todas las sexualidades.

Un aspecto clave de la importancia de la educación sexual es que esta es una educación en actualización, es decir, la educación sexual está pendiente de las dificultades sociales del momento y en cómo estas pueden influir en el desarrollo óptimo de cada persona. Se debe pensar que la educación sexual no solo es cosa de los profesionales, sino que se educa sexualmente (bien o mal) desde todos los agentes sociales. Es por ello que se hace necesaria una buena educación sexual (impulsada por profesionales formados) que genere lazos de unión entre familias, profesionales e instituciones, ya que el interés por el desarrollo óptimo genera sociedades pensadas para la vida. En este mismo sentido, la educación sexual puede ser pensada como un motor de cambio social y en cierta medida puede ser incluso “revolucionaria” ya que no se trata de educar para mayorías, sino de educar a personas desde cada individualidad como personas únicas. Se podría decir que, la educación sexual nos hace iguales desde la diferencia.

Teniendo en cuenta que la educación sexual trabaja desde un enfoque cognitivo, actitudinal y emocional (en definitiva, vivencial), esta aparece como una educación fundamental para el desarrollo humano, ya que estos enfoques no son considerados como compartimentos estancos, sino como elementos que se influyen mutuamente y que nos llevan a la comprensión de cada sexualidad desde una multifactorialidad única en cada ser. La educación sexual se presenta como la herramienta que nos pone en valor como seres únicos y que trabaja no solo desde el conocimiento, sino desde las vivencias en su amplitud, poniendo en valor también los miedos, las dudas y los sentires como motor de desarrollo personal y social.

En el complejo arte de educar en sexualidad desde las edades más tempranas, debemos estar pendientes de las necesidades del niño y su capacidad de asimilación. De la misma forma que a un niño de seis años, si pregunta sobre qué es una integral matemática no se le explicaría su complejo proceso de desarrollo, tampoco a este mismo niño se le pueden explicar conceptos y dinámicas sexuales que no está preparado para asimilar. Es necesario emplear un lenguaje adecuado a cada etapa e ir ofreciendo los contenidos que está dispuesto a integrar. De hecho, tal y como expone Michelena (2006), la función esclarecedora de los padres sobre los diferentes contenidos sexuales tiene una importancia relativa comparándola con la disposición que muestre el niño para integrarla. Así, si el niño no se encuentra en el momento adecuado para esta integración, seguirá dando prioridad a las propias teorías sexuales que él mismo va generando y construyendo. Además, antes de embarcarnos a dar la mejor respuesta posible a la curiosidad sexual de los más pequeños es importante que primero nos cercioremos de qué es lo que preguntan realmente, pues en muchas ocasiones, la pregunta no representa el contenido de la duda. También es importante no perder de vista que nuestras actitudes educan tanto o más que nuestras palabras.

Se hace necesario tomar las riendas de la educación sexual que recibirán niños y adolescentes y otorgarle el protagonismo que le corresponde. Venimos de una historia reciente donde la sexualidad estaba reprimida, pero al mismo tiempo, existía una conciencia de esta represión, lo que permitía al adolescente una búsqueda consciente de aquellos elementos que sabía que les eran apartados, y además sabía que para acceder a una sexualidad sana y libre debía luchar. Actualmente, el adolescente está persuadido de que “ya sabe” sobre sexualidad, sobre la de todos y sobre la suya en particular, y que lo que no sabe lo puede conocer fácilmente, en cualquier momento, en el tiempo de un “clic”. Sin embargo, en la clínica sorprende el gran número de jóvenes que dice no masturbarse porque le da asco tocarse, o los que no se masturban y se sienten culpables porque consideran que es una imposición. También sorprende como sigue instaurada la “expectativa de heterosexualidad” o cómo en las relaciones amorosas continúa presente la dictadura de la penetración. Otro aspecto que aparece frecuentemente en la clínica, relacionado con la dictadura de la penetración a la que aludimos es la presión de grupo.

En un artículo de *La Vanguardia* de López (2019) hace referencia a una encuesta nacional sobre sexualidad y anticoncepción entre los jóvenes españoles, realizada por Sigmados. En esta se afirma que entre los motivos para mantener su “primera relación sexual” están: el hacerse el máquina, la popular, porque los demás lo hacen (o eso dicen), porque qué van a decir de mí... presión que no tendría tanto peso de ser educados en los tres objetivos de la educación sexual a los que antes aludíamos. La educación sexual es necesaria en todos los agentes sociales, pues si los grandes titulares y las encuestas y estudios van dirigidos a un tipo de adolescente heterosexual y se le da un protagonismo injusto al coito como “primera relación sexual”, flaco favor les estamos haciendo.

Hace tiempo que sabemos que adolescentes e infantiles, cada vez más jóvenes, acceden a

contenidos pornográficos a través de internet. Un estudio llevado a cabo por Orte y Ballester (2019) en colaboración con la *Red Jóvenes e Inclusión* y la *Universitat de les Illes Balears*, alerta de que la edad media de inicio en el consumo de este material se establece en los 14,84 años y que algunos de los primeros contactos se produjeron a los 8 años. El motivo principal por el que se da, según este mismo estudio, para el consumo de este material (41,8%) es el de satisfacer la curiosidad (47,9% móvil). En este sentido, quizás no exista tanta diferencia entre el hecho de recurrir al porno como forma de satisfacer la propia curiosidad sexual y las conductas pasadas de búsqueda furtiva en diccionarios y revistas para adultos escondidas, encontradas por los más jóvenes del hogar familiar. La curiosidad sexual siempre ha estado presente y es responsabilidad del mundo adulto satisfacerla de una forma saludable. La diferencia estriba en que los jóvenes no toman conciencia de que lo pornográfico es una ficción, con estándares difíciles de alcanzar que pueden generar una continua frustración al intentar lograr un imposible y que, además, los roles presentados no son o no deberían ser deseados en ninguno de los casos.

Respecto al contexto social al que se enfrenta la educación sexual, hemos de reconocer que esta nunca ha tenido suficiente presencia ni en la escuela ni en las casas, principales espacios de la educación y formación de nuestros jóvenes. Aunque esta puede ser una visión un tanto bondadosa, ya que se nos olvida que la educación sexual siempre está presente, ya sea por presencia o por ausencia. Desde el momento en que no tomamos las riendas de esta educación y la omitimos, estamos transmitiendo un mensaje: el mensaje de lo prohibido, del tabú, de lo innombrable. En este sentido, la moral cultural predominante hizo de la sexualidad un tema tabú para niños y adolescentes. Con demasiada frecuencia los adultos, en relación con sus hijos, han abordado este tema más por fuerza que por ganas. Se les hablaba algo sobre fisiología, algo sobre riesgos, y el tema de

la sexualidad quedaba zanjado. El resto ya lo irían descubriendo ellas y ellos, poco a poco, más mal que bien. En ocasiones también puede ocurrir que las familias no aborden el tema por no sentirse capacitadas para hacerlo. En este sentido De la Cruz, Ramírez y Carmona (2008) inciden en que para llevar a cabo una educación sexual dentro del seno de la familia no es necesario ser un profesional y que esto es algo que debemos transmitirles. Habitualmente, las madres y los padres no son especialistas en otros temas como la salud, la nutrición, seguridad vial, economía, derecho, biología..., y, sin embargo, no se plantean cómo deben abordarlos. Evidentemente, es importante adquirir conocimientos sobre este tema y solicitar ayuda para ampliarlos de la mejor forma posible, y para ello tejer lazos entre escuela, familia y profesionales de la educación sexual se revela como la mejor forma de educar sexualmente a nuestros jóvenes e infantes.

En cuanto al abordaje de esta materia desde los centros educativos, suele ser habitual que esta se limite al conocimiento sobre la fisiología del sexo (usualmente desde una perspectiva binaria) y al uso de los métodos anticonceptivos. Es evidente que este conocimiento es necesario, pero no debemos dejar de lado una parte fundamental del componente humano. Hablamos aquí de los ámbitos relacional y emocional. Nuestras y nuestros jóvenes necesitan saber del mundo de las relaciones, los afectos, el respeto por el otro y por la diversidad, de la normalidad de los miedos, de la bondad de las dudas y de la maravilla del placer compartido. Necesitan darle un sentido a su parte más emocional y necesitan validar sus miedos, para así, poder crecer y construirse a partir de los mismos.

Lo bueno de lo malo es que la educación sexual, que siempre ha sido importante, ahora se ha convertido en ineludible. Lo malo de lo bueno es que todavía hay quién cree que educar en sexualidad y en igualdad en la escuela es adoctrinamiento ideológico, obviando que el fin de la educación sexual es justamente el

contrario al adoctrinamiento, y que su contribución es la de la formación de personas libres y consistentes que puedan asumir de forma natural actitudes de respeto y de responsabilidad en sus relaciones interpersonales. El dilema es bien simple: en el ámbito de la sexualidad, a nuestras hijas e hijos, o los educamos los adultos de una forma activa y desde las primeras etapas de la vida, o van a aprender ellos solos sometidos a la doctrina de la sexualidad como negocio y estrategia de poder. Lo tenemos delante y eludir la cuestión solo puede empeorar las cosas. Deberíamos exigir a las instituciones públicas que se hagan cargo de esta cuestión central para nuestro futuro como sociedad, ya que la educación sexual es una cuestión de salud pública.

6 —

ALGUNAS IDEAS DESDE LA PRÁCTICA PROFESIONAL CON LOS ADOLESCENTES Y SUS SEXUALIDADES

El interés por la educación sexual se ve reflejado en las continuas demandas de intervenciones realizadas desde el ámbito educativo, en todos los grupos de edad, desde infantil hasta bachillerato, siendo este último el más frecuentemente solicitado. Es destacable además que estas peticiones se acompañan en muchas ocasiones de solicitudes para formaciones a familias y profesionales, lo cual pone de relieve que la sexualidad ha cobrado una importante relevancia en las necesidades formativas de los más jóvenes. Es importante en este sentido fomentar el trabajo con las familias, por un lado, porque estas tienen un papel fundamental en la educación sexual de sus hijas e hijos y, por otro, porque en muchas ocasiones no llevan a cabo una educación sexual adecuada en los hogares al considerar que no están prepara-

das para abordarla. Se trata de empoderarlas, de hacerles ver que están mucho más preparadas de lo que consideran, que no necesitan ser profesionales de la sexología para abordar el tema desde los cuidados y la implicación. De la misma forma que cuidan la alimentación de sus hijas e hijos sin ser nutricionistas, en lo referido a la sexualidad, también pueden ofrecer una guía educativa y emocional con recursos que tienen a su alcance y de los que no han tomado conciencia.

Los niños y adolescentes se acercan a las formaciones de educación sexual con curiosidad, frescura y en algunos casos cierta inquietud. Las dinámicas de trabajo que favorecen la interacción revelan interés y un nivel de información que sorprende en jóvenes de corta edad si los comparamos con otras generaciones. Desde nuestro punto de vista es fundamental generar espacios en los que sientan que su palabra tiene valor y que ellos también tienen mucho que aportar. Las clases magistrales no tienen cabida dentro de la educación sexual, los más jóvenes necesitan sentir que forman parte de esta desde su propio sentir y pensar. Solo otorgando un lugar central a su palabra es posible dar paso a la reflexión y crítica en común. También cabe destacar que la vergüenza como mecanismo de defensa aparece menos de lo esperado y hay una ausencia, casi absoluta, de planteamientos sobre la inadecuación de dar contenidos de este tipo en la escuela.

La percepción de la sexualidad como una realidad compleja que va más allá de la genitalización y de la práctica sexual poco a poco va ocupando el lugar que le corresponde, aunque también prevalecen la influencia de un modelo de sexualidad banalizada y con presencia, a medida que vamos avanzando en los grupos de edad, de abundantes estereotipos propios de la pornografía mainstream. Sin embargo, existe una notable capacidad crítica y de desarrollo de una visión alternativa que dé cuenta de una perspectiva más igualitaria y diversa de la sexualidad. Constatamos también una im-

portante transversalidad social de los intereses e inquietudes de los adolescentes acerca de la sexualidad.

Consideramos que es de gran interés la apuesta formativa a través de formatos novedosos, basados en la imagen, utilizando el entorno digital para facilitar la accesibilidad y fomentando la participación de los más jóvenes, tanto en el desarrollo de los proyectos como en la posterior interacción con el mismo. En ese sentido hemos participado en el desarrollo, implementación y promoción del proyecto SEX, webserie que han llevado a cabo la productora audiovisual Illa Bufarda y ASEIA, con el apoyo de la Deputación Provincial de A Coruña, la Fundación Paideia Galiza y el respaldo de la Sociedade Galega de Sexoloxía. Los diferentes capítulos de la serie, de temáticas como la diversidad sexual, los cambios corporales, o la pornografía, entre otros, fueron publicados a través internet haciendo uso de las redes sociales para favorecer así la comunicación con los jóvenes espectadores y apoyando el formato con una consultoría online.

En la clínica con los adolescentes, hemos venido observando un progresivo desplazamiento desde el interés por la práctica sexual como rito de paso, hacia la cuestión de la construcción de la identidad sexual y el descubrimiento de la orientación del deseo. La vivencia ante el proceso madurativo en la sexualidad oscila entre la fascinación por la diversidad y la angustia ante la ausencia de referentes adultos que representen la misma. El miedo a la exclusión es una problemática que aparece con relativa frecuencia. Cuando este constituye en angustia, puede derivar en formaciones reactivas a través de la identificación con modelos de connotaciones machistas, donde predomina una visión de la sexualidad centrada en los genitales y donde el pene simboliza el poder y el control sobre el otro. Existe una tendencia generalizada a poner mayor interés en una sexualidad de la representación que en una sexualidad del placer, tendiendo a hacer un uso del cuerpo como pantalla, frente al cuerpo

emocional. Esto en ocasiones se refleja en una intensa tendencia al etiquetaje que dificulta el acceso al entramado de la subjetividad. También se pone en evidencia, a través de la continua creación de neologismos y jerga, que en el tratamiento de la sexualidad adolescente requiere de un particular esfuerzo para entender el lenguaje que utilizan chicos y chicas, tanto en lo que muestra como en lo que esconde.

El abordaje de la sexualidad en la clínica con adolescentes pone en cuestión, no solo nuestros conocimientos a nivel de sexología y la actualización de estos a una realidad diversa como la que hemos venido explicando en el presente artículo. También tiene un inevitable impacto en la relación transferencial-contratransferencial, siendo frecuentemente difícil evitar las propias consideraciones morales e ideológicas, prejuicios e inhibiciones. Sin embargo, no es buena solución evitar en nuestras valoraciones e intervenciones una temática que es central en la adolescencia. En todo caso, será necesario reconsiderar cuál es nuestra formación como clínicos y sanitarios para trabajar con esta cuestión tan esencial como compleja. Debemos tener en cuenta que, en ocasiones, la introducción de temáticas relacionadas con la vivencia de la sexualidad en el espacio clínico supone para el adolescente poner a prueba al terapeuta. No se trata aquí tanto de lo que se dice, sino cómo reaccionamos ante el tema, las actitudes, modos y la comunicación no verbal, que juegan un papel especialmente relevante en este aspecto. El adolescente espera que, como terapeutas y como adultos estemos a la altura de sus intereses. Si no estamos preparados para abordar un tema tan central en su desarrollo evolutivo, ¿para qué lo estamos?

Se trata, en definitiva, de hacer llegar información y formación sexual de calidad a los jóvenes a través de espacios clínicos, educativos y sociales, donde poder desarrollar su interés en sí mismos y en los demás de una forma saludable y adaptativa en una sociedad en cambio.



Referencias

- Bauman, Z. (2005). *Amor líquido: Acerca de la fragilidad de los vínculos humanos*. Madrid, Fondo de cultura económica de España.
- Berardi, F. (2017). *Fenomenología del fin. Sensibilidad y mutación conectiva*. Buenos Aires, Caja Negra Editora.
- De Beauvoir, S. (2017). *El segundo sexo*. Valencia, Ediciones Cátedra.
- De la Cruz, C., Ramírez, M. V. y Carmona, A. B. (2008). *Programa de formación de formadores sobre educación afectivo-sexual y prevención de VIH-sida dirigido a familias y APAS*. Madrid, CEAPA.
- EFE (2019, septiembre 27). Ser un máquina y el mito de la virginidad empujan a tener sexo la primera vez. *La Vanguardia*. [En línea], Español. Disponible: <https://www.lavanguardia.com/vida/20190927/47667669231/ser-un-maquina-y-el-mito-de-la- virginidad-empujan-a-tener-sexo-la-primera-vez.html> [2020, marzo 8]
- Foucault, M. (2006). *Historia de la sexualidad 1. La voluntad del saber*. México. Siglo XXI.
- García, D., Fandiño, R. y Villarino, P. (2010). Sexualidad en la hipermodernidad. Vigencia en la obra sexológica de Wilhelm Reich. En IX Congreso Español de Sexología. Santiago de Compostela. Octubre de 2010.
- Haraway, D. (2016). *Manifiesto para cyborgs. Ciencia, tecnología y feminismo socialista a finales del siglo XX*. Madrid, Puente Aéreo.
- Lipovetsky, G. (2016). *De la ligereza*. Barcelona, Anagrama.
- Marcuse, H. (2010). *Eros y civilización*. Barcelona, Ariel.
- Martín, A. (2006). *Antropología del género. Culturas, mitos y estereotipos sexuales*. Valencia, Ediciones Cátedra.
- Michelena, M. (2006). *Saber y no saber. Curiosidad sexual infantil*. Síntesis, Madrid.
- Missé, M. (2018). *A la conquista del cuerpo equivocado*. Barcelona, Egales.
- Nieto, J.A. (2003). *Antropología de la sexualidad y diversidad cultural*. Madrid, Talasa Ediciones.
- Orte, C. y Ballester, L. (2019). *Nueva pornografía y cambios en las relaciones interpersonales*. Illes Balears, Editorial Octaedro.
- Sánchez, A. (2017, noviembre 11). Las redes sociales determinan la identidad y el sistema de valores de los adolescentes. *El diario.es*. [En línea], Español. Disponible: https://www.eldiario.es/aragon/sociedad/sociales-determinan-identidad-sistema-adolescentes_0_706929550.html [2020, enero 22]
- Tsai, C. (2019). *Arroz tres delicias: sexo, raza y género*. Barcelona, Plan B.
- Vicente, A. (2020, marzo 12). Elizabeth Duval: “Ser trans no significa tanto en mi vida”. *El País*. [En línea], Español. Disponible: https://elpais.com/cultura/2020/03/11/babelia/1583948411_096766.html [2020, marzo 12]

LA SOBERBIA

LA SOBERBIA.
UNA
CONSTRUCCIÓN
PATRIARCAL

Lola Ferreiro Díaz

*Doctora en Medicina por la Universidad de
Santiago de Compostela*

Experta en Salud Mental y Género

lola.ferreiro.diaz@gmail.com

SUMARIO

GALLEGO

*Cambiamos el mandato:
Contra la soberbia, ¿humildad?
¡No! Contra la soberbia y la
humildad, dignidad.*

RESUMEN

Los pecados, soberbia incluida, no son un asunto estrictamente religioso, sino que alcanzan a la cultura misma, por la que todas las personas estamos influidas. Sea cual sea la creencia o descreencia de quien los comete, generan culpa y ésta requiere de una expiación, a través del perdón o del castigo. Al mismo tiempo, nuestra cultura está construida en clave patriarcal, por lo que la conceptualización de los pecados, soberbia incluida, está sujeta a una serie de trampas, no siempre identificadas, que conducen a la perpetuación de la subordinación de las mujeres y, por tanto, de la desigualdad.

Proponemos en este artículo algunas líneas para la reflexión sobre el valor de la soberbia y de la humildad en los hombres y en las mujeres, sobre la culpa y la necesidad de castigo, o de autocastigo, desde la perspectiva de género y sobre la necesidad de las psicoterapias en clave feminista para superar con resiliencia los malestares derivados del pecado y de la culpa.

PALABRAS CLAVE — pecado laico, culpa, autocastigo, patriarcal, género.

ABSTRACT

Sins, pride included, are not an exclusive religious matter, as it concerns cultures itself, by which we, as people, are influenced. Whatever the belief or disbelief of those who commit them, sins lead to blame and this demands atonement, by means of forgiveness or punishment. Furthermore, our culture is built upon patriarchy, consequently the conceptualization of sins, pride included, is subjected to a series of *traps*, not always identified, which lead to the perpetuation of the women's subordination and, therefore, inequality.

In this article, we propose a series of guidelines for reflection on the value of pride and humility in men and women, about the guilt and the need for punishment, or self-punishment, from the gender perspective, and about the need of psychotherapies from a feminist perspective in order to overcome, with resilience, the ailments caused by sin and guilt.

KEY WORDS — lay sin, guilt, self-punishment, patriarchal, gender.

INTRODUCCIÓN

La soberbia (del latín *superbia*), o creencia en la superioridad del *Ego*, es el primero de los siete *pecados capitales*, o *vicios capitales*, según las religiones que tienen su origen en el monoteísmo hebreo. Es un pecado muy grave. Forma parte de los denominados pecados mortales que, al mismo tiempo, al ser *capital*, implica que de esta derivan otros *vicios*. Muchos preceptos religiosos le atribuyen a la soberbia una especial gravedad porque incluso da lugar a algún otro de los pecados capitales, como la avaricia, la ira y la envidia. En cualquier caso, la colocan en los cimientos de la *casa de Lucifer*, que lo cometió al quererse igualar a Dios.

La soberbia implica altivez, arrogancia, vanidad, autoelogio y desprecio por las otras personas, pero no es el único pecado capital absolutamente prohibido a las mujeres y tratado con cierta condescendencia en los hombres; la acompañan muy de cerca la lujuria, la ira y la pereza. La *lujuria* porque pondría en cuestión nuestra subordinación sexual y el mandato de no tener sexualidad propia. La *ira* porque implica echar la agresividad hacia fuera, cosa que nos inducen a reprimir desde que nacemos. La *pereza* porque una buena mujer debe estar siempre ocupada, haciendo algo. Si reflexionamos un poco sobre esta cuestión, veremos las diferencias de trato de unas con respecto a otros cuando muestran cualquiera de los vicios citados.

Siempre según la religión católica, la soberbia no perdonada por un cura (actuando en el nombre de Dios) acarrea siempre un castigo divino que consiste en, como mínimo, caer ante los ojos de las demás hasta quedar por debajo de ellas. En cualquier caso, quien muere en pecado mortal sufre la condena eterna.

La soberbia se opone a la humildad (del latín *humilitas*), como virtud. Es probablemente aquí, en la conceptualización de la humildad, donde hay una primera trampa en la que podemos caer fácilmente y que revisaremos

más adelante. Se considera la humildad como conocimiento (y el reconocimiento) de las propias limitaciones y debilidades, y el comportamiento acorde con ellas; se considera también como la tendencia a restar importancia a las propias capacidades y logros, e incluso como ausencia de soberbia. En cualquier caso incluye la modestia, la sencillez y la sumisión, y en la medida en que es una virtud, será alabada y premiada.

Lo que no se dice habitualmente, al menos no de una manera explícita, es que, así como la soberbia es la creencia en la superioridad del *Ego*, la humildad es la creencia en la inferioridad. No se dice pero se transmite de muchas maneras, por ejemplo, se le pide a la humilde modestia extrema y se le pide sumisión, pero ambos rasgos son indicio de inferioridad.

1 —

EL PECADO LAICO

Hace muchos años que le vengo dando vueltas a lo que llamo *pecado laico*. Laico, sí, pero pecado al fin y al cabo. *Pecado* es, o la transgresión de un precepto religioso, o aquello que se aleja del recto y del justo, pero debemos tener en cuenta que tales preceptos religiosos se fueron insertando en el conjunto de valores, normas y conductas que desarrollan las personas que pertenecen precisamente a la cultura que tiene su origen en dicha religión. Por tanto, van mucho más allá de las creencias individuales. Así, las figuras concretas de los distintos pecados que consideran como tales las religiones derivadas del aparato judeocristiano, se elevan a la categoría de normas morales, universales para una misma cultura, construyendo buena parte de los contenidos de lo que Carl Gustav Jung¹ denominó *inconsciente colectivo*, organizados en

1 Cit. en Ferreiro Díaz, Lola [coord.] (2008). Coeducación afectivo emocional e sexual. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia – Servizo Galego de Igualdade (p. 92).

las figuras de los arquetipos. Un arquetipo es un modelo (por ejemplo el de *mujer*) que reúne todos los rasgos que debemos tener las mujeres para ser consideradas buenas y en consecuencia, aceptadas (y aceptables). Este conjunto de rasgos (valores) se transmiten generación tras generación a través de la familia y del resto de los grupos de socialización, influyendo decisivamente en la construcción del *Superego* individual, que sanciona nuestras acciones pero también nuestros pensamientos, sentimientos y mismo omisiones, y todo esto es independiente de que creamos o no en un dios y en el aparato religioso que se deriva de su culto.

Pues bien, trasgredir alguno de los preceptos del *Superego*, bien por incumplir alguna de las normas morales, bien por no acercarnos bastante a la figura de nuestro *Ideal de Ego*, constituye un pecado y nos hace sentir culpa, y dicha culpa debe ser expiada para disminuir el (altísimo) malestar que nos provoca.

Es cierto que en nuestro proceso de socialización es necesario construir ciertos límites que nos permitan convivir y relacionarnos sin invadir a las demás personas, y esto lleva aparejado construir una cierta tolerancia ante la frustración y una respuesta impunitiva ante la misma. También es cierto que estos límites se van internalizando y finalizan insertados en nuestro propio sistema de *normas morales*, que guían nuestra conducta (y el pensamiento y los sentimientos) poniéndole límites; por antítesis, está el *Ideal de Ego*, que incluye todos los rasgos encomiables que debemos aspirar a tener. Pero es especialmente cierto, más cierto aún, que la mayoría de las *normas morales* y la mayoría de los rasgos del *Ideal de Ego* no se construyeron para cumplir una función socializadora saludable, en pie de la igualdad y mediada por el apoyo y acompañamiento mutuos, ni para ayudarnos a satisfacer nuestras necesidades respetando los derechos de las otras personas a satisfacer las de ellas, sino que, en la práctica, perpetúan la dominación, el abuso de los privilegios de las minorías con el menoscabo de los derechos de las mayorías y, en definitiva,

la precariedad material, afectiva, sexual y personal, la dificultad o imposibilidad para satisfacer las necesidades, incluso las más básicas.

Pues bien, el sistema en el que originariamente se configura este aparato perverso de normas y valores, de rasgos engañosos y, en definitiva, de explotación y represión de unos seres humanos por otros es el patriarcado que, según Gerda Lerner (1990) y otras antropólogas feministas, se inició hace aproximadamente 6.000 años. Su origen es anterior a la propiedad privada y por lo tanto a la sociedad de clases, y una de sus primeras proyecciones fue el monoteísmo hebreo, que legitimó y promovió la dominación masculina sobre las mujeres, a través de su sistema de normas y preceptos. A partir de ahí, la subordinación de las mujeres fue legislada (aparece en los primeros códigos jurídicos) y afianzada por la ciencia que, como sabemos y seguimos comprobando hoy en día, nunca fue neutral ideológicamente hablando.

Posteriormente, a partir de la configuración de la sociedad de clases, vino la explotación económica y material, que fue tomando distintos modelos a lo largo de la historia y haciéndose cada vez más compleja (siempre atravesada por el patriarcado), hasta llegar al modelo de capitalismo actual, que destruye a las personas y al medio ambiente, que expropia nuestros derechos, que usurpa nuestros territorios y que perjudica muy especialmente a las mujeres, que son las más explotadas económicamente dentro de las personas explotadas, las más racializadas, dentro de las personas racializadas y las más oprimidas dentro de las personas oprimidas. En suma, un todo complejo e indisoluble que nos explota y nos oprime al 51% de la humanidad.

Toda esta gran contradicción sistémica, anclada firmemente en las estructuras sociales y políticas, en las instituciones públicas y privadas, y por supuesto en la iglesia, se reproduce luego en idénticos términos en cada una de las parejas, en cada una de las familias y en cada una de las relaciones privadas entre mujeres y hombres,

como refería Kate Millett (1975) en el sentido que le daba a su manifiesto: *lo personal es político*.

Pues bien, cumplir todas estas *normas* (colectivas e individuales) que genera el patriarcado capitalista (y el capitalismo patriarcal), configura un sistema perverso que nos lleva a un estado de frustración permanente, pero no cumplirlas es pecado, religioso o laico, pero pecado al fin y al cabo; y ese pecado, al mismo tiempo, puede ser de pensamiento, palabra, obra u omisión, por lo que ya no queda reducido a acciones transgresoras, sino que alcanza también a los pensamientos (deseos incluidos), a las palabras y a las omisiones, que en este caso alcanzan el alejamiento de alguno de los rasgos de nuestro *Ideal de Ego*.

En suma, incumplir los mandatos patriarcales, en este caso ser soberbias, es considerado un pecado por la religión (a estas alturas por la cultura), lo cual provoca que sintamos culpa; es considerado socialmente una perversión, lo cual provoca que sintamos vergüenza; es considerado por la ciencia una enfermedad y es considerado por la ley un delito (en algunas de sus expresiones), y ambas consideraciones provocan que sintamos miedo. Como vemos, el sistema de perpetuación no puede estar más blindado.

2—

LA CULPA Y SU EXPIACIÓN

Una de las consecuencias del pecado es el sentimiento de culpa. No es la única, pero sí la que, sin duda, nos provoca mayores cuotas de malestar. De la misma manera que la mayoría de las formas del pecado no solo son innecesarias, sino que resultan gravemente perjudiciales para nuestra salud por lo que nos limitan la vida, la mayoría de las cuotas de la culpa que este lleva aparejado perjudican nuestra salud mental y social, e incluso física, causándonos un sufrimiento que nos dificulta seriamente el funcionamiento vital.

Decíamos que la culpa es una emoción que se produce cuando transgredimos una norma moral, nos alejamos de nuestro *Ideal de Ego*, o no cumplimos lo que se espera de nosotros. En cualquier caso, sus elementos: las dosis de culpa que sentimos, la frecuencia con la que se presenta, su estructura y el modelo defensivo que habilitamos para defendernos de ella, configuran dos patrones que debemos diferenciar para poderla abordar mejor en la intervención psicológica. Sin duda, el modelo que incluye dosis más altas, una presentación más frecuente, una estructura más compleja y mecanismos de defensa más (intra) punitivos, es lo que sufrimos las mujeres, probablemente en relación con la existencia de más normas en el *Superego* y mayores y más difíciles expectativas que se depositan sobre nosotros.

La forma más convencional de la culpa incluye remordimiento y/o arrepentimiento y una gran dosis de angustia, pero la forma convencional no es necesariamente la más frecuente. En el trabajo psicoterapéutico con mujeres encontramos con frecuencia expresiones de la culpa sin la presencia de arrepentimiento o remordimiento, que son sustituidos por la anticipación de un castigo, anticipación que puede tener una concreción cognitiva (pensamientos intrusos sobre algo concreto que va a ocurrir) o no tenerla (simplemente anticipamos que va a ocurrir algo malo); eso sí, siempre con una gran dosis de angustia. En otras ocasiones se presenta solo la angustia, sin elemento cognitivo alguno, o con elementos cognitivos aparentemente no vinculados, que es preciso explorar para identificar el resto de los elementos de la culpa. Otras veces se presenta en forma de vergüenza, que incluye siempre el miedo a ser descubiertas (y rechazadas) por las demás, pero que parte del pesar por haber hecho (o pensado, o sentido u omitido) algo que no hemos asumido como derecho propio. Por último, y no menos importante, podemos sentirla como amargura; en este caso, la culpa estaría representada por la negación del deseo de sentirnos bien y por la consiguiente omisión de habilitar

los medios necesarios para lograrlo (que expresan la necesidad de castigo); la tristeza, la frustración y la rabia terminarían de configurar la estructura de esta emoción, devastadora para el estado de ánimo y para la salud.

Herant Katchadourian (2010) propone que el arrepentimiento, el apuro (incomodo, embarazoso), la vergüenza y el disgusto, son *las vecinas de la culpa*. Con ser su tratado uno de los pocos sobre la culpa, no aborda el tema desde la perspectiva del género. Esto podría explicar la omisión de la angustia como única expresión consciente de dicha emoción y también la identificación del disgusto con la amargura, cuando en realidad, lo que diferencia ambas es precisamente la presencia de la culpa, que no aparece necesariamente en el disgusto.

Cuando aparece la culpa, el grado de sufrimiento personal que provoca se hace difícil de soportar y, en consecuencia, se activan ciertos mecanismos de defensa del *Ego* para disminuirla un poco, pero estos mecanismos no siempre son los más adecuados y, cuando esto ocurre, no la resuelven; a veces ni siquiera disminuyen su intensidad.

En cualquier caso, la culpa (llamémosle) *no adaptada*, es decir, ese exceso de culpa que nos impide la satisfacción de nuestras necesidades y nos interrumpe el bienestar que, como decíamos anteriormente, representa la mayor parte de las culpas que sentimos las mujeres, precisa de una expiación, que se obtiene a través del perdón o a través del castigo, y aquí radica otra de las calidades del *pecado laico*, en este caso de la *culpa laica* que se deriva de cometerlo. Las creyentes van a pedir perdón a un confesionario, donde un cura (en nombre de Dios) las escucha, las recrimina y les impone una *penitencia*, como representación simbólica del castigo, y a cambio de esto les proporciona la paz espiritual. Sin embargo, las no creyentes no disponen de este recurso, por lo que la culpa queda sin confesar, la penitencia y la recriminación sin imponer y la paz espiritual sin alcanzar; así, la única manera de expiación es

a través de un castigo, muchas veces autoimpuesto consciente o inconscientemente. Así, a veces anticipamos un revés importante para nosotros, que las más de las veces viene dado por una desgracia que sufre alguien con quien tenemos un vínculo afectivo muy importante; esto nos causa un terrible sufrimiento, como si ya hubiera acontecido y dicho sufrimiento (el castigo) actúa como un expiatorio. Otras veces boicoteamos nuestra satisfacción haciendo (inconscientemente) lo necesario para fracasar en el camino hacia un logro, siempre subjetivamente inmerecido por ser malas y en ese fracaso tenemos el castigo expiatorio. En otras ocasiones sufrimos una enfermedad importante, que tendemos a interpretar como un castigo (a veces divino), que nos lleva a preguntarnos cosas del estilo de, *¿qué haría yo para merecer esto?*; en realidad, se trata de un autocastigo, por descuidar nuestro propio cuidado y/o por hacernos daño por acción al desplazar la agresividad hacia dentro.

También se da la expiación por autocastigo a través de conductas conscientes y orientadas a hacernos daño, para expiar culpas que asumimos también conscientemente, sin cuestionar siquiera la posibilidad de que no las tengamos. En el año 2009, Rob Nelissen y Marcel Zeelenberg, llamaron a este modelo *Efecto Dobby*. Dobby es un personaje de ficción de la saga *Harry Potter*, escrita en siete volúmenes por Joanna Rowling entre 1995 y 2006 quien, por cierto, tuvo que prescindir de usar su nombre y sustituirlo por la inicial para que publicaran los libros ya que, desde la *soberbia patriarcal*, se anticipaba que, al ser mujer, la obra no iba a tener salida. Se trata de un elfo doméstico, un criado (en realidad un esclavo) que se siente culpable continuamente por lo que él llama deslealtad (en realidad infidelidad, y ni siquiera siempre); para expiar esta dosis inmensurable de culpa da golpes con la cabeza contra la pared, aplasta los dedos cerrando el cajón de una mesita sobre ellos e incluso se llega a quemar las manos, repitiendo constantemente mientras se agrede, *¡Dobby, malo!, ¡Dobby,*

malo!. Esta representación de culpa desmedida, sin cuestionar en absoluto su fundamento, que conduce a infligirse conscientemente agresiones dolorosas, representa muy bien lo que sucede en una parte de la casuística de la culpa en las mujeres. La propia OMS (2003) cataloga el *daño autoprovocado* (al mismo tiempo que los intentos de suicidio) como una de las consecuencias de las situaciones de violencia machista directa en mujeres en las cuales, como sabemos, siempre está presente la culpa.

A su vez, Roy Baumeister, Arlene Stillwell y Todd Heatherton (1994), descubrieron en una investigación sobre la culpa que las personas experimentan lo que llaman *culpa leve*, durante aproximadamente dos horas al día, *culpa severa* durante tres horas y media al mes y, en algunos casos, la culpa persiste de manera continua durante años. También indican que las consecuencias de la culpa son en general más adaptativas que las de la vergüenza, lo cual no sorprende, si tenemos en cuenta que la carga emocional negativa que representa la culpa, está incrementada en el caso de la vergüenza por el miedo al escarnio y al rechazo público que supone ser descubiertas, que suele estimular la huida hacia delante para la propia protección. Hace falta señalar que, debido al grado de sufrimiento que producen tanto la culpa como la vergüenza, dificultan su identificación real y a veces incluso impiden que se asuma la responsabilidad de las propias decisiones y acciones, quedando así un vacío solo llenado por una necesidad de castigo que nos impide avanzar.

En resumen, la culpa y los mecanismos que se habilitan para “resolverla”, dificultan la vida e incluso las actividades comunes, e impiden la satisfacción de los deseos; causan un importante deterioro de la autoestima y de la confianza, y son, con mucha diferencia, el mayor mecanismo de control sobre las personas, especialmente sobre las mujeres. Esto forma parte de las deficiencias en la construcción de la identidad personal y colectiva, muy bien resumida por Simone de Beauvoir, cuando decía: *no se nace mujer, se llega a serlo*.

A su vez, la vergüenza, la culpa y las acciones, pensamientos, sentimientos y omisiones que nos hacen sentirnos culpables, son mandatos patriarcales. De este modo, las mujeres nos sentimos culpables por casi todo. Citaremos aquí la máxima de Clemente de Alejandría (150-215 d. C.): *Todas las mujeres deberían morir de vergüenza ante la idea de haber nacido tales*, que resume muy bien la relación entre la culpa (en todas sus formas) y el género. Más claro no puede quedar. Para las religiones derivadas del monoteísmo hebreo, la culpa y la vergüenza deben ser connaturales al hecho de ser mujer.

3 —

LA SOBERBIA PATRIARCAL

Para poder analizar las repercusiones de la soberbia sobre las mujeres debemos, desde mi punto de vista, partir de la base de que el sistema patriarcal tiene este rasgo insertado en sus bases, por tanto, no se trata de una característica y de una actitud de una persona hacia otra u otras, no es un fenómeno individual, sino estructural. El patriarcado domina las mujeres desde el desprecio por las mismas, construyendo así la misoginia, una misoginia global, que se expresa a través de múltiples formas, la mayoría de ellas muy sutiles y en consecuencia difíciles de identificar, insertadas en todos y cada uno de los aspectos de nuestras vidas, constituyéndose en múltiples y variadas formas de violencia, especialmente simbólica, como demuestra el hecho, por ejemplo, de nuestra invisibilización sistemática, excluyéndonos de la historia, de la ciencia y mismo del lenguaje, o menospreciando nuestros malestares y el sufrimiento que nos causan, considerándonos *hísticas* (como si fuera un insulto) muchas de las veces que los expresamos en una consulta, por citar un ejemplo del campo de la salud, que es lo que nos ocupa. Si graduáramos estos desprecios, expresión de la soberbia patriarcal, nos podríamos dar cuenta de que, desde las

formas más evidentes, por ejemplo excluirnos por acción de toda una serie de responsabilidades aduciendo que no tenemos habilidad para desarrollarlas, etiquetarnos de torpes, poco espabiladas, o bien manipuladoras maquiavélicas y todo un sin fin de “cumplidos”; hasta las formas más sutiles, por ejemplo tratarnos con condescendencia, tomar decisiones que nos corresponden a nosotras (incluyendo las que se refieren a nuestros cuerpos), categorizarnos en función de los modelos físicos que el sistema fabricó y rechazarnos si no los cumplimos. En fin, todo un abanico de expresiones, cuya visibilidad es directamente proporcional a su grado de intensidad. La pregunta es, ¿son más graves unas u otras? Probablemente encontraremos una respuesta si analizamos sus consecuencias. Las expresiones más evidentes son muy lesivas para nosotras, pero también más detectables, por lo que podemos identificarlas y, en consecuencia, vincular nuestro malestar con la causa que lo provoca. A su vez, las expresiones menos evidentes a lo mejor son menos lesivas, pero esta menor punitividad está agravada por el hecho de no ser capaces de identificarlas, con lo que también no somos capaces de asociar nuestro malestar con la causa que lo provoca. Por otra parte, unas y otras contribuyen de igual manera a mantener en el imaginario social la superioridad masculina (muchas veces sin llamarle tal) y a naturalizar muchas expresiones de violencia cotidiana (también sin llamarle así). En el refranero popular encontramos multitud de alusiones la este tipo de misoginia, citaremos a modo de ejemplo, *Dios te guarde de perro de liebre, de casa de torre, de piedra honda, y de mujer sabionda*, como consejo para los hombres que lleva todo un aparato ideológico detrás.

Esta misoginia sistémica se traslada luego a las individualidades, manifestándose en expresiones más o menos evidentes de desprecio (misoginia individual) que proceden de hombres de nuestro entorno y que producen los mismos daños, que en este caso se multiplican al existir un vínculo afectivo entre quien las profiere

y quien las recibe. Más de una vez se adecúa perfectamente la máxima de Kate Millett ya comentada de que *Lo personal es político*.

En suma, si la soberbia es un sentimiento de superioridad, que lleva aparejado el desprecio hacia otras personas, habitualmente con arrogancia y altivez, lo que en realidad marca la diferencia entre las expresiones más aparentes y las más sutiles es la proporción de arrogancia que lleva implícita cada mensaje; nada más y nada menos.

Los efectos globales de todas estas formas y maneras de desprecio, simbólicos y directos, son devastadores. Por una parte, producen un deterioro de la autoestima y la confianza de género, que repercute en cada una de nosotras como mujeres produciendo a su vez un deterioro de la autoestima y de la confianza individuales. Como decía Clara Campoamor en su maravilloso discurso ante las Cortes Constituyentes de la IIª República, defendiendo el reconocimiento del derecho de las mujeres al sufragio:

[A la mujer] (...) Se le enseñó a no confiar en sí misma, y desconfía de todas las demás mujeres. La desconocieron, y desconoce ella a las demás. Se le repitió en los más variados tonos que no entendía de un montón de cosas, y aun no se le olvidó... también al esclavo liberado no le desaparecen de repente las señales de la servidumbre.
(Clara Campoamor, 1931:1354).

Evidentemente, esta patriarcalización de nuestro pensamiento, utilizada al mismo tiempo de manera misógina contra nosotras con “sentencias” del estilo *las mujeres también son machistas*, complica gravemente el camino de nuestra liberación y hace necesario, imprescindible, diría yo, tomar medidas concretas para resolverla, colectiva e individualmente, y viceversa.

Otra expresión de soberbia simbólica que alcanza especialmente al contenido de estas reflexiones se sitúa en la órbita de la perversión

del lenguaje. Dejando a un lado aquellos términos cuyo significado es distinto cuando se expresan en masculino que cuando se expresan en femenino (*zorro y zorra; hombre público y mujer pública, y un largo etcétera*), teniendo en algunas sus acepciones en femenino un carácter claramente despectivo y discriminador, que son una clara expresión de misoginia, nos vamos a centrar en otro tipo de perversiones más lesivas si cabe, que consisten en darle a ciertos términos (en general los que nominan actitudes humanas) un significado masculino, cubierto con una pátina de universalidad para aplicárnoslo así a las mujeres. Un buen ejemplo es la *valentía*, cuyo significado pasa por ser único, pero no considera en absoluto la valentía de las mujeres, a las que deja relegadas a la *cobardía* en virtud de esta trampa semántica. Porque la valentía queda definida por la “academia” como la actitud que consiste en enfrentarnos a los miedos, pero la trampa consiste en que, en realidad, quieren decir enfrentarnos con aquello que nos tiene que dar miedo y en este *nos tiene que dar*, no se incluyen todos aquellos elementos con los que a diario nos enfrentamos las mujeres, como los que tienen que ver, por ejemplo, con mantener el equilibrio en las relaciones (intrafamiliares y otras), el cuidado (especialmente el emocional), llenar el vacío que provocan las pérdidas (no solo las materiales); en última instancia, dirigir la vida. Todo esto, que en general les mete miedo a los hombres (con excepciones) e induce a la huida, también nos lo mete a las mujeres, pero lo enfrentamos con naturalidad, y no se considera nuestra valentía porque el patriarcado “decide” lo que hay que sentir y ponen el miedo en relación con otras cosas, más masculinas.

Refiriéndonos ya a la *soberbia* y su antónimo, la *humildad*, por un lado, la soberbia (creencia en la superioridad del Ego, desprecio por las demás personas, altivez y arrogancia) está formalmente penalizada en los hombres, pero se consiente en la práctica en muchas ocasiones, especialmente cuando se muestra en forma de falsa humildad o de falsa modestia; mien-

tras en las mujeres es socialmente intolerable en cualquiera de sus representaciones. Esto se agrava cuando observamos el uso que se le da a su antónimo, la humildad, especialmente en su componente de sumisión. A los hombres no se les exige humildad, excepto con quien es social, económica o racialmente “superior” y, aún en estos casos, se le consiente una cierta rebeldía. Conforme preconizaba el filósofo libertario mexicano Ricardo Flores Magón (1873 – 1922): *Contra soberbia, humildad, suspira el frade. Contra soberbia, rebelión!, chillamos los hombres* (¡los hombres!), que incluso puede convertir en héroes a los que se rebelen. Por el contrario, la humildad (modestia y sumisión) es para las mujeres un mandato de género que no debemos transgredir nunca, especialmente en nuestra relación con los hombres y con quien ostenta el poder (que es patriarcal) en abstracto. Si lo hacemos, corremos el riesgo de ser inmediatamente etiquetadas (de soberbia) y rechazadas por el entorno.

Uno de los principales problemas que derivan de esta construcción, que ya de por sí es muy lesiva para nosotras, es lo que ocurre cuando una mujer no se somete o no se infravalora; esto quiere decir que reclama sus derechos, o los ejerce directamente; inmediatamente es etiquetada de soberbia, de arrogante (y últimamente de *feminazi*), y denostada por su comportamiento.

La perversión última consiste, por tanto, en asumir una definición de soberbia para las mujeres que no se ajusta a la que se asume para los hombres; en ampliar el concepto de esta actitud hasta el punto de considerar soberbia todo aquello que no quede en los estrictos límites de la sumisión y, en consecuencia, en penalizar cualquier actitud que se aleje de este mandato.

Ya vamos viendo entonces los efectos de la soberbia sobre la salud de las mujeres, que son exactamente los mismos que provocan las violencias, porque la soberbia es violenta, y sus expresiones son violencia. Vemos también la

gran dificultad que representa este aparato para ser respondido, precisamente porque las actitudes necesarias para hacerlo producen miedo al rechazo, otra forma de violencia para mantenernos *en nuestro sitio*, quiere esto decir, en el sitio donde nos coloca el patriarcado.

Por lo tanto, los significados de *soberbia* y *humildad* deben ser modificados en el imaginario social y también en el individual.

4—

¿ENTRE LA SOBERBIA Y LA HUMILDAD? LOS PROBLEMAS PATRIARCALES DE LAS ESCALAS BIPOLARES

Este cambio pendiente, al que aludíamos en párrafos anteriores, debe ser diseñado y desarrollado, y uno de los campos en los que lo hay que hacer es en el psicoterapéutico (individual o grupal) y en el de la intervención social también.

Para entender estas construcciones perversas y habilitar alternativas frente a ellas puede ser muy útil, desde mi punto de vista, la teoría de George Kelly sobre los constructos personales, elaborada en 1955. Resumiendo mucho, Kelly propone que las personas evaluamos la realidad en cada uno de sus aspectos utilizando, consciente o inconscientemente, escalas bipolares de valores (rasgos, actitudes), a las cuales les aplicamos finalmente la escala bipolar última: *bueno – malo*. Con esto vamos intentando parecernos lo más posible al extremo de la escala que consideramos *bueno*.

Hay miles de escalas bipolares, algunas de ellas sujetas a las trampas patriarcales de las que venimos hablando, pero centrándonos en el tema que nos ocupa, analizaremos la que tiene en los extremos *soberbia* y *humildad*.

Si consideramos cualquier escala bipolar y le asignamos una puntuación cuantitativa, podríamos establecer esta entre el -10 y el +10 (o cualquier otro rango). En este sentido, cada uno le atribuye a ese trazo una puntuación dada, según la intensidad con la que subjetivamente sienta que está presente dentro de su persona (*autoimagen real del Ego*). También puntúa la intensidad que desearía que tuviese (*autoimagen ideal del Ego*). Esto promueve que la persona en cuestión intente acercarse lo más posible a lo que desearía, porque la llevaría a valorarse mejor y a tener más y mejor autoestima y autoconfianza. El problema está en que buena parte de esa puntuación subjetiva está en relación con la cantidad de mensajes que recibe del exterior indicándole la presencia de ese rasgo en su persona y decíamos anteriormente que las mujeres recibimos en este sentido muchos mensajes indicándonos que somos soberbias o que tenemos mucha soberbia. Puntuar “alto” en soberbia los aleja de nuestro *Ideal de Ego*, por lo que tendemos a ser cada vez más humildes. En suma, construimos nuestra humildad (sumisa y modesta) en virtud de este tipo de mensajes, que unas veces son directos (emitidos por personas con las que nos relacionamos) y otras son más abstractas, procedentes del ámbito simbólico, a través del cine, de la literatura, de la publicidad, en las que se las atribuyen a personajes femeninos con los que nos identificamos fácilmente y que constituyen referencias para nosotras.

Otra cuestión que debemos tener en cuenta es que en la mayoría de las escalas bipolares hay un elemento que está en el término medio entre ambos polos y que muchas veces tiene nombre, lo que nos lleva a reflexionar sobre el significado de puntuar cero. Así como el punto medio de la escala *egoísmo* y *altruismo* es la *solidaridad*, en la escala *egocentrismo* y *abnegación* es la *generosidad*, y en la escala *intrapunitivo* y *extrapunitivo* es *impunitivo* (por hablar siempre de actitudes y rasgos relacionados con el género), en la escala *soberbia* y *humildad*, el término medio es la *dignidad*. El problema surge en cuanto se “confunden” opuestos y contrarios, y se nos

pide que seamos *solidarias, generosas e impunitivas*, cuando en realidad se nos está induciendo a ser *altruistas, abnegadas e intrapunitivas*; pues bien, en el caso de la *soberbia* y de la *humildad* ni se considera esta cuestión, se nos exige directamente que seamos *humildes* (y *sumisas* y *modestas*).

Todo esto refuerza la idea (ya expresada) de la necesidad de cambiar todas estas conceptualizaciones, tanto en el imaginario social como en el individual, y esto, insistimos una vez más, solo se puede lograr con la intervención educativa, social y psicológica.

5 — LA SOBERBIA Y CIERTOS MECANISMOS DE DEFENSA DEL EGO

El *pecado laico* de soberbia es con cierta frecuencia el resultado de una formación reactiva, en el funcionamiento masculino. Hablaba Alfred Adler de que la motivación última de los seres humanos (del hombre, decía él) es alcanzar la superioridad y así superar el complejo de inferioridad con el que cargan en la vida.

En general, cuando un rasgo, característica o actitud de una persona (que funciona más bien en masculino) se aleja de más de su *Ideal de Ego* y por eso provoca un malestar muchas veces intolerable, el aparato defensivo del *Ego* actúa para disminuir el dicho malestar y uno de los mecanismos que se utilizan es la *formación reactiva*, convirtiendo inconscientemente el rasgo problemático en su contrario. En general podríamos decir que, la mayoría de las veces, tras una gran soberbia se esconde un gran complejo de inferioridad, que una vez más recoge la cultura popular en refranes como *dime de qué presumes y te diré de qué careces*.

Así, cuando la humildad (y la sumisión) son percibidas subjetivamente con una alta puntuación (en referencia a las escalas bipolares)

entre los hombres pobres, sobreexplotados en el trabajo, racializados o marginados por su orientación sexual, en una sociedad que pretende excluirlos, y tratados con desprecio por otros hombres, más poderosos (y más soberbios), la sensación de humillación y de frustración los lleva a convertir la humildad que se les exige por clase social, etnia, orientación sexual, etc., en soberbia, que en general se expresa en la relación interpersonal con las mujeres de su entorno (y también contra la infancia), por lo regular más sobreexplotada, más racializada y más marginada, que reciben igualmente todo esto, el maltrato de los hombres de su entorno.

Pero no solo funciona así en estos casos, sino también en las ocasiones en las que se percibe subjetivamente el logro de una meta como muy lejana, bien por falta de medios propios para alcanzarla (aptitudes) o bien por falta de medios personales, económicos, sociales... En estos casos, la inferioridad se puede convertir en soberbia, que se expresa contra las personas que se considera que se puede... y, la mayoría de las veces, esas personas son mujeres. Esto va a dificultar o interrumpir su proceso de logro, especialmente en el campo público (profesional, social, económico...) por el desprecio y el desdén de quienes las tratan con soberbia.

Por otro lado, la soberbia, igual que otros rasgos y actitudes *penalizadas*, se tramita con frecuencia a través de la proyección, negándola como cualidad propia e identificándola sobreproporcionada en las demás. Este mecanismo, junto con la misoginia patriarcal, explicaría la tendencia a atribuirle soberbia a las mujeres que reclaman, que se rebelan y que usan sus derechos.

6 — LOS EFECTOS DE LA SOBERBIA

No hay ninguna duda de la gran carga de agresividad y de violencia que llevan apare-

jada todas las expresiones de la soberbia, desde las más sutiles hasta las más llamativas. La persona tratada con soberbia, por lo tanto con desprecio, arrogancia y altivez, se siente desvalorizada y excluida. Cuando esto se repite con insistencia en la casa, en la calle, en el trabajo y en los grupos sociales, acabamos por creer que no somos apreciables, ni valorables, ni siquiera respetables.

Los efectos son devastadores. Una persona que no se siente valorada, no se valora a sí misma, no se quiere, no confía en sí misma y se siente profundamente insegura. Si a esto le añadimos que los mensajes que recibe desde todos los campos directos, estructurales y simbólicos le transmiten que debe ser humilde (modesta y sumisa) o será definitivamente rechazada, el coste es doble, ya que paga con la quiebra de su aparato afectivo por ser despreciada, y paga el coste que supone ajustarse a los mandatos de género, recibiendo desprecio y humillación o pagada si no los sigue, porque es rechazada.

Una de las proclamas del feminismo desde los años 60 del siglo pasado, se refiere a la instrumentalización del cuerpo de las mujeres, pasando por encima de su propio bienestar:

La exclusividad del ideal de belleza tiene una clara función política [...] Esta imagen, definida por los hombres, pasa a ser el ideal. Y, ¿qué ocurre entonces?... Que las mujeres se apuran a calzar el zapatito de cristal, a toda costa, torturando y mutilando sus cuerpos con dietas, programas de belleza, ropa y maquillaje, lo que sea con tal de convertirse en la joven soñada por un príncipe de mala muerte. Si no lo hacen, el castigo es inmenso: la sociedad cuestionándolas como personas.
(Shulamith Firestone, 1976:192).

Pues esta máxima funciona exactamente del mismo modo para cualquier otro mandato de género... y la humildad es uno de ellos. Cuan-



Foto: Miriam Espacio

to más humildes, más violencia reciben desde la soberbia y, alejándose de la humildad, más presión patriarcal, precisamente por soberbias.

A todo esto hay que añadirle el efecto de la culpa, en este caso por pecar de soberbia; la vergüenza, por no ajustarse a los cánones socialmente aceptados; y el miedo al castigo social de la exclusión por no ser *una mujer como es debido*.

Demasiada presión para el aparato emocional... del cual también se resiente el cuerpo, que recibe las “descargas” consabidas y sufre por esto también, y desde luego para la salud social.

7 — EL OBJETIVO DE LA INTERVENCIÓN EN CLAVE DE GÉNERO

Decíamos anteriormente que la intervención necesaria para corregir todos estos defectos tiene que desarrollarse en varios frentes. Por un lado, estaría la psicoterapia, individual o

grupal, que tiene un papel decisivo en la recuperación de las mujeres que ya están sufriendo las consecuencias en forma de alteraciones psicósomáticas (y somatopsíquicas); por otro lado estarían la intervención social, para cambiar los conceptos internalizados en clave patriarcal y, en tal sentido, preventiva de que las mujeres sigamos sufriendo las consecuencias, y por último (y no menos importante) la intervención (co)educativa, promotora de igualdad, para eliminar definitiva y establemente estos defectos en las relaciones entre las personas y de cada persona consigo misma.

En este caso nos centraremos en la intervención psicológica (psicoterapéutica) cuyo objetivo es ayudar a las mujeres en el proceso de recuperación de la autoestima y confianza en sí mismas, imprescindible para reconstruir las claves de sus relaciones con las demás personas y consigo mismas. Para esto es fundamental abordar la culpa, la vergüenza y los miedos. Decíamos en apartados anteriores que la culpa, que en las mujeres alcanza cuotas inconmensurables, no siempre se presenta en su forma convencional (con remordimiento y arrepentimiento) y en este sentido más fácil de identificar. Hace falta, por lo tanto, explorar la presencia de dicha culpa en todas sus variantes, para poder ayudar mejor.

Por otra parte, hace falta explorar también la manera en el que están internalizados ciertos constructos, constitutivos de pecado (laico o religioso) y las *virtudes* (laicas o religiosas) a las que aquellos se oponen. En el caso que nos ocupa, *soberbia* y *humildad*. Esto nos permitiría conocer mejor las construcciones subjetivas y también proponer una alternativa a ambas: la dignidad, que en el caso de las mujeres hay que dotar de contenido, no porque no la tengamos, sino porque, cuando la mostramos, se nos acusa de soberbia, formando entre unos y otros rasgos una amalgama que no ayuda a resolver.

Por último y derivado del anterior, debemos ayudar a conseguir que las mujeres se sientan sujetos de derecho, en vez de abyecto de los

privilegios *del otro*. Para esto es imprescindible que conozcan y especialmente que asuman sus derechos en la relación con las demás personas, porque ahí reside la clave para desarrollar relaciones saludables. Todo un proceso pendiente.

8 —

EXPLORANDO LA SOBERBIA, LA HUMILDAD, LA CULPA Y LA VERGÜENZA

Partiendo de la base de que nada sustituye una buena entrevista clínica, que es imprescindible, especialmente en las intervenciones que se desarrollan desde la perspectiva de género, también resulta muy interesante la exploración de determinados aspectos a través de algún instrumento psicométrico que permita obtener datos “medibles”, también para evaluar la efectividad de la psicoterapia que se inicia con las antedichas entrevista y exploración psicométrica.

En este sentido, consideramos un buen instrumento, que tiene su fundamento en la psicología de los constructos personales, de George Kelly, comentada anteriormente. Desde su origen, el Repertory Grid, diseñado por Kelly a partir de su teoría, sufrió diversas adaptaciones y modificaciones, dando lugar a una serie de pruebas más o menos cognitivas o proyectivas. Para este caso, la propuesta es el *Test de las caras desenfocadas*², una adaptación diseñada y validada por Antonio Rodríguez López (en el artículo citado a pie de página se puede encontrar la descripción de la prueba). Esta adaptación, de carácter proyectivo, tiene una serie de ventajas para el caso que nos ocupa. En primer lugar,

2 Rodríguez López, Antonio (1982): Test de las caras desenfocadas (Repertory Grid Modificado). Rev. de Psiquiatr. y Psicol. Med. Tomo XV, nº 7, 411-420.

permite diseñar los constructos en función de las necesidades de cada momento, por lo que nos permite introducir en el listado los referidos a la *soberbia*, a la *humildad* y a la *dignidad*, así como a la *culpa* y a la *vergüenza*. En segundo lugar, su administración es sencilla, los resultados se obtienen a partir de una correlación matemática y la interpretación de los mismos, a partir de las gráficas de los valores, resulta fácil. En tercer lugar, permite pases colectivos³, lo que facilita la exploración y la evaluación en las intervenciones de psicoterapia de grupos.

En concreto, los constructos propuestos se formularían pidiéndole a la/s mujer/es que ordenen las fotos desde la que le parece más *soberbia* hasta la que menos, desde la que le parece más *humilde* a la que menos y desde la que le parece más *digna* hasta la que menos; también desde la que le parece que *se siente más culpable* hasta la que menos y desde la que le parece que más se avergüenza hasta la que menos. Para preservar la fiabilidad de la prueba, estos constructos deben ir separados entre sí, intercalando otros que no tengan relación aparente con estos.

Para el caso que nos ocupa, la propuesta es correlacionar los constructos aludidos con la autoimagen real y la autoimagen ideal, así como con las imágenes parentales reales e ideales. Si queremos averiguar la estructura psicológica de cada uno de estos rasgos, los podemos correlacionar también con otros que incluiremos en la prueba, como la *agresividad*, el *autoritarismo* y especialmente la *bondad*. Con todo esto tendremos una idea bastante precisa de la estructura psicológica de los rasgos y el modelo en el que los tienen internalizados las usuarias (y las perversiones patriarcales de los conceptos), la valoración que hacen de los mismos, y los modelos referenciales de los que la aprendieron.

Por último, si administramos la prueba al inicio y al final de la intervención psicoterapéu-

tica, podremos comprobar la evolución y, en consecuencia, el grado de consecución de los objetivos terapéuticos y, en suma, la efectividad de la terapia.

9 —

EL USO DE LOS CAMPOS SIMBÓLICOS COMO HERRAMIENTA PARA LA INTERVENCIÓN

No hay duda de que las herramientas para utilizar en una psicoterapia y especialmente la manera de utilizarlas dependen sobre todo de la orientación teórica de la terapeuta, pero en el caso que nos ocupa debemos tener en cuenta que existen una serie de elementos que complican y dificultan la intervención y que se pueden concretar en que una buena parte del contenido intrapersonal de los asuntos a abordar no está al alcance consciente de las mujeres usuarias. Al mismo tiempo, los mecanismos de defensa que se utilizan (también de manera no consciente) dificultan la identificación. Por eso decidí proponer una herramienta que nos permite abordar estos asuntos de una manera más fácil, al mismo tiempo de ahorrarle sufrimiento a las mujeres: los campos simbólicos⁴.

Resumiendo mucho, un campo simbólico es una narrativa que construye la propia usuaria (o el propio grupo) a través de un estímulo de la terapeuta, que debe tener un inicio, un nudo y un desenlace. Quien construye dicho campo vuelca en la narrativa su propia subjetividad, lo que permite abordarla sin que la persona se sienta aludida, ya que estaríamos hablando de un personaje. También permite completar la exploración haciéndole preguntas sobre determinados pasajes de la narrativa, con lo que

3 Ferreiro Díaz, Lola (1991). Saúde Mental e Delinquencia en Adolescentes. Tesis doctoral. Faculdade de Medicina da USC.

4 Lola Ferreiro Díaz [coord.] (2008). Op. Cit., 148-156

podríamos disponer de una cantidad inmensa de elementos a analizar y de soluciones a buscar. En la cita a pie de página hay una descripción completa de la técnica y de su utilización.

En suma, se trata de un recurso más, pero muy útil para el tema que nos ocupa en concreto y para el abordaje de las violencias machistas en general.

10—

LA SOBERBIA, LA HUMILDAD, LA CULPA Y LA PSICOTERAPEUTA

Todas y todos sabemos que una de las cuestiones fundamentales para desarrollar una intervención de calidad en salud mental es la revisión de la propia subjetividad de la terapeuta. ¿Cuántas veces encontramos problemas en una psicoterapia, que notamos que no va bien, que detectamos algún atranco en concreto, o que identificamos (revisando la sesión) algún defecto en nuestra conducta profesional? ¿Cuántas veces nos gustaría tener acceso a una supervisión profesional que nos ayudara a resolver todas estas cosas? Desde mi punto de vista, muchas veces.

Esta situación es especialmente necesaria cuando la psicoterapia se hace desde la perspectiva de género. Todas somos mujeres o hombres, con nuestras propias contradicciones y con nuestra propia carga patriarcal, más o menos grande (y grave)... y no es tan fácil separar el rol profesional de los roles personales cuando estamos escuchando cosas con las que inconscientemente nos identificamos, o que nos invaden, o que nos inducen a sentirnos (y no a sabernos) manipuladas. Si al mismo tiempo somos feministas, el problema se complica un poco más, teniendo en cuenta que la parte cognitiva de nuestro feminismo no siempre encaja con la parte afectiva y emocional del

hecho de ser mujeres, muchas veces agredidas y violentadas por la orden patriarcal.

Todo esto pone de manifiesto la necesidad de iniciarnos (o continuar) en un trabajo personal que nos lleve a identificar y a resolver todas estas contradicciones, que de hecho interfieren en las intervenciones en consulta.

Partiendo de la consciencia sobre la precariedad de los medios que tenemos a nuestro disponer, especialmente la ausencia de recursos para la supervisión profesional, la propuesta concreta es constituir grupos en los que se aborde, no tanto desde un punto de vista cognitivo e intelectual como desde el campo experiencial, expresando y abordando nuestra propia subjetividad. Puede que cueste un poco al principio. Habrá que salvar dificultades, pero a medio plazo es lo suficientemente gratificante y, en consecuencia, motivador, como para garantizar la continuidad del trabajo.

Comentaré, sin pormenorizar mucho porque aparece descrita en el trabajo de M^a Jesús Díaz Anca y otras (2009) que se cita, una experiencia sobre el trabajo hecho por un grupo de profesionales que trabajaban con mujeres en situación de violencia directa y que decidieron acometer la tarea tras encontrar múltiples dificultades para la intervención. El proceso inicial puso de manifiesto que había un gran hiato entre lo cognitivo (en este caso lo ideológico) y lo afectivo y emocional, en este caso marcado por las claves (ocultas) de la situación de violencia machista en sus propias biografías. Todo esto amenazaba con comprometer el proceso de la intervención y el bienestar de las profesionales y de las propias mujeres. Conciliados los elementos distorsionadores, el trabajo comenzó a fluir en otros términos y se volvió mucho más saludable y gratificante, lo que se reflejó significativamente en sus resultados, por cierto medidos a través del *Test de las Caras Desenfocadas*, entre otros instrumentos.

Por tanto, aprovecho la oportunidad que me brindó el COPG de escribir esta aportación para animaros a que hagáis algún proceso de

este tipo, desde luego sin olvidarnos de continuar exigiendo a los poderes públicos que pongan en marcha los recursos de supervisión profesional en salud mental, imprescindibles para nosotras... aunque nos etiqueten de soberbias por hacerlo.

11 —

PARA FINALIZAR...

Igual que comenzamos, insistir una vez más en que, para conseguir la igualdad entre los seres humanos, debemos cambiar la máxima dominante: *contra soberbia, humildad* por otra mucho más democrática: *contra la soberbia y la humildad, ¡dignidad!*



Referencias

Adler, A. (1968). *Superioridad e interés social*. México: Fondo de Cultura Económica.

Baumeister, R. F., Stillwell, A. M. y Heatherton, T. F. (1994). Guilt: An interpersonal approach. *Psychological Bulletin*, 115(2), 243–267. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.115.2.243>

Campoamor, C. (1931). *Diario de Sesiones de las Cortes*, 1 de outubro, n° 48:1354.

Díaz Anca, M. J., Docampo Corral, G., González García, P., Rivera González, M. J. y Vilar Barreiro, A. (2009). A violencia de xénero. *Revista Oficial da Sección de Clínica do COPG. ANUARIO.N°3* (500-533).

Ferreiro Díaz, L. (1991). *Saúde Mental e Delincuencia en Adolescentes*. Tese de Doutoramento. Facultade de Medicina da USC.

Ferreiro Díaz, L. [coord.] (2008)- *Coeducación afectivo emocional e sexual*. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia – Servizo Galego de Igualdade.

Firestone, S. (1976). *La dialéctica del sexo. En defensa de la revolución feminista*. Barcelona: Kairós.

Katchadourian, H. A. (2010). *Guilt: the bite of conscience*. Stanford CA: Stanford University Press.

Kelly, G. A. (2001). *Psicología de los constructos personales*. Textos escogidos Brendan Maher [comp.]. Barcelona: Paidós. Lagarde y de los Ríos, M. (2011). *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. Madrid: horas y Horas.

Lerner, G. (1990). *La creación del patriarcado*. Barcelona: Crítica.

Millett, K. (1975). *Política sexual*. México: Aguilar.

Montero García-Celay, M. (2009). El patriarcado: Una estructura invisible, *Género con Clase*, 1-III. Disponible en: <http://generoconclase.blogspot.com/2009/03/el-patriarcado-una-estructura-invisible.html>

Nelissen, R. M. y Zeelenberg, M. (2009). When Guilt Evokes Self-Punishment: Evidence for the Existence of a Dobby Effect. *Emotion*, feb; 9(1): 118-122

Organización Panamericana da Saúde – OMS (2003). *Publicación Científica e Técnica n° 588*. Ginebra: Publicaciones de la OMS.

Rodríguez López, A. (1982): Test de las caras desenfocadas (Repertory Grid Modificado). *Rev. de Psiquiatr. y Psicol. Med.* Tomo XV, n° 7, 411420.

Rowling, J. K. (1998). *Harry Potter y la cámara secreta*. Barcelona: Salamandra.

Shimanoff, S. B. (1984). Commonly named emotions in everyday conversations. *Perceptual and Motor Skills*, 58, n° 2: 514.

PREVENZA

ABURRIMIENTO: DERECHO Y NECESIDAD

Vanessa Playán Ruíz

Psicóloga clínica.

Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil
Sant Joan de Deu Terres de Lleida

vanessaplayan@gmail.com

Henar de la Torre Hernández

Psicóloga clínica.

Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil
Gironès i Pla de l'Estany.

henardelatorre@gmail.com

SUMARIO

GALLEGO

«El aburrimiento es la calma chicha del alma que precede a los alegres vientos y a la feliz carrera; hay que soportarlo y esperar su efecto. [...] Disipar el aburrimiento de cualquier manera –concluirá el autor– es lo vulgar»

(Nietzsche, 2003, p.68).

RESUMEN

En este artículo se hace una revisión del aburrimiento, desde las primeras definiciones centradas en una visión negativa hasta los planteamientos más modernos que destacan los beneficios y potencialidades de esta emoción. Especialmente relevante es su papel en la infancia, en cuanto a la facilitación del desarrollo de cualidades fundamentales como la creatividad, la autonomía o las habilidades de resolución de problemas.

PALABRAS CHAVE — aburrimiento, estado emocional, beneficios.

ABSTRACT

The present paper is a review of boredom conceptions, from the initial definitions focused on a negative perspective of the term, to modern approaches that emphasize its benefits and potential. Notably, boredom seems to play a key role in childhood facilitating the development of children's strengths as creativity, autonomy or problem solving skills.

KEY WORDS — boredom, emotional state, benefits.

1 —

INTRODUCCIÓN

La Real Academia de la Lengua Española define el aburrimiento como el *cansancio del ánimo originado por falta de estímulo o distracción o por molestia reiterada*. Y aburrirse como *molestar, cansar, fastidiar, fastidiarse, cansarse de algo, sufrir un estado de ánimo producido por falta de estímulos, diversiones o distracciones*. Si buscamos sinónimos de la palabra aburrimiento encontramos los términos fastidio, hastío, tedio, cansancio, desgana, apatía, pesadez, sopor, esplín, muermo, aborrecimiento, aburrición. Ni una sola referencia positiva.

¿Qué sucede si ponemos en Google la palabra aburrimiento? En los primeros resultados de búsqueda ya aparecen enlaces destinados a cómo “matar el aburrimiento” o “acabar con el aburrimiento”.

Anastasia Dedyukhina (2015) en su investigación sobre el aburrimiento halló que la sugerencia más popular de Google cuando comenzamos a escribir “qué hacer cuando...” en el motor de búsqueda es “estás aburrido”. En Google hay alrededor de 2,5 millones de consultas mensuales relacionadas con el aburrimiento. La frase “qué hacer cuando estás aburrido” tiene 27.100 búsquedas mensuales; “cosas que hacer cuando estás aburrido”, 9.900; “qué hacer cuando estás aburrido en casa”, 8.800; y “cosas que hacer cuando está aburrido”, 6.600. A fecha de junio de 2020, si buscamos “qué hacer cuando te aburres”, obtenemos 1.530.000 resultados.

La definición de aburrimiento, sus sinónimos, las búsquedas relacionadas con él, etc., tienen un matiz claramente negativo. El aburrimiento se percibe, en general, como un estado emocional negativo y, por lo tanto, como algo con lo que acabar. Cuanto más rápido mejor.

2 —

DEFINICIÓN Y
CONSIDERACIONES
BÁSICAS EN RELACIÓN AL
ABURRIMIENTO

Cynthia Fisher (citada en Mann, 2017), una de las primeras investigadoras modernas sobre el aburrimiento, describe el mismo como un “estado afectivo desagradable y transitorio en el cual el individuo siente una falta generalizada de interés y dificultad para centrarse en la actividad actual de modo que necesita un esfuerzo consciente para mantener o dirigir la atención a esa actividad”. Es decir, el aburrimiento sería una emoción que sentimos no cuando no tenemos nada que hacer, como comúnmente pensamos, sino cuando las opciones que tenemos en un determinado momento no nos atraen. Es decir, el aburrimiento no sería independiente de la persona, de la actividad o de la situación. Leer un artículo sobre el aburrimiento me puede resultar muy interesante un sábado por la mañana mientras desayuno con una buena taza de café y totalmente aversivo un miércoles por la tarde después de 8 horas de trabajo.

Continuemos ahondando en la definición de aburrimiento. El filósofo Andreas Elpidorou (2014) describe el aburrimiento en términos de su carácter afectivo (o cualitativo), como un estado aversivo que se caracteriza por sentimientos de insatisfacción, inquietud y cansancio. Los tres sentimientos deben estar presentes, según el autor, para poder hablar de estado de aburrimiento. Si alguno faltase, estaríamos ante un estado psicológico diferente al aburrimiento. Sin embargo, sí pueden surgir otros sentimientos adicionales, como la frustración leve.

Además, Elpidorou establece una diferencia entre la propensión al aburrimiento y el estado de aburrimiento, lo que entraría en contradicción con la idea de que el aburrimiento es

independiente de la persona. Podríamos decir que las personas propensas al aburrimiento tienen un sesgo a la hora de filtrar e interpretar sus experiencias. Se sienten aburridas fácil y frecuentemente, incluso en situaciones que habitualmente resultan interesantes y estimulantes. Son personas, además, con dificultades para mantener el esfuerzo y la atención sostenida en las actividades propias, que carecen de entusiasmo y motivación para las mismas y que, por lo tanto, se frustran fácilmente y se cansan de lo que están haciendo.

Podríamos relacionar la propensión al aburrimiento descrita por Elpidorou con la dimensión de personalidad descrita por Zuckerman como búsqueda de sensaciones. Este rasgo de personalidad fue descrito por el autor como la tendencia a buscar experiencias y sensaciones intensas, novedosas, variadas y complejas, como la voluntad de experimentar y participar en experiencias que comporten riesgo físico, social, legal y financiero. En ese sentido, son numerosos los correlatos conductuales de este constructo de personalidad que Zuckerman describió: las experiencias con drogas, la promiscuidad sexual, las conductas de riesgo físico, la búsqueda de lugares exóticos.

Concuera esto con la descripción de Elpidorou de los daños físicos, psicológicos y sociales asociados a la propensión al aburrimiento. Se correlaciona positivamente con la depresión y la ansiedad, la ira y la agresión, la tendencia a cometer errores al completar tareas comunes, pobres relaciones interpersonales y sociales, menor satisfacción laboral y de vida, problemas con el juego y abuso de drogas y alcohol.

Como decíamos, Elpidorou distingue entre esa propensión al aburrimiento y el estado de aburrimiento, es decir, la experiencia real del aburrimiento. Entendido como un estado psicológico, que no es necesariamente la manifestación de la propensión al aburrimiento, el aburrimiento es un estado aversivo y transitorio que a menudo se puede aliviar fácilmente. Es decir, uno puede estar en un estado

de aburrimiento, lo que no es más que una experiencia bastante común y mundana, sin ser propenso al aburrimiento. Eso sí, el aburrimiento no siempre es situacional y también depende de nuestro estado de ánimo, de nuestros deseos y actitudes. De la misma forma que situaciones repetitivas y monótonas no tienen por qué conducir a la experiencia de aburrimiento, situaciones que en principio son significativas o incluso desafiantes pueden provocar un estado de aburrimiento.

Como vemos en estas definiciones, el carácter negativo del aburrimiento está presente desde los inicios de la investigación asociada al mismo. El filósofo y experto en conocimiento pedagógico Alberto Sánchez Rojo (2016) explica cómo desde el ámbito de la Psicología el aburrimiento cobra interés en la década de los 70 del siglo XX como objeto de estudio desde su concepto negativo, es decir, entendido como un estado aversivo, fuente de insatisfacción, un obstáculo. Sin embargo, señala Sánchez Rojo, desde una perspectiva filosófica hay planteamientos que confieren al mismo el estatus de experiencia humana fundamental.

A partir de los siglos XVI y XVII, el papel del individuo en su particularidad será cada vez más esencial. En esta línea, podemos encontrar autores que comienzan a señalar el valor del aburrimiento como base para la construcción de la auténtica subjetividad. Desde Pascal, pasando por autores posteriores como Kierkegaard, Schopenhauer o Nietzsche. En líneas generales, la idea que subyace a entender el aburrimiento como una experiencia humana fundamental es que solo cuando una persona se aburre puede enfrentarse realmente a sí misma. Porque en ese estado de aburrimiento la persona habrá rechazado todo lo que le rodea y no le quedará nada más que su subjetividad, su individualidad. Destacaban además estos autores, sobre todo en el Romanticismo, la necesidad de tiempo libre y de ocio como condición *sine qua non* para poder experimentar el aburrimiento.

Con la llegada del siglo XX, apareció el primer análisis exhaustivo del aburrimiento, realizado por el filósofo alemán Martin Heidegger, quien distinguió tres tipos de aburrimiento: aburrirse por, aburrirse en y uno se aburre. Este tercer tipo, de carácter impersonal, nos llevaría a vivir el aburrimiento como esa experiencia humana fundamental.

Se tratará, por lo tanto, de un dejarnos vacíos que todo lo ocupará, pues todo se verá denegado, incluso nosotros mismos. Con total incapacidad para actuar, indiferentes a todo lo existente, nos abriremos, sin embargo, al mundo de lo posible. Nuevas posibilidades se abren en nuestra mente porque ninguna aparece refrenada. Toda la creatividad se pone en marcha, nada hay que la detenga porque nada importa en estos momentos. No obstante, es en ellos donde podemos descubrir lo verdaderamente importante. (Sánchez Rojo, 2016, p. 103).

Volviendo a nuestros días, Elpidorou también señala los aspectos positivos del aburrimiento, explicando que el aburrimiento nos da la oportunidad de comprobar que lo que estamos haciendo no nos satisface, de forma que nos empuja a abandonar situaciones poco gratificantes y a buscar, por lo tanto, actividades más estimulantes a nivel emocional, cognitivo y social. Otros beneficios que podemos mencionar son la facilitación de los procesos creativos y de autorreflexión: cuando nos aburrimos, paramos el proceso continuo de estímulos y permitimos que nuestra mente genere ideas, es decir, fomentamos la creatividad.

Por lo tanto, a pesar de su impresionante respaldo histórico, debe rechazarse la opinión de que el aburrimiento es completamente negativo. Las investigaciones recientes sobre el mismo sugieren una imagen bastante diferente del estado del aburrimiento.

A grandes rasgos, podemos decir que el aburrimiento, gracias a sus componentes afectivos, volitivos y cognitivos, es un estado que monitorea y regula nuestro comportamiento: mantiene a la persona en línea con sus proyectos. Cumpliría una doble función. En primer lugar, es informativo, nos dice algo sobre el mundo y sobre nosotros mismos. Nos informa cuando no estamos en sintonía con nuestros intereses. En segundo lugar, debido a su carácter aversivo, motiva la búsqueda de una nueva meta cuando la meta actual deja de ser satisfactoria, atractiva o significativa para la persona, es decir, cuando la meta deja de cumplir con las propias expectativas o deseos.

El aburrimiento es tanto una advertencia de que no estamos haciendo lo que queremos hacer, como un impulso que nos motiva a cambiar de objetivos y proyectos. Ni la apatía, ni la aversión, ni la frustración pueden cumplir la función del aburrimiento.

Es importante tener en cuenta que lo que alivia el aburrimiento no es simplemente un cambio de actividad. Más bien, lo que alivia el aburrimiento es un cambio de una situación poco interesante, insatisfactoria o no estimulante a una que la persona perciba como satisfactoria y en línea con sus planes y deseos.

3 — ABURRIMIENTO E INFANCIA

Como acabamos de ver, el aburrimiento es fértil. Invita a la curiosidad, la motivación y el compromiso. Pero en la sociedad contemporánea a los niños les estamos robando la oportunidad de aburrirse. Por un lado, tenemos padres que desde la “hiperpaternidad” (Millet, 2015) llenan todos los espacios posibles internos y externos de los hijos -por ejemplo, anticipándose a una posible situación de aburrimiento llenando el día de los hijos de actividades o proponiendo alternativas rá-

pidamente si estos expresan aburrimiento-. Por otro, vivimos en una sociedad en la que la cultura de la inmediatez se abre paso con fuerza a través de las nuevas tecnologías. Si un niño -o un adulto- tan solo presiente el aburrimiento, basta con que encienda una pantalla -del móvil, de la tablet, del ordenador, de la televisión-. La sobreexposición estimular no acaba nunca. No aburrirse parece fácil hoy en día. Y, además, aburrirse está mal visto porque la sociedad no solo sigue los dictámenes de la inmediatez sino también de la productividad. Productividad incluso en el tiempo de ocio y descanso. Términos que se están viendo sometidos a una redefinición. Y esto es especialmente preocupante si pensamos en la infancia, inevitablemente asociada al juego, pero a un juego que permita al niño explorar, descubrir, elaborar, crear. Un juego, en resumidas cuentas, que fomente la curiosidad y que, en ocasiones irá inevitablemente unido al aburrimiento. Porque el niño se cansará de repetir un tipo de juego y ese hartazgo hará que busque otros juegos posibles, otros intereses posibles. En definitiva y como decíamos al inicio, le informará sobre que algo ya no le vale y le motivará a seguir en la búsqueda de la satisfacción de su deseo.

Estas ideas parecen cada vez más contrarias a la realidad en la que vivimos: en las primeras 24 horas del confinamiento ocasionado por la pandemia del coronavirus ya proliferaban las más diversas alternativas para que nuestros niños no se aburriesen en casa. Alternativas que llegaban a los padres a través de sus redes sociales. Alternativas que los padres valoraban, preparaban y facilitaban a sus hijos. Unos hijos, por otro lado, que han disfrutado más del tiempo en sí mismo pasado con sus padres en casa que de las mil actividades que han llenado ese tiempo.

Curiosidad y aburrimiento son considerados por Ubieto y Pérez Álvarez (2018) como signos inequívocos de la infancia y señalan la influencia de lo que ellos denominan una “hiperconexión” en ambos. Como recogen los autores y venimos tratando de explicar, la

curiosidad ha sido aplastada por la presencia incesante de estímulos a la que se ven sometidos los niños y el aburrimiento se considera en nuestra sociedad una especie de enfermedad que necesita de cura inmediata.

Los adultos estamos colonizando la infancia de manera acelerada por la vía de lo híper como patrón: infancias y adolescencias hiperactivadas, hipersexualizadas, hiperconectadas y, al tiempo, hipercontroladas. Si tradicionalmente se “adoctrinaba” a la infancia en nombre de los ideales, hoy tratamos, más bien, de imponerles un modo de goce que es el nuestro, el adulto. Queremos que sean emprendedores, con una identidad sexual clara y precoz, incluso con posiciones políticas, dominadores de varios idiomas, creativos y atrevidos para apostar o arriesgarse. Que sean, al mismo tiempo, perfectamente evaluables en sus resultados. Esta “producción” de niños y niñas bajo el régimen de lo híper parece dejarles sin tiempo infantil. (Ubieto y Pérez Álvarez, 2018, p.15).

Vemos ya la contradicción: los adultos, los padres, quieren hijos “híper” pero con estas estrategias de crianza lo que tenemos son más bien niños “hipo”. Recoge también esta idea la periodista Eva Millet en sus libros *Hiperpaternidad* (2015) e *Hiper niños* (2018), donde aborda los problemas asociados a un estilo de crianza cada vez más extendido y que describe como intensivo, hiperasistido y sobreprotector.

Los padres quieren unos hijos perfectos. Que vayan bien en la escuela, que hablen inglés y si puede ser chino, que destaquen en algún deporte competitivo, que toquen el piano o el violín y que tengan una adecuada educación emocional. Porque esto también se les exige a los niños hoy en día. No pueden enfadarse sin más. Tienen que identificar que están enfada-

dos, gestionar de forma adecuada la emoción y analizar posteriormente la situación para poder evitarla en el futuro. Todo esto, si es posible con 3 años, mejor que con 5. Y no nos olvidemos de la autonomía. Así, las agendas de estos niños, más allá de las horas de la escuela, se llenan de actividades extraescolares y de tiempo de trabajo en casa. Fines de semana y vacaciones incluidas. Los niños pronto se ven inmersos en esta vorágine, unos con más éxito, otros con menos. Pero hay algo que falla para todos: esta crianza también implica sobreprotección. Una sobreprotección que hace que los padres estén siempre pendientes de los hijos, anticipándose a sus deseos y necesidades, solucionándoles los problemas a veces incluso antes de que los niños hayan sido conscientes de que los tienen y justificándoles y defendiéndoles pase lo que pase y ante cualquier figura de autoridad —tutores, profesores, entrenadores, etc.

Así, los pretendidos niños hiper se convierten pronto en niños hipo: falta de tolerancia a la frustración, falta de autonomía, falta de estrategias de resolución de problemas, falta de habilidades sociales y de gestión emocional. Estos niños crecen llenos de miedos e inseguridades y con un egocentrismo desmedido —se han acostumbrado a ser el centro de todo, a tener infinitos derechos y, en el fondo, pocas responsabilidades reales porque sus responsabilidades siempre han venido impuestas, mediadas y relativizadas si es necesario desde la figura de los padres—.

Y puede parecer que el aburrimiento tiene un papel mínimo en todo esto, pero nada más lejos de la realidad. Si un niño tiene la oportunidad de aburrirse —porque sus padres no se anticipan a darle alternativas de entretenimiento y la sociedad no le ahoga con su inmediatez estimular— podrá movilizar sus recursos buscando alternativas. Sentirá, por ejemplo, curiosidad por alguna de esas alternativas que se le pasen por la cabeza para evitar el estado disfórico de aburrimiento. Y la curiosidad facilita la creatividad, una cualidad fundamental junto con la autonomía para la resolución de problemas.

Teresa Belton y Ester Priyadharshini (2007) ya señalaron la relación entre aburrimiento y creatividad en un interesante estudio en el que entrevistaban a personas relevantes de diferentes ámbitos —escritores, científicos, artistas, etc.— con el objetivo de analizar cómo el aburrimiento había influido en su creatividad durante su infancia. La gran mayoría de los entrevistados habían pasado muchas horas de aburrimiento durante su infancia y valoraban este de forma positiva en cuanto a facilitador de su creatividad. Esta influencia se mantenía en su vida adulta, continuando el efecto facilitador.

Gestionar ese estado emocional ambivalente que es el aburrimiento es algo constructivo para nuestros niños. Sin embargo, vemos cómo los padres se sienten culpables si sus hijos se quejan de aburrimiento. Y es necesario que los padres aprendan a gestionar esa culpa, a tolerar la frustración que les genera el aburrimiento de sus hijos, de forma que no se apresuren, que no se anticipen con soluciones rápidas, que les dejen tiempo y espacio. Ese sí es el papel de los padres.

Pensemos también que dejar que los niños se aburran y, por lo tanto, puedan mirar a su alrededor, explorar, crear sus propias alternativas no requiere de grandes y costosos medios. No necesitan cientos de sofisticados juguetes. Recordemos el anuncio de 2013 de una marca de refrescos en el que un niño abría un regalo y gritaba emocionado al ver un palo. Más allá del sentido del humor del anuncio, quizás un niño hoy no grite de emoción al abrir un regalo consistente en un palo. Pero se trataría justamente de poder volver a esa sencillez: a que puedan pensar qué hacer con ese palo, qué es ese palo además de un simple palo y alejarles del monopolio del entretenimiento rápido, fácil, pasivo y vacío de las pantallas.

Vemos cómo la necesidad de recursos es doble: internos y materiales. Volvamos a los internos. Hemos hablado de la curiosidad, de la necesidad de un tiempo de juego libre, que permita al niño explorar, descubrir. No lo hará si no tiene confianza en sí mismo. Y la confianza

en sí mismo la desarrollará si le permitimos hacer. Si los padres, los adultos, hacen por él, no desarrollará competencias y habilidades y no se sentirá capaz. Si soy capaz de hacer, me siento seguro para intentarlo. Y también para perseverar si no me sale a la primera. Seré autosuficiente, autónomo, competente, capaz de pensar por mí mismo. ¿No son estos los niños que desean los padres? Dejemos, pues, a los niños aprovechar con el mayor beneficio posible sus tiempos de aburrimiento. La inversión de futuro está asegurada, porque estas cualidades quedarán instauradas en su personalidad.

4 —

A MODO DE CONCLUSIÓN

El aburrimiento puede ser una invitación a la felicidad, ya que como hemos mencionado, su aspecto aversivo nos impulsa a buscar alternativas, a generar cambios internos o externos que nos permitan recuperar el interés, a mantener la atención, a sentir que estamos en consonancia con nuestras motivaciones. Quizás, en esta sociedad en la que nos encontramos, donde la inmediatez, la rapidez, la productividad impera, cada vez nos estamos acostumbrando más a que el entretenimiento, la solución, venga desde fuera. En la sociedad del entretenimiento uno ya no ha de hacer nada para dejar de aburrirse, tan solo tiene que encender, o acceder a, un dispositivo tecnológico. Por ejemplo, en las pantallas encontramos animaciones, colores, movimiento, sonidos, que están estimulando nuestros sentidos de forma constante, y en muchas ocasiones sólo es vacío, es nada. Podemos decir que estamos sometidos a una hiperestimulación casi constante de nuestros sentidos, donde la desatención o la desconexión sería una de las respuestas posibles, a esa necesidad de parar y darle descanso a nuestra mente. Sin embargo, ese parar, ante ese cansancio por saturación, puede ser equívocamente interpretado como falta de estímulos, ofreciéndose respuestas que mantienen la norma de seguir llenando de nada nuestras mentes saturadas de nada.



Referencias

- Belton, T. y Priyadharshini, E. (2007). Boredom and schooling: a cross-disciplinary exploration, *Cambridge Journal of Education*, 37:4, 579-595, <https://doi.org/10.1080/03057640701706227>
- Dedyukhina, A. (9 de setembre de 2015). The importance of being bored [Mensaxe nun blog] Recuperado de <https://www.consciously-digital.com/blog/the-importance-of-being-bored>
- Elpidorou, A. (2014). The bright side of boredom. *Frontiers in Psychology*. 5:1245. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.01245>
- Mann, S. (2017). *El Arte de Saber Aburrirse*. Barcelona: Plataforma Editorial.
- Millet, E. (2015). *Hiperpaternidad*. Barcelona: Plataforma Editorial.
- Millet, E. (2018). *Hiper niños*. Barcelona: Plataforma Editorial.
- Nietzsche, F. (2003), *La gaya ciencia*. Palma de Mallorca: El Barquero.
- Sánchez Rojo, A. (2016). El aburrimiento como competencia: educación para un mundo sobrestimulado. *Teoría De La Educación. Revista Interuniversitaria*, 28(2), 93-112. <http://dx.doi.org/10.14201/teoredu28293112>
- Ubieto, J. R. y Pérez Álvarez, M. (2018). *Niñ@s Hiper*. Barcelona: Nuevos Emprendimientos Editoriales.

HERRAMIENTAS

LA CULPA

UN BREVE
RECORRIDO A
TRAVÉS DE SU
CONCEPTO Y
TRATAMIENTO

Carlos Álvarez García

Psicólogo Clínico
Área Sanitaria de Santiago de
Compostela y Barbanza

luis.carlos.alvarez.garcia@sergas.es

SUMARIO

GALLEGO

RESUMEN

La culpa constituye una de las emociones morales más importantes y significativas, presente desde las primeras etapas del niño y con funciones de regulación y control individual y social. Forma parte y es de gran utilidad dentro de los procesos adaptativos y de cambio.

Pero también hay una culpa patológica, no racional, desproporcionada con el acto. Es la culpa que forma parte de la sintomatología y del mantenimiento de problemas depresivos, obsesivos, duelos no resueltos, problemas familiares y relacionales y para la cual se necesita de abordajes terapéuticos para su manejo. Trabajar sobre los pensamientos e ideas irracionales asociadas a la culpa, así como las técnicas de aceptación de las emociones y las tareas para manejar la intensidad y el sufrimiento se han revelado de utilidad y forman parte del tratamiento.

PALABRAS CLAVE — Culpa, vergüenza, tratamiento psicológico, patología.

ABSTRACT

Guilt constitutes one of the most important and significant moral emotions, present from the first stages of child development, with regulatory functions and individual and social control. It forms part and it is very useful within the adaptive and change processes.

Nevertheless, there is also a pathological guilt, irrational, out of all proportion with the act. It is the guilt that is part of the symptomatology and having depressive issues, unresolved grief, obsessive, family and relational problems, for which a therapeutic approach is needed. Working on the irrational thoughts and ideas associated with guilt, as well as the techniques of accepting emotions and the tasks to handle the intensity and suffering have proved useful and are part of the treatment.

KEY WORDS — Guilt, shame, psychological treatment, pathology.

1 — INTRODUCCIÓN

Una paciente diez años después de la muerte de su madre por suicidio se sigue sintiendo culpable por no haber podido evitarla, por no haberse dado cuenta de sus intenciones. Diez años de culpa, remordimientos y vergüenza, encerrada en su casa culpándose también por sentir que durante todos esos años de “depresión” había abandonado y desatendido a su familia.

Dos amigos se van a nadar, uno de ellos muere ahogado, el superviviente se siente culpable de haber sobrevivido, desleal a su amigo por no haberlo salvado o, al menos, no haber muerto con él. Se siente observado, cuestionado y estigmatizado en su pueblo.

Un adolescente mientras se masturba piensa en una familiar. La culpa que siente por haber tenido esos pensamientos lo lleva a no acercarse a ella, no tocarla ni a ella ni a ningún objeto de ella, dentro de un ritual obsesivo como una forma de evitar volver a pensar en ella.

La mujer maltratada que se siente culpable y cree que las agresiones de su pareja son por algo que ella ha hecho; posteriormente se siente culpable por no haberse separado antes de él y haber sacrificado unos años de su vida y de la de sus hijos.

La culpa de un conductor que provoca un accidente en el que mueren varias personas, lo acompaña durante años más allá del castigo o de la sanción.

O el que comete una agresión sexual y no siente ninguna culpa convencido, e intentando convencer al terapeuta (y al juez), de que todo fue provocado, magnificado y sacado de contexto por ella.

Culpa por exceso, culpa por defecto. La culpa o el sentimiento de culpa es “un algo” (una variable decimos) que está presente y acompaña un gran número de los casos que atendemos en terapia, independientemente del diagnóstico.

Presenta múltiples ramificaciones, muy ligado a cada persona, a su forma de ser, a su contexto cultural, religioso, a cómo fue educado, a su ambiente familiar, social, a su forma de enfrentarse a los problemas. La culpa cumple diferentes funciones, puede ser el problema, puede mantener el problema, o puede ayudar a la persona a “llevar” el problema, a vivir con él.

Escribir acerca de “La Culpa” conlleva la dificultad de “cercar el territorio”, ya que quizás es uno de los conceptos que se abordan desde un abanico de disciplinas más amplio y todas ellas solapadas.

Desde la antropología, Margaret Mead y Ruth Benedict ya habían distinguido entre lo que ellas denominaron “las culturas de la vergüenza” y las “culturas de la culpa” entendiendo que dentro de esas sociedades en el proceso de socialización de sus miembros se promovía la vergüenza o la culpa. Las “culturas de la vergüenza” se observan más en culturas primitivas, en aquel momento, menos avanzadas, por ejemplo, el rito de suicidio del Harakiri una de las funciones que tenía era “expiar” un acto deshonesto y que la vergüenza no alcanzara al resto de su familia. Las “culturas de la culpa” se observaban en las sociedades más avanzadas en las que la conducta se regula a través de sanciones internas que la persona se impone a sí misma. También desde la antropología hay evidencia en cuanto a diferencias culturales en la tendencia a experimentar culpa, como por ejemplo, en el estudio de Chiang y Barret (1989), entre otros, en el que confirmaron que los adolescentes norteamericanos tenían un estilo más internalizado de culpa que los adolescentes brasileños que era más de tipo externalizado.

Imposible hablar de culpa sin mencionar la religión. La idea de culpa está presente en todas las religiones y forma parte de nuestro proceso de “aculturización”. En la cristiana, desde la expulsión de Adán y Eva del Paraíso y la venida de Cristo como una forma redimirnos del pecado y la confesión como el ritual con el que obtenemos el perdón. En la religión ju-

día la festividad del Yom Kipur es la fiesta del perdón, de la expiación y del arrepentimiento. En las tradiciones budistas e hinduistas, el karma se encarga de arreglar lo que hemos hecho mal, o en el islam, en el que cualquier persona si se arrepiente de corazón va a encontrar el perdón de Alá. Desde todas las religiones se asume que somos pecadores y a través del sentimiento de culpa vamos a tener conciencia de esos pecados, pero “Dios no nos abandona” y la propia religión construye formas de liberarnos de esa culpa.

La culpa, desde la sociología, se ha estudiado también como una emoción vinculada al orden social y, por tanto, como una forma de constreñir nuestra libertad. La culpa desde el sistema legal-forense, desde la ética, desde la moral. La culpa presente en la literatura: el ser atormentado en Dostoyevski, Kafka y su permanente búsqueda del origen de su culpa; en *La Caída*, Camus hace un buen retrato. El protagonista, “un juez penitente”, un juez de sí mismo, deprimido, que arrastra una culpa que ahoga cada noche en alcohol.

Ya desde nuestra disciplina de la psicología, la culpa como concepto, como variable, está presente en todos sus ámbitos (psicología clínica, educativa, del desarrollo, social...), abordada por todos los paradigmas: psicodinámicos, cognitivo-conductuales, sistémicos... Estudiada desde sus diferentes funciones y expresiones, y un elemento clínico importante a tener en cuenta.

En estos momentos en que el “transdiagnóstico” está de moda, la culpa, junto con la vergüenza, los comportamientos evitativos, la activación psicofisiológica, etc., forma parte de ese abanico de variables que trascienden a cualquier denominación diagnóstica y que nos vamos a encontrar con mucha frecuencia en un amplio grupo de problemas y presente en una variedad de diagnósticos (Gilbert, 2009) y es, por este motivo, por el que considero su importancia dentro del ámbito más clínico y aplicado.

Por todo esto, el objetivo de este trabajo no es más que traer a vuestra atención un concepto clásico, con muchas implicaciones teóricas, diferentes funciones, importante desde el punto de vista clínico y ofrecer unas pinceladas sobre su abordaje terapéutico, esperando no haber creado más confusión una vez leído.

2— LA CONCEPTUALIZACIÓN DE LA CULPA

Definición

Obviamente, si en psicología no nos hemos puesto de acuerdo en el concepto de los constructos más relevantes, por ejemplo en el de inteligencia, no iba a ser menos en la culpa, por lo que vamos a ver diferentes definiciones provenientes de distintos modelos y marcos teóricos y ver qué elementos nos pueden resultar útiles.

Es inevitable comenzar haciendo algunas distinciones. En primer lugar, la culpa como un concepto del área “moral - legal - forense” y la culpa desde un plano más psicológico. Desde el plano legal se habla de una culpa objetiva referida a un acto sancionado judicialmente dentro de las normas de una sociedad en un momento temporal concreto, y aunque ese acto tenga componentes psicológicos (intenciones, impulsos, etc.), el énfasis se pone sobre los aspectos no psicológicos.

Desde el campo de la psicología, entendemos la culpa, el sentimiento de culpa, como una emoción de las denominadas “morales” que incluyen además de la culpa, la vergüenza, el orgullo, y suponen “un barómetro que proporciona información acerca de la aceptación social y moral de la conducta humana” (Tangney et al., 2007) siendo de todas ellas la culpa la más

relacionada con la esfera de lo moral y con la prevención de acciones inadecuadas o malas.

Ahondando en el concepto parece que la culpa ha seguido y sigue dos líneas diferentes. Por un lado, las definiciones que enfatizan aspectos internos, intrapsíquicos, motivacionales y de tendencias de acción. Y por otro, las definiciones que ofrecen y se centran en una perspectiva más social e interpersonal.

La perspectiva más interna es la relacionada con las primeras definiciones dentro del campo psicoanalítico y freudiano.

El modelo psicoanalítico realizó las primeras aportaciones acerca del concepto de culpa. Inicialmente Freud relaciona el sentimiento de culpa con el volver a encontrarse con una falta ya olvidada (la conocida hipótesis del parricidio en los orígenes de la humanidad). Finalmente, en la evolución de esta hipótesis se denomina “culpabilidad” a la tensión entre el Super-Yo severo y el Yo que le está sometido y esta culpabilidad se manifiesta como necesidad de castigo. *“Los impulsos del ello chocan con las acciones dirigidas por el yo y con las normas del super yo, el super yo toma represalias con sentimientos de culpa y con una variedad de maniobras autopunitivas relacionadas que pueden conducir a síntomas psicológicos significativos”* (Reidl y Jurado, 2007, p. 60).

En definitiva, y según los supuestos de este modelo, a partir del Super Yo, el sentimiento de culpa adquiere un papel más general en el conflicto defensivo, un papel que va desde el sentimiento de culpa como algo normal a algo más patológico y que explicaría desde comportamientos de fracaso, conductas delictivas y otros sufrimientos que se infringe el propio sujeto. *“De algún modo el sentimiento de culpa o necesidad de castigo, funciona en algunas personas a la manera de un deseo, incluso reprimido en el sentido desconocido por el Yo, que se satisface periódicamente con el sufrimiento de este”* (Palancar, 2015).

Jung se aleja de estas teorías freudianas atribuyendo un papel más importante al in-

consciente desarrollado posteriormente por diferentes autores.

Desde enfoques cognitivo-conductuales se define la culpa como “un afecto doloroso que surge de la creencia o sensación de haber transgredido las normas éticas personales o sociales, sobre todo cuando la conducta (u omisión) de una persona ha derivado un daño a otra” (Echeburúa, De Corral y Amor, 2001, p. 908). Según estos autores, el sentimiento de culpa nace con el desarrollo de la conciencia moral y las diferencias individuales se dan en función de los estilos educativos, rasgos de personalidad, variables cognitivas de personalidad (por ejemplo, el estilo atribucional, locus de control), pero también de variables contextuales, como por ejemplo el momento social en el que se esté viviendo. De esta forma, como señala Echeburúa (Echeburúa et al., 2001) las personas introvertidas, con rasgos obsesivos van a experimentar sentimientos de culpa más intensos. Desde este modelo los sentimientos de culpa formarían parte del mundo de las creencias, ideas y percepciones que van desde lo esperable y adecuado a lo más irracional y disfuncional, es decir, a lo más patológico.

La culpa también se ha estudiado como una emoción que va a conducir a conductas adaptadas a reglas sociales y culturales. Es la idea de que las emociones en general y las de tipo moral más en particular, median entre el individuo y su contexto social y tienen un papel facilitador que no solo nos previene del peligro sino también nos ayudan a comunicar necesidades, deseos, etc. Son útiles para regular las conductas socialmente deseables y adaptarnos a las normas culturales, religiosas, etc. Siguiendo esta línea argumental, numerosos autores atribuyen a estas emociones una función de facilitar la integración del individuo en la sociedad y a evitar el rechazo social (Carni, Petrochi, Del Miglio et al., 2013).

Por tanto, y a modo de resumen, entendemos que estas dos aproximaciones mantienen elementos diferentes pero no alternativos, ya que

cada una de ellas se centra en diferentes aspectos. La psicoanalítica en la culpa como un sentimiento que va a inhibir el llevar a cabo comportamientos inadecuados por el miedo al castigo; la cognitiva que hace énfasis, obviamente, en los variables cognitivas implicadas (atribuciones, creencias, esquemas ...); y la aproximación más interpersonal que enfatiza el papel de la culpa como una forma de promover conductas prosociales y altruistas.

Lejos de entender esto como “dos culpas o tipos de culpas”, se tiende a conceptualizar la culpa como una emoción única con dos facetas a lo largo de un continuo con aspectos motivacionales diferentes que pueden aparecer a lo largo del tiempo, uno más de tipo adaptativo-social y otro más de índole psicopatológico.

Otro modelo que trata de conjugar ambas aproximaciones es el de Basili. Plantea que ante un mismo acontecimiento se pueden activar dos formas de emoción de culpa, una que denomina “culpa altruista” y otra la “culpa deontológica” que pueden aparecer por separado o incluso de forma simultánea y que van a diferir según la interpretación que se haga del acontecimiento a partir de los objetivos, creencias o deseos de la persona. El concepto de “culpa deontológica” está ligado a las teorías intrapsíquicas, según las cuales la culpa es el resultado emocional de un conflicto entre las reglas morales y los valores u omisiones de nuestras conductas. Relacionada con el sentimiento de haber desobedecido los propios principios morales. La persona tiene la sensación/sentimiento/creencia de haber sido una “mala persona”. Por otro lado, la “culpa altruista” pertenece a la Teoría Interpersonal. Desde esta teoría, la culpa surge por la creencia /conciencia de haber causado un daño injustificado a otra persona o simplemente haber observado que alguien ha sido tratado o castigado injustamente. Es un sentimiento basado en la empatía y en la compasión. La culpa altruista puede surgir cuando uno siente que no se ha comportado “altruistamente” hacia otra persona. Aunque parece que cada

una de estas culpas está caracterizada por aspectos emocionales diferentes; la “deontológica” asociada con la vergüenza y algo menos con la tristeza y la “altruista” con sentimientos de compasión y tristeza, lo cierto es que ambas participan de un aspecto común que es el sufrimiento, tanto hacia uno mismo como hacia los demás (Basili, 2011).

La vergüenza

Aunque no es el objetivo de este trabajo creo que es conveniente al hablar de la culpa hacer una mención al concepto de vergüenza, muy relacionados ambos y en ocasiones utilizados indistintamente. Podemos sentir culpa por algo que hemos hecho o que deberíamos haber hecho y sentir vergüenza acerca de cómo esto supone un reflejo de nosotros mismos, de quiénes somos. Pero ambas se pueden experimentar, también, de forma independiente. La culpa hace énfasis sobre el hecho, la vergüenza sobre el ser y sobre su imagen (Clark, 2012).

Freud consideraba que la vergüenza era una transformación de la culpa alimentada por impulsos agresivos y sexuales. Posteriormente, dentro de este mismo modelo psicoanalítico, se han considerado como dos emociones diferentes (Piers y Singer, 1971), la culpa como la emoción relacionada con las obligaciones rígidas e inviolables controlada por el Super Yo y la vergüenza relacionada con los valores considerados importantes y controlada por el Yo.

Actualmente, se entiende la vergüenza como una emoción asociada a la discrepancia entre lo que uno es y lo que le gustaría ser y que puede ser experimentada tanto en contextos morales como no morales (Carni et al., 2013). La vergüenza, al estar relacionada con el “self”, se siente como más intensa y dolorosa, asociada a sentimientos de menosprecio y falta de poder, más estable y más difícil de cambiar. La culpa está más asociada a sentimientos de remordimiento y arrepentimiento, referida a un hecho, a una conducta, a una acción, “es más doloroso aceptar que eres una mala

persona que aceptar que has cometido una mala acción” (Carni, 2013). Es más fácil que las personas que sienten culpa lo expresen, lo comuniquen como una forma de expiarla, de buscar apoyo o de afrontarlo; mientras que las personas que experimentan vergüenza sienten impotencia, tienden a ocultarlo como una forma de protegerse y de evitar ser juzgados por otras personas.

Función de la culpa

Al igual que ocurre con otras emociones, por ejemplo, el miedo, toda la literatura coincide en entender que el sentimiento de culpa puede tener una función adaptativa: “hacer consciente al sujeto de que ha hecho algo malo y facilitar los intentos de reparación” (Echeburúa et al., 2001). En otros casos, esos sentimientos de culpa pueden formar parte del proceso de duelo en su primera fase, por ejemplo, la culpa de una madre por no haberse dado cuenta antes de que su hijo se iba a suicidar y no haber podido evitarlo. El sentimiento de culpa está unido a la tristeza, angustia y demás emociones del duelo y se iría “diluyendo” a medida que el proceso avanza y se va resolviendo.

Otra función que tiene el sentimiento de culpa es el de ejercer un control social (Castilla del Pino, 1991). Contribuye a la reflexión de las personas con respecto a lo que han hecho o pueden hacer y a reconsiderar sus acciones futuras. Por lo tanto, ayuda a inhibir comportamientos que contravienen los valores del sujeto y le proporcionan un mayor control de la conducta (Etxebarría, 2000).

Pines aporta que, tanto la culpa como la vergüenza, aun siendo dolorosas, nos ayudan a adaptarnos a roles sociales e influyen y ayudan a las personas de nuestro entorno a adaptarse a nosotros. Son importantes en el proceso de aprendizaje de abrirnos a los demás, de las distancias sociales, de la modestia, del tacto, la sensibilidad social, de cómo no hacer daño. “Aprendemos a ser humanos conociendo que

lo que nosotros sentimos también lo sienten los demás” (Pines, 1995).

Otros autores, como ya hemos visto, se centran en la relevancia que tienen los sentimientos de culpa en la conducta prosocial e interpersonal. Postulan que la emoción de culpa se encuentra en la base de dos reacciones afectivas: la empatía y la ansiedad por ser rechazados por otras personas, siempre en relación con un posible daño jugando un papel importante en la reparación de tales acciones.

Finalmente, otra de las funciones que se ha asignado a la culpa es la función evitativa. Estar centrado en la culpa en vez de en las soluciones puede ser una forma de evitar enfrentarse a los problemas. Nader (2011) lo describe “la culpa puede servir para que una persona siga centrada en un periodo de tiempo concreto (por ejemplo, en el periodo anterior a que algo horrible ocurriera). Puede dar una impresión falsa de control, la impresión de que una persona es capaz de hacer algo para evitar el daño. La culpa puede hacer que alguien evite enfrentarse al problema, y en este sentido puede servir como un método no reconocido de evitación. La culpa no resuelta impide la recuperación y provoca nuevas dificultades”.

3 —

LA CULPA Y LOS PROBLEMAS PSICOLÓGICOS

Como ya comentamos en la introducción, los sentimientos de culpa están presentes, en mayor o menor medida, en la mayoría de los problemas psicológicos. Hablamos de esa culpa no adaptativa, la culpa irracional, inadecuada, fuera de cualquier contexto social y que conlleva sufrimiento. Se encuentra dentro de los criterios diagnósticos de la depresión y algunos trastornos de personalidad, por ejem-

plo, en el trastorno disocial de personalidad, en este caso por la incapacidad de sentirla. Además, forma parte de las variables mantenedoras de otros trastornos como los obsesivos, paranoias, psicopáticos, etc.

El psicoanálisis, al incidir sobre las variables internalistas de la culpa, enfatizó sus efectos sobre la psicopatología y por tanto lo plantea como parte del objeto de la terapia como algo que debe ser evitado y sobre lo que hay que mantener distancia.

Es esa culpa a la que Echeburúa et al. (2001) se refiere como “culpa anormal” ya sea por exceso o defecto y en el que ambos casos hay una distorsión de la conciencia de la situación. Ese sentimiento de culpa inapropiado está muy ligado a la sintomatología depresiva y al trastorno obsesivo de personalidad. Y es en el primero de los casos en el que nos lo encontramos con gran frecuencia en la clínica, en ocasiones como ideas sobrevaloradas y creencias irracionales, por ejemplo la madre que cree que podría y “debería” haber sabido que su hijo se iba a suicidar, pero en otros también absolutamente independiente de cualquier hecho, por ejemplo las madres (que no son pocas) que sin que haya ocurrido nada especial comienzan con sentimientos de culpa de no considerarse buenas madres o culparse de no estar haciendo todo lo mejor por su bebé. Y son estas culpas con las que nos encontramos en terapia las que impiden que las personas evolucionen hacia un estado de bienestar. Es esa culpa que les “ancla”, en algunos casos de por vida. En el caso de las culpas por muerte de alguien la culpa les une al dolor y el dolor al ser querido, “mientras sienta dolor y culpa esa persona sigue formando parte de mi vida”, son las personas que incluso se pueden sentir culpables por haber tenido unos momentos de felicidad ya que esto implica “ser desleal a la persona fallecida”.

En otros casos, la culpa puede por tanto funcionar como un autocastigo, los sujetos que sienten más culpa tienden a mostrar más con-

ductas autopunitivas que aquellos que no la sienten y si el paciente lo percibe como algo irreparable hasta puede conducir al suicidio. Además, se señala la implicación de la culpa en abusos de alcohol, drogas o ingesta abusiva de comida.

En el caso de la culpa por defecto encajaría con la falta de empatía, alteraciones emocionales y personalidades donde no se da el arrepentimiento, compasión, etc. Aquí nos encontraríamos con el trastorno de personalidad antisocial, personalidades paranoicas, etc.

Clark (2012) distingue entre lo que él denomina “culpa proporcionada” y “culpa desproporcionada”. Hay un sentimiento de culpa “proporcionado” al hecho cometido o a la falta, con dos respuestas de afrontamiento muy diferentes; por un lado, las centradas en la evitación con lo que a menudo nos encontramos con el abuso de alcohol, drogas como una forma de no enfrentarse a los hechos. Otros, sin embargo, llevan a cabo “actos de redención” para expiar lo que hubieran hecho y reparar el daño. Un paciente que durante tiempo había agredido físicamente a su hijo adolescente decidió participar en una ONG de ayuda a niños como una forma de “redimirse” y “expiar la culpa” por lo que había hecho.

“Culpa desproporcionada”, ya sea sobre un acto real o sobre pensamientos y sentimientos o un acto imaginado. Una madre se siente culpable por haber vuelto a su trabajo mientras su hija era muy pequeña, una culpa que la acompañó durante años y que “expiaba” dándole a su hija todo lo que quería incluyendo el dormir con ella en su cama durante años mientras su marido dormía en otra habitación. O el opositor que se siente culpable por descansar y tomarse tiempo para él, castigándose el día siguiente con más horas de estudio; ejemplos muy característicos de personas con sintomatología ansioso - depresiva. En el TOC lo encontramos con frecuencia cuando un paciente lleva a cabo rituales que le previe-

nen de imaginar hacer daño o tener relaciones sexuales con otra persona.

Otras circunstancias en las que con frecuencia encontramos sentimientos de culpa es después de haber experimentado una experiencia traumática. Una paciente que fue sexualmente asaltada comenzó con sentimientos de culpa relacionados con su posible contribución a esa agresión... Los psicólogos que trabajan en los programas de víctimas de género con mucha frecuencia inciden en el sentimiento de culpa que experimenta la persona maltratada.

En este sentido se ha distinguido entre la culpa “real” (activa) y la culpa “imaginada” (pasiva). La primera referida a cuando una persona, después de un hecho traumático experimenta culpa por las consecuencias de haber omitido o cometido un acto concreto que supone un daño a otras personas, por ejemplo, el conductor que comete un error y tiene un accidente con víctimas. La segunda, “la culpa imaginada” es la referida a la culpa que se da en ausencia de ningún acto, la culpa del superviviente que se culpa “por haber sobrevivido”, la culpa del que ve como su amigo muere ahogado y no haber podido hacer nada, o no haber sido él. Ambos tipos incluyen sentimientos de repulsa, de autocondena y en ocasiones daño hacia uno mismo o incluso a otras personas (Nader, 2001).

En los últimos años hemos vivido situaciones como el 11 de septiembre, el 11 de marzo en Madrid, el accidente de Angrois en Santiago de Compostela o incluso la actual alerta sanitaria por COVID-19, situaciones en las que, según Nader, los supervivientes se sienten culpables por haber sobrevivido; culpables por no haber podido rescatar a otras personas y haberlas dejado morir, culpables “por no adivinar el futuro”. La hija de una persona que murió en el hospital por la COVID-19 me hablaba de sus sentimientos de culpa por haber insistido en el ingreso de su padre en el hospital asumiendo que ella “debería” haber sabido lo que iba a ocurrir. Incluso encontramos dentro de estas situaciones traumáticas los que

se sienten culpables por no ser capaces de superar los síntomas del trauma, “estar mal por estar mal”, los que no se conceden ese derecho de estar mal en una situación que lo requiere, por ejemplo, en un duelo.

El sentimiento de culpa dentro de la respuesta al trauma supone una gran complicación y se considera uno de los síntomas que pueden complicar el proceso de mejoría facilitando los intentos de suicidio, abuso de sustancias, etc. (Schwarz y Kowalski, 1992).

Dentro de estas circunstancias de acontecimientos traumáticos se ha observado que las personas con mayor grado de responsabilidad pueden ser más vulnerables a tener sentimientos de culpa ya que consideran que recae sobre ellos “una mayor responsabilidad”, un mayor peso en haber podido evitar el daño. Quizás esto tenga que ver con algún suicido de personas con responsabilidad sanitaria hospitalaria durante la crisis COVID-19.

En el marco de los problemas relacionales tanto de pareja como familiares también se observa, a menudo, el sentimiento de culpa, y dentro de estos lo encontramos con frecuencia en familiares de personas con distintos diagnósticos o trastornos. Las variables de Comentarios Críticos y Sobreimplicación Emocional pertenecientes al “Constructo de Expresión de Emociones” (Vaughn y Leff, 1976) mostraron que el riesgo de un peor curso en diversos trastornos y problemas psicológicos (esquizofrenia, depresión, anorexia, obesidad, trastorno bipolar, etc.) aumentaba cuando el paciente vivía en un ambiente familiar con actitudes críticas, hostiles, o de sobreimplicación emocional, sobreprotección... Dentro de las actitudes críticas, se observan conductas de “inducción a la culpa”, es decir, intentos del familiar de que el paciente se sienta culpable por algo, en definitiva, una maniobra de control relacional; y en el caso de la sobreimplicación emocional lo que se observa son sentimientos de culpa del familiar por algo que cree haber hecho y que ha perjudicado al paciente. Mu-

Foto: Ave Calvar Martínez



chas de las conductas de sobreprotección y de autosacrificio están relacionadas con este sentimiento de culpa, de una madre, por ejemplo, y la creencia de que tiene que pagar un precio por el “daño que cometió”, y ese precio es cuidar, sobreproteger y sacrificarse por su hijo.

Aunque en este apartado he querido especificar algunos de los problemas psicológicos en los que nos solemos encontrar el sentimiento de culpa, lo cierto es que este puede aparecer dentro de cualquier motivo y demanda de consulta y es precisamente por ello por lo que supone esa variable transdiagnóstico a la que hacemos referencia al principio de este trabajo.

4 — ABORDAJE TERAPÉUTICO DE LA CULPA

En este punto me gustaría hacer referencia a algunos trabajos específicos sobre el tratamiento de la culpa y aportar unos puntos per-

sonales que a mí me han guiado y ayudado cuando trabajo sobre la culpa.

El tratamiento de la culpa se ha abordado, como todo en psicología, desde los supuestos de cada modelo. A modo de resumen lo podríamos diferenciar en tres momentos.

Por un lado, las estrategias psicoterapéuticas psicoanalíticas que plantean la necesidad de eliminar o reducir los efectos negativos del sentimiento de culpa, ayudando a la persona a reconocer el conflicto subyacente, hacerlo consciente y a través de una reeducación emocional, reemplazar los sentimientos de culpa mediante una reflexión consciente “condenatoria” siempre referida y proporcionada a la falta real (Etxebarria, 2000).

Desde la segunda generación del modelo cognitivo-conductual, en la que se enfatizaban las variables de tipo cognitivo, se ha tratado la culpa desde el marco de pensamientos, ideas y creencias asociadas a ella. Lo que mantiene el sentimiento de culpa irreal, desproporcionado..., son ideas irracionales y distorsiones cognitivas (fundamentalmente la “personalización”, “las afirmaciones con debería”, “magnificación”...), por tanto la forma de modificar este sentimiento de culpa es “cambiando” los pensamientos que lo mantienen. Desde el formato de reestructuración cognitiva, las técnicas de reatribución, conceptualización alternativa, y las técnicas basadas en la imaginación, pueden ser de gran utilidad.

El tercer momento de inflexión ha sido lo que se denominan “las terapias de tercera generación”, que al margen de las críticas que puede despertar ese “popurrí” de técnicas y formatos, algunos de ellos rescatados de otros momentos del modelo cognitivo-conductual, como por ejemplo, la “activación conductal”, hay que reconocerles el mérito de haber puesto de relieve la importancia de las emociones, y por tanto, están ofreciendo una nueva perspectiva para el abordaje de la culpa.

En la Terapia de Aceptación y Compromiso se plantea que el problema o parte del problema es intentar cambiar las emociones, asumiendo que estas son peligrosas, nos hacen sufrir y es en ese intento de cambio, en ese intento de controlarlas donde se mantienen y se incrementan, en la forma típica en que “la solución se convierte en el problema” (Rodríguez Moorejón, 2019). La fusión cognitiva (la persona no se distancia de sí misma y del contenido de lo que piensa) y la evitación experiencial (evitación de pensamientos, sentimientos, sensaciones, imágenes, etc., dolorosos o desagradables) constituyen los dos procesos implicados en la falta de flexibilidad; y la aceptación, defusión, atención flexible, acciones comprometidas..., serían los elementos sobre los que se trabaja terapéuticamente (Hayes et al., 2015).

De la misma manera las técnicas de mindfulness son igualmente útiles para ese manejo emocional de la culpa, insistiendo en que el paciente no se centre en el control de sus emociones, que entienda que él/ella es más que una emoción, enseñarles a que respondan “con tranquilidad” ante cualquier estímulo, pensamiento, sensación, recuerdo, con ese componente emocional y centrar su atención sobre la experiencia del presente, lo cual no deja de ser, por un lado, una técnica de desvío atencional.

Otra línea de abordaje es la propuesta por Gilbert (2009), la Terapia Centrada en la Compasión (CFT) desarrollada sobre todo para las personas con altos niveles de vergüenza, auto-crítica y sentimientos de culpa. Personas en las que con frecuencia hay una historia por detrás de abuso, acoso, relaciones familiares caracterizadas por alta expresión de emociones en las que el criticismo e inducción a culpa puede ser una característica, personas con falta de afecto o un apego inseguro que les puede hacer más sensibles y vulnerables a los sentimientos de culpabilidad. Pacientes que requieren intervenciones terapéuticas centradas en sus experiencias y recuerdos tempranos y pacientes que a pesar de entender y participar en intervenciones más clásicas tipo reestructuración

cognitiva y a pesar de entender la irracionalidad de sus pensamientos, de generar pensamientos alternativos, aun así nos dicen en terapia que siguen sintiéndose culpables. En palabras del propio Gilbert, la CFT es:

“La CFT es una terapia multimodal que se apoya en diversas intervenciones cognitivo-conductuales (CBT) y de otras terapias. Por esa razón se centra en la atención, el razonamiento y las cavilaciones o barruntamientos, la conducta, las emociones, los motivos y la imaginación. Utiliza como herramientas: la relación terapéutica, el diálogo socrático, el descubrimiento guiado, la psicoeducación (del modelo CFT), las formulaciones estructuradas, el pensamiento, la emoción, la conducta y la supervisión “corporal”, la cadena de inferencias, el análisis funcional, los experimentos conductuales, la exposición, tareas graduadas, la imaginación centrada en la compasión, el trabajo en la silla, la representación de diferentes “egos”, mindfulness, el aprendizaje de tolerancia emocional, aprender a entender y hacer frente a los conflictos y complicaciones emocionales, la formulación de compromisos para el esfuerzo y la práctica, el esclarecimiento de estrategias de seguridad, la mentalización, la escritura expresiva (carta), el perdón, la distinción entre auto-crítica y corrección del yo compasivo y el trabajo para fuera de la sesión así como la práctica guiada –¡por citar solo algunas!–”
(Gilbert, 2015, p. 152).

En lo que se refiere a los sentimientos de culpa en relación con acontecimientos traumáticos, las intervenciones específicas sobre el trauma, como por ejemplo el EMDR, ya trabajan en su nivel emocional sobre la reducción de la in-

tensidad y la reelaboración del pensamiento e imágenes relacionadas con la culpa (Perez Salés, 2006).

Scurfield (1994) desarrolló un modelo de abordaje para ayudar a personas con experiencias traumáticas (veteranos de Vietnam, entre otros). Usa un formato de terapia grupal en que se incluye el contar, delante del resto del grupo, el relato de lo ocurrido, examinar y reevaluar sus niveles de responsabilidad, examinar el grado de sufrimiento que se experimenta como resultado de sentirse culpable, determinar si la “deuda” ha sido pagada y pasos para una “restitución” más racional, si esta se requiere.

En el trabajo con niños, el trabajar sobre la responsabilidad supone un proceso menos formal. El uso de la Terapia de Juego junto con intervenciones cognitivo-conductuales han mostrado gran utilidad con niños con sentimientos de culpa. En la terapia para el trauma, además de explorar con el niño lo que podría o no podría haber hecho durante el acontecimiento traumático, el terapeuta puede plantearle jugar a imaginar o representar una experiencia e imaginar las acciones que el niño hubiera deseado haber hecho (Nader y Mello, 2000).

Estos mismos autores plantean que para algunos tipos de trauma, este tipo de intervenciones ayudan a encontrar, de forma retrospectiva, una solución que hubiera podido evitar lo acontecido. Este procedimiento permite al adolescente, en este caso, darse cuenta de que no era posible haber evitado el acontecimiento traumático porque simplemente en ese momento no sabía cómo hacerlo; y le proporciona estrategias y habilidades para hacer frente a un acontecimiento similar si se presenta en el futuro.

Un componente muy útil dentro de cualquier abordaje de la culpa es el uso del propio contexto cultural del paciente y dentro de este, su religiosidad (si es que la hay). Recientemente una paciente que se sentía culpable por haber

ingresado a su marido en una residencia y que se describía a sí misma como “creyente-practicante”, me preguntaba si sería bueno para la terapia el hablar con un sacerdote, la animé a hacerlo e incluso a usar confesión si lo creía adecuado. En las siguientes sesiones no volvió a hablar de la culpa.

Comentábamos en la introducción que todas las religiones tienen sus rituales de perdón y expiación del pecado-culpa. En la religión católica, por ejemplo, la confesión con la penitencia, como forma de redimir la culpa, pero también la misa y comunión posterior (que simboliza que ya está libre de culpa/pecado y puede tomar el cuerpo de Cristo), pueden ser unos ingredientes terapéuticos muy útiles para los pacientes creyentes, y todo ello sancionado por la Fe en Dios y “por el poder otorgado por Dios a un sacerdote” (Nader, 2011).

Se sabe que el no compartir, no contar un acontecimiento traumático, no compartir unos recuerdos, está asociado a un incremento de los sentimientos de culpa y vergüenza (Finkenauer y Rime, 1998), por lo que “facilitar” en el paciente creyente la idea de la confesión puede ser un “ingrediente terapéutico” adecuado.

Bajo mi punto de vista, los ingredientes o aspectos que creo son significativos en el abordaje terapéutico de la culpa, podrían ser resumidos en estos puntos:

1. **La relación terapéutica:** Como una variable facilitadora del cambio y uno de los mejores predictores de la eficacia de la terapia para cualquier tipo de problema. Dentro del tratamiento de la culpa se hace énfasis en la “aceptación” como una actitud del terapeuta clave para construir una buena relación terapéutica y que además ayuda a promover la propia autoaceptación del paciente. Supone una forma de “estar con el paciente” sin hacer ningún juicio moral, sin llegar a conclusiones rápidas, ni actuar de forma precipitada. Se ha observado que intentos rápidos de propuestas

de cambio pueden llevar al paciente a no sentirse aceptado.

2. **¿El paciente está pidiendo ayuda con respecto a la culpa?:** El que un paciente exprese sus sentimientos de culpa no implica necesariamente que esté pidiendo ayuda y que ese aspecto tenga que ser un objetivo de la terapia. La expresión de la culpa puede ser un componente emocional (entre otros) dentro de las primeras fases de cualquier proceso adaptativo: duelos, pérdida de empleo, divorcios, etc. Legitimar esas emociones dentro de ese contexto y observar su evolución es, a menudo, suficiente. Como decíamos en el anterior punto, precipitarse a establecerlo como un objetivo terapéutico puede perjudicar el proceso de terapia.

3. **Valoración de los sentimientos de culpa:** De cara a la conceptualización del caso y a la estrategia terapéutica a seguir, es importante hacer una valoración de la culpa. Existen instrumentos de evaluación, autoinformes y escalas para valorar la tendencia a experimentar sentimientos de culpa (SR-35, Zabalegui, 1993), la culpa interpersonal (ICG, Kugler y Jones) o el sentimiento de culpa en la depresión (ESC, Berrios, 1992), entre otras. Pero, sobre todo, estar atento a si es una culpa racional versus irracional, duración de esos sentimientos, intentos de solución y de reparación, función que cumplen dentro del problema, grado de interferencia con la vida... Toda esta información nos va ayudar a plantear estrategias más centradas en el manejo emocional, o en los pensamientos automáticos o en tareas conductuales de reparación – expiación, o en recuperación de rutinas y costumbres que no se hacen y se evitan “por culpa” de esos sentimientos de culpa.

4. Reencuadre. Las **emociones como una respuesta espontánea**. Al reencuadrar lo sentimientos de culpa como una emoción es importante explicar al paciente algunos aspectos y naturaleza de las emociones. Hacer énfasis en que las emociones forman parte de nuestra vida, que tienen que ver “con esa

parte nuestra espontánea, que no podemos controlar y que en los intentos de control conseguimos sentirnos peor - cuando tratamos de controlar lo que escapa a nuestro control el resultado es el contrario”. Usar ejemplos y metáforas ayuda a que el paciente entienda que no debe hacer esfuerzos para no sentir culpa y los vaya sustituyendo por las estrategias que le vamos a ir proporcionando. Dentro de este reencuadre y explicación también tenemos que dejar claro cuáles van a ser los objetivos terapéuticos. Explicar a los pacientes que el objetivo NO es que dejen de tener sentimientos de culpa (ya que las emociones no dependen de ellos) sino QUÉ hacer cuando tengan esos sentimientos de forma que el daño y el sufrimiento sea menor.

5. Promover **intentos de no control:** Para los profesionales conocedores y entrenados en las técnicas línea mindfulness y terapia de aceptación estas formas de abordaje, como ya hemos comentado, se han revelado útiles en este sentido, ya que promueven la aceptación del sentimiento y reducen el uso de estrategias inadecuadas como son los intentos de control. Para mí es muy importante enseñar y trabajar con los pacientes sobre la reacción emocional que experimentan al sentir la culpa. Evitar respuestas emocionales exageradas -aceptar lo que se piensa o se siente y llevar a cabo una tarea de desvío atencional para no “alimentar” tales pensamientos- forma parte de la línea de abordaje. En resumen, se trata de crear una distancia entre el “self” y lo que se experimenta.

6. El uso de **tareas** es una herramienta útil, proporciona a los pacientes un protagonismo sobre el cambio y sobre la mejoría. Implica un cambio conductual (“hacer algo”) muy útil para los pacientes más del perfil “del hacer” que “del sentir”. Hay casos que el cambio se dilucida en el proceso del trabajo durante las propias sesiones y pacientes en los que el cambio está más centrado en lo que ocurre y lo

que hacen entre sesiones, para estos últimos las tareas son de gran utilidad clínica.

En el equipo de “Venres Clínicos” (Facultad de Psicología – USC – Emilio Gutiérrez – Comunicación Personal) durante muchos años se han ido diseñando diversas tareas o adaptando otras. Algunas que nos han ayudado para el manejo de los sentimientos de culpa han sido:

- **Haz algo útil con tu culpa:** “ya que no puedes evitar sentirte culpable” (a pesar de todo lo que hemos hablado), ¿qué te parece si piensas en una forma personal y simbólica de “expiar tu culpa”?, y se le proponen algunas ideas. Lo importante es que sea algo que tenga un principio y un fin, que implique una acción altruista y que encaje con los valores y estilo del paciente. Participar en actividades que supongan una ayuda a otras personas suelen ser las que los pacientes eligen. En esta tarea también es importante el componente de “ritual”.
- Tareas de **externalización:** Es otra estrategia que facilita el no control, la distancia entre uno mismo y lo que se siente y piensa, y supone un desvío atencional. Aunque tienen muchas variantes y formas, el denominador común es buscar o construir un objeto que tenga un cierto valor y significado simbólico con respecto al sentimiento de culpa sobre el que vamos a depositar todo lo que previamente está en nuestra mente. Incluso podemos ponerle un nombre. Esto nos va a facilitar el manejo y el desvío de la atención ante las ideas de culpabilidad. El uso de tatuajes, cartas, escritos con el relato de lo ocurrido y de lo que se siente, etc., son modalidades de las técnicas de externalización. “Poner algo fuera” me puede permitir dentro de un ritual enterrarlo debajo de un árbol que voy a plantar o quemarlo (por ejemplo, en una hoguera de San Juan), o meterlo en una caja que irá cambiando de sitio hasta ponerla en el fondo de un armario o en un desván. Es decir, son tareas que facilitan un amplio abanico de maniobras y que se pueden adaptar a diversos estilos de personas.
- Tareas de tipo **paradójico:** Las prescripciones paradójicas o la intención paradójica (denominación dentro del modelo cognitivo-conductual) puede ser otra técnica a utilizar. Cuando “no quiero sentirme así o tener esos pensamientos de culpa y no puedo evitar tenerlos” proporcionarles un espacio constituye una herramienta útil. Tiene un componente de ritual y también facilita el desvío atencional. Les pedimos a los pacientes que todos los días, a la misma hora y sentados en el mismo sitio, le dediquen 15 minutos a pensar en su culpa. La diferencia es que no son los pensamientos los que espontáneamente vienen a su mente si no que son ellos los que “llaman” a esos pensamientos, 15 minutos después se despiden de ellos hasta el día siguiente y les pedimos que durante el resto del día en el momento en que vengan dichos pensamientos los deriven, los desvíen a esos 15 minutos, “a las 8 hablamos”. Con frecuencia, los pacientes encuentran esta técnica de gran alivio ya que entre otras cosas les libera de ese pulso que se echan a sí mismos entre “no debo pensar en esto y no puedo evitar hacerlo”.
- Tareas que implican **perdón:** El perdón es otra estrategia que se puede utilizar dentro de un proceso terapéutico (Worthington, 2005). Está más enfocada cuando es una culpa proporcionada a lo que el sujeto ha hecho, y el paciente tiene una necesidad de pedir perdón como un paso para sentirse mejor. Se pueden distinguir 4 pasos: 1) Reconocer el daño causado; 2) Valorar el grado de responsabilidad sobre el acto; 3) Dialogar con la parte dañada; esto no siempre es posible o adecuado, aunque en algunos casos de conductores que han tenido accidentes con víctimas o en casos de terroristas ha resultado útil; 4) Usar tareas

ritualizadas con ese objetivo puede ser de gran ayuda. Por ejemplo, en el caso ya mencionado en el que una madre durante más de 10 años sintió que abandonó a sus hijos debido a su depresión por la muerte de su madre le pedimos que buscara un día especial, un domingo, en el que tenía que preparar una comida muy diferente, una comida que solo se hace en grandes ocasiones, comer en el salón (no en la cocina) con el mejor mantel y cubertería. Sentados todos en la mesa leyó a su familia una carta que previamente había escrito en la que pedía perdón por estos años, explicando cómo se había sentido y cómo le gustaría que fueran las cosas en el futuro.

En fin, el abanico de estrategias es amplio. Cualquier abordaje terapéutico centrado en el manejo (no control) de las emociones y lo asociado a ellas, cogniciones y conductas va a ser una herramienta útil.

Como ya es hora de terminar y a modo de CONCLUSIONES, la culpa, los sentimientos de culpa, forma parte de nuestra vida y de nuestro trabajo. Una emoción que duele, pero el dolor forma parte de la vida. Aprender a tolerar la culpa supone aprender a tolerar el dolor, admitir que hay momentos y circunstancias donde es inevitable y muchas veces admitirlo es el primer paso para sufrir menos. Esa culpa útil que nos ayuda a cambiar, a rectificar o a no volver a hacerlo y que nos ayuda también a relacionarnos con los demás.

La línea entre lo normal y lo no normal, entre lo patológico o no, es muy difusa. No creo que dependa de ningún manual sino de la expresión de la queja, del sufrimiento y de las necesidades del paciente que acude buscando ayuda. A partir de ahí ya es tarea del terapeuta ayudarle a elaborarla, normalizarla, aceptarla, manejarla. Cada vez contamos con más herramientas más o menos estructuradas, pero creo que la paciencia y la cautela son las mejores.

Bibliografía

Barrett, K. C. (1995). A functionalist approach to shame and guilt. In J. P. Tangney & K.W.Fischer (Eds.), *Self-conscious emotions: Shame, guilt, embarrassment, and pride*. New York: Guilford.

Basile B y Mancini, F. (2011). Eliciting guilty feelings: a preliminary study differentiating deontological and altruistic guilt. *Psychology* 2:98-102.

Baumeister, R. F., Reis, H. T. y Delespaul, P. (1995). Subjective and experiential correlates of guilt in daily life. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 21(12), 1256-1268

Carni, S., Petrocchi, N., Del Miglio, C. et al. (2013). Intrapsychic and interpersonal guilt: a critical review of the recent literature. *Cognitive Processing International Quarterly of Cognitive Science*. <https://doi.org/10.1007/s10339-013-0570-4>

Castilla del Pino, C. (1991). *La culpa*. Madrid. Alianza Editorial.

Chiang, T. y Barret, K. C. (1989, abril). A cross-cultural comparison of toddlers' reactions to the infraction of a standard: A guilt culture vs. a shame culture. Paper presented at the meeting of the Society for Research in Child Development, Kansas City, MO.

Clark, A. (2012). Working with guilt and shame. *Advances in psychiatric treatment*. Vol. 18, 137-143.

Echeburúa, E., Corral, P. y Amor, P. J. (2001). Estrategias de afrontamiento ante los sentimientos de culpa. *Análisis y modificación de conducta*. 27 (116), 905-929.

Etxebarría, I. (2000). Guilt an emotion under suspicion. *Psicothema*, 12, supl., 101-108.

Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment* 15: 199–208.

Gilbert, P. (2015). *Terapia centrada en la compasión: características distintivas*. Desclée de Brouwer.

Hayes, S. C. et al. (2015). *Terapia de aceptación y compromiso. Proceso y práctica del cambio consciente*. Desclée de Brouwer, 2ª Ed.

Ketelaar T. y Au W. T. (2003). The effects of feelings of guilt on the behavior of uncooperative individuals in repeated social bargaining games: an affect-as-information interpretation of the role of emotion in social interaction. *Cogn Emot*, 17, 429–453.

Nader, K. (2001). Guilt Following Traumatic Events. *Jour.* 01/01.

Nader, K. y Mello, C. (2000). Interactive trauma/grief focused therapy. In P. Lehmann, & N. F. Coady (Eds.). *Theoretical perspectives for direct social work practice: A generalist-eclectic approach*, 382-401. New York: Springer Publishing Company.

Palancar-Sánchez, A. (2017). El sentimiento de Culpa. Algunas manifestaciones en las situaciones de cuidado de personas dependientes. *Revista Área3. Cuadernos de Temas Grupales e Institucionales*, 21.

Perez Salés, P. (2006). *Trauma, culpa y duelo. Hacia una psicoterapia integradora*. Desclée de Brouwer (2ª Ed.)

Piers, G. Singer, M. (1971). *Shame and guilt: a psychoanalytic and cultural study*. Norton, New York (Original work published in 1953).

Pines, M. (1995). The universality of shame: a psychoanalytic approach. *British Journal of Psychotherapy*, 11, 346–57.

Reidl, L. M. Jurado, S. (2007). *Culpa y vergüenza: caracterización psicológica y social*. ED. Universidad Nacional Autónoma de México.

Rodríguez Morejón, A. (2019). *Manual de Psicoterapias. teorías y técnicas*. Ed. Herder.

Scherer, K. R. (1984). On the nature and function of emotion: a component process approach. En: Scherer, K. R., Ekman, P. (eds.) *Approaches to emotion*. Erlbaum, Hillsdale, pp 293–317

Schwarz, E. D. en Kowalski, J. M. (1992). Personality characteristics and posttraumatic stress symptoms after a school shooting. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 180 (11), 735-737.

Scurfield, R. M. (1994). War-related trauma: An integrative experiential, cognitive and spiritual approach. En M. B. Williams & J. R. Sommer (eds.). *Handbook of Post-traumatic Therapy*, 179-204. Westport, Conn.: Greenwood Press.

Tangney, J. P., Stuewig, J. y Mashek, D. J. (2007). Moral emotions and moral behavior. *Annu Rev Psychol*, 58, 345–372.

Worthington, E., O'Connor, L., Berry, J. et al. (2005). Compassion and forgiveness: implications for psychotherapy. En *Compassion: Conceptualisations, Research and Use in Psychotherapy* (ed. P. Gilbert), 168–92. Routledge.

Vaughn, C. y Leff, J. (1976). The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients. *British Journal of Social & Clinical Psychology*, 15(2), 157–165.



ANUARIO ABIERTO

CASOS CLÍNICOS

TRABAJOS PREMIADOS EN LAS XXIV
JORNADAS DE PSICOLOGÍA Y SALUD
DEL COPG





CASO 1

VÍNCULO TERAPÉUTICO Y APEGO EN UN CASO DE TRAUMA COMPLEJO

Sandra Cudeiro Domínguez

Psicóloga Interna Residente

Área Sanitaria de Ourense, Verín y O Barco de Valdeorras

sandra.cudeiro.dominguez@sergas.es

SUMARIO

GALLEGO

RESUMEN

El maltrato continuado en la infancia puede dar lugar a un estilo de apego desorganizado que va a favorecer el establecimiento de las relaciones interpersonales futuras desde la base de la desconfianza y el temor al rechazo. De la misma manera, constituye una situación de traumatización interpersonal prolongada que puede dar lugar a la aparición de trauma complejo, concepto que ya viene recogido como categoría diagnóstica en la CIE-11. Se ve afectada asimismo la capacidad de regulación de las propias emociones, optando muchas veces por alternativas poco adaptativas y que aumentan el sufrimiento de la persona.

Se presenta el caso de una paciente que en la primera consulta refiere solamente parte de la sintomatología y que más adelante fue ampliando hasta configurarse un cuadro de trauma complejo. El establecimiento de un vínculo terapéutico sólido construido desde la perspectiva del apego fue un punto fundamental para la mejoría de la paciente.

PALABRAS CHAVE — trauma complejo, abuso infantil, autorregulación emocional, apego, vínculo terapéutico.

ABSTRACT

Continuous abuse in childhood may lead to a disorganised attachment style that would favor the establishment of future interpersonal relationships from a base of distrust and fear of rejection. In the same way, it is a prolonged interpersonal traumatic situation that may lead to complex trauma, a concept that appears as a diagnosis category in the ICD-11. Also, the ability to emotional self-regulation may be affected, often choosing non-adaptative options that increase the person distress.

This article is about a patient that, in her first visit, only refers a part of all symptoms, and then she added more information until it appeared a complex trauma disease. The establishment of a strong therapeutic relationship from attachment perspective was a fundamental point for patient recovery.

KEY WORDS — Complex trauma, child abuse, emotional self-regulation, attachment, therapeutic relationship.

INTRODUCCIÓN

El trauma complejo es un concepto referido al trastorno que puede sufrir una persona como consecuencia de la exposición continua a traumas interpersonales prolongados, tales como el maltrato o el abuso sexual infantil (Cloitre et al., 2009). La CIE-11 lo contempla dentro del Trastorno de Estrés Postraumático Complejo (Brewin et al., 2017), para el cual, además de darse los criterios diagnósticos para el Trastorno de Estrés Postraumático, han de cumplirse de manera persistente los siguientes criterios a mayores: problemas en la regulación del afecto; creencias respecto de sentirse uno mismo disminuido, derrotado o sin valor; así como sentimientos de vergüenza, culpa o fracaso relacionados con el evento traumático; y la existencia de dificultades para mantener relaciones interpersonales y sentirse cerca de los demás.

Bowlby (1973) define la conducta de apego como “cualquier forma de conducta que tiene como resultado el que una persona obtenga o retenga la proximidad de otro individuo diferenciado y preferido, que suele concebirse como más fuerte y/o más sabio”.

Las figuras de apego que favorecen apegos seguros son aquellas que constituyen una base segura a partir de la cual el niño/niña puede explorar el entorno y volver en busca de apoyo y consuelo (Feeney y Noller, 2001). Cuando esto no es así, se da una situación que favorece el desarrollo de apegos no seguros. El niño o la niña sometido a maltrato o traumatización interpersonal prolongada suele crecer en la situación de que la misma persona que es fuente de terror es al mismo tiempo aquella que debería protegerle.

Por otra parte, la regulación emocional se aprende en las relaciones de apego de la infancia. Por tanto, si el apego es disfuncional, no existe un modelo adaptativo que sirva como regulador de las experiencias emocionales del niño.

Estas situaciones afectan al desarrollo infantil y pueden dar lugar a problemas psicológicos, tanto en la infancia como más adelante en la vida de la persona.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Mujer de 25 años. Convive con su pareja.

Ha estudiado un ciclo de Formación Profesional de costura y se dedica a ello por su cuenta, en el momento de venir a consulta tenía ingresos esporádicos por dicho trabajo.

Tiene una hermana dos años mayor que ella. Sus padres están separados. Su padre era alcohólico. Su madre ha estado ingresada por intento autolítico en dos ocasiones siendo la paciente ya adulta.

Actualmente no mantiene ningún tipo de relación con su padre. Su madre y su hermana viven en otro país, pero mantiene relación con ellas de manera frecuente.

MOTIVO DE CONSULTA

Acude a consulta por presentar crisis de ansiedad y sintomatología depresiva. Refiere baja autoestima desde siempre, siente que lo hace todo mal, se asusta con facilidad ante ruidos fuertes y tiene la sensación de estar en alerta permanentemente.

También relata dificultades para regular sus emociones, episodios de autolesiones leves y agresividad hacia objetos y en alguna ocasión hacia personas cercanas, así como aislamiento social y miedo al rechazo.

OBJETIVOS

Los objetivos planteados inicialmente fueron:

- Reducir la sintomatología ansioso-depresiva.
- Establecer un buen vínculo terapéutico.
- Adquirir habilidades de autorregulación emocional.
- Mejorar sus habilidades sociales.
- Mejorar su autocuidado.

Posteriormente, a medida que se iba avanzando en el relato de la paciente con nuevos descubrimientos se añadieron estos objetivos:

- Tratar la experiencia traumática de la infancia.
- Mantener relaciones interpersonales con menor temor.

INTERVENCIÓN

La intervención se planteó desde una perspectiva integradora.

Establecimiento de un buen vínculo terapéutico. En este caso además dándole una especial importancia, ya que en las primeras consultas se observó una importante dificultad para “abrirse” a la terapeuta, así como cierta ambivalencia entre el deseo de resolver sus dificultades y la desconfianza hacia la profesional.

A medida que transcurrían las sesiones psicoterapéuticas, la paciente empezó a revelar más información y sintomatología de relevancia que hizo que se replantease el caso y por tanto se modificasen los objetivos iniciales, añadiendo y reordenando el abordaje de los mismos.

La paciente cuenta que proviene de una familia muy disfuncional. Su padre la maltrataba psicológica y físicamente, tanto a ella como a su hermana y a su madre. Abusó sexualmente de ella con gran violencia en varias ocasiones.

Refiere que nunca hubo denuncias, supone que por miedo de la madre. En su relato cuenta también que vivía con una sensación de miedo permanente y que no tenía una figura cercana por la que se sintiese protegida.

La situación para ella cesó a los 16 años, momento en el que, ante un intento de autodefensa, su padre la echó de casa. Vive fuera de la casa familiar desde esa edad.

Refiere que tiene flashbacks, pesadillas, así como sintomatología de tipo disociativo, además de sentimientos de culpa respecto a los hechos. Esto, añadido a las dificultades de regulación emocional y las dificultades en las relaciones interpersonales, nos hacen pensar en el Trastorno de Estrés Postraumático Complejo que plantea la CIE-11.

Autorregulación emocional. En este punto de la intervención la idea era que la paciente consiguiera regular sus emociones sin recurrir a la autolesión o a la violencia hacia otros o hacia objetos. Para ello se utilizó la técnica de respiración abdominal o diafragmática como alternativa de regulación. Además, se utilizaron también técnicas en imaginación. De forma paulatina la paciente fue aplicando estas técnicas en su día a día y fue abandonando las autolesiones y la violencia, con mayor dificultad cuanto mayor era la activación emocional que sentía.

Autocuidado. La paciente tenía unos horarios muy desorganizados, que favorecían un patrón de sueño irregular, una mala alimentación y dificultades para organizar su trabajo, lo cual la llevaba a terminar trabajos bajo mucha presión de tiempo, lo que influía en su nivel de ansiedad. Por tanto, se pactaron una serie de pautas de autocuidado en base a sus preferencias y prioridades. Inicialmente no las aplicó hasta más avanzada la terapia.

Tratamiento del trauma. La sintomatología traumática se abordó con EMDR. En este caso, al estar ante una paciente muy desregulada emocionalmente, primero nos centramos en trabajar la regulación emocional como

se explicó anteriormente, y una vez que ella adquirió un manejo adecuado de sus emociones y una mayor tolerancia a ellas, se inició el protocolo EMDR para abordar los recuerdos traumáticos, obteniendo buenos resultados.

A nivel de la vida diaria, la paciente empezó a estar más activa y a aplicar las pautas de autocuidado una vez que el tratamiento del trauma con EMDR estaba bastante avanzado.

Habilidades sociales. Inicialmente muy bloqueada por el temor el rechazo y por la desconfianza en los demás. Se utilizó el trabajo de la paciente como forma inicial y tolerable para ella de abordaje, con cierta mejoría.

Actualmente, la paciente continúa acudiendo a la consulta para acabar de alcanzar los objetivos propuestos, con buena evolución. Refiere tener menor nivel de ansiedad y tolerarla mejor cuando está presente, ha mejorado de manera significativa la sintomatología traumática y ha mejorado su estado de ánimo y su autocuidado. Sigue con dificultades relevantes a nivel social, si bien ya se ha iniciado la mejoría.

CONCLUSIONES

Las personas con un apego desorganizado necesitan encontrar en la figura del terapeuta la seguridad que no encontraron en sus cuidadores para poder avanzar. Un vínculo terapéutico sólido en el que el terapeuta sea la base segura que el paciente necesita para abordar sus dificultades con confianza es fundamental, sobre todo en personas cuyas relaciones interpersonales se basan en la desconfianza y el temor.

En este caso, fue fundamental respetar los tiempos de la paciente, no forzar el relato de algo que se iba vislumbrando pero para lo que aún no estaba preparada. Es importante que nuestras ganas de ayudar al paciente no fueren situaciones que pueden disminuir su confianza en nosotros, o incluso llevar a un fracaso de la terapia.

Referencias bibliográficas

- Brewin, C. R., Cloitre, M., Hyland, P. et al. (2017). A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD. *Clinical Psychology Review*, 58, 1-15. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2017.09.001>
- Cloitre, M., Stolbach, B. C., Herman, J. L., Van der Kolk, B., Pynoos, R., Wang, J. y Petkova, E. (2009). A developmental approach to Complex PTSD childhood and adult accumulative trauma as predictors of symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress*, 22 (5), 399-408.
- Feeney, J. y Noller, P. (2001). *Apego adulto*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- González, A. (2017). *No soy yo. Entendiendo el trauma complejo, el apego y la disociación: una guía para profesionales y pacientes*. Edición de la autora.
- López Soler, C. (2008). Las reacciones post-traumáticas en la infancia y adolescencia maltratadas: el trauma complejo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13 (3), 159-174.
- Morales Aguilar, D. P. (2018). Desafíos en psicoterapia, trauma complejo, apego y disociación. *AvPsicol*, 26 (2).
- Nieto Martínez, I. y López Casares, M. C. (2016). Abordaje integral de la clínica del trauma complejo. *Clínica Contemporánea*, 7 (2), 87-104.
- Van der Kolk, B. (2014). *El cuerpo lleva la cuenta Cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma*. Barcelona: Eleftheria.

CASO 2

EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA EN DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO: UN CASO DE HEMINEGLIGENCIA

**Zoraida González Cornide, María Salomé
Botana Martínez, Sandra Golpe Ferreiro**

Psicólogas Internas Residentes
Área Sanitaria de A Coruña y Cee

Francisco Javier Sardiña Agra

F.E.A. Psicología Clínica
Área Sanitaria de A Coruña y Cee

zoraida.gonzalez.cornide@sergas.es

SUMARIO

GALLEGO

RESUMEN

La heminegligencia visoespacial se define como la incapacidad para identificar, orientar o responder a estímulos novedosos o significativos que aparecen en la región espacial contralateral a la lesión cerebral. Es considerada como un trastorno común que se observa en el 70% de los pacientes con lesiones hemisféricas derechas. La etiología vascular es la más frecuente. En este trabajo se describe el caso de un paciente que presenta heminegligencia, junto con otras alteraciones cognitivas asociadas, tras sufrir un ictus isquémico en la arteria cerebral media derecha. Se explica a continuación el proceso de evaluación neuropsicológica realizada durante la estancia hospitalaria, así como los resultados obtenidos y la importancia de los mismos de cara a orientar el proceso de rehabilitación integral. Se hace referencia además al papel de las familias a lo largo de todo el proceso, siendo necesario tenerlas en cuenta como agente implicado y como motor del proceso de rehabilitación.

PALABRAS CLAVE — Heminegligencia, Neuropsicología, Rehabilitación, Arteria Cerebral Media Derecha, Daño Cerebral.

ABSTRACT

Hemineglect is the difficulty to identify, to get oriented or respond to novel or significant stimuli that occur on the contralateral side to a cerebral lesion. This common disorder occurs in a 70% of right hemispheric lesions and it is frequently caused by vascular accidents. This article shows a case of a patient who has hemineglect and other cognitive deficits because of a right middle cerebral artery stroke. This study explains the process of neuropsychological assessment during the hospitalization, as well as the results obtained and their importance to guide the global rehabilitation process. Then we emphasize the role of the family across all of process as agent involved and encouragement of rehabilitation.

KEY WORDS — Hemineglect, Neuropsychology, Rehabilitation, Right Middel Cerebral Artery, Brain Injury.

INTRODUCCIÓN

La heminegligencia visoespacial se define clásicamente como la incapacidad para identificar, orientar o responder a estímulos novedosos o significativos que aparecen en la región espacial contralateral a la lesión. Se debe a una lesión cerebral, no a una alteración sensorial o motora (Aparicio López, 2015).

Anatómicamente, se observó la dominancia derecha en el control atencional de ambos lados del espacio, mientras que el hemisferio izquierdo solo controlaría el lado derecho del espacio. Así, un daño en el hemisferio izquierdo podría ser compensado; sin embargo, el daño en el hemisferio derecho afectaría a la capacidad atencional hacia el campo visual izquierdo (Corbetta y Shulman, 2011; Mesulam, 2002).

La causa principal de la negligencia visoespacial es una lesión en el hemisferio derecho, principalmente a nivel parietal. Algunos autores vincularon la negligencia a lesiones vasculares de la arteria cerebral media, que abarca regiones de los lóbulos parietal, temporal y frontal. Se trata de un trastorno común, que se observa en el 70% de los pacientes con lesiones hemisféricas derechas, siendo la etiología vascular la más frecuente (García Fernández, 2017).

La negligencia repercute en la exploración visual. Los pacientes realizan un menor número de movimientos oculares sacádicos hacia el hemicampo contralateral y dirigen los mismos sacádicos hacia el campo ipsilateral preservado (García Fernández, 2017). En algunos casos aparece una hemianopsia homónima, es decir, falta de visión o ceguera en la mitad del campo visual de ambos ojos.

Las lesiones del hemisferio derecho que causan heminegligencia también alteran otras funciones cognitivas. Pueden observarse déficits en la atención sostenida, dificultades en el funcionamiento ejecutivo, incluyendo perseveraciones y déficits en memoria de tra-

bajo (García Fernández, 2017). Entre el 20 y el 58% de los casos presentan anosognosia o falta de conciencia de déficit (Aparicio López, 2015). Asimismo, pueden darse cambios tanto emocionales como conductuales y en la personalidad, que van desde la apatía a la desinhibición. La afectación de la arteria cerebral media derecha que puede dar lugar a heminegligencia, también puede cursar con apraxia constructiva (Balmaseda, Barroso y Martín y León-Carrión, 2002).

Estos déficits atencionales y ejecutivos, junto con la anosognosia, influyen en el abordaje del caso y en el proceso de rehabilitación. Los déficits ejecutivos son responsables de algunos de los obstáculos más importantes que impiden a la persona enfrentarse a situaciones novedosas y manejarse en su vida cotidiana (Muñoz Céspedes y Tirapu, 2001). Se sabe que la negligencia actúa como factor pronóstico negativo para la recuperación (García Fernández, 2017). Aunque puede mejorar espontáneamente en unas semanas o meses, hay pacientes que siguen mostrando síntomas de heminegligencia un año después del ictus, y un tercio de los mismos presentarán dicho déficit de forma crónica (Aparicio López, 2015).

El programa de rehabilitación es un proceso complejo que requiere un abordaje multidisciplinar de las deficiencias motoras, sensoriales, cognitivas, emocionales, visuales y del lenguaje. El equipo de rehabilitación estará integrado por médicos especialistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, logopedas, psicólogos clínicos, personal de enfermería y trabajadores sociales. Además, el proceso rehabilitador implica a pacientes, familiares y cuidadores como miembros esenciales. A la hora de planificar un programa rehabilitador es necesario valorar las lesiones y el déficit funcional en el momento y su evolución, hacer una estimación del pronóstico más favorable y, en función de eso, establecer un plan de tratamiento individualizado. Los objetivos prioritarios de la rehabilitación son prevenir o tratar las complicaciones, minimizar los dé-

ficits, maximizar la función y adaptarse a las funciones residuales (Fegadace, 2019).

La valoración precoz del pronóstico funcional resulta esencial para comunicarse con el paciente y con la familia, para diseñar unos objetivos realistas de rehabilitación y para planificar recursos tras el alta hospitalaria. Cuando realizamos una evaluación no debemos limitarnos a describir la alteración de algún dominio sino también su repercusión funcional en el individuo y en su entorno (Figueroa, Vilamayor y Antelo, 2015).

Hay tres necesidades importantes en la familia a las que prestar atención: la necesidad de información sobre el estado de la persona, la necesidad de formación sobre las consecuencias del daño cerebral, y el cuidado y apoyo emocional en cada etapa (Fegadace, 2019). Una de las mayores preocupaciones de los cuidadores es el grado de recuperación que experimentará el paciente y si serán competentes para aportar la ayuda que necesite. El grado de recuperación debe comunicarse en términos de discapacidad, teniendo en cuenta la ayuda que requerirá el paciente y la mejor forma de proporcionársela (Figueroa, Vilamayor y Antelo, 2015).

A continuación describimos los resultados de la evaluación e intervención realizadas en el caso de un paciente que sufrió un ictus isquémico en la arteria cerebral media derecha y presenta alteraciones cognitivas a consecuencia del mismo.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

El paciente es un varón de 70 años, natural de A Coruña. Vive con su mujer y tienen dos hijos independizados. Cuenta con estudios primarios y fue albañil de profesión, actualmente jubilado. Previamente a la hospitalización era

autónomo para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

MOTIVO DE CONSULTA

Paciente inicialmente hospitalizado en la Unidad de Ictus del servicio de Neurología del Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC) diagnosticado de ictus isquémico en arteria cerebral media derecha de probable mecanismo aterotrombótico en relación a ateromatosis calcificada con posible estenosis significativa a nivel de arteria cerebral derecha. Fue tratado con trombectomía mecánica primaria en fase aguda, fallida por imposibilidad de acceso. En la prueba de neuroimagen (TAC) realizada en aquel momento no se encontraron complicaciones intracraniales agudas ni signos de transformación hemorrágica. Fue trasladado al servicio de Rehabilitación y Medicina Física, desde donde se solicitó interconsulta al programa de Neuropsicología de la Unidad Psiquiátrica de Interconsulta y Enlace para evaluación neuropsicológica.

OBJETIVOS

Valorar el estado cognitivo tras un ictus, incluyendo los cambios que tienen lugar durante el proceso de hospitalización tras la fase aguda y las posibles secuelas posteriores. Planificar la rehabilitación y/o compensación de los déficits encontrados de cara a optimizar la adaptación funcional a la vida cotidiana y la integración en el entorno familiar, social y laboral con el mayor grado de autonomía posible. Intervenir con psicoterapia de apoyo y orientación a la familia para facilitar el proceso de adaptación de ambos

EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN

Se realizó una evaluación neuropsicológica exhaustiva y longitudinal, con fines de orientar la labor de rehabilitación y la posterior vuelta a su entorno tras el alta.

La evaluación neuropsicológica fue realizada en ocho sesiones durante el período de hospitalización en el servicio de Rehabilitación y Medicina Física. Se realizaron entrevistas clínicas con el paciente y los familiares y se administraron pruebas neuropsicológicas para la obtención de información cuantitativa y cualitativa de las mismas. Las pruebas administradas fueron las siguientes: Test de Alteración de Memoria (T@M), Cancelación, Test de dibujo del reloj, una selección de la Escala de Inteligencia para Adultos de Wechsler-IV (WAIS-IV), Batería de Evaluación Frontal (FAB), una selección de la Escala de Memoria de Wechsler-IV (WMS-IV), Test de Discriminación Visual de Benton (TDVB) y una selección del Programa Integrado de Exploración Neuropsicológica (PIEN).

Se aprecia una desorientación temporal y espacial que fluctúa entre sesiones (Tabla 1). Sin embargo, durante todo el proceso está orientado en persona y aporta correctamente datos autobiográficos sobre la estructura y composición familiar y sobre acontecimientos vitales, presentando más dificultades para evocar datos concretos como su fecha de nacimiento y la edad.

El discurso es fluido y coherente. Se presenta ligeramente desinhibido en relación a los turnos conversacionales y a los comentarios humorísticos, aunque correcto en consulta. Presenta una ausencia casi completa de conciencia de déficit. Se aprecia un ligero incremento progresivo en la misma, hacia una tendencia a reconocer las dificultades cognitivas pero trata de minimizarlas y justificarlas.

Respeto a la memoria, el rendimiento depende de la cantidad de información a recordar

y de la estrategia requerida por la tarea. Mejor en el recuerdo inmediato de información verbal contextualizada (historias) frente al recuerdo de listas de palabras aisladas (Tablas 1, 2 y 3). Se mantiene preservada la capacidad de aprendizaje implícito. En las pruebas de reconocimiento muestra una tendencia de respuesta aquiescente que podría relacionarse con una tendencia a la perseveración o con desinhibición, aunque no podemos descartar que exista deseabilidad social incluso premórbida. En general, no se aprecian cambios significativos a este nivel en las administraciones repetidas durante el período de evaluación.

Presenta un rendimiento normal para su edad en tareas que evalúan memoria de trabajo, tanto verbal como visual (Tablas 2 y 4). Respecto al cálculo, se aprecian dificultades en operaciones de suma con más de una cifra y de resta, multiplicación y división con una cifra, mientras que parece estar conservado el proceso básico de conteo.

De los resultados de la evaluación neuropsicológica realizada inferimos que el paciente presenta dificultades a nivel atencional, destacando una marcada heminegligencia. Esta es observable en test como el del dibujo del reloj (Figura 1), en el cual coloca los números en el cuadrante superior derecho. Otra prueba que da muestra de la misma es la de cancelación (Figura 2), la cual realiza de derecha a izquierda y dejando omisiones en la mitad izquierda. Durante la valoración se aprecia que dicha heminegligencia visoespacial interfiere en la ejecución de las demás pruebas administradas, por ejemplo, tiende a señalar como alternativas de respuesta las que se localizan a su derecha. Observamos que estas dificultades se reducen cuando se le proporcionan ayudas externas de redirección de la atención. La capacidad para centrar y mantener la atención en las tareas y la resistencia a la fatiga tienden a mejorar a medida que avanzan las consultas.

La ejecución en las tareas sugiere también dificultades en la coordinación y discriminación

visomotora y una posible apraxia visoconstructiva (Tabla 6).

De la evaluación y la observación se infieren déficits en funciones ejecutivas, estando alterada la fluidez verbal con clave fonética, la organización espacial, el control conductual inhibitorio y la resistencia a la interferencia (Tabla 5). También obtiene puntuaciones bajas para su edad en tareas que evalúan la capacidad de abstracción tanto visual como verbal (Tabla 4).

El perfil de afectación encontrado, con heminegligencia y conciencia parcial de los déficits, es congruente con la zona cerebral afectada. Este perfil condiciona el grado de colaboración e implicación en la mayor parte de las tareas de rehabilitación que se proponen. En este sentido, como recomendación para la rehabilitación desde el punto de vista neuropsicológico, consideramos que se podría beneficiar de aprendizajes basados en la repetición y en la consolidación de hábitos, potenciando la capacidad preservada de aprendizaje implícito, fuera de la conciencia y con baja demanda atencional.

La información recogida de los familiares sugiere déficits en orientación y memoria y cambios en la conducta y en la personalidad (en el polo de la desinhibición), en los que no aprecian mejorías significativas durante el período de hospitalización.

Paralelamente a la valoración neuropsicológica como tal, se realizó una labor de apoyo emocional y de orientación con la familia. Esta consistió principalmente en transmitir información acerca del ACV y de sus posibles consecuencias, ayudar a manejar determinadas situaciones presentes y potenciales, normalizar emociones y orientar hacia otros

recursos disponibles y adaptaciones para la vuelta al hogar tras el alta hospitalaria.

CONCLUSIONES

La valoración de los déficits cognitivos asociados al daño cerebral, así como de la conciencia y reacción a los mismos por parte tanto del paciente como de la familia, tiene implicaciones importantes en la puesta en marcha de un programa integral de rehabilitación.

Aunque nuestro trabajo pone el foco en una fase inicial de todo el proceso de rehabilitación y adaptación integral, pone de manifiesto la utilidad de la evaluación neuropsicológica como fuente de información cualitativa y cuantitativa acerca del estado del paciente y de su entorno, de la funcionalidad premórbida, de los recursos disponibles, de la potencialidad posterior, etc. Esto posibilita adaptar la atención interdisciplinar que se le presta al paciente, siempre con el fin de optimizar la recuperación a todos los niveles y la adaptación del paciente y de la familia a las secuelas y limitaciones derivadas del daño sufrido.

También se confirma la relevancia de la familia y del entorno del paciente como parte esencial del equipo de rehabilitación y como principal motor para la recuperación de la persona.

Referencias bibliográficas

Aparicio López, C. (2015). *Rehabilitación de la heminegligencia visuo-espacial en pacientes que han sufrido ictus isquémico derecho*. (Tese doutoral). Instituto Universitario de Neurorehabilitación Guttmann, Barcelona.

Balmaseda, R., Barroso y Martín, J. M. y León-Carrión, J. (2002). Déficits neuropsicológicos y conductuales de los trastornos cerebrovasculares. *Revista Española de Neuropsicología*, 4(4), 312-330.

Corbetta, M. y Shulman, G. L. (2011). Spatial neglect and attention networks. *Annual Review of Neuroscience*, 34, 569-99.

Fegadace. (2019). Causas que debes saber sobre o dano cerebral adquirido cando o teu familiar está no hospital. *Guía de familias*. Recuperado en 20 de maio de 2020, de https://www.fegadace.org/index.php?V_dir=MSC&V_mod=-download&f=2019-5/15-9-22-15.admin.guia-dano-cerebral-fegadace.pdf

Figuroa, J., Vilamayor, B. y Antelo, A. (2015). Rehabilitación del ictus cerebral: evaluación, pronóstico y tratamiento. En: J. Castillo Sánchez e I. Jiménez Martín (Ed.), *Reeducación funcional tras un ictus* (pp. 89-104). Barcelona: Elsevier.

García Fernández, J. L. (2017). *Captura atencional en pacientes con negligencia visuoespacial secundaria a ictus isquémico derecho valorada mediante paradigma experimental*. (Tesis doctoral). Instituto Universitario de Neurorehabilitación Guttmann, Barcelona.

Mesulam, M. (2002). Functional anatomy of attention and neglect: From neurons to networks. En: H. O. Karnath, A. D. Milner y G. Vallar (Ed.), *The cognitive and neural bases of spatial neglect*, (pp. 33-45). Oxford University Press.

Muñoz Cespedes, J. M. y Tirapu Ustárroz, J. (2001). Evaluación neuropsicológica. En: J. Muñoz Cespedes e J. Tirapu Ustárroz (Ed.), *Rehabilitación neuropsicológica*, (pp. 67-90). Madrid: Síntesis.

Tirapu Ustárroz, J. (2009). Estimulación cognitiva y rehabilitación neuropsicológica de las funciones ejecutivas. En: E. Muñoz Marrón (Ed.), *Estimulación cognitiva y rehabilitación neuropsicológica* (pp. 233-283). Barcelona: Editorial UOC.

ANEXO

Figura 1. *Test de dibujo del Reloj*

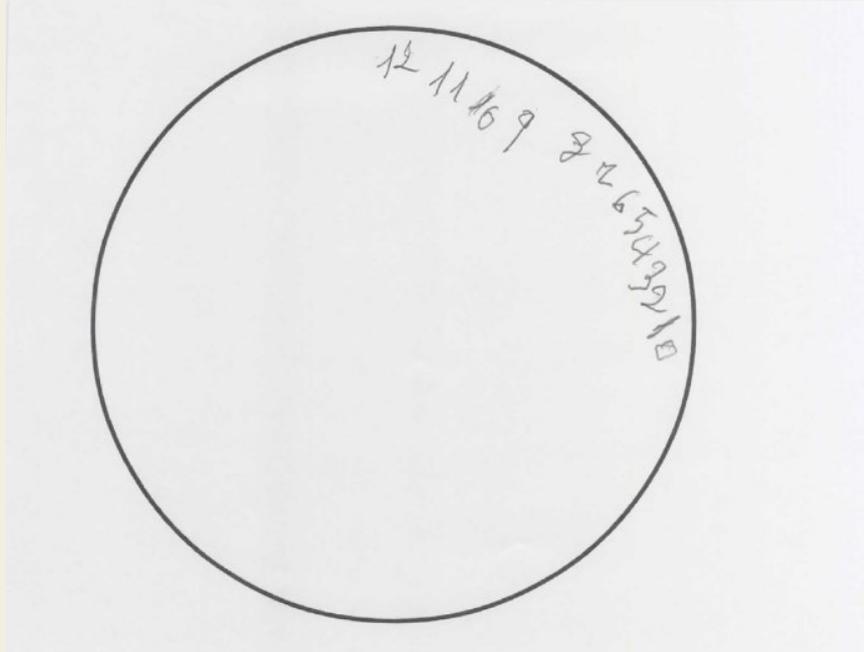


Figura 2. *Test de Cancelación.*

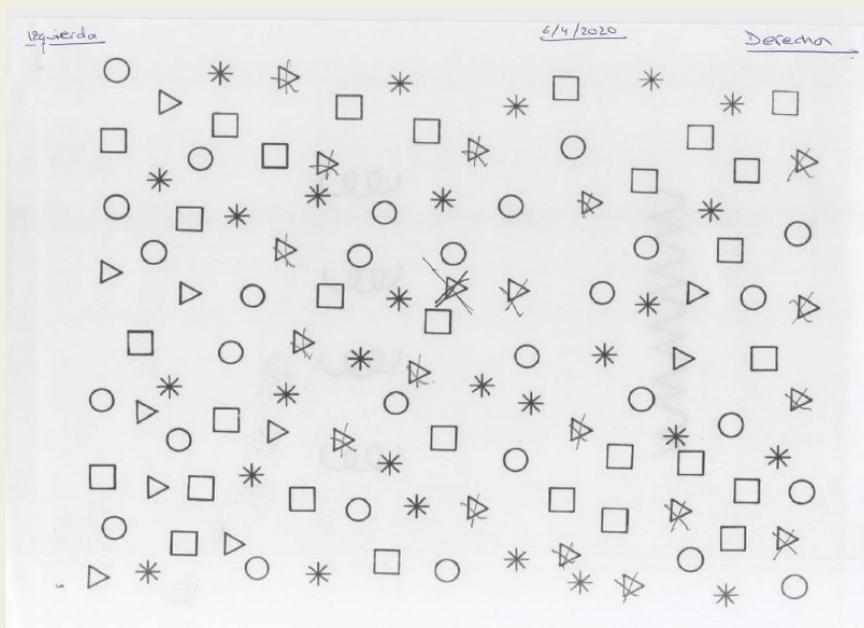


Tabla 1. *Test de alteración de memoria (T@m)*

PROBA	Aplicación 1	Aplicación 2
Memoria inmediata	7 de 10	8 de 10
Orientación temporal	1 de 5	4 de 5
Memoria semántica	6 de 15	7 de 15
Memoria de evocación libre	3 de 10	4 de 10
Memoria de evocación facilitada	6 de 10	8 de 10
Puntuación total	23 de 50	30 de 50
		Punto de corte 31

Tabla 2. *WMS-III*

	Aplicación 1	Aplicación 2
Primer intento	PD 1 (Pe=8)	PD 1 (Pe=8)
Recuerdo inmediato (LP-I)	PD 10 (Pe=6)	PD 7 (Pe=5)
Recuerdo demorado (LP-II)	PD 0 (Pe=7)	PD 0 (Pe=7)
Porcentaje de retención	PD 0 (Pe=7)	PD 0 (Pe=7)
Reconocimiento	PD 14 (Pe=6)	PD 14 (Pe=6)
Localización espacial		
Orden directo	PD 4 (Pe=8)	
Orden inverso	PD 2 (Pe=8)	
Total	PD 6 (Pe=7)	

Tabla 3. *WMS-IV*

PROBA	
Recuerdo Inmediato ML- I	PD 27 (Pe=12)
Recuerdo Demorado ML- II	PD 1 (Pe=5)
Reconocimiento	PD 11 (Pe<2)

Tabla 4. *WAIS-IV*

PROBA	
Matrices	PD 4 (Pe=5)
Semejanzas	PD 9 (Pe=6)
Dígitos	PD 7 (Pe=8)

Tabla 5. *Batería de Evaluación Frontal (FAB)*

PROBA	Aplicación 1	Aplicación 2
Abstracción y semejanzas	1 de 3	1 de 3
Fluidez verbal	0 de 3	1 de 3
Series motoras	0 de 3	2 de 3
Instrucciones en conflicto	3 de 3	2 de 3
Hacer – no hacer	1 de 3	1 de 3
Conducta de prensión	3 de 3	3 de 3
Total	8 de 18	8 de 18

Tabla 6. *Test de discriminación visual de Benton (TDVB)*

Total	PD 16 (Pe <1)
-------	---------------

CASO 3

EL VIAJE DE LOS LOBOS ARTÍSTICOS: GRUPO VINCULAR

Carlos Díaz Marcelo

*FE.A. de Psicología Clínica**

Laura Ciudad Gallardo

*Terapeuta ocupacional**

María Jesús Cutillas Póveda

PIR-4

**Los Lobos Artísticos (Álvaro, Kobra, Laura
Camila, Rubén, Vicky e Alicia)**

**Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de la Unidad de Gestión
Clínica de Salud Mental del Hospital Virgen Macarena de Sevilla*

carl_diaz82@hotmail.com

SUMARIO

GALLEGO

RESUMEN

Resulta a veces muy complicado poner en palabras el hacer psicoterapéutico, más aún si cabe en la psicoterapia grupal. En este relato clínico que presentamos creemos que puede verse parte de este trabajo de una manera bonita, profunda y didáctica gracias a la enorme habilidad de los miembros de nuestro grupo. Junto a nosotros los terapeutas, ellos son autores de este trabajo.

Describimos una parte de un trabajo en psicoterapia grupal, cómo el poder captar un emergente posibilita aunar la historia vertical de cada uno con la horizontalidad del grupo. Factores existenciales universales forman parte de esta y de todas las historias, ya que no hay nada más universal que lo personal.

Este trabajo, a modo de objeto transicional, se incluye además en la etapa final del grupo donde varios de sus miembros se despiden.

PALABRAS CHAVE — trastornos de vinculación, psicoterapia de grupo, emergente, creatividad, amor.

ABSTRACT

Sometimes it is very difficult to put psychotherapeutic practice into words, even more so in group psychotherapy. In this clinical report that we present, we believe that you can see the part of this work in a beautiful, profound and didactic way thanks to the enormous ability of the members of our group. Along with the therapists, they are the authors of this work. We describe a part of a work in group psychotherapy, how being able to capture an emergent makes it possible to combine the vertical history of each one with the horizontality of the group. Universal existential factors are part of this and all stories, since there is nothing more universal than the personal. This work, a transitional object mode, also includes in the final stage of the group where several of its members say goodbye.

KEY WORDS — attachment disorders, group psychotherapy, emergent, creativity, love.

INTRODUCCIÓN

Todos los miembros del grupo habían vivido numerosas situaciones que invitaban a desconfiar del otro, o al menos, a no esperar demasiado de él. En parte también desconocían lo que ellos mismos podían aportar o sumar a los demás.

Llevábamos meses construyendo un espacio seguro, de cuidados, donde no temer, en el que se pudiera recuperar la idea de la bondad del ser humano, adquirir la confianza básica: “al obtener lo que se le da, y al aprender a que alguien le dé lo que desea, el infante desarrolla también el fundamento adaptativo necesario para que algún día logre ser un dador” (Erikson, 2012).

Queríamos poder funcionar como una base segura “a partir de la cual un niño o un adolescente puede hacer salidas al mundo exterior y a la cual puede regresar sabiendo con certeza que será bien recibido, alimentado física y emocionalmente, reconfortado si se siente afligido y tranquilizado si está asustado. Este rol consiste en ser accesible, estar preparado para responder cuando se le pide aliento e intervenir activamente cuando sea necesario” (Bowlby, 1989).

Partimos de la concepción de que “ningún niño nace malo, déspota, violento, egoísta, perverso, tirano, avaro, ingrato ni miserable. No, todos los niños nacemos con una exquisita capacidad de amar. Pero también nacemos inmaduros, es decir, sin terminar. Esa inmadurez nos obliga a la dependencia, tanto física como emocional. Para sobrevivir necesitamos a otro ser humano que nos transmita que somos amados” (Guttman, 2013).

Este camino sería como el viaje del héroe: “viaje de individuación que hace cada ser humano que consiste en autoconocerse a través del lenguaje de los propios símbolos, responsabilizar-

se de uno mismo y amarse incondicionalmente en todas sus facetas” (Jung, 2009).

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y MOTIVO DE CONSULTA

Se describe la labor realizada en un grupo de psicoterapia del sistema sanitario público. Se trata de la Unidad de Salud Mental Infante-Juvenil (U.S.M.I.J.) del Hospital Virgen Macarena de Sevilla, un dispositivo de tercer nivel asistencial. Forman parte de este grupo dos terapeutas: un F.E.A. de psicología clínica y una terapeuta ocupacional.

Actualmente acuden a este grupo 2 chicos y 4 chicas de entre 15 y 18 años.

Todos ellos presentan un trastorno de vinculación relacionado con sus difíciles historias vitales. Dicho trastorno se manifiesta en forma de sintomatología tanto internalizante como externalizante: sintomatología ansioso-depresiva, trastornos de conducta graves, consumo de tóxicos, síntomas disociativos, autolesiones, alteraciones sensorceptivas...

Cada uno de los miembros del grupo recibe además sesiones individuales y en algunos casos tratamiento psicofarmacológico.

Las reuniones del grupo vincular tienen un encuadre de grupo cerrado que se reúne 1 hora y media cada dos semanas desde hace más de un año.

OBJETIVOS

Este pequeño grupo se formó con la expectativa de que a partir de ese espacio grupal seguro y estable se pudieran reparar, al menos en

parte, las heridas vinculares que habían experimentado nuestros pacientes.

Crear un espacio seguro, desde el que poder vivenciar una experiencia emocional correctiva, que facilitase la conexión con las emociones propias, así como con otros seres humanos: ayudar y ser ayudados.

Crear un grupo muy homogéneo en su tarea y muy heterogéneo en cuanto a las características de sus miembros (Riviére, 1971): diferentes personalidades que habían experimentado y sufrido sus parecidas historias de maneras muy distintas.

INTERVENCIÓN

En todo ese tiempo compartido, hablar nunca había sido lo más importante; lo era poder estar, formar parte de, que a pesar de llegar mal fueses aceptado y tenido en cuenta y que se respetara el espacio de cada uno.

Esto no fue tan sencillo al principio, requirió tiempo, constancia y paciencia. Hasta aquel momento su conducta era la respuesta más adaptativa que habían podido tener: cuando uno ha perdido tanto aprende a no esperar nada.

Con constancia, disponibilidad, cariño, mucha esperanza de construir ese espacio seguro y la seguridad de que aquello era lo más importante de lograr, nos reuníamos cada dos semanas desde hacía casi un año.

Casi siempre costaba mucho arrancar, pero teníamos ganas de juntarnos. El saber que ese martes “tocaba” grupo nos daba mucha ternura y nos ponía muy contentos a los terapeutas.

Era tan importante que el encuadre apenas variase, que cada cambio, como por ejemplo, un festivo que alterara el calendario, parecía destruirlo todo en la siguiente sesión pero, como el barco de la historia que se relata más

adelante, el grupo seguía su curso a pesar de la tempestad.

A lo largo de las anteriores sesiones habían ido surgiendo distintas metáforas del grupo, nuestro propio idioma que señalaba la creciente identidad grupal.

Y entonces sucedió, de repente, un emergente que aglutinaba lo vertical de la historia de cada uno con la horizontalidad del grupo (Riviére, 1971).

Vicky, una de las chicas del grupo, se fijó en una frase que estaba en la pared de la consulta, frase que ya llevaba allí mucho tiempo, pero que en aquel momento se iluminó e inició un proyecto que marcó la senda de nuestra próxima tarea explícita del grupo:

“Los científicos dicen que estamos hechos de átomos, pero a mí un pajarito me contó que estamos hechos de historias”
(Galeano, 2010)

– Entonces, ¿yo también estoy hecha de mis historias?

Y por primera vez comenzó a relatar parte de la suya, de su viaje, el largo y duro trayecto que había tenido que recorrer hasta llegar allí.

Todos escuchábamos atentos, absortos, disfrutando de la magia de poder estar viviendo juntos aquel momento.

Con su relato nos transportó, como los antiguos narradores de historias, a su universo, a sus vivencias, a sus emociones en aquel duro camino que a veces acompañada, pero casi siempre sola, había tenido que recorrer en sus pocos años de vida.

Escapar de otro país, sueños de una vida mejor, un duro viaje en patera, un país extraño, otro idioma, choques culturales, dificultades con su propia familia, no ser bientratada o bienquerida, abandonos, servicios sociales, centros, rabia, desesperación, búsqueda de afecto, momentos donde parecía perderse la

cordura, pero sobre todo mucha mucha resiliencia y fortaleza.

Ella, tan generosa como cuando ofrecía sus abrazos a quien lo necesitaba en el grupo, compartió parte de su viaje con nosotros, pero no solo hizo eso, sino que creó el escenario para que todos sus compañeros pudieran hacerlo también.

Y cada uno habló de su propio viaje, tan diferentes y tan parecidos.

Y así lo vertical dio paso a lo horizontal y empezamos a hablar del viaje recorrido juntos en aquellos meses, en aquel lugar.

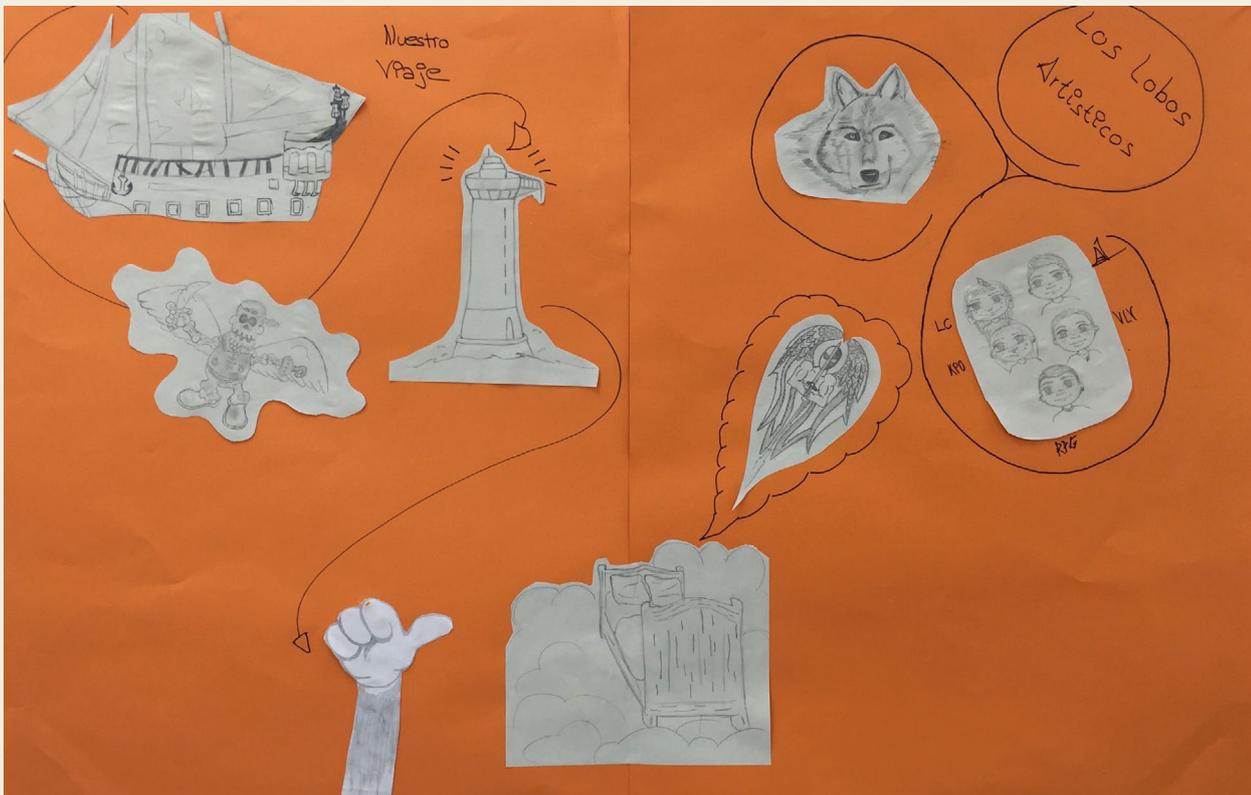
Sentimos tan trascendente lo ocurrido, que decidimos darle forma, simbolizarlo para que permaneciera.

Además de por las historias difíciles que todos ellos habían tenido que transitar, los chicos del grupo tienen otras muchas características comunes, una de ellas es que comparten una gran capacidad artística.

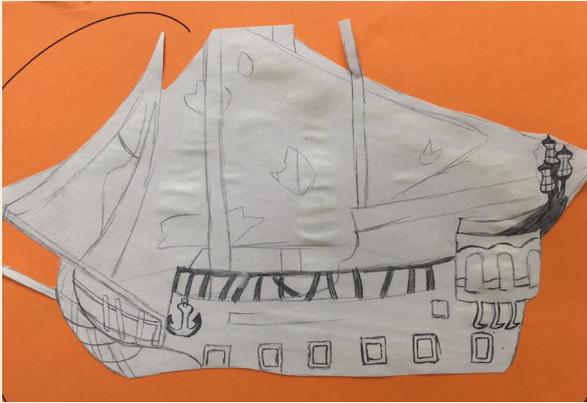
Se distribuyeron los roles, Vicky siguió armando el guion de la historia y los demás comenzaron a dibujar. El habitual círculo de las sillas en las sesiones se deshizo, juntamos unas mesas y pusimos música.

Elegimos varias de estas metáforas del grupo que nos habían servido para simbolizar sensaciones y emociones previamente y los artistas comenzaron a dibujarlas:

“El viaje en grupo de los lobos artísticos”



“Nuestro viaje juntos” / Álvaro



Símbolo del emergente que desencadenó todo. El viaje vertical (la historia de cada uno) y el viaje horizontal (el viaje juntos en el grupo).

“El viaje de todos, juntamos todas nuestras historias para sacar una que además es la nuestra en el grupo”.

“Tú, el barco solo en el océano”.

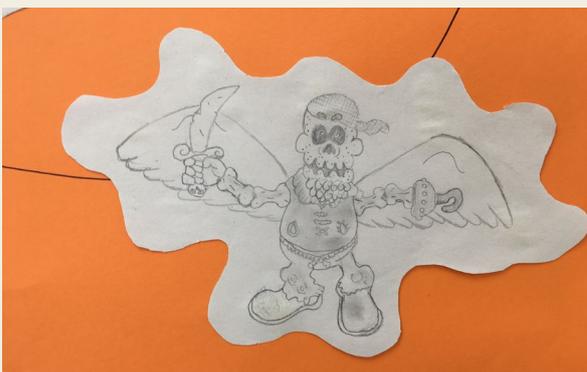
“El mar está agitado, pero a pesar de todo sigues adelante”.

“Miedo en el viaje a que el barco (uno mismo) se deshaga por completo, ¿tendré fortaleza?”.

“Barco en el que hemos sufrido mucho”.

“La primera impresión es que no da confianza ni seguridad, incertidumbre, miedo a lo desconocido” (¿primeras sesiones en el grupo?).

“Demonio” / Álvaro, Rubén



La rabia, el enfado, la destrucción. El síntoma que en la mayoría de los casos los condujo hasta nuestra unidad siendo parte sustancial de su historia.

“Parte mala (aun así, también parte buena que no se ve, representada en las alas)”.

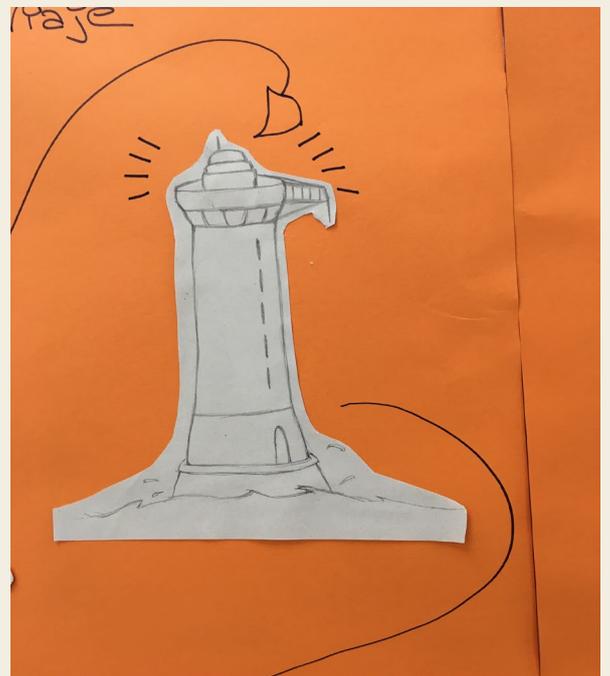
“En las manos se ve su forma de relacionarse, pegando”.

“Siempre enfadado, por fuera todo odio y por dentro todo dolor”.

“Por fuera parece fuerte, pero si miras a los ojos están vacíos: soledad, tristeza y enfado, que muchas veces lo llevan a buscar maneras de destruirse (Ej.: drogas, alcohol, autolesiones...)”.

“No se podía calmar ese enfado hasta que encontró la luz que lo guio al comportamiento bueno”.

“Faro” / Vicky



Una luz que guía para no estrellarse (¿el grupo?), y que siempre aparece hasta en situaciones complejas, eso sí, hay que buscarla.

“Una luz para no estar solo”.

“Un espacio donde te entienden, no te juzgan”.

“Da miedo que se apague”.

“Los demás significativos, como por ejemplo los padres o cuidadores, pueden ser luz u oscuridad que te hace daño”.

“La esperanza de cada uno”.

“Mano” / Kobra



La ayuda ofrecida por los demás y de uno a los demás, una mano que se ofrece y no siempre se puede agarrar pero que allí sigue para poder levantarse, para no despeñarse.

“Aparte de la esperanza que da la luz, representa a la gente, estar acompañado, pedir ayuda, dejarse ayudar”.

“Cama” / Álvaro



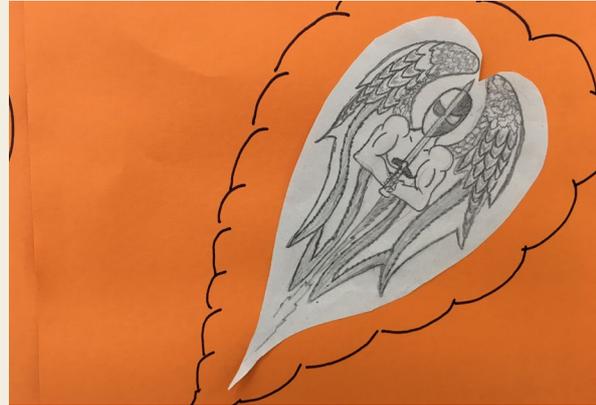
Su refugio, un espacio seguro entre las nubes, el rincón donde estar, donde poder ponerse triste

(¿del rincón de cada uno al espacio grupal?).

“Estar en tu nube tranquilo”.

“Te elevas a otro sitio, a otro mundo”.

“Ángel/Demonio” / Rubén



El cambio, esa parte enfadada puede mostrar otra cara más amable, más confiada. La dualidad del ángel y el demonio.

“Lleva una espada para luchar contra la parte mala”.

“Tiene una parte blanca que ilumina el faro”.

“Se cuida mucho mejor, está más fuerte que el demonio”.

“Alas mejor formadas”.

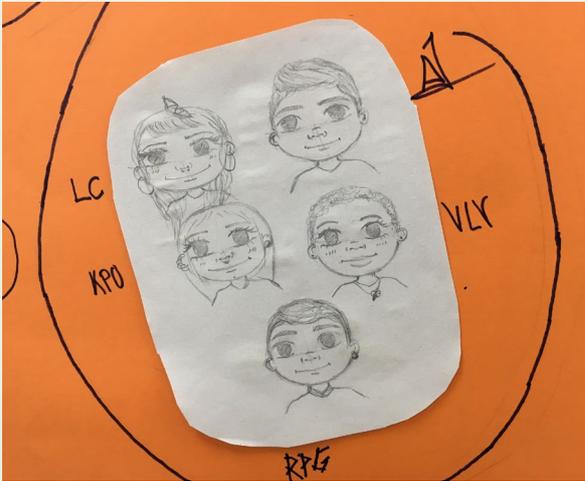
“Sigue teniendo su parte oscura, como todos”.

“Lobo” / Laura Camila



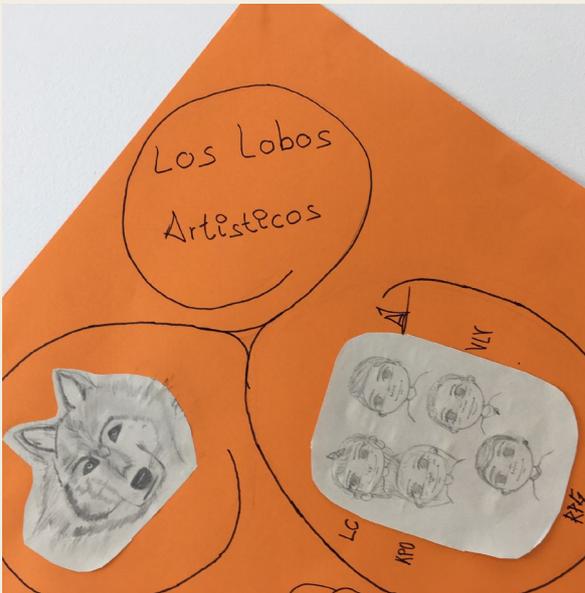
Familia, lealtad, el animal en el que se sienten reflejados y que está grabado en la piel de muchos de ellos mediante un tatuaje.

“La manada” / Kobra



El lobo ya no está solo, ha encontrado su manada.

“La espiral” / Todos



La confianza, el crecimiento juntos.

“Está abierto para que si lo necesitan puedan entrar otros lobos desorientados”.

El relato de nuestro viaje hasta allí estaba casi armado, la historia se escribió casi sola, pero nuestra guionista la relató de nuevo dándole armonía, coherencia y belleza.

No recordamos sus palabras exactas y creo que nunca seríamos capaces de reproducirlas ni de aproximarnos, por tanto, reescribimos la historia a partir de nuestra propia subjetividad.

“Hay un barco que representa nuestro viaje en la vida y aquí juntos, antes estábamos siempre muy enfadados, la pagábamos con cualquiera, nos habían hecho daño, no nos fiábamos de nadie, eso nos traía muchos problemas y nos alejaba aún más de los demás, en muchos casos tuvo consecuencias muy negativas, como por ejemplo centros de reforma. Eso viene representado por ese diablo enfadado.

Pero en medio de toda esa oscuridad, en plena tormenta, vimos un faro, una luz que nos guiaba, que nos mostraba la tierra y donde estaban los peligros. Dentro de toda esa tormenta también querían ayudarnos, nos ofrecían una mano y nosotros mismos éramos una mano que ayudaba.

Había momentos, muchos, que necesitábamos estar en nuestro rincón seguro, en nuestra nube, donde poder desahogarse, llorar, estar triste. Era nuestro refugio donde poder ser. Eso lo representa esa cama en medio de esas nubes.

Con esa luz y esa mano y teniendo nuestro refugio, el demonio pudo en parte no estar siempre tan enfadado, poder relacionarnos de otras maneras y poder ver la parte positiva y bondadosa de las situaciones y de las personas.

Todos somos un poco lobos (leales, fieles, solitarios), pero ya no estábamos solos, habíamos encontrado a nuestra manada, la de los Lobos Artísticos”.

CONCLUSIONES

En esta etapa final del grupo todos formamos parte de la narración de esta historia. Ni todo permanece inalterable, como diría Parménides, ni todo cambia totalmente, como diría Heráclito. Por tanto, al revisarla, la cambiamos, y eso nos permitió también acoger a los nuevos miembros para que así encontraran su lugar en este espacio y pudieran formar parte de esta historia (se simbolizó en pintar unas flechas que no estaban en el trabajo inicial).

Consideramos que la psicoterapia grupal puede ser un poderoso instrumento en nuestra labor asistencial. Hemos de intentar crear una terapia nueva para cada paciente (Yalom, 2019).

En palabras de Winnicott “lo que hace que el individuo sienta que la vida vale la pena de vivirse es, más que ninguna otra cosa, la apercepción creadora, vivir en forma creadora es un estado saludable” (Winnicott, 1996).

Bibliografía

- Bowlby, J. (1989). *Una base segura*. Paidós.
- Erikson, E. H. (2012). *El ciclo vital completado*. Planeta.
- Galeano, E. H. (2010). *El libro de los abrazos*. Siglo XXI de España Editores, S.A.
- Gutman, L. (2013). *La maternidad y el encuentro con la propia sombra*. Del Nuevo Extremo.
- Jung, C. G. (2009). *Arquetipos e inconsciente colectivo*. Paidós.
- Rivière, E. P. (1971). *El proceso grupal*. Ediciones Nueva Visión.
- Vinogradov, S. & Yalom, I. D. (1996). *Guía breve de psicoterapia de grupo*. Paidós.
- Winnicott, D. W. (1996). *Realidad y juego*. Gedisa.
- Yalom, I. D. (2019). *El Don de la Terapia*. Planeta.



CASO 4

NADIE ESTÁ DE MI PARTE: UN CASO CLÍNICO DEL PAPEL DEL ABUSO EN LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Natalia Seijo

Psicóloga Sanitaria e Psicoterapeuta
Centro de psicoterapia y trauma

seijonatalia@gmail.com

SUMARIO

GALLEGO

RESUMEN

Los trastornos alimentarios están considerados entre los más difíciles de tratar y con el mayor índice de mortalidad entre los trastornos mentales (Agras, 2001). Entre ellos, la anorexia nerviosa es uno de los diagnósticos psiquiátricos con una tasa más elevada de mortalidad (Arcelus et al., 2011). En un estudio longitudinal llevado a cabo por Bulkin et al. (2007), desde el año 1980 al 2005, se vio que aplicar medicación y trabajar con la conducta aporta resultados poco concluyentes (Openshaw et al. 2004). Si los trastornos alimentarios dependiesen únicamente de la comida tendría sentido que cambiando las conductas alimentarias resultase sencillo salir del trastorno. Sin embargo, desafortunadamente no suele ser así. El caso clínico que aquí se desarrolla es un claro ejemplo de la relación entre los trastornos alimentarios y trauma, en particular el abuso sexual, emocional, de poder y maltrato físico.

PALABRAS CLAVE — trastorno alimentario, anorexia nerviosa, abuso, psicoterapia.

ABSTRACT

Eating disorders are considered among the most difficult to treat and have the highest mortality rate among mental disorders. (Agras, 2001). Among them, anorexia nervosa is one of the psychiatric diagnoses with the highest rate (Arcelus et al., 2011). In a longitudinal study conducted by Bulkin et al., (2007) from 1980 to 2005, it was found that applying medication and working with behavior yielded inconclusive results (Openshaw, et al. 2004). If eating disorders were solely dependent on food, it would make sense that changing eating behaviors would be easy to get out of the disorder. Unfortunately, however, this is often not the case. The clinical case developed here is a clear example of the relationship between eating disorders and trauma, particularly sexual, emotional, and power abuse and physical abuse.

KEY WORDS — eating disorder, anorexia nervosa, abuse, psychotherapy.

INTRODUCCIÓN

En EE. UU., la anorexia nerviosa supone ya la tercera enfermedad crónica más frecuente entre mujeres adolescentes, después de la obesidad y el asma. En España, los últimos estudios realizados coinciden en señalar una tasa de prevalencia de casos de trastornos alimentarios en población adolescente de alrededor del 4,1 - 4,5%.

En el DSM-IV-TR (APA, 2000) se establecía una prevalencia vital de la anorexia nerviosa para las mujeres de aproximadamente un 0,5% (DSM- IV-TR, 2000), siendo para los hombres una décima parte de la de las mujeres. En el actual DSM-5 (APA, 2013), queda reflejada una prevalencia a los 12 meses de la anorexia nerviosa entre mujeres jóvenes de, aproximadamente, el 0,4 % y se especifica que, en el caso de los hombres, es menos común que entre las mujeres, y se mantiene la proporción señalada en el DSM-IV-TR (APA, 2000) de 10:1.

El DSM-IV-TR (APA, 2000) indica una prevalencia de la bulimia nerviosa entre las adolescentes y jóvenes adultas de aproximadamente el 1-3%, siendo diez veces menor en los hombres. Esta patología aparece sobre todo en los países industrializados y, dentro de ellos, en el sexo femenino, constituyendo al menos un 90% de los casos la proporción señalada en el DSM-IV-TR (APA, 2000) de 10:1.

El DSM-5 (APA, 2013) indica que la prevalencia a 12 meses del trastorno por atracón en adultos (18 o más años) es del 1,6% en mujeres y del 0,8% en hombres. Del mismo modo, señala que el trastorno es más prevalente en aquellos que están buscando perder peso que en la población general.

La letalidad de los trastornos alimentarios es la más alta entre las detectadas por trastornos psiquiátricos. En concreto, la anorexia se sitúa en torno al 0,3%, la bulimia en el 0,8% y el TCA no especificado en torno al 3,1% de

la población femenina de entre 12 y 21 años. Si consideramos la totalidad del espectro teniendo en cuenta las formas más leves, la estimación de la frecuencia es mucho mayor y se sitúa entre el 11-16%.

Estudios recientes relacionan el trastorno de estrés postraumático con los trastornos alimentarios. Se muestran resultados de aproximadamente un 75% de mujeres en tratamiento psicológico que admitían padecer algún tipo de trauma. El abuso sexual y el emocional son los que con más frecuencia aparecen en estas pacientes (Steiger, H. et al, 2009; Chou, K.L. et al., 2012; Burns, 2012; Grillo y Masheb, 2001).

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Paciente de 29 años con estudios medios. Natural del norte de Galicia. Actualmente empleada en un centro infantil. Convive con su pareja desde hace varios años. Proviene de una familia de la zona rural. Madre ama de casa y padre trabajador en una fábrica local. Sus relaciones sociales han mejorado tras el trabajo en terapia y ha aprendido a establecer vínculos saludables desde entonces.

MOTIVO DE CONSULTA

La paciente solicita consulta para reforzar sus habilidades sociales siguiendo recomendaciones de la unidad de trastornos alimentarios en donde estaba siendo tratada desde hacía doce años por un diagnóstico de anorexia nerviosa grave que padecía desde la pubertad. Los problemas con la comida continuaban, aunque ya fuera de riesgo, y asociados a la sobreingesta y fobias alimentarias como secuela de los años de restricción.

En la recogida de historia la paciente describe problemas con la comida y el cuerpo desde la

infancia, cuenta como ya en los primeros años de colegio la insultaban haciendo referencia al peso. A los 13 años comienza a desarrollar una anorexia nerviosa restrictiva que dura toda la adolescencia y parte de la edad adulta. En su historia médica se describen tres intentos de suicidio por los que tiene que ser ingresada y nueve hospitalizaciones de riesgo en unidad especializada debido al infrapeso y en los que es alimentada por sonda por su negativa a comer. Aparecen abusos sexuales en la infancia, abuso emocional y abuso físico por parte de la familia y abuso de poder en los diferentes ingresos. La paciente describe como traumáticos los comportamientos y trato recibido por parte de cuidadores y profesionales en la unidad.

El primer tratamiento se desarrolla en una unidad de trastornos alimentarios durante 12 años en los cuales se regulan las pautas y conductas alimentarias, medicación y se chequea con la familia que se cumplan las normas establecidas por los profesionales.

Durante la recogida de historia algo importante a mencionar, ya que es una de las claves del tratamiento, es la reacción de sorpresa de la paciente cuando se le pregunta si ha sufrido abusos sexuales. Responde con sorpresa ya que dice ser la primera vez que alguien le pregunta y muestra interés en saber lo que le había ocurrido. Al hilo de este comentario se le pide que describa, si es posible, hasta donde pueda, lo ocurrido. Describe abusos sexuales en la infancia desde los 5 a los 10 años de edad por parte de un amigo de la familia. Dice que había intentado contar los abusos a lo largo de los años. El primero a los 7 años a su madre, pero esta disculpa al abusador asociando sus comportamientos a su reciente viudez. Hace un segundo intento de contar sus abusos, esta vez a su terapeuta en la unidad en la que es tratada, y la respuesta que obtiene de esta es que el pasado mejor no tocarlo ya que de hacerlo podría alterar su conducta con la comida y nada cambiaría porque el pasado, pasado está.

Desde la segunda o tercera sesión se hace clara la creencia “nadie está de mi parte”, provocada por la acomodación al abuso como resultado de años de indefensión ante los intentos infructuosos de pedir ayuda. El síndrome de acomodación al abuso sexual infantil (SAASI) (Summit, R., 1983), describe una secuencia característica de cinco fases; secreto, desamparo, acomodación, desvelamiento tardío y retractación, que es común en aquellas víctimas de abuso sexual crónico cometido por personas allegadas.

La estructura de sumisión y subyugación ante la vida responde a la acomodación al abuso y dejan una gran huella en su experiencia interna alrededor de lo que se conforma el trastorno alimentario. Los diferentes abusos de los que es víctima se inician en los primeros años de vida con bullying en la escuela, el abuso sexual, el abuso emocional en casa a través de la culpabilización y chantaje emocional. Relata además en la familia episodios de agresiones físicas en la infancia en donde en una ocasión pide pan antes de comer y su madre, mientras la hacía sentir responsable de lo demandante de su actitud, le metía la miga de pan en la boca hasta que consigue hacerla vomitar.

En las últimas etapas del tratamiento, surge el abuso de poder asociado a los ingresos en la unidad. Relata episodios en los que se siente humillada y poco respetada. En otros, como en una ocasión en la que es atada de pies y manos durante una semana en una cama, privada de total movilidad con gran miedo y confusión sin saber qué había hecho para que hubiesen tomado esa medida tan agresiva. Una vez más nombra que, a pesar de que se lo cuenta a su familia, “nadie se puso de su parte” y nadie hizo nada.

OBJETIVOS

- Fomentar una relación terapéutica de apego seguro para promover la confianza.

- Estabilizar y regular a nivel emocional como a nivel alimentario.
- Recursos cognitivos, emocionales y somáticos para el trabajo de regulación.
- Promover hábitos de vida saludables; comida, sueño, habilidades sociales y actividades del día a día.
- Procesar las diferentes situaciones adversas y traumas como resultado de los abusos sufridos.
- Integrar las circunstancias de vida en donde se pueda reparar el “nadie está de mi parte” por la creencia que la sustituye “de mi parte estoy yo”.

INTERVENCIÓN

Las hospitalizaciones son un motivo de trabajo en terapia debido a lo agresivo que resultan para la paciente las estancias en el hospital. Por el trato que allí describe haber recibido y por lo complicado de la alimentación enteral por sonda debido a su absoluta negación a comer.

En un primer momento, el tratamiento se focaliza en la relación terapéutica para promover a través del vínculo el que finalmente haya alguien de su parte. A través del vínculo se refuerza todo el trabajo con la confianza. Se comienza a reparar el apego que está muy dañado a cause de los traumas de traición, humillación y el miedo al abandono que describe a lo largo de la recogida de historia como resultado de las experiencias vividas.

En cuanto comienza el trabajo en terapia aparecen muy rápidamente los abusos, ya que la paciente llevaba años esperando poder abordarlos. En un primer momento, se hace un trabajo de estabilización para calmar todo el dolor emocional que acompaña a las experiencias que describe y el tiempo que llevan acumuladas sin posibilidad de haber sido externalizadas. Surge, además, frustración y rabia por la desconexión del dolor, que la pa-

ciente anulaba a través del control de la comida. Los diferentes intentos de suicidio para frenar los recurrentes flashback que sufría a lo largo del tiempo asociados a situaciones que le recordaban de una manera u otra lo vivido. La relación del trastorno alimentario con los abusos sexuales era obvia para la paciente, siempre lo había sabido, pero nunca lo había podido nombrar porque nunca le habían dado la posibilidad para hacerlo. Eso la conectaba con un sentimiento de injusticia y de tiempo perdido. Años de vida enferma que nadie le iba a devolver por no haberle dado la posibilidad de ser escuchada.

Se va liberando el trauma y el entorno familiar y los profesionales que continúan su seguimiento empiezan a tachar de no válida la terapia aludiendo nuevamente al hecho de que no es bueno para ella sacar todo lo que lleva dentro obviando que el trastorno alimentario, que aún se mantenía, su fobia a la comida y su estado de desconexión en la relación con los demás estaban directamente asociados a los traumas vividos.

Se consigue que pueda continuar en terapia y comienza el trabajo de estabilización y regulación a través de recursos. Aprende estrategias de autorregulación, psicoeducación para la identificación de los indicadores de desconexión que puedan surgir. Estrategias de recursos somáticos que le conecten con el presente y enraizamiento. Todas ellas destinadas a que aprenda a utilizar estrategias saludables, en lugar de recurrir a la comida o a la restricción de la misma como manera de regularse.

Cuando se consigue la estabilización, el trabajo continúa a través de la comida ya que todavía representa para ella un refugio seguro. Se elabora la desidentificación de la comida como refugio seguro. Se procesan los aspectos más fóbicos con la comida asociados a los alimentos que estuvo forzada a comer durante años debido al trastorno alimentario; las sensaciones, olores, las texturas y las situaciones asociadas a ellos, a los que reacciona, y que le

hacen incapaz de comer y cocinar complicando sus hábitos alimentarios y repercutiendo a nivel físico, familiar y social.

Poder identificar que ella llevaba el control de las sesiones, es decir, hasta dónde podíamos o no llegar, fue importante para ella. Localizar un lugar interno donde ella pudiera decir: “creo que está siendo demasiado” o no. Se expande su ventana de tolerancia en el trabajo con el trauma respetando su propio ritmo. De manera que se respeta en todo momento en terapia, hasta dónde se puede llegar y hasta dónde puede llegar a ser demasiado y abrumar a la paciente.

Una vez la paciente se siente preparada, se empiezan a trabajar todos los hechos traumáticos en su vida.

Esta intervención de elaboración del trauma se hace en tres bloques:

– **Abuso sexual:** flashbacks, disparadores actuales presentes que la llevan al abuso. El vínculo terapéutico como refuerzo para sentir el apoyo de contar el trauma. Recursos de calma y presentificación.

Primero se empieza a trabajar el abuso sexual porque es el que más urge y constantemente empieza a surgir a través de flashbacks, a través de situaciones de vida actuales que disparan el trauma. Situaciones, por ejemplo, en las que ella siente que no están de su parte conectándola con las situaciones en las que ella quiso contar lo que le sucedió de pequeña, su madre no la escuchó y debido a lo cual se siguen sucediendo los abusos.

Otro disparador del trauma también fue que la terapeuta no la escuchó porque le conecta con lo injustamente tratada que había sido en su vida.

Una vez se empieza a trabajar con este trauma, se procesan todas las escenas que van surgiendo del abuso sexual. Esta parte del tratamiento es lenta, ya que se procede despacio para no sobrepasar la ventana de tolerancia de la paciente.

– **Abuso emocional.** Culpa, apego: madre culpabilizadora y negadora.

Madre ambivalente con dificultad para mostrar emociones. Mantiene una relación fría con la paciente. En este bloque se procesan las situaciones de vida en las que la culpa es utilizada como estrategia de control. Se procesan los intentos de suicidio graves y la culpa asociada a ellos. Se trabaja también la culpa por haberle roto la vida a sus padres. Información que recibe frecuentemente y daña a la paciente. Lo más complicado era ver cómo todo el trauma complejo que ella sufría no era visto ni entendido de pequeña ni de mayor. Momentos en la mesa con experiencias disociativas durante horas delante del plato sin poder levantarse.

Esta parte de la terapia asociada con el trauma emocional fue muy importante para la paciente. Gran parte del problema de habilidades sociales que se presentaba como motivo de consulta estaba relacionado con la culpa vivida, con toda la herida de apego: madre con defensa por negación, grandes dificultades para asumir responsabilidades y carencias para validar.

– **Abuso de poder.** Momentos de mucho miedo asociados a cuando la atan en la unidad, las situaciones con la sonda, las faltas de respeto, acusaciones de ser mentirosa y manipuladora.

Hubo que trabajar todo lo que la paciente sufrió en la unidad. El episodio de cuando la atan de pies y manos con la justificación de ser una persona peligrosa. Describe cómo la tienen durante una semana con unos niveles de ansiedad muy altos mirando para el techo. Estas situaciones suponen momentos dolorosos para la paciente, ya que describe que se conectaban con los abusos sexuales que había sufrido, con los cuales tampoco nadie había estado de su parte. Cuenta cómo sus padres no la apoyaron ni defendieron respecto a lo ocurrido en la Unidad, a pesar de ser conocedores de que este tipo de conductas estaban teniendo lugar. Igual que cuando era pequeña

y el abusador estaba abusando de ella en el salón, la madre estaba en la cocina y tampoco había hecho nada para ayudarla en aquella situación.

Cómo la culpa es utilizada como una estrategia de control. Cuando quieren tenerla controlada o ejercer algún tipo de autoridad la hacen sentir culpable. Sobre todo, se acentúa más cuando se enferma ya que la hacen responsable única y exclusiva de todo lo que le ocurre.

CONCLUSIONES

A través de este caso, se pone de manifiesto la importancia de los abusos (físico, emocional, sexual y de poder) en el desarrollo, mantenimiento y tratamiento de los trastornos alimentarios. Durante la entrevista clínica las preguntas han de ser concretas acerca de los diferentes tipos de abuso. Se han de incluir también preguntas sobre miradas o comportamientos que hayan podido ser molestas, agresivas o intimidantes para la paciente. El abordaje de los abusos sufridos resulta la piedra angular en el tratamiento de estos trastornos, sin obviar la ventana de tolerancia emocional de la persona que determina su capacidad para gestionar el trabajo que se ha de ir desarrollando en terapia, al igual que con los diferentes traumas asociados al abuso.

Del mismo modo, se ha de tener en cuenta la vinculación y la confianza con las personas que padecen estos trastornos, ya que en múltiples ocasiones se les tacha de mentirosas y manipuladoras. Esto resulta en una visión negativa hacia los/as pacientes y que impide diferenciar la experiencia disociativa, que funciona como una necesidad del/de la paciente para desconectarse de todo lo que llevan dentro que no han podido exteriorizar y lo ha puesto en la comida, en sus diferentes presentaciones diagnósticas que representan los trastornos alimentarios.

Referencias bibliográficas

Agras, W. S. (2001). The consequences and costs of the eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 24(2), 371-379.

Arcelus, J., Mitchell, A. J., Wales, J. y Nielsen, S. (2011). Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: a meta-analysis of 36 studies. *Archives of general psychiatry*, 68(7), 724-731.

American Psychiatric Association (APA). (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona, Masson.

Diagnostic, A. P. A. (2013). *Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5™*.

Arlington. VA American Psychiatric Publishing.

Burns, E. E., Fischer, S., Jackson, J. L. y Harding, H. G. (2012). Deficits in emotion regulation mediate the relationship between childhood abuse and later eating disorder symptoms. *Child abuse & neglect*, 36(1), 32-39.

Grilo, C. M., Masheb, R. M. y Berman, M. (2001). Subtyping women with bulimia nervosa along dietary and negative affect dimensions: A replication in a treatment-seeking sample. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 6(1), 53-58.

Openshaw, C., Waller, G. y Sperlinger, D. (2004). Group cognitive-behavior therapy for bulimia nervosa: Statistical versus clinical significance of changes in symptoms across treatment. *International Journal of Eating Disorders*, 36(4), 363-375.

R. Steiger, H., Richardson, J., Schmitz, N., Israel, M., Bruce, K. R. y Gauvin, L. (2010). Trait-defined eating-disorder subtypes and history of childhood abuse. *International Journal of Eating Disorders*, 43(5), 428-432.

Summit, R. C. (1983). The child sexual abuse accommodation syndrome. *Child abuse & neglect*, 7(2), 177-193.



CASO 5

TRANSFORMAR UN ESPACIO DE IRA, DOLOR Y VULNERABILIDADES EN ACOMPAÑAMIENTO, RESPECTO Y SEGURIDAD

Daniel Idoate Calderón

Psicólogo Interno Residente en Psicología Clínica
Área Sanitaria de Pontevedra- O Salnés
daniel_idoate@hotmail.com

Marta Díaz Varela

Médica Interna Residente en Psiquiatría
Área Sanitaria de Pontevedra- O Salnés
diazvarelamarta@gmail.com

SUMARIO

GALLEGO

RESUMEN

El hospital está formado por una amalgama de redes comportamentales y sociales y así mismo de personas con sus características y peculiaridades. Se trata también de un lugar conocido y frecuente para el personal que trabaja allí pero un lugar desconocido, que alberga incertidumbre, falta de control, sufrimiento y un sinfín de emociones para pacientes y familiares. Jorge es un paciente que ingresa en el hospital por una herida profunda en el pie que se vio complicada por su diabetes tipo I. La atención que se le proporcionó fue dentro de un modelo integral y holístico ya que, aparte de la atención física, hubo que atender aspectos psicológicos derivados de la hospitalización. Es por ello que el personal sanitario tuvo que empatizar con su sufrimiento, validar sus emociones, respetar sus tiempos y ofrecerle una estancia lo más agradable posible atendiendo su salud al completo.

PALABRAS CLAVE — Psicología clínica y psiquiatría de enlace. Interconsulta hospitalaria. Pérdida de control. Irritabilidad. Diabetes mellitus.

ABSTRACT

The hospital is formed by a combination of behaviors and people with their characteristics. The hospital is also a space well-known and usual for the staff but an unknown space with uncertainty, chaos, suffering and infinite emotions for patients and their family. Jorge is a patient who was hospitalized due to a deep wound with complications because of his Diabetes type I. The staff assisted this patient in a whole way because there are, as well as physical symptoms, psychological aspects in relationship with the hospitalization. Thus, the staff had to show empathy, to validate their emotions, to respect their estafes and to offer a comfortable space as far as possible, paying attention in a whole way.

KEY WORDS — Liaison clinical psychology and psychiatry. Hospital consultation. Chaos. Irritability. Diabetes mellitus.

INTRODUCCIÓN

Desde hace unas décadas, la salud se comenzó a entender no solo como ausencia de enfermedad, sino como “un bienestar físico, psicológico y social que posibilita a los individuos la satisfacción de sus necesidades, la realización de sus aspiraciones y el afrontamiento adecuado de las situaciones estresantes de la vida” (O.M.S., 1978).

En contraposición a esto, se encuentra la falta de salud y, dentro de ella, la enfermedad, siendo esta, como dice Soriano et al. (2009), un cambio en “la vida habitual o cotidiana” de las personas que suele caracterizarse por una sintomatología que conlleva diversos grados de aturdimiento, dolor, molestias somáticas de diversos tipos, falta de conocimiento sobre las reacciones observadas, temor hacia lo desconocido, etc.

Weiner (1982) nos recuerda que el proceso de adaptación a la enfermedad depende de múltiples aspectos, tales como tener en cuenta el sistema de creencias de cada uno, valorar las estrategias de afrontamiento, su estilo de personalidad, qué patología presenta, conocer antecedentes previos familiares con la misma patología, conocer momentos pasados similares y cómo reacciono ante ellos, conocer sus respuestas emocionales, sus miedos y preocupaciones, sus hábitos y relaciones sociales percibidas, qué información desea o no recibir. Estas son algunas cosas a tener en cuenta a la hora de trabajar con los pacientes y familiares.

Si esta enfermedad no se puede llevar a nivel ambulatorio, se requiere la hospitalización del paciente para un mayor control y especificidad del tratamiento. Con este hecho se busca un beneficio y una curación del paciente, sin embargo, existen “efectos perjudiciales”. La hospitalización supone salir de lo conocido para la persona y supone un sometimiento (que, aunque consentido, es a la fuerza) de protocolos de actuación, horarios y ritmos del personal del hospital, etc., que conllevan una

anulación de la capacidad de decisión de sus vidas, una falta de intimidad, una falta de control sobre el futuro inmediato o lejano del paciente y allegados y una incertidumbre, entre otras cosas.

Por ello, la hospitalización es una fuente de estrés que puede conllevar sintomatología en el paciente (no causada por su enfermedad orgánica) siendo lo más habitual estados de ansiedad y de depresión.

Así pues, es necesario tener en cuenta un modelo biopsicosocial para poder tratar a la persona que ingresa y no solo la enfermedad que padece. El trabajo interdisciplinar es fundamental, ya que tener puntos de vista diferentes enriquece la forma de percibir el caso y, a pesar de no coincidir en ocasiones, se hace un abordaje holístico de la persona.

La psicología clínica y de la salud se ocupa del comportamiento humano, de los factores que lo determinan y de cómo inciden en la salud de las personas, y el hospital es, sin duda alguna, un entramado de redes comportamentales y sociales (tanto de personal sanitario como de pacientes y familiares) donde cohabitan una gran cantidad de personas con sus características, estructuras de personalidad, emociones, intereses, etc., entrelazados y relacionados unos con otros. Es función de la psicología clínica de interconsulta y enlace y de la psiquiatría de interconsulta facilitar la convivencia entre los miembros y evaluar y potenciar los recursos de los pacientes para facilitar su estancia en un momento tan difícil de su vida.

MOTIVO DE CONSULTA

Mientras estaba en la huerta, a Jorge se le cayó una piedra en el pie lo que provocó una herida bastante profunda. Lo ingresaron en la planta de traumatología del hospital donde le curaban la herida y donde permaneció ingresado durante casi dos meses. La herida se complicó con escaras necróticas y el proceso de curación

se vio dificultado por su enfermedad de base (diabetes). Por este motivo, fue necesaria la intervención quirúrgica en repetidas ocasiones para limpiar la herida. Durante dicho proceso el dolor fue insoportable, siendo necesaria la administración de analgesia oral y parenteral.

A raíz de la irritabilidad que presentaba Jorge debido a múltiples factores (miedos, dolor, falta de descanso, incertidumbre...) y que dificultaba la relación paciente-personal, los sanitarios consideraron la opción de pedir interconsulta a salud mental, cosa que Jorge aceptó.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Jorge, varón de 70 años. Casado desde hace más de 40 años. Tiene dos hijos y un nieto viviendo en Alemania. Trabajó en Alemania como técnico de laboratorio. Actualmente jubilado. Reside con su esposa en una aldea. Tiene animales de granja y huerto.

Sus antecedentes somáticos son rinitis alérgica, hipertensión arterial, dislipemia, diabetes mellitus, insuficiencia aórtica ligera, artritis reumatoide, amaurosis fugax en ojo derecho por ateromatosis carotídea e intervenido en dos ocasiones del ojo izquierdo tras traumatismo.

Por información aportada por la esposa, el paciente presenta antecedentes familiares de diabetes mellitus y de complicaciones que derivaron en amputación de miembros inferiores.

Tanto la esposa como el paciente refieren que es una persona muy perfeccionista y, en algunas circunstancias, rígido en sus planteamientos. Se describe también como una persona muy activa que, pese a estar jubilado, se mantiene todo el día trabajando en el huerto y cuidando de los animales.

OBJETIVOS

El primer objetivo que se planteó fue disminuir su nivel de irritabilidad, ya que esto le perjudicaba por dos vías; por un lado, se encontraba mal consigo mismo, “estoy enfadado conmigo mismo ya que soy bastante inquieto y por culpa de eso tuve la herida en el pie”. Por otro lado, este estado de irritabilidad provoca un rechazo tanto del personal sanitario como de su entorno familiar. Dentro de esta irritabilidad, se observó cierto grado de sintomatología depresiva (comprensible dada su situación).

Una vez atendida la parte aguda, se pasan a plantear otros objetivos. La incertidumbre de esa situación se acrecienta debido a los miedos y temores de sufrir una posible amputación del pie, aspecto que planteamos trabajar. A esto se le une la falta de control por estar en el ámbito hospitalario. Así pues, se plantea como objetivo segundo disminuir sus niveles de angustia (que se manifiestan, por ejemplo, con temblores en las manos, entre otras cosas) centrando el trabajo en la incertidumbre, los miedos y la falta de control.

Más adelante, si la evolución no fuese favorable, se trabajaría un duelo por la amputación (objetivo tercero), ya que a lo largo de la hospitalización el personal médico informó al paciente de la posibilidad de una mala evolución de las partes blandas afectadas por el trauma en relación a su proceso de enfermedad de base (diabetes mellitus).

Y como cuarto y último objetivo, se propone trabajar el empoderamiento, es decir, la forma de incentivar a la persona a la toma de control y a la responsabilidad de un exitoso manejo de su enfermedad (diabetes tipo I), ya que en este paciente observamos una tendencia a no asumir la responsabilidad en el manejo de su enfermedad y en delegar dicha tarea a su esposa. El empoderamiento es visto como un desarrollo positivo del cuidado de la diabetes que huye de la noción paternalista de cumplimiento y se dirige hacia una noción más cen-

trada en el paciente de automanejo (Scambler et al., 2014).

Con su esposa, que es quien pasa el día en la habitación con él, no nos planteamos ningún objetivo concreto ya que no observamos ninguna demanda ni nada en particular que indique nuestra intervención sobre ella.

La salud mental de interconsulta se caracteriza por ir “detrás” del paciente; acompañando, respetando y sacando poco a poco los recursos de los propios pacientes y familiares. Es por ello que los objetivos no son fijos y es necesario tener cierta flexibilidad para adaptarnos al paciente y no viceversa.

INTERVENCIÓN

El primer objetivo consistió en disminuir los niveles de irritabilidad. Para ello, observamos que existían una serie de factores en estrecha relación con dicho estado: el mal control del dolor y las dificultades para un descanso adecuado. Dado que también se observó cierta clínica depresiva se optó por pautar un anti-depresivo dual (venlafaxina) con la finalidad de mejorar la analgesia y el estado de ánimo disfórico. También se pautó un hipnótico para mejorar el sueño.

El segundo objetivo pretendía disminuir los niveles de angustia en relación a la falta de control, incertidumbre y temor a posibles consecuencias. Para ello, se consideró que era de vital importancia reducir el distrés psicológico, ya que este también puede conllevar al incumplimiento terapéutico que a su vez incrementa el riesgo de complicaciones micro y macrovasculares (Davies et al., 2006). Para ello, se trabajó la relación terapéutica: validando sus emociones, haciendo un recorrido vital, trabajando relaciones percibidas con sus familiares y amigos y señalando como su enfado, aunque muy justificado, interfería en el trato con el personal sanitario. Se dedicó tiempo a esta parte y cuando se sintió más cómodo en la re-

lación comenzaron a surgir las preguntas sobre su estado somático.

En este punto, se enlazó con el tercer objetivo: trabajar los miedos (que eran una gran fuente de la angustia). Se trabajaron muy lentamente ya que era incapaz, al principio, de verbalizarlos. Se habló sobre estos miedos de forma abstracta y conforme pasaban las sesiones él iba concretándolos más. Se habló con el personal sanitario para darles indicaciones de que fueran respondiendo poco a poco a lo que él iba preguntando, dándole tiempo para expresarse y resolver todas sus dudas.

Un último objetivo a trabajar fue el empoderamiento como forma de incentivar la toma de control y la responsabilidad de un exitoso manejo de su diabetes. Hay que recordar que el paciente manifestaba que el ingreso fue su culpa por ser tan activo y que por culpa de eso se hizo la herida en el pie. Se redefinió esta actividad como algo muy positivo, ya que esta le aportaba mucha energía y vitalidad, cosa que podía invertir en medidas de autocuidado. Se hizo una revisión de su estancia en el hospital y de las recomendaciones médicas de cara al control glucémico.

CONCLUSIONES

Los resultados indican que un adecuado manejo del paciente diabético requiere la consideración por parte de los médicos de los aspectos psicológicos y psiquiátricos por dos razones: la efectividad de la terapia en un buen grado depende de la propia conducta del paciente; y porque es considerablemente frecuente, más que en la población general, que la aparición de síntomas emocionales afecten negativamente en el curso de la diabetes (Dziemidok et al., 2011).

Por dicho motivo, la literatura respalda la necesidad de un equipo multi e interdisciplinar para el abordaje del paciente diabético que incluya un trabajador social y un psicólogo clí-

nico que asista las dificultades del paciente, no solo centrándose en el manejo de la diabetes, sino también velando por el buen funcionamiento en sus respectivas vidas siendo capaces de ejercer diferentes roles como padres, estudiantes, trabajadores, etc. (Shama Tareen et al., 2017).

Van der Fletz-Cornelis et al. concluyen que la psicoterapia combinada con las emergentes intervenciones educacionales de autocuidado debería ser la primera línea de tratamiento para la depresión en la diabetes, basado en el importante efecto de ambos sobre la depresión y el control glucémico. En cuanto a la farmacoterapia, los estudios revelan que el antidepresivo es efectivo para tratar síntomas depresivos, pero su efecto en el control glucémico depende del tipo de antidepresivo. Sin embargo, no se puede llegar a ninguna conclusión debido al pequeño número de ensayos clínicos aleatorizados doble ciego, así como al pequeño tamaño de la muestra y duración de los ensayos (Hyphantis et al., 2012).

Por todo esto, la conclusión a la que se puede llegar es que hay que entender al ser humano como un ser social, psicológico y físico y, por tanto, un abordaje en salud efectivo debe pasar por atender estas tres dimensiones de forma integral.

Referencias

Andreoulakis, E., Hyphantis, T., Kandyli D. y Iacovides, A. (2012). Depression in diabetes mellitus: a comprehensive review. *Hippokratia*. 16. 205-214.

Davies, M., Dempster M. y Malone, A. (2006). Do people with diabetes who need to talk want to talk? *Journal compilation UK, Diabetic Medicine*. 23. 917-919.

Dziemidok, P., Makara-Studzinska, M. y Mirosław, J. (2011). Diabetes and depression: a combination of civilization and life-style diseases is more than simple problem adding-literature review. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*. 18. 318-322.

O.M.S. Alma Alta (1978). *La atención primaria de salud*. Xenebra. O.M.S.

Scambler, S., Newton, P. y Asimakopoulou, K. (2014). The context of empowerment and self-care within the field of diabetes. *Health*. 18. 545-560.

Shama Tareen, R. y Tareen, K. (2017). Psychosocial aspects of diabetes management: dilemma of diabetes distress. *Transnational Pediatrics*. 17. 383-396.

Soriano, J., Monsalve, V. y Santolaya, F. J. (2009). *Guía práctica de psicología de la salud en el ámbito hospitalario*. Valencia, España. Colegio Oficial de Psicología de la Comunidad Valenciana.

Van der Fletz-Cornelis, C. M., Nuyen, J., Stoop, C., Chan, J., Jacobson. A.M., Katon, W. et al. Effect of interventions for major depressive disorder and significant depressive symptoms in patients with diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry*. 32. 380-395.

Weiner, H. (1982). Psychobiological factors in bodily disease. En T. Millon, C. Green y R. Meagher (Eds.), *Handbook of Clinical Health Psychology*. N.Y. Plenum Press.

TRABAJO PREMIADO EN LAS XXIV JORNADAS
DE PSICOLOGÍA Y SALUD DEL COPG

COMUNICACIÓN

PREVALENCIA DE LA
CONDUCTA SUICIDA
EN EL SERVICIO DE
URGENCIAS DE FERROL:
CONTRIBUCIONES
METODOLÓGICAS (MÁS
ALLÁ DE LAS CIFRAS)

Manuel Castro Bouzas

Psicólogo Clínico

Área Sanitaria de Ferrol

manuel.castro.bouzas@sergas.es

SUMARIO

GALLEGO

RESUMEN

El suicidio tiene un impacto importante en términos de muerte por causas externas. Y la conducta suicida previa aparece como uno de los más importantes factores de riesgo para el mismo. Intervenir en la misma podría afectar al número de suicidios en el ámbito comunitario. Para poder medir fiablemente el resultado de las intervenciones comunitarias hace falta tener registros de la demanda por conducta suicida. En este caso se define la conducta suicida basándose en la demanda y su ajuste a unas categorías previas, ofreciéndose datos en el Área Sanitaria de Ferrol obtenidos entre los años 2012 y 2014, obteniendo unas tasas estandarizadas entre 101,6 y 120,6 episodios de conducta suicida atendida en el Servicio de Urgencias por cada 100.000 habitantes mayores de 15 años, o de 83,2 a 97,3 episodios si atendemos a una definición de solo tentativas suicidas.

PALABRAS CLAVE — Suicidio, Conducta Suicida, Epidemiología, Urgencias

ABSTRACT

Suicide has a deep impact considering its presence among causes of death by external reasons. And previous suicidal behaviours become one of the most important risk factors to suicide. A reduction in the number of committed suicides could be affected by a specific community approach. In order to have an accuracy measure of the impact of those community interventions a requested suicidal behaviour episodes record is needed. From this point of view a request-based definition of suicidal behaviour is proposed, according their fitness to previous categories. Several data from Ferrol Health Department are provided. Between years 2012 and 2014, standardized rates of suicidal behaviour are from 101,6 to 120,6 episodes attended in Hospital Emergency Department per 100000 inhabitants over 15 years old; or from 83,2 to 97,3 episodes whether only suicide attempts are recorded.

KEY WORDS — Suicide, Suicidal Behaviour, Epidemiology, Emergencies

INTRODUCCIÓN

Los intentos de suicidio en los países occidentales se están convirtiendo en un problema asistencial de gran envergadura. Se estiman en cerca de 200.000 el número de intentos de suicidio en Francia durante el año 2002, y superando los 800.000 en los EE.UU. durante el 2005 (American Association of Suicidology, 2006). Por otra parte, los intentos de suicidio son entre 10 y 40 veces más numerosos que los suicidios consumados de acuerdo con un estudio multicéntrico realizado en varios países europeos (Platt, Bille-Brahe, Kerkhof et al., 1992).

Nuestro medio no es una excepción. En Madrid se recogieron datos de un hospital general que atendiendo un área sanitaria de 500.000 personas halla una tasa de tentativas de suicidio anual de 55,6/100.000 (Baca-García, Díaz-Sastre, Basurte et al., 2001).

En la Comunidad Autónoma de Galicia en el Área del Salnés entre los años 2005 al 2009 los datos subieron casi ininterrumpidamente desde cifras anuales parejas a la mentada del 59,6/100.000 habitantes hasta los 105,4 (Vázquez Lima, Álvarez Rodríguez, López-Rivadulla Lamas, Cruz Landeira y Abellás Álvarez, 2012). En Lugo posteriormente (años del 2007 al 2011) con tasas también crecientes desde los 76,3/100.000 hasta los 95,4/100.000 (Fernández, Begazo, Ferro y Canedo, 2013) con una tasa de suicidio consumado entre 13,33 y 20,9.

En Ferrol en un trabajo previo (De Alba et al., 2013) la tasa estimable para el año 2010 fue de 105,9/100.000 habitantes. Pero en este caso, la recogida de casos había sido de 6 meses y el seguimiento de un año.

Los datos encontrados señalan que los intentos de suicidio previos son el mejor predictor de nuevos intentos autolíticos (Cooper, Kapur, Webb et al., 2005), encontrándose un aumento progresivo de la gravedad en los mismos y, al mismo tiempo, del riesgo de suicidio consu-

mado (Malone, Haas, Sweeney y Mann, 1995). De hecho, se calcula que la probabilidad de suicidio consumado es en estas personas casi 100 veces superior al de la población general (Hawton, Fagg, 1988) y cuatro veces más frecuente en comparación con otras personas con diagnósticos de trastorno mental (Christiansen et al., 2007). Y, finalmente, un 50% de los pacientes que se suicidan había presentado previamente tentativas de suicidio (Sadock y Sadock, 2008); y el 20% de estas personas habían visitado los dispositivos de asistencia psiquiátricos en los 12 meses previos al suicidio.

A quien le preocupen las causas de mortalidad en la población no se le debe escapar el progresivo incremento de la influencia del suicidio dentro de las estadísticas que anualmente publica el Instituto Nacional de Estadística. Las tasas medias de mortalidad cifradas en España, según sus datos (INE, 1996) entre los años 1985 y 1994, se situaron en el 5,9 por 100.000 habitantes/año. Ya en el año 2006 se obtuvo que, de cada 1000 muertes, 8,7 se debieron a suicidio o heridas autoinfligidas (Bernal, Haro, Bernert, Brugha, De Graaf, Bruffaertes et al., 2007). En el año 2011 fue la primera causa externa de muerte, incrementando un 11,3% entre los años 2011 y el 2012 hasta situarse en una tasa bruta de 7,6 fallecimientos por cada 100.000 habitantes por este motivo en ese año. En Galicia se llegó por todas las causas externas (incluyéndose accidentes) a los 30 fallecimientos por cada 100.000.

Pero desde aquel entonces se alcanzó un máximo histórico (coincidiendo con un cambio en la metodología de registro) en el año 2013 (INE, 2015) con 3.870 personas (2.911 hombres y 959 mujeres) hasta las últimas cifras conocidas (INE, 2019) con 3.679 muertes (2.718 hombres y 961 mujeres) y en ningún momento se baja de los 3.500. Y desde el año 2008 los fallecimientos atribuidos a suicidio superan a los motivados por accidentes de tráfico por un claro descenso del mismo. (*Post scriptum* en el año 2018 – INE, 2020 – las cifras fueron de 3.539, 2.169 hombres y 920 mujeres). Las ci-

fras aproximadas para todo el Estado desde el año 2012 no bajaron de ese 7,6 y alcanzaron en el año 2013 la tasa bruta de 8,2 suicidios consumados por cada 100.000 habitantes.

Centrándonos en Galicia según el último informe publicado del IMELGA (año 2017) desde el año 2006 hasta 2016 hubo cada año un promedio de 339,8 muertes en el que se concluyó suicidio. Nos daría una tasa media para la población mayor de 14 años de 12,31 por cada 100.000 habitantes. En el mismo informe aparecen los datos aproximados (ya que parte de los usuarios estarían en un partido judicial, el de Betanzos, que no se incluirían aquí) sobre la población del área Sanitaria de Ferrol. Cada año, los datos nos indican un total de 27,1 fallecimientos por este motivo, y eso correspondería con una tasa bruta de 15,1 suicidios consumados por cada 100.000 habitantes mayores de 14 años. En el año 2016 la tasa estandarizada de suicidios en Galicia fue de 11,08, seguida de Asturias con el 10,89 y Murcia con 8,43 (considerar en todo el Estado la cifra de 7,46). Las más altas encontradas, no obstante, son las Lituania con 29,8; mencionar Portugal con cifras de 10 (OCDE, 2018).

Pero este peso no se ve acompañado claramente de alguna intervención o campaña con claro impacto en la población. En el año 2016 hubo en toda España 44 muertes por violencia de género, y 1.890 en accidentes de tráfico (donde es sabido que el factor humano es responsable de la inmensa mayoría de los mismos). En ese año hubo 3.569 muertes por suicidio. No hay comparación entre la inversión entre las campañas informativas y publicitarias dedicadas a estas dos situaciones dramáticas y la dedicada al suicidio. Parece que cuesta levantar el tabú, aún presente y con la carga del anatema religioso, para afrontar públicamente el reto de intervenir para disminuir (como se ha conseguido con diferente éxito en otras conductas) su peso en las cifras de mortalidad. Pero incluso directrices que buscarían mejorar el acceso a una información de calidad, a través de los medios, se ven sencillamente igno-

radas (De la Torre, López y Martínez, 2017) cuando no contrariadas. Me resulta difícil no ver tras esto una negligente ausencia de implicación en el tema.

A pesar de todo lo dicho no se han establecido procedimientos claros y con aval empírico para la detección de aquellas personas que una vez atendidas en el contexto asistencial tengan un mayor riesgo de reintento, con el peligro correspondiente. Y tampoco están desarrollados métodos claramente establecidos para la intervención con los usuarios con estas tentativas suicidas tras el alta hospitalaria (Appleby, Shaw, Amos et al., 1999), si bien hay indicios de que una mayor accesibilidad a la intervención especializada, o el estar recibéndola, tendría un efecto protector (McLean, Maxwell, Platt, Harris y Jepson, 2008).

Por lo dicho en el apartado previo pienso que resulta fácil tener una imagen clara de la gravedad del problema, si bien no lo es el encontrar información publicada comparable y sólida de la magnitud de esta situación. Problemas como la definición operativa de lo que se mide o cuál debiera ser la información recogida son una constante que, opino, no está resuelta ni clínica ni institucionalmente.

Todos estos elementos justificarían el desarrollo de actividades como las recogidas en el Plan de Prevención del Suicidio (Sergas, 2017). Y en concreto en su medida 33 recoge la necesidad de recoger y registrar los intentos de suicidio en los servicios sanitarios, poniendo en valor las bondades de contar con un protocolo para la recogida de tales tentativas. Una de las utilidades de contar con estos datos es la posibilidad de poder evaluar el impacto de cualquier medida de intervención en un territorio en parámetros relevantes (*verbi gratia*, número de tentativas suicidas atendidas, número de reintentos en un período de tiempo). Lamento decir que desde ese año seguimos

con ese plan, y con el mismo número de acciones en el global.

Ante esta situación aparecen iniciativas locales, con ese cobijo (el del Plan de Prevención) pero sin apoyo explícito (del que yo me pueda enterar). En concreto, en el Área Sanitaria de Ferrol hubo una iniciativa desde la jefatura de Servicio de Psiquiatría, que surgió de la impresión desde la práctica clínica del importante impacto local de las conductas suicidas en el Área. Los datos encontrados (Vázquez Lima, Álvarez Rodríguez, López-Rivadulla Lamas, Cruz Landeira y Abellás Álvarez, 2012; De Alba Carballo et al., 2013) parecieron avalar esa impresión.

De este modo se desarrollaron en el Área Sanitaria al menos unas pautas de actuación para garantizar en la medida de lo posible el contacto con los dispositivos asistenciales, la recogida de un conjunto básico de datos según el recogido por el protocolo MON.SU.E de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y más adelante incorporando instrumentos psicométricos (*Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*, 2010) para completar la información clínica. Para permitir la explotación de los datos se realizó un proyecto de investigación, contando con la autorización 2015/106, y que fue la base de los resultados aquí presentados.

Así que uno de los objetivos de esta comunicación es presentar la situación acerca de las diferentes definiciones sobre lo que se podría considerar tentativa suicida u otro tipo de conducta de interés para este fenómeno, ya que tal definición afectaría a aquellos aspectos de la realidad medidos. Y suministrar las cifras obtenidas en Ferrol y su evolución en los años 2012 a 2014. Esto nos permitiría en este aspecto partir de una línea base en relación con la cual poder medir la evolución y el impacto de las medidas que se habían podido ir aplicando en el medio.

DEFINICIONES

Hay definiciones como las expresadas en el dicho Plan, que van desde ‘ideas suicidas’ hasta (en esta comunicación) ‘intento de suicidio’, pasando por ‘gesto suicida’ o ‘autolesión’. Pero estas definiciones no son únicas, coexistiendo con otras como ‘parasuicidio’, *self-harm*, *near-fatal self-harm*, *deliberated self-harm*, *suicide attempted*, *suicide behaviour* y otras semejantes. De hecho, estas definiciones pueden ser tan operativas como el ítem 9 del BDI, pero sería discutible su relevancia en la práctica clínica real.

En este trabajo se consideró ‘conducta suicida’ relevante clínicamente aquella conducta relativa al suicidio que motiva la búsqueda de ayuda a los Servicios de Salud (indicio de intensidad) y que abarca desde la ideación y su comunicación (indicio de intensidad y de impacto en el entorno) hasta la comisión de una acción potencialmente peligrosa para su salud con la intención aparente de acabar con su vida (indicio de letalidad).

PROCEDIMIENTO Y RESULTADOS

El área Sanitaria de Ferrol tenía en el año 2012 una población asignada de algo más de 189.000 personas, centrando la recogida de datos en aquellos que tenían más de 14 años, lo que reducía la población objeto de estudio a casi 163.400 personas.

El Servicio de Urgencias recoge las demandas de toda el área de aquellas situaciones o patologías que exceden los recursos de los dispositivos ambulatorios, bien por las características de las demandas o por la intensidad de las mismas. Está situado en el Hospital Arquitecto Marcide, con una distancia máxima a cualquiera de los Centros de Salud o PACs de unos 70 minutos (Mañón – Cariño).

La metodología consistió en la revisión de las historias clínicas de las demandas por parte

del Servicio de Urgencias al Servicio de Psiquiatría por este motivo entre el 1 de enero de 2012 hasta el 31 de diciembre de 2014. No hubo criterios de exclusión expresos en esta recogida inicial.

URGENCIAS

En el Servicio de Urgencias se atendieron el siguiente total de demandas de atención urgente (Tabla 1):

Tabla 1

Variable	2012	2013	2014
Total de urgencias hospitalarias atendidas	33.059	30.951	31.218
Total de urgencias del Servicio de Psiquiatría	785	764	754
% de urgencias S. Psiquiatría respecto del total	2,37%	2,47%	2,41%
Episodios de conducta suicida atendidos urgencias	175	206	213
% respecto de las urgencias del S. Psiquiatría	22,3%	27%	28,2%
% respecto del total de urgencias hospitalarias	0,53%	0,67%	0,68%
Variación interanual entre datos de Urgencias	Referencia	-6,4%	-5,57%
Idem de Urgencias del Servicio de Psiquiatría	Referencia	-2,67%	-3,95%
Ídem de Episodios Urgencias Conducta Suicida	Referencia	17,7%	21,7%
Variación interanual entre datos de Urgencias		Referencia	0,86%
Idem de Urgencias del Servicio de Psiquiatría		Referencia	-1,31%
Ídem de Episodios Urgencias Conducta Suicida		Referencia	3,4%

Se observa aquí cómo los casos de conducta suicida, con una tendencia bruta creciente, evolucionan de modo contrario al total de servicios urgentes hospitalarios atendidos por el Servicio de Psiquiatría: eso se traduce en un aumento del porcentaje del 22% al 28%. Y otro tanto ocurre con el total de Urgencias (aunque en números mucho más modestos).

La evolución tomando el primer año como referencia también resulta importante. En el número total de urgencias encontramos reducciones de entorno al 3% y al 5% de las atendidas por el Servicio de Psiquiatría y de las totales del Servicio de Urgencias; en el caso de los suicidios aumentos del 17% y del 21%. Tomando el segundo año no son tan marcados, pero en líneas generales reiteran los mismos resultados: hay una disminución o estabilización del número de urgencias y un aumento en el número de conductas suicidas atendidas.

Recogiendo estos datos y tomando como referencia la población del año 2012, las tasas obtenidas de conducta suicida atendida en el Servicio de Urgencias fueron las siguientes (tabla 2):

Se observa que en las tasas podemos encontrar una variación de casi alrededor de un 7% entre las tasas brutas y las estandarizadas para Europa, siguiendo la metodología de la OMS (Boletín Epidemiológico, 2002). Y, por otra parte, cuando se elimina la categoría de ideación suicida las tasas se reducen en unos 20 puntos, manteniéndose alrededor del 6% la variación entre la bruta y la estandarizada.

La evolución, por otra parte, parece relativamente creciente con la definición de conducta suicida ya mencionada. Pero si solo atendemos a conductas con tentativa expresa, la evolución pasa de ser creciente desde el 2012 al 2013 a, posteriormente, estabilizarse o reducirse levemente.

Como se aprecia, la definición de los aspectos de la realidad recogidos (en este caso conducta suicida que incluya o no ideación) afecta sensiblemente a las cifras obtenidas. O igualmente la metodología para la obtención de las tasas (brutas frente estandarizadas). Imaginemos que alguien que quiera “vender” un resultado, diera en el año 2013 bajo el epígrafe de “tasa

Tabla 2

Variable	2012	2013	2014
Tasas* brutas conducta suicida	107,1	126,1	130,4
Tasas* estandarizadas de conducta suicida	101,6	117,5	120,6
Tasas* brutas X60-X84	87,5	107,7	105,3
Tasas* estandarizadas X60-X84	83,2	101	97,3
* casos/100.000 habitantes			

de tentativas suicidas” (o cualquier otro término aparentemente conocido por todos, pero sin una definición expresa) la cifra real de 126,1. Y, bajo el mismo epígrafe, proporcionara en el año 2014 el resultado de una “intervención”, la cifra real de 97,3. Cualquiera de nosotros exclamaría “¡Magnífico!” ante algo que es sencillamente una grosera manipulación.

Por último, añadir que una recogida estructurada de datos permitiría no solo poder acercar datos fiables y contrastables en distintos territorios, que pudieran ser monitorizados en series evolutivas; también nos permitiría un mejor conocimiento del fenómeno y de su impacto en las personas, así como cribar cuáles son los datos más relevantes y cuáles no.

CONCLUSIONES

- Hace falta contar con cifras fiables sobre las tasas de conducta suicida en un territorio para saber de dónde partimos. Y estas dependen de las definiciones explícitas que se usen y de la metodología de recogida de los datos.
- Las cifras en el Área Sanitaria de Ferrol son superiores a otras mencionadas en la literatura en otras zonas: son casi el doble de las mencionadas en Madrid, levemente superiores a las de Lugo e iguales a las recogidas previamente para Ferrol.
- Este tipo de conductas motivan, si bien no un porcentaje numérico espectacular de la actividad global del Servicio de Urgencias, sí corresponde a alrededor de una cuarta parte de la asistencia urgente hospitalaria por parte del Servicio de Psiquiatría.
- Nos permitiría conocer si intervenir en las tentativas provocaría una disminución en el suicidio consumado.

Bibliografía

American Association of Suicidology (2006). *USA Suicide: 2005 Official Final Data*. American Association of Suicidology, Wisconsin.

Appleby, L., Shaw, J., Amos, T. et al. (1999). Suicide within 12 months of contact with mental health services: national clinical survey. *BMJ Br Med J*, 318:1235-9.

Baca-García, E., Díaz-Sastre, C., Basurte, E. et al. (2001). A prospective study of the paradoxical relationship between impulsivity and lethality of suicide attempts. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62:560-4.

Bernal, M., Haro, J. M., Bernert, S., Brugha, T., De Graaf, R., Bruffaertes, R. et al. (2007). Risk factors for suicidality in Europe: results from the ESEMED study. *Journal of Affective Disorders*, 101:27-34.

Boletín Epidemiológico/Organización Panamericana de Salud (2002). La estandarización: un método epidemiológico clásico para la comparación de tasas, 23(3): 9-12.

Carter, G., Milner, A., McGill, K., Pirkis, J., Kapur, N. y Spittal, M. J. (2017). Predicting suicidal behaviours using clinical instruments: systematic review and meta-analysis of positive predictive values for risk scales. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 210(6), 387-395.

<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.182717>

Cooper, J., Kapur, N., Webb, R. et al. (2005). Suicide after deliberate self-harm: a 4-year cohort study. *American Journal of Psychiatry*; 162:297-303.

De Alba Carballo, M. R., Fernández Baz, I., Díaz Vidal, L., Martínez Hervés, M., Costas González, M. y Núñez Arias, D. (2013). Evolución de pacientes con intento de suicidio: seguimiento a un año. *Revista Gallega de Psiquiatría y Neurociencias*; 12: 20–26.

De la Torre Hernández, H.; López Cerdido, E. y Martínez Lamosa, E. (2017). Tratamiento de Noticias nun diario dixital. *Anuario de Psicología e Saúde*, 10: 96-98.

European Commission in the context of the project “Monitoring Suicidal Behaviour in Europe” (2008). *Final Report of the Implementation of the Action. Monitoring Suicidal Behaviour in Europe (MONSUE)*. Würzburg: European Commission, 2007-06-01 – 2008-06-01.

Fernández, E., Begazo, J. L., Ferro, V. y Canelo, C. (2013). Cuando el paciente suicida requiere cuidados intensivos. *Rev Gallega Psiquiatr Neurocienc.*; 12: 41-44.

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (2010). I. Evaluación y Tratamiento. *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalía-t); Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalía-t 2010/02.

Hawton, K. y Fagg, J. (1988). Suicide and other causes of death following attempted suicide. *British Journal of Psychiatry*; 152: 259-266.

López-Ibor, J. J., Pérez, A. y Rubio, V. (1996). *Examen Internacional de los trastornos de la personalidad (IPDE): Módulo DSM-IV e CIE-10*. Madrid: Meditor.

Malone, K. M., Haas, G. L., Sweeney, J. A. y Mann, J. J. (1995). Major depression and the risk of attempted suicide. *Journal of Affective Disorders*; 34:173-85.

McLean, J., Maxwell, M., Platt, S., Harris, F. y Jepson, R. (2008). *Risk and Protective Factors for Suicide and Suicidal Behaviour: A Literature Review*. Scottish Government, 145 p. (Social Research).

Mikulic, I. M., Cassullo, G. L., Crespi, M. C. y Marcon, I. A. (2009). Escala de Desesperanza BHS (A. Beck, 1974): estudio de las propiedades psicométricas y baremización de la Adaptación Argentina. *Anuario de Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires*, 16: 365-373.

Platt, S., Bille-Brahe, U. y Kerkhof, A. et al. (1992). Parasuicide in Europe: the WHO/EURO multicentre study on parasuicide. I. Introduction and preliminary analysis for 1989. *Acta Psychiatr Neurol Scand.*, 85: 97-104.

Runeson, B., Odeberg, J., Pettersson, A., Edbom, T., Jildevik Adamsson, I. y Waern, M. (2017). Instruments for the assessment of suicide risk: A systematic review evaluating the certainty of the evidence. *PloS One*, 12(7), e0180292. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0180292>

Sadock, B. J. y Sadock, V. A. (2008). Suicidio. En: Kaplan, H. I., Sadock, B. J. (ed.): *Sinopsis de Psiquiatría*. Barcelona: Wolters Kluwer Lippincott Williams & Wilkins, 897-907.

Vázquez, C. y Sanz, J. (1998). Fiabilidad y validez de la versión española del Inventario para de la Depresión de Beck de 1978 en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud*, 10(1), 59-81.

Vázquez Lima, M. J., Álvarez Rodríguez, C., López-Rivadulla Lamas, M., Cruz Landeira, A. y Abellás Álvarez, C. (2012). Análisis de los aspectos epidemiológicos de las tentativas de suicidio en un área sanitaria desde la perspectiva de un servicio de urgencias. *Emergencias*, 24, 12 -125.

TRABAJO PREMIADO EN LAS XXIV JORNADAS DE
PSICOLOGÍA Y SALUD DEL COPG

PÓSTER

EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA EN EL CADASIL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Zoraida González Cornide*, **Emma Pérez
Arbide****, **María Salomé Botana Martínez***,
Francisco Javier Sardiña Agra***

* *Residentes de Psicología Clínica.*

Área Sanitaria de Coruña y Cee

** *Residente de Psicología Clínica.*

Red de Salud Mental de Bizkaia.

*** *Facultativo Especialista de Psicología Clínica.*

Área Sanitaria de Coruña y Cee

zoraida_pastoriza@hotmail.com

SUMARIO

GALLEGO

INTRODUCCIÓN

El CADASIL (Cerebral Autosomal Dominant Arteriopathy with Subcortical Infarcts and Leukoencephalopathy) es una enfermedad hereditaria autosómica dominante de pequeño vaso causada por mutaciones en el gen NOTCH3, que afecta a adultos de mediana edad. Se caracteriza por una serie de daños en el sistema nervioso central producidos por infartos isquémicos recurrentes acompañados de lesiones difusas en la sustancia blanca e infartos subcorticales.

El análisis genético y la resonancia magnética tienen un papel crucial en el diagnóstico y la evaluación clínica de la enfermedad.

Las principales manifestaciones clínicas son los accidentes cerebrovasculares isquémicos, las migrañas con o sin aura, las alteraciones del humor, la apatía y el deterioro cognitivo.

Este se manifiesta inicialmente con una alteración de las funciones ejecutivas, la fluencia verbal y la memoria. Las habilidades visoespaciales y el razonamiento disminuyen, especialmente después de los 60 años. El declive cognitivo es lento y progresivo, sigue un curso escalonado debido a los infartos recurrentes y en un 75% de los casos deriva en demencia vascular.

OBJETIVOS

El objetivo de este estudio es comprobar si el perfil obtenido en la evaluación neuropsicológica se corresponde con los déficits cognitivos descritos en la literatura científica sobre el CADASIL y, con ello, valorar la utilidad de la evaluación neuropsicológica como coadyuvante en el diagnóstico de esta enfermedad.

MATERIAL Y MÉTODO

Se lleva a cabo un estudio de caso único (N=1). Se trata de una mujer de 52 años que acude al Programa de Evaluación Neuropsicológica derivada desde el servicio de Neurología. La evaluación neuropsicológica se realiza en tres sesiones de una hora de duración. Tras la revisión de la historia clínica y la realización de la entrevista clínica, se administró la batería cognitiva (CAMCOG-R) de la prueba de Exploración Cambridge Revisada (CAMDEX-R), el Test de Simulación de Problemas de Memoria (TOMM), la Batería de Evaluación Frontal (FAB), el Test de Retención Visual de Benton (TRVB), el subtest Dígitos de la Escala Wechsler de Inteligencia para Adultos-III (WAIS-III) y el subtest Memoria Lógica de la Escala Wechsler de Memoria-IV (WMS-IV). Tras la corrección de las pruebas, se analizaron los resultados contrastándolos con los estudios revisados.

RESULTADOS

Los resultados muestran déficits a nivel atencional, con dificultades de acceso a la información y manejo de la misma y lentitud en el procesamiento mental. Se observan asimismo dificultades en memoria inmediata y demorada (tanto verbal como visual), orientación temporoespacial, cálculo, fluidez verbal (fonética y semántica) y funciones ejecutivas, tales como el pensamiento abstracto, el razonamiento visual y el control inhibitorio.

Las habilidades perceptivas y visoconstructivas, las praxias ideacionales y el lenguaje parecen preservados.

CONCLUSIONES

El perfil neuropsicológico encontrado es sugestivo de una afectación cerebral con predominio en sustancia blanca, lo cual es

congruente con los hallazgos de las pruebas de neuroimagen y con los déficits cognitivos descritos en la investigación del CADASIL. Estos resultados apoyan la idea de que la evaluación neuropsicológica puede constituir una herramienta complementaria útil en el proceso diagnóstico de esta enfermedad.

Bibliografía

Hack,, Rutten, J. y Lesnik Oberstein, S. A. J. (2019). Synonym: Cerebral Autosomal Dominant Arteriopathy with Subcortical Infarcts and Leukoencephalopathy. Genereviews. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/>

Ling, C., Fang, X., Kong, Q., Sun, Y., Wang, B., Zhuo, Y., An, J. et al. (2019). Lenticulostriate Arteries and Basal Ganglia Changes in Cerebral Autosomal Dominant Arteriopathy With Subcortical Infarcts and Leukoencephalopathy, a High-Field MRI Study. *Frontiers in Neurology*, 10, 870.

Papakonstantinou, E., Bacopoulou, F., Brouzas, D., Megalooikonomous, V., D'Elia, D., Bongcam-Rudloff, E. y Vlachakis, D. (2019). NOTCH3 and CADASIL syndrome: a genetic and structural overview. *EMBNET journal*, 24.

Evaluación neuropsicológica en el CADASIL: a propósito de un caso.

Zoraida González Cornide¹, Emma Pérez Arbide², María Salomé Botana Martínez¹, Francisco Javier Sardiña Agra³

¹ Residente de Psicología Clínica. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

² Residente de Psicología Clínica. Red de Salud Mental de Bizkaia.

³ Facultativo Especialista de Psicología Clínica. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña.

Introducción

El CADASIL (Cerebral Autosomal Dominant Arteriopathy with Subcortical Infarcts and Leukoencephalopathy) es una enfermedad hereditaria autosómica dominante de pequeño vaso causada por mutaciones en el gen NOTCH3, que afecta a adultos de mediana edad.

Las principales manifestaciones son los accidentes cerebrovasculares isquémicos recurrentes acompañados de lesiones difusas en la sustancia blanca, las migrañas con o sin aura, las alteraciones del humor, la apatía y el deterioro cognitivo. Éste se manifiesta inicialmente con una alteración de las funciones ejecutivas, la fluencia verbal y la memoria. Las habilidades visoespaciales y el razonamiento disminuyen, especialmente después de los 60 años. El declive cognitivo es lento y progresivo, sigue un curso escalonado debido a los infartos recurrentes y en un 75% de los casos deriva en demencia vascular.

Objetivos

El objetivo de este estudio es comprobar si el perfil obtenido en la evaluación neuropsicológica se corresponde con los déficits cognitivos descritos en la literatura científica sobre el CADASIL y, con ello, valorar la utilidad de la evaluación neuropsicológica como coadyuvante en el diagnóstico de esta enfermedad.

Material y método

Estudio de caso único (N=1). Mujer de 52 años, con sospecha de CADASIL, que acude al Programa de Evaluación Neuropsicológica derivada desde el servicio de Neurología.

Tras la revisión de la historia clínica y la realización de la entrevista, se administró la batería cognitiva CAMCOG-R, el Test de Simulación de Problemas de Memoria (TOMM), la Batería de Evaluación Frontal (FAB), el test de Retención Visual de Benton (TRVB), el subtest Dígitos de la Escala Wechsler de Inteligencia para Adultos-III (WAIS-III) y el subtest Memoria Lógica de la Escala Wechsler de Memoria-IV (WMS-IV).

Bibliografía

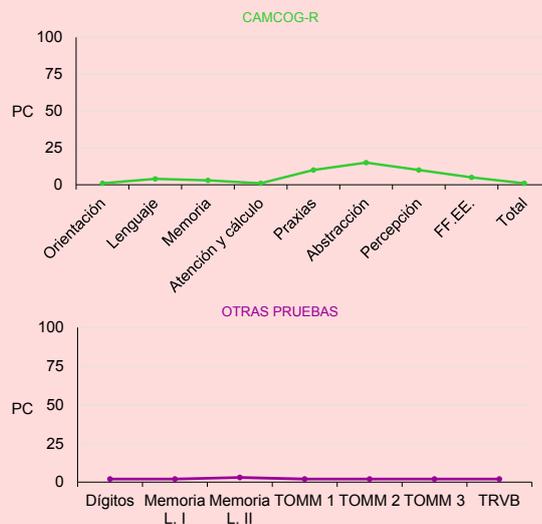
Hack, R., Rutten, J. y Lesnik Oberstein, S. A. J. (2019). Synonym: Cerebral Autosomal Dominant Arteriopathy with Subcortical Infarcts and Leukoencephalopathy. Genereviews. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/>

Ling, C., Fang, X., Kong, Q., Sun, Y., Wang, B., Zhuo, Y., An, J. et al. (2019). Lenticulostriate Arteries and Basal Ganglia Changes in Cerebral Autosomal Dominant Arteriopathy With Subcortical Infarcts and Leukoencephalopathy, a High-Field MRI Study. *Frontiers in Neurology*, 10, 870.

Papakonstantinou, E., Bacopoulou, F., Brouzas, D., Megalookonomos, V., D'Elia, D., Bongcam-Rudloff, E. y Vlachakis, D. (2019). NOTCH3 and CADASIL syndrome: a genetic and structural overview. *EMBNet journal*, 24.

Resultados

Los resultados muestran déficits a nivel atencional, con dificultades de acceso a la información y manejo de la misma y lentitud en el procesamiento mental. Se observan asimismo dificultades en memoria inmediata y demorada (tanto verbal como visual), orientación temporoespacial, cálculo, fluidez verbal (fonética y semántica) y funciones ejecutivas, tales como el pensamiento abstracto, el razonamiento visual y el control inhibitorio. Las habilidades perceptivas y visoconstructivas, las praxias ideacionales y el lenguaje parecen preservados.



Conclusiones

El perfil neuropsicológico encontrado es sugestivo de una afectación cerebral con predominio en sustancia blanca, lo cual es congruente con los hallazgos de las pruebas de neuroimagen y con los déficits cognitivos descritos en la investigación del CADASIL. Estos resultados apoyan la idea de que la evaluación neuropsicológica puede constituir una herramienta complementaria útil en el proceso diagnóstico de esta enfermedad.

Nº13 Revista Oficial de la Sección de Psicología y Salud del COPG

OBJETIVO DE LA PUBLICACIÓN

El Anuario fue, y es, una publicación abierta. Nace con el propósito de dar voz y oído, de invitar a la reflexión de los que escriben y de los que leen, sobre temas de interés para la Psicología Clínica.

Cada número se vertebra sobre un tema central, enfocado desde diversos ángulos, incluyendo áreas de conocimiento ajenas a la propia, pero que pueden aportar nuevos mapas.

PERIODICIDAD DE LA PUBLICACIÓN

Publicación de carácter anual.

NORMAS DE PUBLICACIÓN

AUTORES DE LOS ARTÍCULOS DEL MONOGRÁFICO

Los artículos serán solicitados a los autores por parte del Equipo de Redacción del Anuario, los textos deben ser originales y el estilo será libre, siguiendo el objetivo general marcado por el Equipo.

LA EXTENSIÓN máxima será de 15 páginas, letra Times New Roman, tamaño 12, interlineado sencillo.

LA ESTRUCTURA del artículo será la siguiente:

- Título.
- Autor, lugar de trabajo e e-mail de contacto.
- Resumen (150 palabras) en español o gallego y en inglés.
- Palabras clave: entre 3 y 5, en español o gallego y en inglés.
- Bibliografía estilo APA: mínimo de 5 referencias bibliográficas.

ANUARIO ABIERTO: CASOS CLÍNICOS

Se incluirán descripciones de uno o más casos clínicos que supongan una aportación al conocimiento de la psicopatología o de la intervención psicoterapéutica.

LA EXTENSIÓN máxima del texto será de 6 páginas, letra Times New Roman, tamaño 12, interlineado sencillo.

LA ESTRUCTURA del Caso Clínico deberá ser la siguiente:

- Título.
- Nombre y apellidos de los autores, centro de trabajo y un e-mail de contacto.
- Resumen (150 palabras): en gallego o español, y en inglés.
- Palabras clave: entre 3 y 5, en gallego o español, y en inglés.
- Introducción.
- Datos sociodemográficos.
- Motivo de consulta.
- Objetivos.
- Intervención.
- Conclusiones.
- Referencias bibliográficas: según la normativa de la APA, con un mínimo de 5 referencias bibliográficas.

ANUARIO ABIERTO: COMUNICACIONES LIBRES

Se incluirán trabajos originales en los que se describan trabajos de investigación o revisiones teóricas de temáticas psicológicas, desde un punto de vista clínico o asistencial.

LA EXTENSIÓN máxima del texto será de 15 páginas, letra Times New Roman, tamaño 12, interlineado sencillo.

LA ESTRUCTURA de la Comunicación Libre deberá ser la siguiente:

- Título.
- Nombre y apellidos de los autores, centro de trabajo y un e-mail de contacto.
- Resumen (150 palabras): en gallego o español, y en inglés.
- Palabras clave: entre 3 y 5, en gallego o español, y en inglés.
- Introducción.
- Conclusiones.
- Referencias bibliográficas: según la normativa de la APA, con un mínimo de 5 referencias bibliográficas.