

¿EL CALLAR ENFERMA?

por Mtra. Luisa Arzola



Al iniciar la búsqueda literaria me encuentro con la gran asociación, partiendo con una pregunta ¿Psicología igual a salud? o ¿Psicología igual a enfermedad?, cuando las intrigas que surgen a raíz del concepto en sí mismo, me doy a la tarea de buscar fuentes importantes de por qué nos enfermamos fácilmente cuando no hay un tratamiento psicoterapéutico de por medio. Eso nos llevó a una publicación donde se relaciona a la Psicología con el bienestar y este último término es usado muy comúnmente por los profesionales de la salud en cualquiera de sus áreas, incluso en concepciones místicas (Gonzalez, 2002) pero el que aquí nos compete es el psicológico, en donde se puede rescatar lo que dice (García, 2005)



Ilustraciones: Aleyda Acuña



Pero esto bien puede ser una utopía por si solo, ya que para lograr lo anterior se necesita de varias instancias, sin embargo continuaba con la incertidumbre y la asociación, si la enfermedad es realmente un medio para llegar a un camino de búsqueda de sanación inconsciente, entonces esta se debe de presentar de manera imaginaria en el cuerpo, presentandose en un trastorno que lleva por nombre "somatización y que esto dicho desde la concepción misma de la definición de la palabra según el diccionario de la real academia española que en su texto dice:

Transformar problemas psíquicos en síntomas orgánicos de manera involuntaria.

De tal forma encontramos que en la psique se deposita en muchos órganos o en una sola estructura corporal esa sensación que pulsa por salir y que de manera inconsciente no dejamos que salga, o bien puede ser consciente pero ese es tema de otro escrito, dada la definición podemos comprender que esto es un trastorno tal como lo indica según la clasificación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) es así como se necesitan ocho síntomas para dar el diagnóstico, de los cuales cuatro son dolorosos, dos gastrointestinales, un síntoma pseudoneurológico y uno sexual, los pacientes que se presentan con algún síntoma de los ya mencionados tienen que pasar por una minuciosa valoración, pero en ocasiones en el camino sólo con un analgésico se percibe mejoría, de ahí que surge un nuevo problema para el diagnóstico tal como lo dice (García, 1997). Para cuando la revisión médica llega a su fin y no se encuentra nada orgánico es ahí cuando se deriva a un tratamiento que tiene que ver con la mente; en ese momento existen dos caminos el médico y conjuntamente el psicológico, o la incredibilidad del origen de su padecimiento para lo cual en esta última instancia nos encontramos con una gran variedad para tratar aquellas patologías referidas por el paciente tales, como la ansiedad, crisis de angustia, miedos,

sensaciones de tristeza, dolores muy fuertes en algún miembro del cuerpo, problemas con la vista, incluso dentales, es entonces que nos podemos dar cuenta de la influencia que tiene el sistema nervioso central, este es lo que diferencia, entre los seres vivientes, a los animales de las plantas. Las plantas son totalmente dependientes del medio, mientras que los animales, gracias al sistema nervioso, se desplazan en el espacio que los rodea y ello les permite responder a sus necesidades.

Pero el sistema nervioso no es capaz de hacer estrategias complejas. Responde a lo más urgente, a lo innato: comer, beber, copular; a mantener la vida, a las pulsiones de autoconservación. El resto son aprendizajes y/o funciones. Este sistema nervioso será “informado” de lo que sucede mediante señales provenientes, ya sea del medio interno o del medio ambiente externo. Interviene en el procesamiento de dichas señales con sus capacidades innatas y con las aprendidas. Todo ello a fin de mantener lo que Claude Bernard llamó “la constancia de las condiciones vitales en el medio interno”, lo que Walter Cannon designó como “homeostasis” y lo que Sigmund Freud describió como “principio del placer”.

Para explicar el principio del placer como lo determina Freud en es nuevo dualismo pulsional, pulsiones de vida y pulsión de muerte. Lo cual viene a mostrar que el concepto de pulsión de muerte no se deduce automáticamente de la obra anterior de Freud, sino que más bien nace de una necesidad de la clínica difícilmente justificable por un razonamiento lógico.

Como ya sabemos, los pilares que permiten a Freud construir su pulsión de muerte son los fenómenos de la repetición, la persistencia del sufrimiento por vía del síntoma, la reacción terapéutica negativa y las neurosis de guerra. Estos fenómenos, son los elementos que Freud toma de la clínica y de la psicopatología de la vida cotidiana para elaborar ese concepto de pulsión de muerte que, por momentos, se vuelve tan oscuro, tan difícil de resolver, pero que marca un giro fundamental en la teoría psicoanalítica. Sin olvidarnos de que esta herramienta, este concepto de pulsión de muerte, es el que hace posible las teorizaciones de “Psicología de las masas y análisis del yo”, donde encontramos una concepción sobre las instituciones, sobre las masas, que marcan todos los tipos de agrupamientos humanos, incluidas las propias instituciones psicoanalíticas. Más aún, ya que la pulsión de muerte está en la base de ese texto riguroso que es “El malestar en la cultura”, donde encontramos que la condición esencialmente conflictiva de la especie humana se explica por el hecho de que es imposible la vida en comunidad sin represión de la pulsión y, al mismo tiempo, esta represión es la que produce la neurosis.

El placer freudiano es concebido, ya desde el comienzo de su obra, como una tendencia a la descarga energética y, especialmente, a la descarga de la energía sexual, que tiende a un mínimo de tensión, este origen del placer freudiano se puede leer en los textos clínicos de fines del siglo XIX, en los “Estudios sobre la histeria” por ejemplo, donde la falta de descarga orgásmica produce una invasión de tensión, una sobrecarga que produce displacer y neurosis.

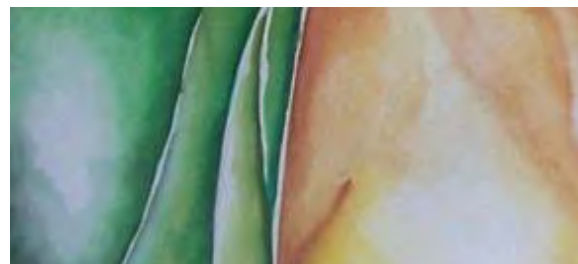
Para la estructura histórica dicha por Nasio habla de;

“...un histérico que inventa y crea lo que percibe. Él instala en el cuerpo del otro un cuerpo nuevo, tan libidinalmente intenso y fantasmático como lo es un cuerpo real, sino un cuerpo de sensación pura, abierto hacia afuera como un animal vivo, con una suerte de ameba extremadamente voraz que se estira hacia el otro...”

Nuevamente se denota cómo el cuerpo llega a ser una fuente infinita de desdicha o placer, en la concepción misma o del otro, pero se simboliza en el cuerpo, donde se utiliza como objeto que da placer, pero de manera seccionada ya que como lo dice Sigmund en lo que se refiere a las etapas de desarrollo, hablando principalmente de la primera que es la etapa oral donde el placer proviene de la boca, vinculado directamente con la sensación autoerógena, ya que como recordaremos en la primera etapa del humano, succiona su dedo pulgar para la satisfacción, en esos momentos muy primarios se observa una persona que sin el conocimiento de la palabra, la satisfacción viene de afuera hacia adentro, es decir, aún no saber que existe un medio para comunicarse y que esta es la forma verbal, donde tiene que aprender a decir lo que da goce o lo que le insatisface. Dado que en la cultura latinoamericana el respeto y la sumisión, son marcadas por conductas en las que pocas veces se logra utilizar la palabra de manera correcta ante una situación desagradable, lo que lleva a callar, dicho en otros términos, que al succionar la información esta da placer, un goce extraño ya que cuando se ve lleno de esa información tiene que salir por un lado y qué mejor que por medio del cuerpo. Cabe destacar que no se puede separar uno del otro, ni la famosa pregunta de qué es primero la palabra o el goce, o viceversa, nos introduciríamos en un origen epistemológico y lleno de incertidumbre, lo suficientemente basto para dar lugar a la palabra no es el único medio de comunicación.

La verbalización es la principal forma de comunicación humana en el proceso psicoanalítico. Por medio de la palabra el paciente informa al terapeuta sobre su vida y experiencias del pasado y del presente. La palabra es uno de los factores principales que permite la comunicación en la situación analítica.

En la recolección de la información se encontraron varios autores que manejan teorías, en las materias específicas sobre el concepto de comunicación, de las cuales se destaca, que el ser humano tiene dos formas de comunicarse las verbales y las no verbales, esta última forma de comunicación tiene varios tipos, los cuales serán mencionados a continuación.





SILENCIO.

De las formas de comunicación no verbales para fines de esta dibulgación, y que se apega con lo que se trata de demostrar es se tomara la forma del "silencio." El silencio paradójicamente, puede adquirir, matices de muy rico significado que nos muestran cómo el paciente maneja su conflicto interno, la situación terapéutica y cómo trata también de influir con esta maniobra para obligar al terapeuta a que obre en un sentido determinado. El silencio puede ser también un síntoma y representa una modalidad en el manejo del conflicto, dependiendo de la estructura psíquica por ejemplo:

Esquizofrénico.- *se retira de los objetos y el silencio revelará el desinterés y la indiferencia hacia el mundo eterno.*

Histérico.- *puede representar la manipulación del objeto.*

Obsesivos.- *significará el control mágico y omnipotente de un objeto sentido y vivido como peligrosos.*

Paranoide.- *mostrará la angustia de los objetos que vivencia como persecutorios.*

Deprimidos.- *el silencio mostrará la agresión y la culpa hacia los objetos internos.*

Jaques Lacan psicoanalista francés retoma las teorías del fundador del psicoanálisis, el Dr. Sigmund Freud, creando así interesantes relaciones con el uso del lenguaje. Siendo un medio de expresión y una posible vía para llegar al inconsciente, lo que él Dr. Jaques hace referencia sobre el uso del silencio lo encontramos en varios de sus escritos. Lacan, por mencionar uno de los más relevantes para estas líneas, en el seminario "La lógica del fantasma", en la clase del 12 de abril de 1967 retoma la distinción entre "tacere" y "silere" y se apoya en la definición del sujeto en relación con el lenguaje.

Hay entonces un "callar" y hay silencio. Callar es el atributo del sujeto, lo mismo que la función de la palabra. Cuando la demanda calla la pulsión comienza. De todas maneras nos dice que la frontera entre tacere y silere es una frontera oscura, un enigma. Se puede hablar sin decir nada o decir cosas sin hablar, pero este no es el caso del inconsciente: la verdad habla. Tenemos entonces el silencio de la represión, el silencio de la impotencia, y el silencio de lo imposible de nombrar.

También Freud señala que:
"Cuando las asociaciones libres del paciente se deniegan, en todos los casos es posible eliminar esa parálisis aseverándole que él ahora está bajo el imperio de una ocurrencia relativa a la persona del médico o a algo perteneciente a él. En el acto de impartir ese esclarecimiento uno elimina la parálisis o muda la situación: las ocurrencias ya no se deniegan, en todo caso se las silencia"

(Sobre la Dinámica de la Transferencia, Freud, 2005).

Allí los distintos estilos: el analista que pregunta, el que subraya, el que acota, el que hace interjecciones y no sólo dependiendo de cada paciente sino también de esto que Lacan menciona en el seminario “Los Cuatro Conceptos” de lo que cada analista quiere que el paciente haga de él. Y los distintos tipos de paciente, por supuesto. Así llegamos pues a la represión, de la palabra donde juega un papel de mecanismo de defensa, esta defensa también es peligrosa y casi siempre va acompañada de otras más, por lo tanto debe de funcionar de forma inconsciente tal como lo indica Laplanche y Pontalis en su Diccionario de Psicoanálisis;

“Establecen que la defensa adquiere a menudo un carácter compulsivo y actúa, al menos parcialmente, inconscientemente.”

De tal manera que las tres partes que se mencionan en este escrito van ligadas íntimamente con la enfermedad, derivado de la incapacidad de expresar aquellas situaciones que nos colocan en cierta incertidumbre, es ahí donde da como resultado la construcción inmediata de un gran problema en el interior de nuestro organismo, por lo que mediante de un diagrama se ejemplifica cómo está construida la enfermedad y es así como se puede llegar a decir si el ponerle palabra a aquellas situaciones que nos incomodan o molestan, puede prevenir una problema fisiológico, donde sólo y únicamente se juega el inconsciente como barrera para llegar al asunto inapalabrable.

CONCLUSIONES

Definir el concepto de salud sería muy ambicioso y no es responsabilidad de la Psicología hacerlo, sin embargo es importante aclarar el espacio donde nos ubicamos, así nos referiremos a la relación del sujeto con la realidad, medida por una subjetividad que de manera estrecha le permite observarla y representarla, mediada por elementos psíquicos que dan significado a su relación con los eventos sociales que constituyen un mundo de representaciones, simbólicos e imaginarios, es en estos espacios que el sujeto construye una relación subjetiva con su cuerpo, con el momento que vive, con la identidad que posee, con los imaginarios que se identifica, que lo llevan a construir formas diferentes de relación ante momentos mórbidos de la salud.

Llegar a un punto donde la consulta médica sea algo tan natural como acudir al cine es aun en estos tiempos un poco resistente, ya que para que se logre esto tiene que acontecer algo muy relevante, pues por lo general no se tiene la cultura de la prevención en la salud, esto se deriva a que hay otras necesidades las cuales son para el paciente son más importantes, si esto es con una cita médica, lo que es la asistencia a psicoterapia es aun un tanto difícil, pero acudir porque el doctor lo refiere es igual a la "loquera", es así como nos damos cuenta que la "loquera" invade nuestro ser dando paso al silencio que a su vez lo podemos llamar sin entrar en definiciones exactas "callar", sumado a la estructura psíquica de cada individuo da como resultado una energía deseosa por salir pero como no encuentra las herramientas, se guía por medio del cuerpo, llevando esta circunstancia a que el cuerpo es quien lo padece.

Entonces callar es igual a enfermedad...

Bibliografía.

1. Agudelo D., G. Buela-Casal y cols.(2007) *Ansiedad y depresión: el problema de la diferenciación a través de los síntomas. Salud mental* 30 (2).
2. Braunstein N. (2006). *El goce un concepto lacaniano. Argentina; Siglo veintiuno.*
3. Casas de Pereda M. (2003). *El cuerpo en el discurso. Simbolización. Revista Carta Psicoanalítica.* (3).
4. Hernández L. (2007). *Un caso de anorexia: goce, amor y odio desde la perspectiva psicoanalítica. Revista electrónica de Psicología Iztacala,* 10 (3).
5. *Diccionario de la Real Academia española.* http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=somatizacion
6. Fenichel O. (2006). *Teoría psicoanalítica de las neurosis. México; Paidós.*
7. Freud S. (2005). *Obras completas Sobre la dinamica de la tranferencia. Argentina; Amorrouto.*
8. García- Alcaraz A. (1997) *Los trastornos somato formes y co-morbilidad: un estudio sobre los pacientes que solicitan atención sin tener un diagnostico medico. Salud Mental,* 20 (2).
9. González E. (1999). *Psicoanálisis y cura. Asociación Psicoanalítica Mexicana. Escritos 32,* (1-2) 42-46.
10. González T. (2006) *La santería en cuba un proceso de salud enfermedad. Revista electrónica de Psicología Iztacala,* 9 (1).
11. Hinojosa, (1981) A. *La comunicación. Salud mental* 4 (1).
12. Holland J. Almanzana J. (1999). *Psicoanálisis y cura. Asociación Psicoanalítica Mexicana. Escritos 32,* (3-4) 206- 220.
13. Laplanche y Pontalis (1993). *Diccionario de Psicoanálisis. España; Paidós.*
14. Lazard S. (1999). *Psicoanálisis y cura. Asociación Psicoanalítica Mexicana. Escritos 32,* (3-4) 195- 198.
15. Montero M., López L: y cols. (2001). *La soledad como fenómeno psicológico: un análisis conceptual. Salud mental* 24 (1).
16. Mudgal J., Guimaraes G., y cools. (2006) *Depression among health workers: the role of social characteristics, work stress, and chronic iseases. Salud mental* 29 (5).
17. Nasio J. (2005). *El dolor de la histeria. Argentina; Paidós.*
18. Palomino L., Hernandez L. (2003) *Intervención hospitalaria: una intervención desde la psicología social de la salud. Revista electrónica de Psicología Iztacala,* 6 (3).
19. Ruiz L., Colin R. y cols. (2007)*Trastorno depresivo mayor en México: la relación entre la intensidad de la depresión, los síntomas físicos dolorosos y la calidad de vida. Salud mental* 30 (2).
20. Szydlo D., Beristáin C. (2001). *Para entender la psicoterapia. México*