

XIV CONGRESO VIRTUAL DE PSIQUIATRÍA.

"COMPONENTES SUBJETIVOS DE LAS CONDUCTAS DE RIESGO".

José Manuel García Arroyo (1); María Luisa Domínguez López (2); Pedro Fernández-Argüelles (3); Olga García López (4).

Departamento de Psiquiatría. Facultad de Medicina de Sevilla.

1. Introducción.

Mientras la "salud" es un concepto muy difícil de definir, el de "enfermedad" no lo es tanto, debido a que existen una serie de determinantes que no se presentan en aquella: los síntomas. Se entiende por tales una forma de sufrimiento corporal o psíquico que alarma al sujeto y lo lleva, en el mejor de los casos, a formular una demanda al médico o al sistema sanitario. A partir de entonces, se ponen en marcha una serie de pruebas para determinar si existe una lesión anatómica demostrable o bien, una alteración funcional que se manifiesta en una serie de parámetros alterados.

Sobre esta base, habría que plantearse si la "salud" y la "enfermedad" son tan independientes entre sí como parece o bien, existe una continuidad entre ambos estados. Es una pregunta que nos devuelve al clásico asunto de lo "categorial" y lo "dimensional" (1). Sabemos que, en el primero de ellos se presentan dos polos estancos que no tienen nada que ver entre sí, son estados absolutos; mientras tanto, en el segundo caso, reconocemos un amplio espectro de posiciones intermedias identificables por el clínico. Creemos que se trata de un asunto que fácilmente puede llevar a engaños y lo vamos a comprobar a continuación.

Cuando el médico atiende en su consulta le produce la impresión de que el "sano" es aquel que no necesita atención, que se encuentra fuera de la organización médica en tanto usuario. Por el contrario, el "enfermo" es un individuo que acude, por un sufrimiento concreto (dolor, fiebre, astenia, ...) o presenta alguna alteración demostrable (anemia, ganglios inflamados, ...); en cualquier caso se exige la correlación entre malestar subjetivo y resultados objetivos de las pruebas. Desde este punto de vista, el problema que planteamos es claramente "categorial", con dos posiciones extremas denominadas respectivamente "salud" y "enfermedad". Este es el paradigma en el que la medicina se ha movido durante mucho tiempo.

Pero, cuando se estudia con detenimiento la realidad humana se ve que las cosas no son tan fáciles de determinar y, en lo relativo al asunto que ahora tratamos, pueden encontrarse posiciones intermedias, conduciéndose el tema por el camino de lo "dimensional". En efecto, en nuestras consultas atendemos a numerosos pacientes cuyas circunstancias particulares nos inducen

a pensar que no están ni sanos ni enfermos; veamos brevemente algunos casos que así lo atestiguan:

1°) Una mujer viuda, cuyo marido era el sostén de su casa y quién siempre la animaba a relacionarse y a salir, pues se reconoce tímida desde pequeña. Por las tardes se toma varios chupitos de whisky para sentirse más abierta cuando sale y se pone en contacto con los demás. De momento no presenta ninguna modificación física.

2) Un varón, que se altera mucho ante la situación laboral que está viviendo, deja de comer cada vez que tiene un enfrentamiento fuerte con alguno de sus jefes, llegando a perder peso y llamando la atención de su familia. Visto por su médico de cabecera, no se demuestra ningún trastorno, prescribiéndole "que se tranquilice".

3) Un joven manifiesta una gran rabia, debido a las condiciones familiares en las que vive y, como consecuencia, desplaza el problema metiéndose en numerosas reyertas, cuyo resultado es la presencia de frecuentes lesiones. Estas son disimuladas por el paciente tan pronto como llega a casa, ante la mirada descuidada (casi negadora) de sus padres.

Indudablemente, cualquiera de estos casos se encuentra en el "limbo del enfermar", pues ninguno de ellos puede filiarse con seguridad en alguno de los extremos salud/enfermedad. De esta manera, resulta completamente necesario definir una "zona neutra" donde es imposible asegurar que quién allí se encuentre esté sano, pero tampoco que se puede afirmar que sea trate de un enfermo. Dicho de otra manera: se da una ausencia de síntomas, pero no se cuenta con el bienestar propio de la salud, dado que el sujeto sufre no-sintomáticamente, sino por una serie de actuaciones que le llevan a padecer. Esto nos conduce por el camino de la dimensionalidad para el espectro sano/enfermo, donde definimos un *tertium quid*, una cima de tejado a dos aguas por donde el sujeto puede rodar hacia un lado o hacia otro, dependiendo de lo que suceda a *posteriori*. Algunos autores, en esta línea, se han referido a la salud-enfermedad como "proceso" (2,3) o incluso, a "momentos prepatógenos" (4).

El motivo de por qué es tan difícil descubrir este lugar intermedio parece obvio: en cualquiera de los casos que hemos relatado se presenta algo oculto e inconfesable; así la primera paciente jamás va a decir que bebe alcohol, el segundo se encoleriza bastante mientras que, de cara al exterior, se muestra de lo más apacible y el tercero, por la cuenta que le trae, va a callarse o a disimular cuanto pueda en su medio familiar. Los pacientes ocultan a la mirada del médico (y de los demás) comportamientos que les perjudican en su salud. Véase que la línea argumental que seguimos, aparte de introducir un continuum salud/enfermedad, establece cierto movimiento o dinamismo: se

gana o se pierde en salud, lo cuál viene muy bien a la idea que hoy en día se tiene de la salud.

Justamente ahí, en la "zona neutra", es donde se van a enclavar las denominadas "conductas de riesgo" sobre las que versa el presente estudio. Como hemos dicho, en ese lugar tan singular, se da una ausencia de síntomas claros y definitivos, pero existe un malestar no-sintomático que se asocia con las actuaciones del individuo; quiere decir que el sujeto realiza comportamientos que le hacen sufrir de diferentes maneras. En este contexto, definimos las "conductas de riesgo" como: "patrones de comportamientos recurrentes y repetitivos que ponen en peligro la salud y pueden llevar al sujeto a enfermar". Los ejemplos pueden multiplicarse: conducir temerariamente, comer abundantemente, abusar del alcohol, consumir tabaco, ingerir estimulantes, tomar drogas, mantener relaciones sexuales sin protección, automedicación, etc. En muchos de estos casos, como señala acertadamente la OMS, se conoce una susceptibilidad incrementada hacia una "enfermedad específica" o para un "estado de salud deficiente". En esta última acotación reconocemos claramente el efecto de "zona neutra" de la que venimos hablando.

La forma de presentación de estas conductas es estereotipada, tendiendo siempre su autor a realizar los mismos actos, de ahí que la psicología general en tales casos se haya referido a "hábitos" y que los textos al uso hablen de "hábitos perjudiciales para la salud" (ver Esquema 1). Su estudio tiene una enorme trascendencia debido a que se encuentran relacionadas con enfermedades que hoy en día se muestran en claro ascenso, hablándose de una nueva morbi-mortalidad (enfermedades cardiovasculares, adicciones, accidentes en carretera, autolesiones, etc) (5).

Las conductas de riesgo presentan al médico una importante paradoja: ¿cómo es posible que, si prácticamente nadie desea estar enfermo, en estos casos la persona con sus comportamientos emprenda un camino, a veces sin retorno, hacia la enfermedad? Como se comprende, estamos ante una cuestión de gran importancia que convoca a los distintos profesionales de la salud (médicos de familia, especialistas, enfermeros, psiquiatras, ...) e impulsa a la búsqueda de respuestas, las cuáles van a ser objeto de esta exposición.

Adelantándonos un poco a lo que vendrá después, podemos decir que la enfermedad no es un estado deseable para la mayoría de las personas, aunque sí hay que considerar una excepción en aquellos que se refugian en ella, buscando ventajas (simuladores) o los cuidados que les aportaría una hospitalización (6). Esto se debe a que la enfermedad en sí misma comporta no solo el sufrimiento por los síntomas, sino que se acompaña de experiencias dolorosas, como: pérdidas económicas, frustración de

proyectos, hospitalización, privación de libertad, etc. Entonces, sin querer llegar a este estado, se descubren ciertos sujetos que se colocan al "borde del precipicio" y formulan algo así como: "no deseo estar enfermo, pero hago cosas que dañan mi organismo o por lo menos lo llevo al límite". En lo que sigue intentaremos aportar respuestas a estas cuestiones.

El estudio que ahora emprendemos difiere sustancialmente de las diferentes disertaciones que se han realizado sobre este mismo asunto, ya que estas últimas se han referido a los mensajes sociales, las conductas en sí mismas, las cogniciones que las acompañan o incluso, se cae en la biología estudiándose los archiconocidos "circuitos de recompensa". En cambio, nuestra presentación aborda los aspectos más personales de los pacientes, a los que antes aludimos como "inconfesables"; ello nos empuja en la dirección de algo que suele olvidarse actualmente, en todo el campo de la salud: el sujeto. Trátase de una actitud que tiene su lógica: es éste último en concreto quién puede intervenir promocionando o fastidiando su salud e, incluso, provocándose la enfermedad; entonces, merece la pena tratar ese "correlato interno" que las conductas de riesgo poseen, lo cuál nos da pistas en el abordaje psicoterapéutico de estas personas y, además, entra de lleno en los objetivos de la psicología médica (8).

2. Material y método.

El estudio de los aspectos subjetivos de las "conductas de riesgo" requiere el uso de un material humano ubicado en un contexto en que se manifiesten de manera clara los dos elementos siguientes: a) los comportamientos precitados, en sus distintas formas de presentación, y b) los resortes internos de los mismos (motivacionales, creenciales, desiderativos, ...). Para ello, contamos con los pacientes que acuden a realizar psicoterapia reglada a la Asociación de Psicoterapia y Psicoanálisis de Sevilla (APPS) y cuyo motivo de consulta suele ser por síntomas leves (depresiones, ansiedad, fobias, etc) o bien, por cambios vitales difíciles de sobrellevar (separación, divorcio, pérdida de un empleo, final de estudios universitarios, cambios de residencia, etc).

Pero, el estudio que ahora emprendemos cuenta con diferencias respecto al que hemos realizado sobre las "conductas de salud" (7) y se refiere a que, en el caso de las "conductas de riesgo", los pacientes a menudo suelen consultar por las molestias y problemas que éstas les causan; en cambio ninguna persona acude a consultar por realizar o no conductas de salud. Dicho de otra manera: las conductas de riesgo ponen en escena un asunto de vital importancia para el sujeto, en tanto le provocan un sufrimiento que hay que atender (malestar "no-sintomático"), en cambio las conductas de salud no provocan ningún malestar

importante, tan solo una molestia por tener que realizar algo para lo que no se suele estar demasiado motivado o se realiza por una imposición (7).

De ahí se sigue que los pacientes suelen acudir a consultar por los efectos directos del propio comportamiento (p. ej. consumo excesivo de alcohol, conducta sexual desinhibida, bulimia, etc) o bien, porque algún profesional de la salud (ginecólogo, médico de familia, psiquiatra, enfermera, etc), percatándose del riesgo, lo deriva para que inicien la psicoterapia. En otras ocasiones, el motivo de la consulta ha sido otro (ansiedad, conflicto, etc) y, a lo largo de las sesiones, se pone de manifiesto el comportamiento acompañado del correspondiente *pathos*. Luego, en relación con las conductas de riesgo contamos con demandas de atención "directas" e "indirectas" y cualquiera de ellas puede formar parte de nuestro estudio.

Contamos con un grupo de 23 pacientes, de edades comprendidas entre los 20 y los 58 años, en los que hemos indagado estos fenómenos. De ellos presentamos aquí tan solo cinco casos para facilitar y acortar la exposición; son los siguientes:

*** Paciente 1 (P-1).** Mujer de 22 años, estudiante de psicología, enviada por su ginecólogo después de observar "lesiones inespecíficas en el cuello del útero" debido posiblemente, según explica en su informe, a la "intensa actividad sexual que realiza con numerosos compañeros sin protección". En la consulta afirma ser una persona "totalmente libre" y que no tiene que darle cuentas a nadie, puesto que es mayor de edad. Afirma "no permitir que nadie se meta en su vida" y que "se acuesta con quién le da la real gana".

*** Paciente 2 (P-2).** Varón 31 años, trabaja como celador en un hospital de la ciudad. Afirma tener muchos amigos y ser muy sociable y que todos los días, cuando sale, aunque no quiere beber, no llega a cumplir este propósito. Comenta empezar por una cerveza y después otra y así sucesivamente, sin poder parar; el resultado final es encontrarse mal y arrepentirse de lo realizado.

*** Paciente 3 (P-3).** Varón de 47 años, ejecutivo de una importante empresa privada. Fuma un paquete y medio de tabaco al día. Según dice "lo hace por producirle un efecto calmante sobre las tensiones que recibe en su trabajo". Refiere que en este lugar tiene que estar muy atento, pues "te la pueden colar por cualquier lado". A pesar del consumo realizado, se encuentra asintomático.

* **Paciente 4 (P-4)**. Mujer de 20 años, estudiante de filología inglesa. Comenta gustarle trasladarse en bicicleta pero pocas veces va por el "carril bici". Se mete por donde está la gente o, lo que es más peligroso, se desplaza por la calzada arriesgándose a que la pille un coche o un autobús. Indica no tener problemas en coger la bici habiéndose tomado unas cervezas con los amigos. Una vez se le presentó un problema con un conductor enfurecido, porque éste tuvo que frenar y casi choca con él el coche que venía detrás.

* **Paciente 5 (P-5)**. Varón de 52 años, profesor de primaria. Comenta que al salir a la calle empieza a tomar tapas y no puede parar hasta que se encuentra demasiado lleno y no puede más. Ha intentado evitarlo de muchas maneras, pero le ha sido imposible pues, cuando empieza con la primera tapa le es imposible parar. A veces ha llegado a tener una sensación nauseosa imponente que le ha obligado a irse a su casa rápidamente.

El método que vamos a utilizar es el mismo que hemos detallado en nuestra comunicación titulada: "Componentes subjetivos de las conductas de Salud" (7), por eso no vamos a repetirlo. Sí vamos a dar unas matizaciones en relación al presente estudio.

Resulta importante precisar que un método cualitativo, como el que vamos a utilizar aquí, intenta responder al "por qué" o al "cómo", más que a "cuántas veces" o "cuánto" (10, 11), lo cuál entra de lleno en nuestra pretensión de abordar el "correlato interno" de las conductas de nuestros pacientes, que incluye averiguar el sentido o propósito de las mismas. Proceder cualitativamente no implica que los resultados pierdan en exactitud, como ha puesto de manifiesto Alonso Fernández (12).

Hay que realizar una nueva acotación al método y es la siguiente: mientras que en los estudios cuantitativos se emplean los números y la estadística, en el cualitativo se emplean los conceptos (13). Ciertos conceptos, ora utilizados por algún sistema teórico de relevancia para la investigación, ora de nueva creación según los requerimientos del estudio, son capaces de generar un conocimiento nuevo y sorprendente sobre una materia ya anteriormente estudiada. Este saber aparecido *de nuovo* debe ser útil en las actuaciones del médico con el paciente y más en el caso de las conductas de riesgo.

Resta decir que, para considerar un comportamiento como "de riesgo" vamos a atender a los siguientes criterios: a) salvo ciertas molestias físicas asociadas a las actuaciones, el paciente no se encuentra enfermo; a pesar de ello, en el texto nos tomamos la licencia de hablar de "pacientes", b) las acciones siempre tienen la misma forma de presentación, aunque se permiten

ligeras variaciones dependientes del contexto, c) vuelven a aparecer de forma insistente y sin que el sujeto pueda tener control sobre su aparición o desaparición, d) le llevan a una "zona neutra" entre salud y enfermedad, donde el paciente registra cierto malestar somático, aunque no encajando en un trastorno concreto y f) la existencia de conductas o hábitos saludables no es una condición excluyente (p. ej. puede hacerse revisiones médicas periódicas).

3. Resultados.

El presente estudio no consiste en una simple revisión bibliográfica, sino en una investigación que tiene como objetivo registrar las expresiones verbales que dan cuenta de las conductas de riesgo y sus conexiones internas. Para ello, las distintas frases obtenidas cuidadosamente en la consulta se han separado (análisis), para luego reunirse en distintos apartados (síntesis), donde cada uno de ellos revela una faceta concreta del problema. Como veremos, algunos de estos apartados muestran la morfología de las conductas analizadas, mientras que otros presentan al investigador aquellos elementos que las favorecen y/o mantienen. Vamos a estudiarlos:

3.1. La repetición. Los comportamientos que aquí estamos tratando tienen una tendencia notable a conservar la misma forma cuando aparecen, haciendo que la conducta sea completamente previsible (**P-1**: "El viernes en la discoteca me gustó un chaval y nos fuimos a la parte de atrás y lo hicimos. Como siempre no usamos preservativo y vd. no debe enfadarse conmigo, porque con mi cuerpo hago lo que quiero... No sé si contárselo, pero el mismo día, cuando dejé a aquel, porque se puso un poco pesado, me largué y pasó lo mismo con otro". **P-2**: "Salí del trabajo y nos enrollamos tomando cervecitas. Llegó un momento en que perdí la cuenta, como me pasa siempre". **P-3**: "¿Que si he fumando? pues como ocurre todos los días. Voy al servicio varias veces en la mañana y cada vez cae el cigarrito". **P-4**: "Para qué voy a decirlo otra vez, si es lo mismo que le conté la semana pasada").

La conducta se produce aunque el paciente se haga promesas de que no va a suceder más e incluso, a veces, llega a sorprenderle (**P-1**: "El martes volví a sorprenderme haciéndolo después de clase con un compañero, a pesar de haberme puesto la condición de no hacerlo con los de mi curso, que luego hablan entre ellos". **P-4**: "A veces pienso que debería ser una buena chica, como es mi hermana, y hacer las cosas como se deben, pero no lo consigo a pesar de proponérmelo". **P-5**: "Me prometí a mí mismo que no comería más que una o dos tapas al salir, pero mira por donde cayeron varias. No le diré el número para que no se sorprenda...").

3.2. La falta de autocontrol. Un aspecto que molesta bastante a los entrevistados es la ausencia de control sobre sus

actos, de manera que éstos se producen de forma automática, no siendo el resultado de una deliberación (P-1: "Me gustaba y me acosté con él ¿para qué me tengo que plantear más?"; "Ni lo pensé siquiera, lo hice". P-2: "Aunque intente no hacerlo, finalmente lo hago y eso a mí me revienta. Me hace sentir como un capullo integral". P-3: "No puedo dominarme, lo sé y no me gusta. A mí me encantaría ser una persona que piensa lo que hace y luego decide, pero no es así". P-5: "Si le dijera que esta semana ha sido distinto y que he podido conmigo mismo, usted no me creería, por eso no se lo voy a decir"). Esto mismo hace que sus actos se produzcan de manera inconsciente y, si se les interroga, no suele obtenerse respuestas acerca del por qué de los mismos.

3.3. La ausencia de límites. Los consultantes que hemos tratado son incapaces de poner freno a sus comportamientos, lo que se observa de manera clara en sus expresiones (P-1. "Ni siquiera cuando he tenido una pareja he podido decir: con este no me acuesto". P-2: "Yo no sé decir ¿hasta aquí hemos llegado". P-3: "No puedo sentarme y decir: este es mi último cigarro y no hay más. Me pasa lo contrario, sigo y sigo". P-4: Me fastidia tener límites y después me pregunto: ¿me voy a joder yo? para eso ¿que se jodan los demás!". P-5: "A veces me creo que lo voy a dejar, pero no lo hago. No encuentro el punto ese en el que digo ¿basta!").

La impresión subjetiva que acompaña a la ausencia de límites es de "no poder parar" y la existencia de un "forzamiento interno" que lleva a seguir sin freno hasta el final. El paciente no se siente libre de realizar o no una conducta que repite hasta la saciedad (P-3: "El cigarro puede sobre mí"; P-4: "La adrenalina me domina y no puedo hacer nada").

3.4. Sufrimiento "primario" o "físico". En este apartado intentamos deshacer un equívoco que se encuentra bastante extendido, que es el siguiente: cuando el sujeto cuenta sus actuaciones, da la impresión de que se lo pasa muy bien y que hay un disfrute pero no es así, pues se produce un malestar físico constatable en todos los casos. Trátase de molestias en el cuerpo debidas al acto en sí mismo porque al realizarlo se está forzando la capacidad de un órgano o una determinada función fisiológica.

Al principio, cuando el acto repetitivo se está iniciando, es común que se produzca una sensación agradable pero, a medida que el proceso avanza, se torna en un desagrado que puede llegar a ser intolerable (P-1: "¿A qué mujer no le gusta enrollarse con un chaval mono? La primera vez está muy bien y me lo paso estupendamente, pero luego ya no siento absolutamente nada y ya no es divertido"; "Muchas veces que lo he hecho, no he sentido nada, pero nada de nada... Una amiga me preguntó por qué lo hacía y me encogí de hombros, no supe responderle". P-2: "Una cerveza fresquita es lo mejor del mundo, te refresca, te quita la sed, te

relaja después del trabajo, sobre todo con lo mal que están las cosas ahora. Pero, llega un momento en que ya no sientes nada de eso, te notas hinchado y con flatulencias y después te duele la cabeza"; **P-3**. "Un cigarrillo te quita los nervios y eso lo he comprobado yo desde que era estudiante, por ejemplo cuando me examinaba y podía hacerlo bien o cuando quedaba la primera vez con una amiga. Después cuando me he fumado muchos cigarrillos me pasa lo contrario: estoy más nervioso y me duele el pecho"; **P-5**: "Al principio, cuando empiezo con las tapitas al mediodía después del curro, me sientan genial y continuo pasándomelo bien. Pero, llega un momento en que veo que no puedo más, pero yo sigo y aquí está mi gran problema... llega un momento en que siento el estómago hinchado y como si ya no pudiera más").

Se nos plantea entonces una pregunta clave: si los pacientes no pueden parar porque no conocen los límites ¿cómo y por qué terminan de realizar sus acciones? Está claro que si el límite no lo pone la persona implicada, tiene que venir de fuera y, en la mayor parte de los casos, lo "pone" el cuerpo u ocasionalmente la presencia de alguna barrera ambiental (**P-1**: "Termino muerta porque a veces estoy con varios. Creo que ya no sigo porque ya no puedo más". "A veces he terminado con dolor ahí abajo y tengo que dejarlo", pero también me ocurre que no siento ningún placer". "Muchas veces cuando lo he hecho, me he sentido muy vacía. A fin de cuentas, siempre lo hago sin cariño por medio". **P-2**: "El final de fiesta está claro: muchas veces me duele la cabeza o tengo un puntazo y me tengo que ir para casa". **P-3**: "No me creerá, pero hay un momento en que me es imposible seguir porque tengo un malestar imponente y un dolor en el pecho y como si me faltara el aire. A veces me he acojonado"; "Cuando me pongo así, tengo que sacar la cabeza por la ventana y respirar hondo y aún así, el aire no me llega". **P-4**: "Para mí es muy agradable el desafío porque yo voy de chulita por la vida. Pero esta sensación no dura siempre; en ocasiones he sentido miedo sobre todo cuando alguien se enfada o está la policía delante y eso ya no me gusta tanto. Me porto como una buena chica cuando ocurre algo importante, de lo contrario sigo igual").

3.5. Negación del riesgo. En los sujetos del estudio vemos como no perciben (o no desean percibir) las consecuencias de sus actos, lo que les lleva a seguir con la pauta establecida y en una reproducción eterna (**P-1**. "No sé qué me puede pasar ¿el SIDA quizás? ¿por qué me va a tocar a mí, si yo escojo a chicos que están sanos?"; "Mi ginecólogo me ha dicho que tengo algo, pero ¿cómo puede saber que es de esto y no por la herencia. Mi madre siempre ha tenido problemas con la regla. Los médicos no tienen ni idea de nada". **P-2**. "¿El hígado? Para eso hay que beber muchísimo más de lo que yo bebo". **P-3**. "Hay mucha gente que tiene cáncer de pulmón y no ha probado un cigarrillo en su vida y hay

gente que se lleva toda la vida fumando y no les pasa nada". **P-4**. "Hay muchos accidentes que les pasan a personas que cumplen con las normas. No sé por qué tiene que pasarme a mí precisamente").

Sorprendentemente, detrás de estas actitudes se descubre la "creencia en la inmortalidad", es decir tienen la idea de que no puede pasarles nada grave en la vida aunque sigan realizando las mismas acciones (**P-1**: "Soy joven y me queda mucha vida por delante". **P-2**: "Son unas copitas de nada, eso le pasa a los viejos que beben. No nos conviene exagerar". **P-3**: "Los indios de América fumaban un montón y no les pasaba nada. En Estados Unidos han llegado a recomendar que se fumara y ahora dicen que no es bueno ¿en qué quedamos?. Es cuestión de moda. No tiene por qué pasarme nada". **P-4**: "Tonterías, a mí no me va a ocurrir ningún accidente. Aunque haga algunas cosas que no están bien, tengo muy buenos reflejos y salgo de todas"). A medida que avanza la terapia, es posible registrar expresiones de asombro cuando se dan cuenta de lo que están diciendo.

En el Esquema 2 queda reflejado cómo en los cinco casos presentados se producen las sensaciones agradables iniciales, las desagradables posteriores y cuál es el motivo que explica que el comportamiento llegue a su final.

3.6. Sufrimiento "secundario" o "psicológico". Las experiencias que estamos describiendo hacen sufrir psicológicamente a los pacientes, pues se dan cuenta de que hay algo que puede con ellos; trátase de una afectación psicológica que se produce como consecuencia del acto y distinta por completo de las molestias físicas que se dan por la acción en sí misma (**P-1**: "A veces me he preguntado, con lo machistas que son los tíos en esta ciudad, qué pensarán de mí. Tal vez podría hacerme un poco la interesante y no acceder a los deseos de ellos y a lo mejor así me apreciarían más y querrían algo más estable conmigo. Hay algo que a mí me duele y es que ellos, una vez están conmigo, ya no vuelven. Eso me fastidia bastante. **P-2**: "Mi autoestima se resiente porque compruebo constantemente que no puedo ser más racional". **P-5**: "Esto no tiene ningún sentido, porque yo puedo organizar el resto de mi vida, pero en lo relativo a la comida nunca").

Evidentemente, una persona se siente más estable cuando tiene la impresión de que puede dominarse a sí misma pero, en el momento en que se da cuenta de que esto no es posible, se produce generalmente una caída de la autoestima o por lo menos, se observa cómo ésta se fragiliza. En algún momento, prácticamente todos los pacientes que hemos estudiado, incluidos los no presentados aquí pronunciaron frases similares a éstas: "la autoestima la tengo por los suelos", "cuando hago estas cosas, pienso que no valgo para nada".

3.7. Placer vs goce. En el Apartado 2 se dijo que intentaríamos hacer coincidir lo hallado con algunos conceptos ya existentes y sucede que contamos con el más apropiado para este menester: el de "goce", y se lo debemos a Lacan (14). Trátase de un término que no aparece en la obra de Freud y que aquel elevó nada menos que a uno de los componentes estructurales del aparato psíquico. En efecto, Lacan en 1960, hace una distinción entre "placer" y "goce", términos que suelen emplearse como sinónimos.

Las diferencias están bastante claras para este autor: el "goce" consiste en un exceso intolerable de "placer", de tal manera que su puesta en escena implica un dolor o sufrimiento. Esto lo hemos visto claramente en los pacientes quiénes, en el momento en que realizan las primeras conductas, les resultan placenteras pero, la ejecución de las siguientes ya no les reporta ningún placer, sino dolor. Cualquiera de nuestros consultantes manifiesta un sufrimiento físico en el momento en que continúa realizando los mismos actos. Precisamente, cuando Lacan habla de "goce", se refiere a una mezcla extraña de placer y dolor o de "placer doloroso" (ver Esquema 3).

Puede demostrarse, además, en todos los sujetos estudiados cómo ninguno de ellos disfruta (siente placer) con la realización de sus actos y sí, por el contrario, sienten un malestar que puede llegar a ser intenso. Esta es una característica del goce y se debe a que la funcionalidad de cualquier órgano (la boca, el estómago, los músculos, los órganos genitales, etc) solamente es capaz de soportar una cantidad determinada de placer que, una vez rebasada, produce dolor. Este es el caso de otro paciente (vigorético), que no hemos presentado aquí, quien acude al gimnasio todos los días "machacándose" literalmente en el mismo; el resultado no es encontrarse mejor (más ágil, más energético, más relajado, etc) sino que suele llegar a su casa en un estado lamentable (dolorido, extenuado, sin apetito, sin deseos de comunicarse, etc) y siendo incapaz de disfrutar de otras cosas que la vida le brinda.

Pero Lacan, sorprendiéndonos, da una vuelta de rosca más a este asunto, al añadir que el "goce" reside en un intento permanente de exceder los límites del "principio del placer"; efectivamente, como hemos podido comprobar los pacientes se esfuerzan en un constante exceso intolerable y mortífero.

Al mismo tiempo, el "principio del placer" es el límite del goce. Esto es fácil de entender: si el sujeto es capaz de pasarlo bien con lo que tiene, entonces no tiene por qué llegar a un "más allá". Dicho de otro modo: si el paciente **P-2** lograra sentirse a gusto tomando una cerveza o dos o si el **P-5** consiguiera estar relajado con una o dos tapas, charlando con los amigos y pasándolo bien, no tendrían por qué seguir esta saga sempiterna y destructiva del goce.

De ahí que el tratamiento psicoterapéutico de estas personas tenga que ver con que aprendan a hacer algo que en realidad no pueden: disfrutar de la vida que tienen y de lo que ésta puede ofrecerles, limitando la sucesión infinita de conductas que encuadramos dentro de las conductas de riesgo y que ahora nos atrevemos a apellidar de "gozosas". Para ello, se precisa que conozcan los riesgos vitales a los que se están sometiendo, al tiempo que "subjettiven" el goce, lo que quiere decir que se concientizan de lo que están haciendo y de la carga de destructividad que conllevan estas conductas.

4. Conclusiones.

Antes la salud y la enfermedad se entendían como apartados estancos de manera que, en el segundo caso, se acudía al médico y éste determinaba la dolencia e imponía un tratamiento. Las cosas han cambiado en tanto en cuanto ya no se comprenden estos dos estados como entidades diferenciadas, sino que existe un movimiento desde uno hasta otro y viceversa. Eso hace que se haya pasado de incluirlos en el espectro categorial para dar paso a las dimensiones. Entre estas últimas se ha ubicado un estado intermedio, llamado "zona neutra", un lugar en el que uno no está ni sano ni enfermo.

Este lugar que parece a simple vista indeterminado no lo es en absoluto, pues el sujeto realiza acciones que sobrecargan y fuerzan su organismo y le pueden llevar a la enfermedad, casi sin solución de continuidad, como hemos podido comprobar. En este espectro se encuadran las conductas de riesgo, que provocan una gran dificultad de comprensión en quién las observa ya que el paciente, al ejecutarlas, se está dañando y dirigiendo su organismo, mediante una sobrecarga (de alimentación, de bebida, de tóxicos, de movimientos, etc), hacia la enfermedad.

Como nos hallamos en el terreno de lo "inconfesable" por parte de la persona que acude a nosotros, la psicología no se ha atrevido a entrar en este territorio que desea ver como inseguro, inabordable o anticientífico. Se trata de defensas, porque la ciencia puede tenerlas, para no inmiscuirse en un callejón sin salida, lleno de paradojas del que no se puede salir. Pero, mira por donde, nosotros hemos decidido no detenernos y proseguir, a pesar de que el terreno resulta pantanoso.

La manera de abordar a los pacientes nuevamente es escucharlos, sin dirigir nuestra atención a otro lugar que no sea la escucha y crear un clima de confianza para que el paciente se abra lo suficiente como para compartir con nosotros sus intimidades. Esta meta se ha logrado y ha sido posible recoger sus enunciados, muchos de los cuáles nos conmueven al comprobar cómo personas que podrían tenerlo (casi) todo y ser más dichosos no lo son, caen en la miseria. Freud hablaba de un "masoquismo

primordial", concepto que no se entendió demasiado bien hasta que entró en escena Lacan.

Mas este abordaje, únicamente es posible si mantenemos una metodología cualitativa y ésto es así porque cualquier aplicación de escalas, entrevistas estructuradas, tests, criterios, etc, lo único que conseguiría es concluir lo que ya se sabe, un saber tautológico que es como decir: "es de día porque el sol está en el firmamento".

A partir de los pacientes hemos podido concluir que las conductas de riesgo se definen por ser: repetitivas, previsibles aunque el paciente puede llegar a creer lo contrario, incontrolables, automáticas, inconscientes, sin limitación alguna, se acompañan de sufrimiento debido a la presión a la que es sometido el organismo ("primario"), acaban solo porque este último les pone freno a su continuación, se niega el riesgo potencial que conllevan y añaden un sufrimiento psicológico debido a su incontrolabilidad ("secundario") que afecta a la imagen de uno mismo. Tenemos que añadir a lo expuesto que se trata de actuaciones secretas, lo que se pone de manifiesto en cómo nuestros paciente no las revelan a las personas cercanas (p. ej. P-1 jamás contó a sus compañeros de facultad o a su familia cuanto hace, P-2 nunca comentará en su trabajo el consumo de alcohol, la esposa de P-3 no conoce la cantidad de tabaco que consume al día, si los agentes de la ley conocieran como P-4 se comporta en la calle no le permitirían circular, etc). Podemos decir aún más: las conductas de riesgo frecuentemente se rodean de mentiras.

Esto da cuenta de cuán engañoso puede llegar a ser el proceso salud-enfermedad y cómo muchas patologías se asocian inexorablemente a las actuaciones de los pacientes. Solo la captación de la experiencia subjetiva, gracias a la creación por parte del médico de un buen *rapport*, puede dar cuenta de estos efectos deletéreos sobre la salud.

Resulta bastante curioso cómo cada una de estas características mencionadas, punto por punto, coinciden con el concepto de "goce" que Lacan acuñó, basándose en Hegel (15). Trátase de un término que hay que diferenciar muy bien del "placer", pues a aquel se llega casi imperceptiblemente por continuación sin poner barreras. Un límite que marca el propio placer, lo cuál se ve claramente en los pacientes estudiados y tratados por nosotros, quiénes son incapaces de disfrutar; si lo fueran, se acabaría tanto goce mortífero. Luego, podemos decir sin temor a equivocarnos que el resultado de transgredir el "principio del placer" no es, paradójicamente, más placer sino dolor. Esto no lo saben los pacientes y, hasta el momento en que se percaten de ello, es el secreto con el que cuenta el médico.

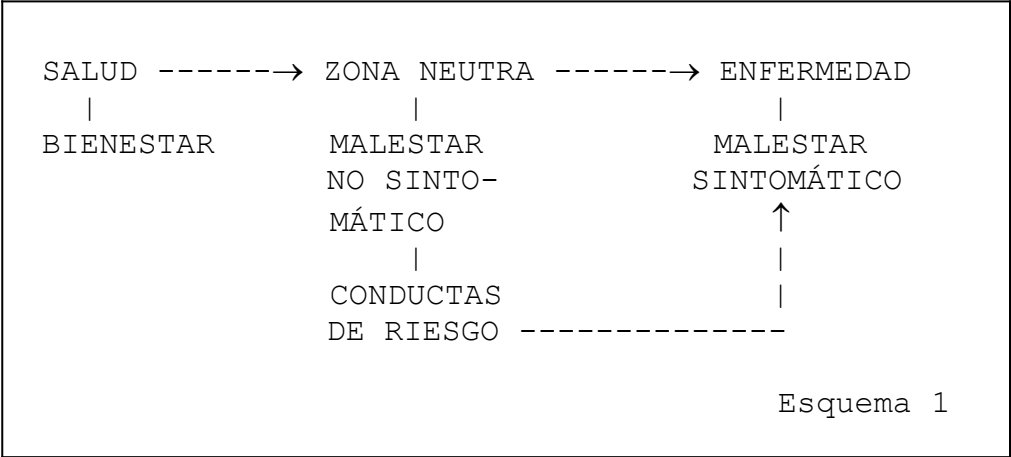
Parece que los excesos se pagan y en este caso se produce

con una regularidad alarmante mediante el dolor; véase, en este sentido cómo cualquiera de los pacientes lo pasa mal y por eso demandan la atención del médico. De ahí, que las conductas de riesgo tengan esa doble cualidad para quién las ejecuta: quieren hacerse desaparecer pero por otra parte se intentan mantener, se consulta al profesional de la salud para ver cómo pueden extirparse pero cuando eso va a suceder se retiran. Un torbellino al que el médico no puede sentirse ajeno.

El manejo clínico de los excesos de estas personas es muy complicado pues no puede hacerse de la misma forma que con las conductas de salud (7): mediante una norma que imponga un modelo de comportamiento. Si actuamos de esta manera, mediante una prohibición, el resultado es que se engendra más goce. De ahí que la salida sea tratarlos psicoterapéuticamente pero, para eso, tienen que desear de veras cambiar los comportamientos de riesgo que realizan. Mas, no podemos quedarnos ahí, pues la única forma de trabajar el cambio es producir en la persona un "saber" sobre el goce, ayudarlo a nombrar qué está pasando en su vida y el precio tan grande que está pagando por lo que está realizando. Al mismo tiempo, puede iniciarse en el disfrute con las cosas que posee sin despreciarlas. Si el sujeto logra estos objetivos, obtiene como resultado la calma, salir de ese desconcierto en el que se encuentra metido.

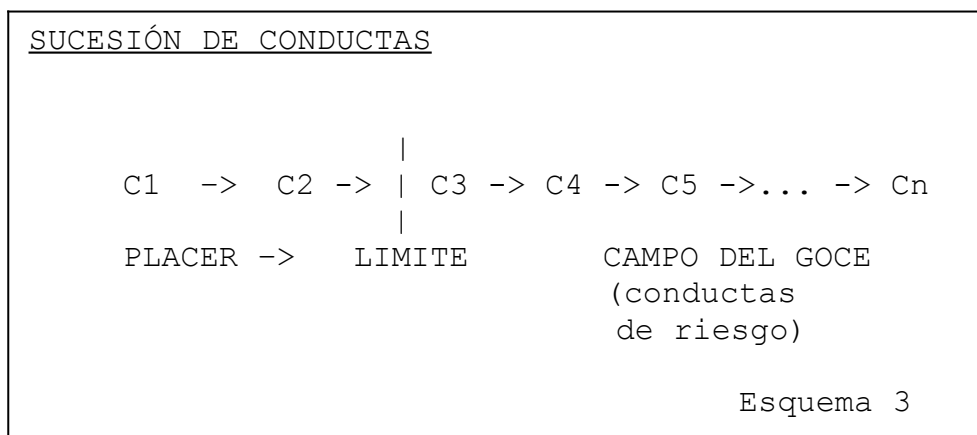
Hay que tener claro que un verdadero control de las conductas de riesgo jamás puede ser por la fuerza de voluntad o de una decisión consciente, porque entonces la vida sería muy sencilla: si tengo una depresión, nada mejor que concentrarme y pensar "ya no estoy deprimido" y los síntomas desaparecen. No existe la magia en nuestra especialidad y si se quiere conseguir algo, hay que realizar un esfuerzo. La frase que Aristóteles dejó escrita: "lo que está en nuestro poder hacer, también podemos no hacerlo", puede ser cierta en relación a las conductas de riesgo únicamente si el paciente hace un trabajo en el que el goce quede apresado por la subjetividad, con su aliado más poderoso: el lenguaje. Lacan diría entonces que había sido "simbolizado". Este es el objetivo último de la psicoterapia con estas personas, pero el profesional que la lleve a cabo debe conocer los elementos que aquí se han expuesto, particularmente saber del goce, sobre el que habitualmente no se quiere saber nada.

-



| | Sensaciones placenteras | Sensaciones displacenteras | Final del comportamiento. |
|------|--|---|-------------------------------|
| P-1 | Atracción física. Sensación orgásmica. | Ausencia de placer. Dolor genital. | Agotamiento Vacío. Hastío. |
| P-2. | Sensación de relajación y de desaparición de la sequedad en las mucosas. | Distensión abdominal. Flatulencia. | Cefaleas. Embriaguez. |
| P-3. | Relajamiento. Desaparición de la tensión emocional. | Dolor torácico. Sensación de falta de aire. Inquietud física. | Sensación de asfixia. Disnea. |
| P-4. | Desafío. Transgresión. | Miedo. | Choques con el medio. |
| P-5. | Sabor de los alimentos. Liger distensión gástrica. | Distensión gástrica importante. | Sensación nauseosa. |

Esquema 2



BIBLIOGRAFÍA.

1. Ortega-Monasterio L. Lecciones de psicología médica. Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias, 1993.
2. Pérez Lovelle R. La psiquis en la determinación de la salud. La Habana: Científico Técnica, 1987.
3. Morales Calatayud F. Introducción a la psicología de la salud. Buenos Aires: Paidós, 1999.

4. Leavel HR; Clark EG. Preventive medicine for the doctor and his community. An epidemiological approach. New York: McGraw Hill, 1965.
5. Rodríguez Marín J. Psicología Social y de la Salud. Madrid: Síntesis, 2001.
6. García Arroyo JM; Camacho Laraña M. Determinantes estructurales del síndrome de Münchhausen. An Psiquiatr 2006; 7(22): 344-52.
7. García Arroyo JM; Domínguez López ML; Fernández-Argüelles P; García López O. Componentes subjetivos de las conductas de salud. XIV Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis, 2013.
8. Alonso Fernández F. Psicología Médica y Social (5ª ed.). Barcelona: Salvat, 1989.
10. Taylor S; Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Paidós, 1992.
11. Buston K; Parry-Jones W; Livingstone M; Bogan A; Wood S. Qualitative research. Br J Psychiatry 1998; 172: 197-9.
12. Alonso Fernández F. Fundamentos de la psiquiatría actual (vol. 1). Madrid: Paz-Montalvo, 1979.
13. Munarriz M. Métodos cualitativos. En Vallejo J; Leal C. Tratado de Psiquiatría (vol. 1). Barcelona: Ars Médica, 2004.
14. Lacan J. Escritos (2 vols). Madrid: Siglo XXI, 1977.
15. Hegel GWF. Fenomenología del Espíritu. Madrid: Ed. Orbis, 1984.