

Psicosomática y enfermedades visuales: la coriorretinopatía serosa central

Psycho-somatics and visual diseases: the central serous chorioretinopathy

Patricia Zavala y Javier Álvarez¹

RESUMEN

A través de un abordaje cualitativo, en el presente trabajo se estudian los elementos orgánicos de la enfermedad visual conocida como coriorretinopatía serosa central, así como las características psicológicas y sociales de algunos pacientes que la padecen. Asimismo, se discuten los aportes explicativos de la teoría psicoanalítica para el entendimiento de este tipo de enfermedades.

Palabras clave: Psicosomática; Enfermedad psicosomática; Coriorretinopatía serosa central.

ABSTRACT

In the present article, through a qualitative approach, the authors study the organic elements of the visual disease known as central serous chorioretinopathy, as well as the psychological and social characteristics of some of the patients that suffer from it. The explicative contribution of psychoanalytic theory is also discussed for a better understanding of this type of disease.

Key words: Psychosomatics; Psychosomatic illness; Central serous chorioretinopathy.

INTRODUCCIÓN

Lo psicosomático puede ser definido como un intento de relacionar lo psíquico con lo corporal en la determinación de las enfermedades orgánicas (Marty, 1995; Marty y De M'uzan, 1967). La psicosomática surge como disciplina a partir del siglo XX, cuando se estudia la relación de los factores emocionales y los procesos corporales. En los años 30 y 40 los estudiosos de la psicosomática se enfocaron a enfermedades crónicas de etiología incierta, como la úlcera péptica, el asma bronquial, la hipertensión esencial, la tirotoxicosis, la colitis ulcerosa y la neurodermatitis (Taylor, 1989). Los trabajos posteriores han tenido una visión integral del proceso de enfermar, incluyendo tanto el conocimiento de los mecanismos psicobiológicos como la consideración de los eventos estresantes, las alteraciones en las relaciones de objeto, las conductas de riesgo y demás. Este punto de vista considera a la enfermedad como multicausal, en cuya explicación deben incluirse los aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Actualmente, en el campo de psicosomática se analiza la enfermedad considerando cuando menos tres elementos: los aspectos biológicos, los eventos potenciadores de la enfermedad y las características psicológicas de los enfermos, elemento este último en el cual se centra el presente trabajo.

¹ Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Nuevo León, División de Estudios de Posgrado, Mutualismo 110, Col. Mitras Centro, 64460 Monterrey, N.L., México, correo electrónico: mazavala@ccr.dsi.uanl.mx. Artículo recibido el 22 de enero y aceptado el 25 de marzo de 2003.

Aun cuando muchas disciplinas se han visto enriquecidas con el enfoque psicosomático, esto no ha sucedido en el campo de las enfermedades visuales; existen numerosos trabajos que juzgan a las enfermedades visuales —sobre todo la miopía— como un problema de salud pública que tiene graves efectos en la educación (González, Padilla y Santacreu, 2001), pero no en relación con la enfermedad citada ni en la especialidad de oftalmología. Por ello se analizan aquí las características psicológicas de los pacientes aquejados de coriorretinopatía serosa central.

ANTECEDENTES

En el siglo XX, el desarrollo de la medicina y el interés por entender los vínculos entre mente y cuerpo desde la teoría psicoanalítica provoca que reviva el interés por lo psicosomático como una protesta contra el enfoque mecanicista de la medicina; otros factores fueron las graves consecuencias de la Segunda Guerra Mundial en cuanto a entender el fenómeno psicosocial de la agresión y el papel del estrés y la enfermedad en los combatientes de guerra. Tal interés combinaba varios enfoques o disciplinas (se hablaba tanto de la medicina psicológica como de la psicología médica), y la enfermedad se describía como un proceso multicausal que incluía factores orgánicos, psicológicos y ambientales.

En cuanto a los elementos psicológicos, uno de los conceptos principales fue el de *psicogénesis*, que se refería a que la mente influye sobre el cuerpo, siendo su agente la emoción, de la cual se distinguieron tres elementos: el estado subjetivo de afecto, el aspecto fisiológico y la exteriorización o manifestación del afecto; esos elementos del afecto están implicados en el mecanismo de somatización. Por tanto, en la enfermedad psicosomática se encuentra una disfunción orgánica demostrable, de origen psicológico, asociada a la estructura de personalidad, a los estilos de vida y a la historia personal.

Trabajos recientes enfatizan la necesidad de prestar atención a lo que sucede con el enfermo, ya que la enfermedad se conoce sólo como una entidad abstracta, mientras que el contacto es con el enfermo, quien es el portador de la misma (Rilova, 2001). Por ejemplo, dentro del campo de las

intervenciones quirúrgicas, además de entenderse al paciente como unidad psicosomática para poder trabajar en el periodo prequirúrgico, en el acto quirúrgico y en la fase posquirúrgica se presta atención a los modos de funcionamiento mental previos, así como al manejo de la angustia, depresión, miedos y dolor, entre otros aspectos (Rinaldi, 2001), y especialmente en relación con la visión y el efecto de la pérdida de la función o del órgano y sus componentes psicológicos (Mintz, 2002).

PSICOSOMÁTICA Y PSICOANÁLISIS

Desde el psicoanálisis, se explica el origen de las enfermedades nerviosas en relación con los procesos afectivos. La investigación se centra en los tipos de afecto experimentados y su destino. Se postula inicialmente que ciertos afectos negativos, como los depresivos, serían causa de enfermedades en el sistema nervioso o en otros órganos (Freud, 1890/1997). Las lesiones funcionales se explican argumentando que la representación mental de la parte del cuerpo afectada está excluida del resto de las asociaciones dado su valor afectivo, de ahí la alteración. Freud (1890/1997) consideraba que la sensibilidad de la piel y los tejidos profundos, así como la función de los órganos, podían verse afectadas y producir perturbaciones tróficas y alteraciones del metabolismo, así como también las peculiaridades de las contracturas y parálisis histéricas. Explicaba que la histeria podía producir perturbaciones de esa naturaleza, y hacía ver que un mecanismo clave en los fenómenos histéricos es el de la conversión, en el cual se traspone a la representación corporal la suma de excitación. En el mecanismo que ahora llamamos somatización, la excitación se deposita en el cuerpo, alterando su función.

Dichos fenómenos refieren tanto a aspectos cuantitativos como cualitativos, es decir, al monto del afecto como a su tipo. Así, el afecto que se descarga propicia la condición de salud, mientras que el afecto no descargado favorece la formación del síntoma neurótico. La descarga puede tomar diversas formas: desde la más sencilla, como el llanto, hasta la más elaborada, como la venganza.

Los otros conceptos psicoanalíticos claves en la explicación de lo psicosomático son el conflicto y la represión. El conflicto se refiere a la

dinámica edípica y a la formación del superyó; es decir, para la persona existe una dificultad entre sus deseos, la realidad externa y su norma moral. La solución para el conflicto entre representaciones que se oponen es la utilización del mecanismo de la represión, en el cual se separa la representación de su afecto correspondiente; de ahí que éste se dirija a la representación del cuerpo (conversión) o se exprese a través del cuerpo (como enfermedad). La representación se vuelve inconsciente y lo que aparece es el síntoma neurótico o la queja somática (Freud, 1890/1997).

El conflicto se expresa o resuelve en el cuerpo porque todo está asentado o apuntalado en el cuerpo y porque todos los órganos tienen una doble función: sirven tanto para la supervivencia física como para la consecución de placer. Puede ser que atiendan a ambas funciones sin conflicto, o también que en algún momento se perturben esas vías de influencia recíproca, dando como resultado una incapacidad para el goce o una inhibición de la función.

LA VISIÓN Y SU SIGNIFICADO

Freud trabajó con histéricas en el Hospital de la Salpêtrière, donde se encontraba una sala oftalmológica, y en su trabajo clínico consideraba indispensable tener los conocimientos e instrumentos para trabajar con la visión, ya que las perturbaciones en el sentido de la vista se consideraban como un rasgo distintivo para establecer el diagnóstico de histeria. Suponía a la visión más que una simple función natural, y argumentaba que a través de ella se logra el conocimiento del mundo y el objeto. El mirar y el tocar son equiparables, siendo el mirar un derivado del tocar; el mirar es también el medio para el conocimiento del objeto libidinal y el ojo puede ser una zona erógena en cuanto que se encuentra placer en ver. En la fase infantil del desarrollo de la persona, a través de la visión el niño encuentra goce, primero al ser testigo de las diferencias corporales, goce que luego será prohibido por efecto de la educación. Al utilizarse el ojo con un fin sexual, se ve impedido en su función por efecto de la represión y aparecen las perturbaciones psicógenas de la visión. La relación entre la castración provocada por el padre como castigo por los deseos sexuales infantiles

o el engeguamiento y la pérdida de la visión son parte de la explicación en la que se establece la equivalencia entre castración y pérdida de la visión como castigo por realizar actos prohibidos previamente. Lo que sucede en la visión, según Freud, puede ocurrir en todo el funcionamiento corporal.

La visión se instala en el psicoanálisis como signo de la histeria, pero al inscribirse en la sexualidad humana y asociarse con el complejo de Edipo y la castración, se convierte en una función privilegiada y expuesta a una alteración por su significado.

Jacques Lacan (1995), que trabajaba aspectos en relación con el ojo, la imagen y la mirada, por ejemplo, explicaba que el estadio del espejo es un proceso de estructuración en que el sujeto es capturado y reconocido por la imagen. El objeto A (objeto causa de deseo) no puede ser capturado excepto en sus brillos, que son la succión, la excreción, la voz y la mirada. La propuesta lacaniana de considerar la mirada y la voz como objetos pulsionales enfatiza el problema del goce, o del mal goce que provoca una alteración. En un nivel metapsicológico, la visión es afín a la representación-cosa, y, por tanto, a lo inconsciente. Lo verbal se vincula con lo preconsciente, o con la representación-palabra. La visión recupera su importancia al vincularla al proceso de constitución del objeto y de su separación. El problema de la desaparición del objeto ante la vista del niño y ante la pérdida de la vista permite que surja el dolor de la mirada. Se denota la aparición de angustia por la expresión del rostro y la aparición de lágrimas. A esta ausencia se le denomina trauma escópico y puede considerarse como la primera pérdida en el desarrollo (Assoun, 1997). Lo visual es considerado un elemento importante al relacionarse con los fantasmas, el recuerdo encubridor, lo ya visto, la ceguera histérica y la alucinación visual (Nasio, 1992). En lo social, se halla la valorización de la visión en expresiones tales como cuidar algo "como a la niña de los ojos".

PSICOSOMÁTICA Y ENFERMEDADES VISUALES

Pocas enfermedades visuales se han analizado desde el campo de la psicosomática. De hecho, es interesante que en las clasificaciones generales

sobre enfermedades psicosomáticas no se incluyen las visuales (Békei, 1984; De la Fuente, 1985; Díaz, 1991).

Groddeck (1983) consideraba de origen emocional la miopía, la presbiopía, la hemorragia retinal y los cambios orgánicos en el ojo. Sami-Ali (1974), con relación al glaucoma y las cefalalgias, cita a French y Alexander, quienes subrayaron la relación entre ataques de glaucoma y acontecimientos emocionales específicos. En los pacientes, estos estados emocionales se convierten en estados afectivos crónicos que los llevan a enfrentamientos, la tensión ocular aumenta al incrementarse la agresividad, y las imágenes visuales prevalecen al evocar situaciones traumáticas. También cita a Ziwar, que en 1948 publica el primer informe de psicoanálisis de un enfermo de glaucoma: “[hay] una agresividad borrosa, ni suficientemente reprimida ni aprisionada en un sistema neurótico bien elaborado” (p. 158). Detalla tres fuentes de la agresividad: la relacionada con la rivalidad edípica, la frustración de la necesidad de ser alimentado y la defensa contra la pasividad (Sami-Ali, 1974). Un trabajo sobre glaucoma de Fain (1957) ubica a la visión como una función motriz primaria en la que los ojos expresan lo más primitivo; la función voyeurista del ojo se desarrolla a partir de la inhibición motriz, por lo cual el glaucoma implica el fracaso de la represión.

LA CORIORRETINOPATÍA SEROSA CENTRAL

Von Graefe describió los aspectos clínicos de la enfermedad en 1866, pero no fue sino hasta cien años después que Maumenee, utilizando fluorescencioangiografía, notó por primera vez que el desprendimiento seroso era consecuencia de un escape al nivel del epitelio pigmentado retiniano (cfr. Yanuzzi, Schatz y Gitter, 1982). La enfermedad es descrita como “una entidad que se caracteriza por un desprendimiento seroso, localizado, de la retina neurosensorial, secundario a una fuga a través de un defecto o disfunción del epitelio pigmentado de la retina” (Dalma y González, 1996). Se manifiesta en forma aguda con visión borrosa, metamorfopsia o ambas, oscurecimiento del campo visual, xantopsia (anormalidad de la vista en que los objetos aparecen amarillos) e hipermetropía

causada por la elevación de la retina; por lo general la visión se mantiene buena aun cuando el paciente esté sintomático. No es raro que refiera episodios similares anteriores en el mismo ojo o en el contralateral; hay ataques recurrentes hasta en un 30 a un 50% de los casos, al cabo de los cuales puede haber una disminución importante por daño permanente del epitelio pigmentado retiniano, de los fotorreceptores o de ambos. Habitualmente es un padecimiento autolimitado que se resuelve espontáneamente al cabo de uno a seis meses en el 80 a 100% de los casos.

El examen oftalmológico es normal, excepto por un desprendimiento seroso en el área macular; puede presentarse en cualquier parte del polo posterior, pero es sintomático a menos que afecte la fovea. La prueba con rejilla de Amsler demuestra metamorfopsia en el campo visual correspondiente al levantamiento retiniano, y puede haber una discreta a moderada hipermetropía por elevación foveal. Es frecuente que persistan una leve metamorfopsia o escotoma central relativo y alteraciones en la visión cromática y en las pruebas de sensibilidad al contraste (Dalma y González, 1996).

Se presenta en adultos jóvenes, de entre 30 y 50 años; es más frecuente en los hombres en una proporción de 9 a 1. En el estudio realizado por Yanuzzi y cols. (1982), el 85% de sus pacientes era de sexo masculino, con un promedio de 42 años, encontrándose además un número significativo de pacientes de origen hispano; no se comprobó la tendencia de la enfermedad a manifestarse en personas de origen oriental.

Existen tres tipos de escape o fuga de líquido. La más frecuente es la llamada “mancha de tinta”, que ocurre en el 60% de los casos y que comienza como una pérdida puntiforme que gradualmente va haciéndose más grande durante la fase media del angiograma y continúa expandiéndose con bordes difuminados en las últimas fases del estudio (Yanuzzi y cols., 1982). La segunda variedad recibe el nombre de escape tipo “chimenea”, “paraguas” u “hongo”. Se presenta en alrededor del 20% de los casos. Comienza como un escape puntiforme a partir del epitelio, acrece en las fases medias del angiograma y comienza a ascender rápidamente en el espacio retiniano subsensorial hasta los límites superiores del desprendimiento de retina sensorial. Cuando llega a un punto

cercano al límite superior del desprendimiento, continúa expandiéndose del lado nasal y temporal y forma así su característico aspecto de hongo o paraguas. En ocasiones alcanzará los límites superiores del desprendimiento retiniano subsensorial y se extenderá ya sea al lado nasal o al temporal, pero nunca en ambos sentidos, y de esta manera semeja una chimenea. En el restante 20% de los casos hay un discreto desprendimiento discernible del epitelio pigmentado de la retina por debajo del desprendimiento de la retina subsensorial. En estos casos, el desprendimiento epitelial pigmentado suele no ser mayor de un cuarto del diámetro discal. Primero se llena el desprendimiento epitelial pigmentado y subsiguientemente hay escape desde él al espacio retiniano subsensorial desde uno o más puntos focales situados habitualmente en los bordes del desprendimiento epitelial pigmentado de la retina.

Esta es la única forma de coriorretinopatía serosa central que tiene un desprendimiento de epitelio pigmentado clínicamente evidente y que puede documentarse mediante fluorescencioangiografía. En las otras formas, el desprendimiento del epitelio pigmentado sólo puede presumirse en el sitio del escape, pues no es posible observarlo por biomicroscopía.

El tipo particular de escape en la coriorretinopatía serosa central parece no tener ningún valor definitivo en materia de predicción del pronóstico visual final; sin embargo, puede indicar la duración del desprendimiento. En su mayoría, los escapes en chimenea tienden a ser manifestaciones agudas, y los escapes en mancha de tinta manifestaciones crónicas.

La etiología de la enfermedad no es clara; algunos autores consideran que con frecuencia las personas que padecen este tipo de enfermedad son altamente competitivas, con adicción compulsiva al trabajo, que relacionan la aparición de sus síntomas con estrés inusual, como un cambio de trabajo, problemas conyugales, fallecimientos o enfermedades en la familia o heridas en accidentes. También se presenta la enfermedad en las mujeres embarazadas (Gass, 1987). Yanuzzi y cols. (1982) señalan que los pacientes exhiben altos niveles de tensión, hostilidad reprimida y ansiedad, y a menudo están ligados a trabajos de gran responsabilidad. Aunque encuentran estas características en

el 100% de sus pacientes, puede haber otros factores aún no considerados.

Tratamiento

En cuanto a su tratamiento, el consenso entre los tres especialistas oftalmólogos consultados en el estudio antedicho fue el siguiente: 1) Diuréticos osmóticos, Diamoxacetazolamida, 250 miligramos dos o tres veces al día; 2) Alivio del estrés por incapacidad laboral o sugerencia de período de reposo (tratamiento farmacológico, apoyo psicológico por parte del médico tratante o sugerencia de consultar a un especialista); 3) Tratamiento con esteroides; 4) Administración de antiinflamatorios no esteroideos; 5) Aspirina; 6) Tratamiento con láser; 7) Placebos, y 8) No tratamiento.

Características de personalidad

La hipótesis planteada desde una perspectiva psicoanalítica para los enfermos de esta enfermedad visual llamada coriorretinopatía serosa central, considerando el significado simbólico de la visión y su falta en el sentido de potencia y castración, es que los pacientes sean personas responsables, competitivas, con un alto sentido del deber y con un cuerpo que se utiliza sólo para la supervivencia y no para el placer. Otras características que se pueden encontrar en ellos son el que se crean superiores a los demás y sin ninguna falla, siempre en una situación de más poder, ser los más calificados y tener un fuerte dominio del afecto. Dicha caracterización puede permanecer hasta que un suceso desencadenante —en el sentido de no verse capaces o de no ser capaces de ver lo que falta en sus vidas— favorece el desarrollo de la enfermedad y de su efecto castrador.

Las características de la llamada personalidad tipo A parecen coincidir con la interpretación propuesta. En efecto, las características de los sujetos con ese tipo de personalidad son las siguientes: necesidad de conseguir objetivos, de competir y de tener reconocimiento social; propensión a acelerar la realización de cualquier tarea; un extraordinario estado de alerta mental y físico, y aparente implicación en múltiples actividades a plazo fijo (Valdés y Sender, 1994). El concepto de personalidad tipo A fue propuesto por los investigadores

Rosenman y Friedman en 1959 para referirse a un tipo de personalidad asociado a los problemas del corazón. A partir de 1981, se considera al patrón A de conducta un factor de riesgo independiente, comparable, en cuanto a su valor predictivo, a los cuatro factores de riesgo tradicionales juntos: hipertensión, hipercolesterolemia, tabaquismo y obesidad.

Por lo anteriormente dicho, en el presente trabajo se estudiaron los elementos orgánicos de la enfermedad visual conocida como coriorretinopatía serosa central, así como las características psicológicas y sociales de algunos pacientes que la padecían.

MÉTODO

Sujetos

Las personas participantes en el estudio fueron captadas a través del Departamento de Oftalmología del Hospital Regional de Especialidades Num. 25 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) de Monterrey, N.L., México. En un periodo de cuatro meses se detectaron cuatro pacientes, de los cuales tres fueron varones y una mujer; el promedio de edad fue de 35 años y la escolaridad promedio fue de nivel medio superior.

Instrumento

Se utilizó una entrevista constituida por 37 preguntas abiertas para obtener datos en la dimensión de personalidad y afecto, así como siete preguntas cerradas sobre datos sociodemográficos.

Las preguntas se relacionaban con los siguientes aspectos:

Autodescripción del sujeto (para ubicar la forma en que se percibían a sí mismos y si existían elementos para suponer una exigencia o perfeccionismo) (1).

Percepción por otros (para establecer la posibilidad de vínculos, el reconocimiento de la existencia de otras personas y su relación con ellas) (3).

Sentimientos de tristeza (para explorar si es posible la sensación y expresión de afectos que tienen una connotación negativa) (7).

Expresión del afecto de tristeza a través del llanto (para conocer la descarga de emociones de carácter negativo y la posibilidad de sentir dolor) (13).

Expresión física o verbal del enojo (para reconocer la emoción en su forma física y expresar una emoción de carácter negativo) (8).

Motivos de preocupación (para ubicar si en este perfil se consideraba, debido a la exigencia, aceptable la preocupación, y si los motivos estaban asociados al perfeccionismo) (5).

Procedimiento

Una vez detectados los sujetos, se llevaron a cabo las entrevistas con ellos, las cuales se realizaron en la sala de espera o en el consultorio del Departamento de Oftalmología del hospital, con una duración promedio de 50 minutos.

RESULTADOS

En su autodescripción, los cuatro sujetos se evaluaron tomando como punto de referencia al trabajo y la fortaleza, siendo la característica principal el apremio. No refirieron que la tranquilidad fuese parte de ellos. Se consideraban a sí mismos con un buen funcionamiento.

En su vínculo con los otros tres sujetos, comentaron que las relaciones eran buenas, sin un vínculo intenso de agrado o de desagrado, relaciones en las que había una buena adaptación. Los otros hicieron referencia a compañeros de trabajo, amigos y relación de pareja. No expresaron ningún vínculo significativo, y en lo referente a la relación de pareja, se describían en ella con adjetivos como "exigente", "bien" o "bueno", que eran utilizados más como criterios de eficiencia que como expresiones en las que se indicara la existencia de un vínculo emocional.

Sobre la tristeza, uno de los sujetos respondió negativamente a la pregunta sobre haber experimentado alguna vez dicha emoción. Los demás aceptaron haberla sentido. En referencia a las situaciones en que se manifestaba dicha emoción, uno habló de "lo del niño", otro sobre las muertes de familiares y otro más sobre situaciones de desaire o de salud.

Las reacciones ante el sentirse triste fueron desde las ganas de llorar y la expresión del llanto en dos de los sujetos, hasta la resignación ("Hay que tomar las cosas como vienen") y la evitación ("Los estados depresivos no son buenos; hacen que

uno se enferme del corazón”), considerándose peligrosa la sensación y no su represión. Al preguntar sobre la última situación de tristeza a los cuatro sujetos, sólo titularon las escenas, pero no explicaron las situaciones (“la vez del niño”, “cuando estaba platicando”, “lo de la enfermedad”, “en el eco”). Sobre el motivo de la tristeza, también se denotaron vínculos poco significativos en los cuatro sujetos, ya que los familiares implicados no fueron nombrados como personas —es decir, con su nombre propio— ni se expresó algún afecto en la relación con ellos; sobre la comunicación de la emoción, ésta pudo ser vista por otros, pero no fue puesta en palabras por ninguno de los sujetos.

Experimentar la emoción de tristeza y descargarla a través del llanto fue una posibilidad para tres de los cuatro sujetos; sobre las situaciones en las que ocurre este tipo de descarga aparecieron expresiones como “lo del niño”, “cuando tomo”, “de salud”. En relación con la última vez que eso sucedió, uno de los sujetos lo ubicó en una situación ocurrida siete años atrás, otro no recordó y el último de los sujetos dio una fecha también muy anterior, sin percatarse de que mientras contestaba estaba a punto de llorar.

Respecto a lo que hacían al sentir deseos de llorar, un sujeto dijo que no había habido otra ocasión después de la sucedida hacía siete años; otro sujeto respondió hablando de su salud actual, y él último señaló que lloraba con frecuencia. Sobre si alguien notó sus deseos de llorar, un sujeto afirmó que nadie le dijo nada, otro indicó que lloraba cuando tomaba, pero no refirió que el tomar fuera un evento en el que se encontrase acompañado ni mencionó nombres; otro sujeto dijo que lloraba al ver películas en la televisión, como si el llorar fuera algo provocado por otro con quien no hay ninguna relación. En cuanto a si el llanto era comunicado, dos sujetos negaron hablarlo con otros, y el tercer sujeto dijo que sus hijos le preguntaban por qué estaba triste.

Al explorar la historia individual de la expresión del llanto, sólo uno recordaba (reconocía) haber llorado, otro dijo que no lo hacía de forma rotunda, uno más indicó que no ganaba nada con llorar, y el último mencionó que no era regañado al portarse bien, como si el llanto fuera consecuencia de los regaños y al portarse bien evitara esa consecuencia. Sobre las situaciones de llanto

en la infancia, tres relacionaron el llanto como consecuencia de regaños de los adultos por las travesuras, con lo cual la conducta inadaptada fue suprimida y ellos pudieron entonces comportarse apropiadamente. La expresión de llanto en la adultez, fue, en tres de los sujetos, debida a la enfermedad o muerte de familiares, y en el restante por la enfermedad actual. En promedio, los tres sujetos varones llevaban 20 años sin llorar (7, 21 y 32 años antes en cada caso). Al indicar la situación, nombraban el suceso pero no los personajes implicados. En cuanto a si se encontraban solos en el momento de llorar, dos sujetos dijeron que no, pero no agregaron información sobre las personas que les acompañaban. Si platicaron a alguien como se sentían, los tres sujetos varones dijeron no haberlo hecho; la mujer, por el contrario, lo contó a toda su familia. La sensación posterior a la expresión de llanto fue descrita por dos sujetos como “desahogo”, por otro como “descanso”, y la mujer, quien más lloraba, afirmó que “no se le quitaba lo preocupada”.

Referente a las situaciones de enojo, al sujeto 1 le extrañó la pregunta, al 2 le angustió, el sujeto 3 negó la emoción y el 4 habló de los hijos, pero nunca los mencionó por su nombre ni los individualizó. Tres de los cuatro sujetos reportaron haber estado enojados alguna vez; sólo uno, la mujer —quien había respondido negativamente ante la sensación de tristeza—, lo negó. Las razones del enojo aparecen como entendidas perfectamente como situaciones en las que se vieron expuestos o reaccionaron ante la conducta de otros (“Hubo una vez un problema en la familia, pues existen diferencias entre mi familia y la de mi esposa, pero eso es todo. Me enojo por la situación, pero no con las personas”, “Me enojo por estar enfermo”, “Es que el contador ya había dicho que sí y luego dijo que no”, “Me enojé porque mis hijos se salieron”), pero no como sensaciones experimentadas y aceptadas. No les fue posible describir físicamente la sensación, ni pudieron traducirla a palabras. En relación con los vínculos, la emoción de enojo sí parece haber sido reconocida por los otros, aunque no fue expresada por los sujetos, ya que al experimentar dicha emoción tres optaron por soluciones de supresión (tranquilizarse, aislarse, hablar más alto, como queriendo expresar la emoción con el aumento de volumen

y no con la expresión verbal); sólo uno de los sujetos dijo que cuando se enojaba lo expresaba, aunque no pudo indicar la forma en que lo hacía.

Respecto a sí habían experimentado preocupación, los cuatro sujetos respondieron afirmativamente. Los motivos de preocupación fueron, respectivamente, la salud, los hijos, la responsabilidad del trabajo y “todo”. Al preguntarles sobre qué hacían al sentirse preocupados —es decir, cómo transformaban esta emoción—, las respuestas fueron desde enfocarse a la tarea, la incapacidad de resolver la situación, la actividad y el llanto.

En cuanto a si comentaban la preocupación, dos sujetos contestaron afirmativamente y dos negativamente. La sensación de estar preocupados no les fue posible describirla; sus respuestas ante la pregunta “¿Cómo sabe que está preocupado?” fueron: “Lo siento”, “No sé”, “Así” y “No sé como decirlo”.

DISCUSIÓN

El perfil de personalidad encontrado en las personas del estudio muestra que no se describían como tranquilos o relajados; al contrario, se retrataron como muy activos, con mucha prisa, con apremio. Escasamente describieron problemas con otras personas, pero también encontraban difícil relacionarse y tomar en cuenta a los demás; es decir, desde su perspectiva esas personas no eran significativas. Sus relaciones con ellas eran frágiles e intercambiables. En sus trabajos no establecían lazos afectivos con compañeros ni con superiores dado el elevado concepto de sí mismos; no eran capaces de relacionarse con quienes les parecían inferiores, ya que lo que los sujetos realizaban era de tan alto nivel que los otros no se hallaban a su nivel de exigencia. Establecían una relación sin conflictos con los otros, en la que no había problemas manifiestos ni afectos de carácter positivo. Los sujetos se desempeñaban bien en las actividades y podría decirse que eran bien adaptados, no expresaban fácilmente sus emociones, no podían hablar sobre ellas y sus respuestas tendieron a ser muy concretas.

Otros aspectos de personalidad encontrados son que los afectos negativos no son nombrados ni sentidos claramente, y que los positivos parecen

no existir. El enojo y la tristeza parecen experimentarse como fallas o debilidades de carácter, por lo cual se constituyen en emociones cuya expresión no les está permitida. En cuanto a la sensación de la emoción, los sujetos no podían poner en palabras sus emociones, como si éstas estuvieran en un estado primitivo y por ello no pudieran enlazarse a la representación verbal, quedando la emoción en el cuerpo.

En relación con el llanto, se encontraron respuestas que indicaban una gran imposibilidad de llorar, como el hecho de que sólo una vez en la vida se expresara el llanto o que hubiese un promedio de muchos años sin llorar. La situación que posibilitaba el llanto era la situación de muerte de un familiar, relacionando así muerte y llanto. La única mujer de la muestra parecía llorar con gran facilidad; incluso durante la entrevista parecía estar siempre al borde del llanto pero sin darse cuenta de ello, como si el llorar no fuera una emoción y se representara sólo en el ámbito físico.

La expresión de los afectos fue muy limitada, lo que parece apuntar a un tipo de personalidad superior, que, en relación con los otros, se mantenía contenida, sin manifestarse plenamente. Tal expresión hacia sí mismo pretendía llegar a un ideal de perfección en el cual no existen defectos ni sentimientos negativos, casi sin cuerpo ni emociones, pues al parecer no sentían emocionalmente ni atendían a las necesidades de su cuerpo.

Las emociones de carácter positivo tampoco eran expresadas en la relación con los otros; pareciera que todo el afecto estuviese depositado en el ideal del yo, lo que se revela en el excesivo cumplimiento del deber. No les era posible transformar su emoción a través de las palabras o les resultaba muy difícil traducirla.

Se halló que estas personas poseían una representación de sí mismos asociada estrechamente con un ideal de perfección, de un funcionamiento que puede considerarse como adaptado en demasía y con características de personalidad en las que predominaba un alto sentido del deber, de cumplimiento del trabajo y de evitación de conflicto. Otro aspecto relevante fue el de la negación —y en parte de una negación del cuerpo—, tanto en sus sensaciones físicas como corporales, hasta que la irrupción de la enfermedad ocasionó un conflicto

al que tenían que dar solución, aunque ello implicara detenerse y, al alterarse la importante función de la visión, se viesan imposibilitados de continuar con su vida cotidiana. La incapacidad como prescripción médica provoca un efecto desconcertante, así como el diagnóstico, ya que esta enfermedad no es muy frecuente.

Aun cuando la muestra es muy pequeña, se hallaron elementos que pueden contribuir al conocimiento de las características de personalidad de quienes enferman de la coriorretinopatía serosa central. La personalidad de estos sujetos coincide con el perfil de lo expuesto a través de la teoría psicoanalítica y la hipótesis propuesta.

REFERENCIAS

- Assoun P. L. (1997). *Lecciones psicoanalíticas sobre la mirada y la voz*. Buenos Aires: Paidós.
- Békei, M. (1984). *Trastornos psicossomáticos en la niñez y la adolescencia*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Dalma, J. y González, R. (1996). Coroidopatía serosa central. En: J. Dalma y R. González (Eds.): *Retina. Diagnóstico y tratamiento*. México: McGraw-Hill/Interamericana.
- De la Fuente, R. (1985). *Psicología médica*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Díaz, J. (1991). *Trastornos psicossomáticos en la infancia*. Madrid: CEPE.
- Freud, S. (1890/1997). *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Gass, J. (1987). *Stereoscopic Atlas of Macular Diseases. Diagnosis and Treatment* (vol. I). New York: Mosby.
- González, A., Padilla, M. y Santacreu, J. (2001). Propuesta de un programa preventivo de la miopía a nivel básico. *Psicología y Salud*, 11: 165-174.
- Groddeck, G. (1983). *Las primeras 32 conferencias psicoanalíticas para enfermos*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1995). *Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Marty, P. (1995). *La psicossomática del adulto*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Marty, P. y De M'uzan, M. (1967). *La investigación psicossomática*. Barcelona: Luis Miracle.
- Mintz, A. (2002). Metas psicológicas en la rehabilitación de pacientes con enucleación de órbita ocular. *Psiquiatría.com*. (revista electrónica). Disponible en línea: <http://www.psiquiatria.com/articulos/6079>.
- Nasio, J. (1992). *La mirada en psicoanálisis*. Barcelona: Gedisa.
- Quiroz, H. y Barojas, E. (1996). Nociones prácticas de fisiopatología. En: J. Dalma y R. González (Eds.): *Retina. Diagnóstico y tratamiento*. México: McGraw-Hill/Interamericana.
- Rilova, F. (2001). *Cuando el cuerpo solicita la palabra*. Buenos Aires: Lumen/Lohlé.
- Rinaldi, G. (2001). *Prevención psicossomática del paciente quirúrgico*. Buenos Aires: Paidós.
- Sami-Ali, M. (1974). *El espacio imaginario*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Taylor, G. (1989). *Psychosomatic Medicine and Contemporary Psychoanalysis*. Madison, VA: International Universities Press.
- Valdés, M. y Sender, R. (1994). El patrón de conducta A: diez años de investigación. *Cuadernos de Medicina Psicossomática* (Barcelona), 30.
- Yanuzzi, L., Schatz, H. y Gitter, K. (1982). *La mácula. Texto y atlas*. Buenos Aires: Médica Panamericana.

