

INSERCIÓN SOCIAL RESPONSABLE Y AUTÓNOMA

Autores:

Dr. Ribera Céspedes Álvaro O. (1); Dr.: Arancibia Andrade Boris (2); Dr. Candia Velasco Engler (3); Dra. Serrudo Loayza Gabriela (4).

(1) Médico Psiquiatra Hospital San Pedro Claver

(2) Médico Internista Hospital San Pedro Claver

(3) Médico Neurocirujano Hospital Santa Bárbara

(4) Residente de Psiquiatría III I.N.P.G.P. (Instituto Nacional de Psiquiatría Gregorio Pacheco)

Recepción: 15 /Marzo/2012 Aceptación: 1/Junio/2012

RESUMEN.-

La responsabilidad social está mejor preparada en los medios económicos y culturales privilegiados. Los eventos de la autonomía social se acompañan de manifestaciones psico – neuróticas, principalmente en familias aisladas, la inserción profesional viene acompañada de dificultades como la desilusión, rechazo de la experiencia, ignorancia de hecho debido a la juventud, falta de confianza en sí mismo, produciendo reacciones ansiosas y alteraciones psicósomáticas.

Estos periodos pueden marcar la eclosión de un comportamiento psicopático y sociopático, la inserción sexual facilita los tratos y conductas carenciales, regresivas, psiconeuroticas, ya que el problema relacional es mas de rol sexual que la propia relación sexual, esta demanda implica necesidades regresivas y sociales que son desconocidas por el propio conyugue.

PALABRAS CLAVE:

Psiconeurótico, sociopático, despersonalizante, pre-objetal, contratransferencial.

SUMMARY

Social responsibility is better prepared in the economic and cultural privileged. The events of social autonomy demonstrations are accompanied by psycho - neurotic, mainly in isolated families, vocational integration is accompanied by difficulties and disappointment, rejection of experience, ignorance of fact because of the youth, lack of self-confidence, producing anxiety reactions and psychosomatic disorders.

These periods can mark the emergence of psychopathic and sociopathic behavior, sexual insertion facilitates dealings and behavior deficiencies, regressive, psychoneurotic, since the problem is more role-relational sexual intercourse itself, this claim involves regressive and social needs that are unknown by the same spouse

KEYWORDS:

Psychoneurotic, sociopathic, depersonalizing, pre-objectal countertransference.

Introducción.-

La edad de la responsabilidad social varía considerablemente en función del nivel socio-económico; pero varía muy poco de una etnia a otra. Es mucho más progresiva y mejor preparada en los medios económicamente y culturalmente privilegiados. Es marcada por: el servicio militar, el inicio de los estudios superiores, la independencia económica, la atribución de una responsabilidad profesional, las vacaciones autónomas, la primera experiencia sexual, el apoyo afectivo, el matrimonio y la paternidad.

El orden de la secuencia de estos eventos depende de las posibilidades económicas, del impacto del medio socio-cultural (la religión notablemente), las influencias del grupo de afiliación (profesional) y de la estructura de la personalidad.

Este orden se modificó considerablemente después de 1960, sobre todo en los medios burgueses.

La emancipación sexual, la prolongación y alargamientos de los estudios, la incidencia creciente de las familias nucleares y también la desaparición de los clanes (familias patriarcales), el rápido aislamiento de los jóvenes que los incita a buscar una forma de cohabitación en principio homo y después heterosexual, el 85 % de los jóvenes terminan casándose.

Los diferentes eventos de la autonomía social se acompañan siempre de una aprehensión ansiosa y de manifestaciones psico-neuróticas que varían en su amplitud. Los sujetos socialmente (inmigrantes) y familiarmente aislados, son mucho más vulnerables. A esta edad, la familia es el lugar donde los jóvenes pueden valorar sus opciones de manera bien fundamentada y refugiarse en caso de necesidad. Los padres deben mostrar las ventajas y desventajas de las diferentes opciones.

Inserción Profesional.

Se acompaña siempre de dificultades. Se observa una idealización de expectativas y una desilusión; una recrudescencia de la susceptibilidad narcisista, una necesidad de probar su capacidad, un rechazo de la experiencia (los viejos), una ignorancia de hecho que debe continuar aprendiendo toda su vida, una amenaza que el joven constituye y representa para el de más edad, la prevalencia de sus derechos por la relación a su estabilidad del empleo o cargo, una

imprudencia estratégica y una arrogancia infantil. La falta de confianza en sí y el rechazo de apoyo privan la información útil y producen pánico. Las reacciones ansiosas, los tratos relacionales neuróticos de tendencia regresiva y la aparición de las primeras alteraciones psicosomáticas son frecuentes pero pasajeras. (1,2,3,4)

Estos períodos pueden marcar la eclosión de un comportamiento sociopático, psicótico o neurótico.

La carencia del apoyo familiar, incita la búsqueda de compensaciones afectivas: hooligans, clubs, homosexualidad, promiscuidad, matrimonio neurótico, conductas seductivas, droga, tabaquismo, afiliaciones deportivas, misticismo. (2,3,5,7,8)

Inserción sexual.

La inserción sexual puede también facilitar tratos y conductas caracteriales, regresivas y psiconeuróticas, sobre todo psicosomáticas.

Las jovencitas están más predispuestas a terminar simultáneamente un rol maternal y profesional. (10,11,12,13,)

El medio socio-cultural no prepara a compartir las responsabilidades paternas, el mantenimiento del hogar y las cargas económicas. El médico es muy a menudo el primero en detectar estas dificultades. El debe promover el equilibrio y la capacidad familiar o bien paliar sus carencias. Sobre todo los internistas, pediatras, ginecólogos y médicos familiares.

Un problema relacional es más el rol sexual que la propia relación sexual, porque satisface una relación mucho más compleja que el placer orgásmico; esta demanda implica necesidades regresivas y sociales que son desconocidas por el cónyuge. (17,18)

La insatisfacción de estas demandas produce cólera, autismo, autoerotismo, narcicismo, celos, susceptibilidad y actitudes de venganza o dominio. La capacidad orgásmica (excitación, orgasmo, resolución) está en función del grado de madurez (y está ligada a la capacidad relacional total) pero condicionada por las circunstancias; esta varía de un período a otro. La mujer manifiesta mucho más seguido que el hombre un orgasmo difuso y repetido (otra vez lista en algunos minutos). El modo de excitación preferido depende del medio cultural y sobre todo de la estructura de la personalidad; las primeras experiencias sexuales son determinantes para el modelaje del acceso al orgasmo.

La frecuencia de relaciones varía de una pareja a otra; en los jóvenes es de 4 veces a la semana y 2 veces semanales a partir de los 40 años. Después de los 50 años sólo el 50% tienen una relación satisfactoria, a los 70 años se reduce el porcentaje al 25%. La vida en pareja es deseada en toda edad.

En edades avanzadas la capacidad de retención eyaculatoria del hombre aumenta y facilita el orgasmo de la mujer. La incapacidad relacional (caraterial o neurótica) produce alteraciones psicósomáticas sexuales de orden menor: impotencia temporal, relativa o condicional, eyaculación precoz, intolerancia de un comportamiento asociado a la relación sexual, dificultad de probar o sentir una sensación de infidelidad, orgasmo no simultáneo (lo que es la regla en casi la mayoría de las relaciones). (15,16)

Cuatro reglas dictan la conducta diagnóstica del médico: seguir y dar coraje para las informaciones del consultante, antes de intervenir (empatía), nunca adoptar una actitud normativa, abordar el problema directamente, evitar los componentes contratransferenciales (curiosidad, pulsiones perversas, actitudes neuróticas, necesidad de seducir o de proteger, etc.). No preguntar si se masturba. No dar la impresión de que la relación sexual se realiza de una cierta manera, jamás ofuscarse, extrañarse o aprobar, más si dar informaciones factibles.

Dos reglas dictan la conducta terapéutica del médico:

- Hay que primero obtener información para detectar la existencia de un estado psiconeurótico que relevaría un tratamiento sistemático.
- Luego conviene desangustiar al consultante explicando de manera calmada que el orgasmo y la relación sexual son polivalentes, condicionales y variables en el tiempo. Hay que explicar la demanda ilusoria y darle coraje para hablar ulteriormente. Hay que también situar el problema dentro de un contexto psicosocial y nunca abordar a la pareja si no está dispuesta. (18)

La perspectiva de una maternidad suscita aprehensiones objetivas y subjetivas. Los temores deben ser abordados dentro de todas sus realidades, directamente y completamente, para permitir una opinión lúcida. Los celos del padre, el dolor del parto, el gasto de la lactancia, la pérdida de empleo, el incremento de gastos constituyen lo esencial de estos problemas. Los ejercicios prenatales (relajación, respiración) contribuyen bastante a atenuar estas

dificultades.

Las aprehensiones subjetivas son de origen fantasmático y frecuentemente sostenidas por el medio. El embarazo puede: hacer desaparecer temporariamente todos los síntomas psiconeuróticos preexistentes; provocar una eclosión o hacer resurgir los síntomas latentes de manera temporaria o definitiva; o suscitar una pléyade de alteraciones psicósomáticas o manifestaciones hipocondriacas, que antes no existían. (11,12)

El embarazo, el parto, la lactancia y la maternidad provocan reacciones en función del significado fantasmático del objeto (el bebé), pero también beneficios neuróticos secundarios que constituyen este estado.

El niño puede ser como arrebatado a la madre o como un no deseado mal objeto. El embarazo es una victoria edipiana para la madre, incapaz todavía de tenerlo.

El feto puede ser un símbolo fálico. El parto o la lactancia pueden ser sentidos como algo destructivo. La simbiosis madre-niño es a veces aseguradora en caso de regresión oral precoz; en este caso el post-parto es sentido como una pérdida de objeto despersonalizante. El niño puede ser una pantalla de pulsiones agresivas de la madre y convertirse en un objeto fóbico. El niño puede ser objeto de un amor analítico o transferencial. Las principales manifestaciones ligadas a la maternidad son:

- Las variaciones del humor del primer trimestre
- La anorexia
- Los vómitos incoercibles
- Las fobias asociadas a la obesidad o a la lactancia
- La incapacidad de amor al niño o el miedo o terror a herirlo y hacerle daño
- Las quejas por el desinterés del esposo, el miedo de ya no poder seducir

La depresión si es de origen oral, está favorecida por la impregnación de progesterona o prolactina. La lactancia provoca un placer erótico y la maternidad los sentimientos de acoplamiento y acompañamiento. La empatía de la madre es una condición esencial para el éxito de la fase Pre-objetal; la madre se exalta durante el período perinatal por las aprehensiones de la maternidad.

Los contactos físicos entre la madre y el niño son esenciales, para ambos, desde el nacimiento hasta un año después del alumbramiento. (17)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Mertens de Wilmars Ch. *Psychologie Medicale*. 3ª edición. Bruselles. Maison; 1983. Pag: 118-119 120-121.
2. Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia sexual anatómica. S. Freud Tomo III. Pág. 25,26
3. Sobre la sexualidad femenina. S. Freud. Tomo III. Pág.150-154
4. Las mujeres en la imaginación colectiva. Ana María Fernández. Pág. 134-137.
5. Un dolor irresistible. Toxicomanía y pulsión de Muerte. Fernando Geberovich Pág. 20-21.
6. El malestar en la cultura” de Sigmund Freud.Pág 148-160.
7. *Enciclopedia Internacional de las ciencias sociales*. Madrid. Aguilar S. A. 1.974. Volúmenes 3, 4, 5, 9 Y
8. Alarcón, R., Araya, K., Fuentealba, V., Müller, R. & Retamal, M. (2002). Creencias: Influencias en la relación familia-escuela. Seminario para optar al grado de Licenciado en Psicología, Universidad de Concepción, Concepción,
9. Arancibia, V., Herrera, P. & Strasser, K. (1997). *Manual de psicología educacional*. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile.
10. Alarcón, R., Araya, K., Fuentealba, V., Müller, R. & Retamal, M. (2002). Creencias: Influencias en la relación familia-escuela. Seminario para optar al grado de Licenciado en Psicología, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.
11. Arancibia, V., Herrera, P. & Strasser, K. (1997). *Manual de psicología educacional*. Santiago: Ediciones Universidad Católica de Chile.
12. Arón, A. & Milicic, N. (2000). Desgaste profesional de los profesores y clima social escolar. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 32(3), 447-465.
13. Bellei, C. (2004). *Equidad educativa en Chile: Un debate abierto*. Santiago: UNICEF.
14. Bierhoff, H. W. (2002). *Prosocial behaviour*. London: Psychology Press.
- 15.-Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano: Experimentos en entornos naturales y diseñados*. Barcelona: Paidós.
- 16.-Chiesa, M. (2003). Sobre la meta-ética, la ética normativa y el conductismo. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35(3), 289-297.
17. Coppelli, K., Davidovich, M., Espina, A., González, J., Guerrero, V., Medina, R. & Salazar, L. (2003). Construcción de un instrumento para medir autoatribución de comportamientos socialmente responsables. Seminario para optar al grado de Licenciado en Psicología, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.
18. Cortés, A. (2002). Contribución de la psicología ecológica al desarrollo moral. Un estudio con adolescentes. *Anales de Psicología*, 18(1), 11-134.