

5ª Collatio

III. Antropología y psicología

Psicología y vida cristiana (V): Ansiedad y nerviosismo. Tristeza y depresión. El estrés profesional: el burnout. Estrategias de prevención: cuidado de la salud y vida espiritual.

Ansiedad y nerviosismo

Ansiedad y nerviosismo son sinónimos. La ansiedad es un término de uso médico y el nerviosismo es un término coloquial. Algunos autores consideran que hay un único fenómeno ansioso que, según la intensidad y su causa, se puede llamar *ansiedad, miedo, angustia, pánico*.

El término *ansiedad* es un sentimiento de excitación y tensión interna, que impulsa a la acción para resolver la causa que lo origina. La ansiedad se da en situaciones de peligro para la integridad física o psicológica del Yo (*ansiedad reactiva*) (exámenes, entrevistas de trabajo, hablar en público, acudir al dentista, tener que recibir una inyección, pelearse, conducir temerariamente, etc.) en las que el sujeto puede sufrir, por lo que es una forma de miedo, que se acompaña de la convicción de que se puede evitar si se actúa de una manera adecuada.

La ansiedad puede ser normal y patológica, dependiendo de la intensidad y de la proporcionalidad con el peligro que la desencadena. Repercute en el funcionamiento psíquico general (*ansiedad psíquica*) y en el funcionamiento somático (*ansiedad somática*) por la activación de varios centros del sistema límbico cerebral, que activa el sistema nervioso vegetativo simpático que, al liberar adrenalina, produce las modificaciones fisiológicas propias de la ansiedad; y activa también el sistema endocrino mediante la estimulación del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, que libera cortisol en la sangre. Los signos físicos más visibles de la ansiedad son: hiperhidrosis, temblor, frialdad de manos, palidez y tensión muscular manifestada en posturas rígidas e inquietud psicomotriz. La observación de estos signos permite deducir su presencia e intensidad. Además, la ansiedad es *un síntoma de muchos trastornos mentales*, incluso hay un grupo de trastornos denominado "*Trastornos de ansiedad*".

La ansiedad puede ser también *un "rasgo" dominante de la personalidad (ansiedad vital o constitucional)*. Las personas con este tipo de personalidad son calificadas por los demás como personas "nerviosas". Cuando este rasgo es muy intenso permite establecer el diagnóstico de un "*Trastorno ansioso (o evitativo) de la personalidad*". Estas personas viven con un constante y profundo sentimiento de temor a fracasar, a ser criticadas y rechazadas debido a un intenso sentimiento de inferioridad y una gran necesidad de estima y amor por parte de los demás. Este temor las lleva a evitar las situaciones en las que pueden ser valoradas negativamente, y con el tiempo pueden padecer una "*fobia social*" o una "*agorafobia*". Si no aprenden a tranquilizarse, su ansiedad habitual normal puede transformarse en una ansiedad habitual patológica, que se manifiesta con signos y síntomas físicos y psicológicos propios de un "*trastorno de ansiedad generalizada*" (antiguamente neurosis de ansiedad).

El término *angustia* es un sentimiento muy intenso de miedo, y, por eso, es siempre patológica. La angustia significa angostura, estrechez, y se vive como una sensación desagradable de constricción localizada en la garganta, epigastrio y zona precordial, que se acompaña de una sensación de ahogo o asfixia. Así pues, tiene un matiz físico o somático, visceral y estático -de sobrecogimiento y paralización-, pues se acompaña de la sensación de imposibilidad de escapar o evitarla. Se diferencia de la *ansiedad* pues esta tiene un matiz más psicológico (sentimiento de peligro y conciencia de tener que hacer algo para resolverlo) y dinámico (impulsa de modo imperioso a la acción con el fin de evitarla).

El *miedo* es un temor a algo concreto, real y definido, que, cuando es muy intenso, se denomina pánico, que es una vivencia muy similar a la de la angustia; pero se diferencian en que la *angustia* es un temor sin objeto definido, sin explicación ni causa precisa. La angustia puede producir miedos (pánicos) a cosas y situaciones en las que se da la angustia, en un intento del paciente de atribuir a algo esa sensación desagradable y, como en el caso del miedo, poder evitarlo y liberarse de la angustia. Cuando vuelve a aparecer la angustia, se vuelve a atribuir a otra causa. De este modo, el paciente va generando miedos intensos que, al acompañarse de conductas de huida, se denominan "*fobias*". A este proceso se denomina "cristalización fóbica de la angustia", por el parecido con el fenómeno de la cristalización del agua en hielo con el frío muy intenso. Sólo evitando la raíz de la angustia se puede parar este proceso.

El *pánico* es un miedo muy intenso e insoportable, que impulsa a huir de modo inmediato de la situación en la que se produce, incluso con conductas irracionales y peligrosas. Hay reacciones de pánico en situaciones de grave y real peligro para la vida del sujeto (catástrofes, guerras, incendios, avalanchas), pero hay crisis de pánico sin una causa conocida por el paciente, aunque tienda a atribuirle de modo erróneo a un infarto de miocardio o un derrame cerebral con peligro inminente de muerte. Como este tipo de pánico es un miedo muy intenso sin causa conocida, se puede considerar también un ataque de angustia, y al trastorno mental consistente en repetidos ataques de pánico se denomina "*Trastorno de pánico o ansiedad paroxística episódica*", siendo la ansiedad paroxística equivalente a la angustia.

Tristeza y depresión

La *tristeza* es una emoción básica universal, junto al miedo, la ira y la alegría. Se produce cuando se toma conciencia de haber sufrido un daño físico o psicológico. Es normal cuando guarda proporción con la intensidad del sufrimiento. Es patológica cuando su intensidad impide el funcionamiento normal de la persona, y entonces es un síntoma de una depresión.

La tristeza resta energía vital y tiende a lentificar o bloquear el funcionamiento psicológico y el comportamiento de la persona, en proporción directa con su intensidad. Por su relación causal con el sufrimiento, las personas con mayor capacidad de sufrimiento, por haber desarrollado tolerancia a la frustración o resiliencia (antigua "resignación cristiana"), presentan menos tristeza o incluso pueden mantener la paz y la alegría cuando sufren.

Un hecho común del funcionamiento de la afectividad es que cuando surge un afecto de un signo (positivo o negativo) suele acompañarle de otros del mismo signo. Por eso, la tristeza suele asociarse con la ira y el miedo (en forma de ansiedad o angustia). Otro hecho común es que los afectos impulsan a realizar conductas del mismo signo (positivas o negativas). En el caso de los afectos negativos, las conductas inicialmente suavizan la intensidad de la situación afectiva negativa, pero a medio plazo intensifican dicha situación afectiva por sentirse culpables. El miedo impulsa a la huida y a la mentira; la ira a la violencia; y la tristeza a la pasividad, que impide hacer lo que se debe de hacer, lo que le haría sentirse bien y neutralizaría los sentimientos negativos.

La *depresión* es la enfermedad mental más frecuente y afecta hasta el 14% de la población general. Se diagnostica mediante la observación de los signos y síntomas propios. La depresión afecta a toda la persona y, por ello, produce síntomas de todas las funciones psíquicas, se manifiesta físicamente con signos expresivos y corporales característicos y con manifestaciones conductuales peculiares (pasividad y aislamiento social); pero la afectación primaria y principal está en la afectividad, que presenta tristeza patológica y angustia. Es una enfermedad que causa un deterioro importante del rendimiento normal y de la calidad de vida de la persona que la sufre.

Existen una amplia variedad de depresiones según sus características, que dependen de la causa y de la personalidad del paciente, pero hay tres tipos bien definidos: depresión endógena o

biológica, depresión neurótica o caracterológica (ahora llamada distimia) y la depresión reactiva (ahora llamada trastorno adaptativo, reacción depresiva).

Depresión endógena

Tiene su origen en una alteración del funcionamiento cerebral, por alteración de los neurotransmisores catecolaminérgicos (serotonina, noradrenalina y dopamina). Incluye las depresiones del trastorno bipolar (antigua psicosis maniaco-depresiva) y la depresión mayor unipolar (trastorno depresivo recurrente). En este tipo de depresión los síntomas son muy intensos, se instauran con rapidez y sin una clara relación con las circunstancias ambientales. Por la gravedad de sus manifestaciones suele llamarse depresión mayor.

El tratamiento eficaz es el farmacológico (antidepresivos y ansiolíticos), que suele tardar al menos un mes en hacer efecto. En este tipo de depresión es frecuente el deseo de morir y de suicidarse, por lo que es de especial importancia detectar pronto las ideas y planes de suicidio, para poner los medios oportunos para proteger al paciente.

Respecto a la vida ordinaria de estos pacientes, debe tenerse muy en cuenta que están muy enfermos y muy limitados para cumplir sus obligaciones, y presionarles para que hagan algo suele aumentar su angustia. Cuando la medicación empieza a hacer efecto, se le puede animar a que ocupen el tiempo en actividades agradables. Es frecuente que al encontrarse mejor ellos mismos deseen volver a cumplir sus obligaciones habituales, pero deben hacerlo poco a poco, para no recaer, debido a la tensión que conllevan las responsabilidades habituales.

Esta enfermedad cursa con brotes o recaídas. Conviene tener en cuenta que, cuando el paciente supera una recaída, vuelve a su estado de normalidad sin que su psiquismo se haya deteriorado, por lo que no conviene considerarle ni tratarle como un enfermo crónico, pues realmente, en ese momento -ya recuperado-, no lo es. Así se evita crear en él una preocupación constante sobre su salud, o la conciencia de ser un enfermo para siempre, que podría llevarle a actuar como enfermo y a dificultar el proceso de curación. Conviene insistirle, si plantea el tema, en que acepte la enfermedad y la posibilidad de una futura recaída, aunque hay que animarle a que no piense en esto último, sino que viva el presente, confiando en la ayuda de su médico y el apoyo de sus seres queridos. Para animarle, se le puede decir que no siempre aparecen recaídas, que muchas veces tardan años en aparecer, que nunca dejan secuelas psíquicas, y que siempre se podrán recuperar con la medicación. En algunos casos, con los años, aparecen resistencias al tratamiento y se debe recurrir al electroshock.

Por otra parte, los familiares estarán pendientes de los primeros síntomas de una nueva recaída para que se reinstaure el tratamiento lo antes posible. En ocasiones, la recaída tiene una sintomatología de signo opuesto a la depresión: se trata de una fase de manía, que se caracteriza por un ánimo muy exaltado -euforia-, ideas sobrevaloradas de la realidad personal y ambiental, gran actividad, inquietud psicomotriz e insomnio. Se trata de un episodio maniaco. A partir de ese momento, el diagnóstico de la enfermedad pasa a ser el de trastorno bipolar.

Depresión neurótica (actualmente denominada distimia)

En la depresión neurótica los síntomas son más insidiosos en su instauración, más duraderos, menos intensos y menos incapacitantes. Por esta razón, se le denomina también depresión menor. Es el tipo de depresión más frecuente. Tiende a cronificarse, es decir, a hacerse persistente, y el paciente presenta de modo continuo síntomas depresivos, que oscilan en intensidad según las circunstancias ambientales, pero no vuelve nunca al estado previo al inicio de la enfermedad. Una razón de la cronificación es que tienden a hacerse resistente a la medicación, aunque, muchas veces, desde el comienzo, responden mal al tratamiento farmacológico; o responde bien, pero por poco tiempo, requiriendo muchos cambios de tipo y dosis de medicación. Otra razón, la más importante, es la manera de ser o personalidad del paciente, que le lleva a tener una actitud habitual de tristeza y ansiedad ante la vida.

Estos pacientes suelen tener poco conocimiento de las características de su personalidad que le hacen proclive y causan su depresión, y tienden a centrar su atención, de un modo casi exclusivo, en los síntomas de la depresión, que muchas veces se inician con molestias somáticas derivadas de un estado de ansiedad permanente: cefaleas, gastritis, alteraciones intestinales, insomnio y falta de apetito. Estas molestias, durante algún tiempo, son la única manifestación de la enfermedad. Por esta razón, suele tardarse mucho tiempo en detectar la enfermedad y su causa, y en acudir al especialista.

El inicio de este tipo de depresión se sitúa en la década de los 20 a 30 años, y suele tener relación con situaciones ambientales estresantes, como pueden ser las dificultades profesionales, los cambios de residencia o de personas con las que convive, o los fracasos sentimentales; pero su persistencia tiene relación con la personalidad frágil y vulnerable al estrés de estos pacientes. Así pues, en este tipo de depresión, el factor más importante para la curación es intentar modificar la forma de ser del enfermo, mediante una muy cualificada psicoterapia, que, a grandes rasgos, consiste en ayudar al paciente a descubrir cuáles son las características de su forma de ser que le llevan a tener una visión de la realidad, de los acontecimientos externos y de sí mismo que les produce una tensión excesiva y permanente (ansiedad o estrés crónico), que acaba en el derrumbamiento del ánimo (depresión). A medida que va conociendo esas características, mediante una introspección ayudada por el psicoterapeuta, debe ir poniendo en práctica modos más correctos de reacción interior y exterior ante los estímulos estresantes, para preservar la paz y alegría.

En ocasiones, la sintomatología depresiva de la distimia es muy intensa y requiere, de modo inmediato, una medicación adecuada para poner al paciente en condiciones de cumplir las indicaciones que se le dan en la psicoterapia. Pero, antes, durante y después del tratamiento farmacológico debe intentarse el cambio de actitud personal, más fácil cuanto más joven y más inteligente es el sujeto. Este cambio es lento, pero siempre eficaz.

Depresión reactiva (actualmente trastornos de adaptación, reacción depresiva)

Es una depresión que se inicia en relación directa y próxima con un acontecimiento objetivamente muy doloroso, y su intensidad depende de la tolerancia a la frustración del sujeto que la padece. La distimia también puede empezar en relación con un suceso doloroso, pero no suele ser objetivamente intenso sino subjetivamente, debido a la especial sensibilidad o fragilidad psicológica del paciente. La depresión reactiva suele ser pasajera, mientras que la distimia suele durar años.

Pero se debe tener en cuenta que deprimirse por cualquier acontecimiento vital objetivamente doloroso supone cierto grado de fragilidad psíquica, de la que se debe conocer su razón y poner remedio para evitar recaídas. Es importante que estos sujetos aprendan de su depresión, que reaccionar con angustia e intensa tristeza a un acontecimiento doloroso no es una reacción sana ni eficaz para desarrollar una mayor resistencia y tolerancia al sufrimiento, y que si luchan por controlar su afectividad podrán evitar futuros episodios de depresión reactiva.

La depresión reactiva se diferencia también de la tristeza normal ante un suceso doloroso y de una reacción de duelo por la pérdida de un ser querido. En la depresión reactiva la intensidad y la duración de los síntomas son claramente mayores, y se acompaña de una marcada repercusión negativa en la vida de los sujetos que la padecen.

En este caso, los familiares deben prestar apoyo psicológico, que, muchas veces, consiste en acompañarlos, escucharlos, distraerlos y tratarlos con cariño (el cariño es el mejor antídoto del sufrimiento). Con este apoyo, al paciente le resulta más fácil soportar la espera que requiere el tratamiento, generalmente farmacológico y/o psicoterápico, para que haga efecto, que suele tardar al menos un mes.

El estrés profesional: el burnout

En la actual civilización occidental, el estrés se ha convertido en una epidemia, debido a la excesiva importancia que se da al éxito, al triunfo y al rendimiento como medio para ser feliz.

El estrés es uno de los principales factores de riesgo para la salud, tanto física como psíquica. Por ejemplo, los expertos en salud pública afirman que es -junto a la obesidad, la vida sedentaria y el tabaquismo- uno de los cuatro factores de riesgo de infarto de miocardio. Desde el punto de vista psiquiátrico, el estrés crónico es una patología frecuente (hasta el 10% de la población general) y se asocia con frecuencia a depresión y al consumo de sustancias (tabaco, alcohol y cannabis).

La palabra estrés significa, por una parte, las condiciones o estímulos ambientales que generan ansiedad (ambiente estresante) y, por otra, significa las emociones generadas por esos estímulos (persona estresada).

Los psicólogos, sin rechazar el uso de la palabra estrés, tienden a emplear más el término ansiedad por estar mejor definida clínicamente, y por existir numerosos estudios científicos sobre ella.

Para entender mejor el concepto de estrés o ansiedad conviene hacer algunas distinciones. Existe una *ansiedad o estrés normal*, propio de toda situación de adaptación de un sujeto a un entorno cambiante y novedoso. Este estrés activa las funciones psicológicas y fisiológicas que permiten asimilar la información procedente del ambiente, con vistas a elaborar una conducta adecuada y exitosa.

El estrés se convierte en patológico cuando su intensidad o duración es tal que da lugar a una serie de síntomas y signos propios de un trastorno de ansiedad. Esto suele ocurrir cuando la situación ambiental es muy difícil de asimilar o de adaptarse a ella, por una intensa repercusión negativa sobre el autoconcepto y la autoestima del sujeto, o por una grave amenaza a la integridad del 'yo', que produce una reacción de ansiedad muy intensa y un deterioro del funcionamiento psicológico y fisiológico del sujeto, dando lugar a los síntomas y signos de una "*reacción a estrés agudo*".

Por otra parte, si un sujeto permanece en un estado de estrés normal durante mucho tiempo, con frecuencia acaba presentando una patología propia de los trastornos por ansiedad; y, en este caso, se habla de una "*trastorno de ansiedad generalizada o crónica*". Este estrés es el más frecuente y coincide con lo que vulgarmente se denomina "tener problemas de estrés". El *burnout* es una de las consecuencias de sufrir estrés crónico durante años. En épocas pasadas, ha recibido otros nombres: sourmenage, psicastenia, neurastenia, síndrome de astenia crónica.

Hasta ahora se ha aproximado el significado de estrés al de ansiedad; se ha distinguido entre una *ansiedad normal*, que mejora el rendimiento del sujeto, y una *ansiedad patológica*, que empeora el rendimiento y la salud del individuo. También hemos establecido una distinción dentro de la ansiedad patológica entre *ansiedad aguda* (de gran intensidad y corta duración) y la *ansiedad crónica* (de moderada intensidad, pero permanente). Ahora conviene añadir que el término estrés tiene un elemento conceptual que no posee el término ansiedad, que es su origen reactivo, es decir, que está causado por una situación ambiental, aunque el problema de base suele radicar en la actitud del sujeto, en su modo de percibir la realidad.

Por lo dicho, en el origen del estrés se pueden distinguir varios factores causales: unos radicados con el medio ambiente, otros en el sujeto y otros en la interrelación entre el ambiente y el sujeto.

Respecto a los *factores causales procedentes del ambiente*, se sabe que existen algunas actividades laborales, deportivas, sociales que son muy propensas a producir estrés en cualquier tipo de persona. En general, se trata de profesiones o actividades que suponen asumir numerosas e

importantes responsabilidades (ejecutivos, empresarios, políticos, etc.), o conllevan un peligro vital para uno mismo o para otras personas a su cargo (pilotos de avión, capitanes mercantes, cirujanos, deportistas de alto riesgo, controladores aéreos, bomberos, toreros).

En relación con los *factores causales radicados en el sujeto*, destaca el tipo de personalidad que predispone a sufrir estrés crónico, con independencia del ambiente en el que el sujeto se encuentre. Este tipo de personalidad se caracteriza por los siguientes rasgos: inseguridad, perfeccionismo, voluntarismo, meticulosidad, actitud controladora, elevada autoexigencia, rigidez psicológica, escasa tolerancia a la frustración, marcada dependencia del rendimiento y del éxito, competitividad, hiperactividad, inconformismo, impaciencia y obsesividad. Este tipo de personalidad se denomina anancástica.

Factores causales de la interrelación ambiente-sujeto. Como es lógico, cuando un individuo, propenso al estrés por su manera de ser, se encuentra realizando actividades de por sí estresantes, su estrés adquiere una gran intensidad y tiene mayor riesgo de producir un trastorno de ansiedad y una depresión.

A continuación, se describen los signos y síntomas más frecuentes del *estrés patológico*, para poderlo detectar y tratar precozmente. Empezaremos por el aspecto psicológico del estrés porque lo hemos asimilado a la ansiedad, que es una emoción y, por tanto, un fenómeno afectivo, que forma parte de la psicología.

Como el estrés o ansiedad reactiva supone un estado de *hiperfunción psicológica mantenida* (estado de alerta o vigilancia), las manifestaciones psicopatológicas del estrés son consecuencia del agotamiento (o depresión) de las funciones psicológicas, sobre todo de las funciones cognitivas (razón y voluntad), que son las empleadas en los procesos de adaptación. Así, se dan en estos sujetos los siguientes síntomas: dificultad de concentración y de memoria, fácil distraibilidad, ralentización del proceso de razonar y tomar de decisiones, pérdida de intereses e ilusiones, disminución de la capacidad para el esfuerzo intelectual, obsesividad (dificultad para dejar de pensar ideas que causan ansiedad), sensación de cansancio permanente desde el inicio del día (antes de realizar esfuerzos), sentimiento de incapacidad e inconstancia en las tareas que requieren esfuerzo, sobre todo intelectuales; intensa ansiedad previa y concomitante en las situaciones que precisan esfuerzo, que produce un rechazo de tipo fóbico a toda responsabilidad y obligación. Al mismo tiempo, cuando las funciones cognitivas disminuyen, suelen acentuarse las funciones sometidas a su control como son la imaginación, la memoria, la psicomotricidad, la afectividad, las tendencias y la sensibilidad apareciendo los siguientes síntomas: irritabilidad y agresividad, hipersensibilidad y labilidad emocional, tristeza, sentimiento permanente de insatisfacción, frecuente recurso a fantasías agradables, continua rememoración de hechos pasados agradables (nostalgias), impulsividad, inquietud psicomotriz, intranquilidad interna, impaciencia, hiperestésias sensoriales (fotofobia y fobia a los ruidos), recurso continuo a actividades de evasión de la realidad, tendencia al aislamiento social. Estas características configuran el síndrome llamado actualmente “*burnout*” y antiguamente “*sourmenage*”.

La consecuencia final del estrés crónico suele ser la depresión, con todos los síntomas que le son propios, cumpliéndose la máxima que dice: “después de la tensión (estrés) viene la depresión”. Así pues, puede considerarse el estrés como una situación pre-depresiva o depresiva en potencia.

Durante el estrés o ansiedad reactiva hay también *una situación fisiológica de hiperfunción del sistema nervioso vegetativo simpático*, una parte del sistema nervioso autónomo, que prepara al organismo ante cualquier peligro que amenace la integridad física o psicológica del sujeto, y ante el que hay que defenderse o huir. Si esta situación de hiperfunción orgánica dura demasiado tiempo, los órganos pueden dañarse, apareciendo los síntomas propios de las llamadas enfermedades psicosomáticas: cefaleas, insomnio, gastritis y úlceras gástricas, colitis espásticas, alopecias, eczemas, arritmias cardíacas, insuficiencia coronaria, hipertensión arterial, asma bronquial, astenia, infecciones, y muchas otras que aparecen en los manuales de medicina.

Además, el estrés está detrás de otras alteraciones físicas como algunos casos de obesidad por producir bulimia ansiosa y las que derivan del abuso de alcohol, de tabaco y de otras sustancias, que se ingieren bien por el efecto ansiolítico, o bien por su efecto energizante (café, coca-cola, ginseng, maca), que contrarresta el desgaste psíquico y físico del estrés.

Estrategias de prevención: cuidado de la salud y la vida espiritual

Existen muchas estrategias para prevenir los trastornos mentales derivados del estrés, la ansiedad y la depresión, que dificultan o impiden el crecimiento de la vida espiritual y el cumplimiento de los compromisos laborales, familiares, sociales y religiosos.

Cada individuo sano ha ido desarrollando sus propias estrategias de higiene mental. Por esta razón, no se van a exponer estrategias concretas sino ideas generales, que deben tenerse en mente para buscar las propias estrategias protectoras de la salud mental y para sugerir estrategias a las personas que tienen problemas incipientes o consolidados de salud mental.

a) La primera idea que se debe fomentar hasta que cale hondo en la persona, es decir, en su cabeza y en su corazón, es la importancia capital *de defender la paz y alegría interior*. En este estado afectivo positivo, la razón tiene más facilidad para juzgar sobre lo bueno y lo malo y la voluntad tiene más fuerza para decidir e impulsar a actuar bien.

Además, en ese estado resulta más fácil prestar atención al mundo exterior y a las demás personas, y así poder contemplar la belleza, bondad y verdad (autenticidad) de las cosas que nos rodean para disfrutar de ellas y contribuir a su cuidado y conservación. Por otra parte, tener paz y alegría habitual permite practicar la caridad de la mejor manera que es dar y enseñar a tener paz y alegría a los demás.

Este estado afectivo positivo se pierde cuando la persona se deja provocar emociones y sentimientos negativos: miedo, ira, tristeza, envidia, celos, inseguridad, desconfianza, sentimiento de culpa, vergüenza, odio, rencor, etc. Estos afectos negativos hacen sufrir al sujeto que los siente y suele impulsar a realizar conductas negativas, que hacen sufrir a los demás y causan nuevos sentimientos negativos en el propio actor (sentimiento de culpa).

b) Las emociones y sentimientos negativos tienen relación con vivencias actuales (percibidas o pensadas), pasadas (recordadas) y futuras (imaginadas) que hacen sufrir. Por esta razón, otra estrategia muy útil para evitar los afectos negativos es desarrollar un buen autocontrol de la memoria, imaginación, pensamiento y percepción, para cortar con prontitud con recuerdos, fantasías, pensamientos, percepciones que hacen sufrir. Dejar que entren en la conciencia y mantenerlos en ella es una manera de ser cómplice de los afectos negativos que generan. Pero, como es difícil tener la mente en blanco, conviene tenerla ocupada con cosas positivas que impidan o desplacen las negativas.

c) Por otra parte, las personas con mayor capacidad de sufrir, o psicológicamente fuertes, son las que menos sufren y menos emociones negativas tienen cuando sufren. Por esta razón, las personas entrenadas en sufrir con buen humor, “poniendo buena cara al mal tiempo”, pueden mantener la paz y alegría en las situaciones que producen sufrimiento. De ahí la importancia de la ascesis y el amor a la cruz.

d) A pesar de lo anterior, muchas veces no se puede evitar sufrir. En esas ocasiones, dotar a ese sufrimiento con un sentido, con una finalidad noble, puede hacerlo más llevadero. Se cumple con este consejo el adagio: “si hay un porqué, no importa el cómo”.

e) Como la mayoría de los sufrimientos, con su cortejo de afectos negativos, tiene su origen en sucesos que ocurren en el mundo exterior, al ocurrir cosas indeseadas o no producirse las deseadas (frustraciones), fomentar en uno mismo y en los demás el desprendimiento afectivo de los

resultados y acontecimientos externos, y poner el interés en mantener la paz y la alegría interior, pase lo que pase, ayuda mucho a sufrir menos y a tener buen humor siempre.

f) Toda persona para ser feliz y no enfermar mentalmente necesita amar y ser amada. Pero cuando se ama se sufre, pues el amor es una moneda con cara y cruz. El amor hace sentirse muy bien, pero implica sufrir por el sufrimiento de la persona amada o por ser un amor poco o nada correspondido, o por no poder tener a disposición lo que se ama, etc.

Para poder amar mucho y ser muy feliz se debe aceptar el sufrimiento que conlleva, pues su rechazo puede apagar o rechazar del amor. Y la necesidad de amor insatisfecha causa un malestar permanente que va desgastando la resistencia psicológica al sufrimiento hasta producir depresión o conductas de evasión que suelen causar adicciones, que ahondan el sentimiento de insatisfacción vital.

g) Una buena parte del amor que toda persona necesita debe proceder de uno mismo (“amar al prójimo *como a uno mismo*”), y ese amor no lo pueden suplir los demás. Pero para quererse a uno mismo se debe renunciar a ser ideal o perfecto como condición para quererse y aprender a ver las cosas positivas de uno mismo, que ven los que nos quieren, pues es difícil querer lo negativo o lo que carece de valor.

Este amor a uno mismo, apoyado en la autoestima, debe basarse en lo valioso que se tiene, no solo en lo valioso que se hace; ni en los resultados de lo que se hace, sino en el trabajo y en la lucha por hacer las cosas bien. Es muy difícil ser feliz viviendo con uno mismo 24 horas/día, todos los días de la vida, en conflicto con uno mismo, rechazándose, odiándose, avergonzándose, aburriéndose, culpabilizándose, etc.

h) Muchas personas viven estresadas por un constante y excesivo activismo. Sólo se sienten útiles y valiosas cuando están haciendo cosas. Para ellas es una gran satisfacción acabar las cosas, y por ello mantienen una larga lista de cosas pendientes, y nunca dicen “no” a nada que se les pide o encarga. Por otra parte, las cosas pendientes les agobian, pues les hace sentirse en falta, y viven con una sensación de prisa permanente para poder hacer más cosas y quitarse las cosas pendientes, que siguen creciendo por su incapacidad de decir basta o negarse a aceptar más encargos que le hacen los demás al ver su capacidad de resolución de tareas, y acaban siendo víctimas de su éxito y responsabilidad.

Además, viven con un temor permanente a defraudar a los que les encargan las cosas, y a perder su estima y aprecio si se niegan o dejan incumplidas sus tareas. Van generando una sensación de estar atrapados por sus obligaciones, de no ser libres, que les causa una honda frustración y una fuerte tendencia al enfado, que les impide ser felices y acaba generando el síndrome de “burnout”.

Estas personas deben aprender a decir “no” y “basta”. Para ello tienen que evitar contestar sobre la marcha a lo que se les pide. Han de pedir tiempo, horas o un día, antes de contestar, para poder pensar si pueden y deben decir “sí” o “no”. De esta manera contestarán según la razón, que es la que juzga sabiamente y no con la afectividad que busca sentirse bien o no sentirse mal, como ocurre en las respuestas sobre la marcha. Negarse hace siempre sentirse mal a corto plazo, aunque luego produce alivio por no sobrecargarse con más obligaciones.

i) Otra cosa que deben aprender estas personas con tendencia al activismo, es a hacer todo despacio, pues la calma genera sentimientos de paz y bienestar; mientras la prisa genera ansiedad. Han de convencerse de que es más importante hacer las cosas bien, y esto requiere calma, que hacer muchas cosas. Es mejor primar la calidad que la cantidad.

También deben aprender a concentrarse en lo que se está haciendo, sin distraerse con el posible resultado de las mismas, con el tiempo que falta para acabarlas, con pensamientos sobre la manera como se va a hacer la ocupación que viene a continuación, con las cosas que se tienen

pendientes, con el temor a que personas importantes nos reclamen el cumplimiento de ciertas tareas o nos recriminen por no haberlas hecho como ellos desean, etc.

j) Otra consecuencia negativa del afán desmedido de ser estimado y querido por los demás es ser el mejor, para ser el preferido. Esto lleva a compararse continuamente con las personas más valiosas y a competir con ellas por ser mejor que ellas. Esta actitud hace estar en continua alerta y esforzándose por hacer las cosas mejor de lo que pueden hacer según sus talentos. Como consecuencia, viven con una tensión psíquica permanente que acaba por agotarlos (bournout) y producirles un estado de frustración permanente.

Así pues, deben dejar de compararse y competir con los demás. “Cada caminante tiene su camino” y cada persona es única e irrepetible, pues cada uno tiene sus talentos naturales. Deben tener siempre presente que el objetivo principal es ser feliz, para dar felicidad y enseñar a los demás cómo ser felices, que tiene que ver con valorarse y quererse por ser buenos no por ser mejores que los demás.

k) Finalmente, dado que muchos de los sufrimientos y problemas mentales tienen relación con un desequilibrio interior entre cabeza (razón y voluntad) y corazón (afectividad). Se debe aprender y enseñar cómo funciona la afectividad para que la razón y la voluntad sepan controlarla y orientarla, y así lograr un buen equilibrio jerárquico (que mande la razón) entre ambas fuentes de conocimiento y motivación.

Para conocer cómo funciona la propia afectividad se debe hablar con frecuencia de las emociones y sentimientos que se tienen, así uno se escucha a sí mismo sobre el afecto que se siente, su causa y sus consecuencias. Después, la razón analizará si hay adecuación y proporción entre afecto, causa y consecuencia, y ordenará a la voluntad que controle la afectividad para lograr esa adecuación y proporcionalidad. Si no se habla sobre los propios afectos, no es necesario pensar sobre los mismos, y al no pensar en ellos, no se conoce como funciona la propia afectividad, y si no se sabe el funcionamiento no se puede manejar adecuadamente.

Conviene hablar más de los afectos positivos (amor, admiración, seguridad, alegría, etc.) que de los negativos, pues las personas que nos escuchan y nos quieren se sentirán bien al ver que nos sentimos bien, y nos escucharán con agrado, y, al ser escuchados, volveremos a hablar de cómo nos sentimos. Por otra parte, este tipo de diálogo es más enriquecedor y humano que hablar del deporte, política, el trabajo, etc.

Fernando Sarráis
2018