

INTERSEDES

Revista Electrónica de las Sedes Regionales de la Universidad de Costa Rica



Puerto Limón

Las enfermedades psicosomáticas y el malestar emocional de los (as)
estudiantes de la Sede del Atlántico, Universidad de Costa Rica

Priscilla Vargas Araya

www.intersedes.ucr.ac.cr

ISSN 2215-2458

Vol. XIV, N°28 (2013)

Consejo Editorial Revista InterSedes

Director de la Revista:

Dr. Edgar Solano Muñoz. Sede de Guanacaste

Consejo Editorial:

M.Sc. Jorge Bartels Villanueva. Sede del Pacífico. Economía
M.Sc. Oriester Abarca. Sede del Pacífico. Derecho. Filosofía
Dra. Ethel García. Sede de Occidente. Historia.
Dra. Magdalena Vásquez. Sede Occidente. Literatura
M.L. Guillermo González . Sede Atlántico. Filología
M.Ph. Jimmy Washburn. Sede Atlántico. Filosofía. Bioética
M.L. Mainor González Calvo. Sede Guanacaste. Filología
Ing. Ivonne Lepe Jorquera. Sede Limón. Administración. Turismo
Dra. Ligia Carvajal. Sede Limón. Historia

Editor Técnico: Bach. David Alonso Chavarría Gutiérrez. Sede Guanacaste.

Editora: Guadalupe Ajún. Sede Guanacaste

Consejo Científico Internacional

Dr. Raúl Fornet-Betancourt. Universidad de Bremen, Alemania.
Dra. Pilar J. García Saura. Universidad de Murcia.
Dr. Werner Mackenbach. Universidad de Potsdam, Alemania. Universidad de Costa Rica.
Dra. Gabriela Marín Raventós. Universidad de Costa Rica.
Dr. Mario A. Nájera. Universidad de Guadalajara, México.
Dr. Xulio Pardelles De Blas. Universidad de Vigo, España.
M.Sc. Juan Manuel Villasuso. Universidad de Costa Rica.

Indexación: Latindex / Redalyc/ SciELO

Licencia de Creative Commons

Revista Electrónica de las Sedes Regionales de la Universidad de Costa Rica, todos los derechos reservados.

Intersedes por intersedes.ucr.ac.cr está bajo una licencia de Creative Commons

Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 3.0 Costa Rica License.



Las enfermedades psicosomáticas y el malestar emocional de los (as)
estudiantes de la Sede del Atlántico, Universidad de Costa Rica

The psychosomatic diseases and the emotional indisposition of the students in
the
-Sede del Atlántico- of the University of Costa Rica

Priscilla Vargas Araya¹

Recibido: 08.02.12

Aprobado: 01.12.12

Resumen

Este artículo presenta el detalle de los principales motivos de consulta atendidos por la Oficina de Psicología de la Sede del Atlántico durante el año 2011. Dicha sistematización, permite identificar las principales líneas temáticas en materia de la salud mental que viven los (as) estudiantes de la Sede del Atlántico.

Se presenta una reflexión sobre la salud como una construcción psicosocial y analiza la alta presencia en los (as) estudiantes de sintomatología asociada a “enfermedades psicosomáticas” y sus factores emocionales subyacentes, en donde el cuerpo funge como un vehículo para la expresión de malestares emocionales y como un espacio de disputa entre lo individual y lo colectivo. Finalmente, se presentan algunas líneas reflexivas que interpelan al rol de la academia como medio para la construcción de la salud mental, y el papel de los (as) funcionarios en la consolidación de un intercambio más humano.

Palabras Clave:

Enfermedades psicosomáticas- Duelo- Ansiedad- Salud- Salud Mental-Motivos de consulta

Abstract

The present article shows a detail of the main consulting reasons for attending students in the psychology service office of the Sede del Atlántico during the 2011 year. Such systematization has let to identify the principal topic lines in regard to the mental health that the students of the Atlantic campus live with.

The article also presents a reflection about health as a psychosocial construction and analysis of the high presence in students of symptomatology related to psychosomatic illnesses and the underlying emotional factors, in which the body becomes a way to express emotional malaise and a place where the individual being and the collective entity contend. Finally, some lines are shown to appeal the academic role as a mean to build the mental health and the public official play to consolidate a more human interchange.

Key words:

Psychosomatic illness- Grief- Anxiety- Health- Mental health- Consulting reasons

¹ Costarricense. Psicóloga. Unidad de Vida Estudiantil y Docente de la Sede del Atlántico. Email: vargasp09@gmail.com

Introducción

La salud es una construcción cotidiana y colectiva, que implica la interacción de factores y actores que dan como resultado una concepción de salud, amplia, integral y dinámica. En el marco de dicha complejidad y dinamismo, surge la necesidad de realizar una lectura detenida sobre los malestares sentidos y manifiestos por los (as) estudiantes que han sido atendidos por la Oficina de Psicología de la Sede del Atlántico (Recintos Turrialba y Paraíso).

La salud desde un sentido integral, así como el rol de la academia como vehículo para el mejoramiento de la calidad de vida de las personas, son parte de la visión que ha conformado la razón de ser de la Oficina de Psicología. En este sentido, la salud no es solo el tradicional estado de bienestar, sino la articulación de una serie de factores que tienen como máxima aspiración el desarrollo de habilidades personales, que faciliten la satisfacción de las necesidades básicas y favorezcan la autorrealización de las personas. Lo anterior, en un marco complejo llamado salud integral, que implica la interacción de: lo biológico, lo emocional, lo académico y lo socioeconómico.

Sin omitir la complejidad que implica la perspectiva integral en la construcción de la salud, el servicio de psicología ha tenido como objetivo principal favorecer espacios de escucha y de trabajo terapéutico para los (as) estudiantes, brindando espacios para analizar, construir y deconstruir estrategias para la comprensión y mejoramiento de sus estados emocionales.

Por su parte, el principal compromiso de la academia ha estado enfocado en el desarrollo de competencias teóricas y profesionales en los (as) estudiantes, que les permitan autorrealizarse e incidir en el mejoramiento de la sociedad. Por ello, comprender la realidad de los (as) estudiantes que están en las aulas, las situaciones que enfrentan y sus enfermedades, es fundamental para la academia y para el desarrollo de la sociedad.

En este sentido, se identificó en los (as) estudiantes la prevalencia de una serie de dolencias “físicas”, de las que se descartó un origen fisiológico. Esta situación, conllevó a que los (as) estudiantes fuesen referidos o hayan buscado ayuda en la Oficina de Psicología en procura de una solución para sus dolencias, padecimientos o enfermedades.

Es importante destacar que *“para que se califique actualmente de “psicosomática” a una dolencia suele ser que la semiología no haya permitido atribuirle una etiología orgánica o biológica exhaustiva, clara y suficientemente específica para ser reconocida como explicación*

científica válida y completa” (Courel, 1996, 17). Esto ocurre porque tradicionalmente existe un paradigma hegemónico que es el médico asistencial desde el que se entiende la salud en términos curativos y pragmáticos, es decir, desde la enfermedad objetiva, la que se diagnostica en función de los síntomas anatómicos, físicos o químicos.

La mirada médica tradicional no ha logrado ubicar el lugar que ocupa el padecimiento en la persona, por tanto las manifestaciones psicósomáticas deben ser abordadas desde un paradigma de atención sistemática, en dónde se escuche lo que el paciente piensa y siente en torno a su dolencia. En el cual, él o ella, logren ir interpretando sus malestares e hilándolos con los puntos de quiebre en su historia, los cuales podrían estar conllevando a la aparición de los síntomas. En este punto es que comienza el trabajo terapéutico y la dirección de la cura.

La afluencia de este tipo de malestares en los estudiantes ha motivado el estudio de la aparición de algunos trastornos psicósomáticos, sus síntomas, factores asociados y la búsqueda de estrategias más efectivas para su intervención. Iniciando como primer paso, la apertura de un espacio de reflexión que ponga en escena una realidad de la cual no siempre los (as) funcionarios (as) tienen consciencia, pero que es fundamental para el trabajo que como docentes y administrativos se realiza con los (as) estudiantes.

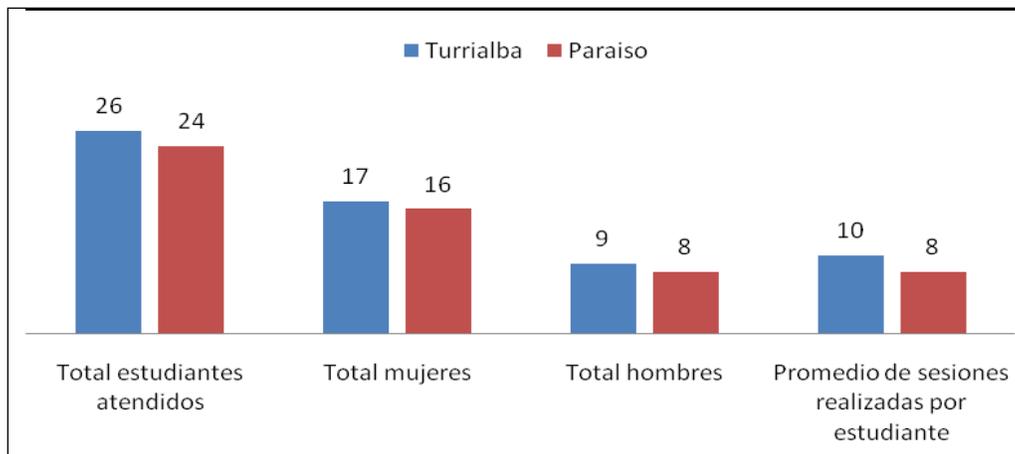
En relación a lo anterior se presentan cuatro apartados para esbozar con argumentos sistemáticos y metódicos el quehacer de la psicología y su aporte en la Sede del Atlántico. En primer lugar, se realiza una aproximación al estado emocional de los (as) estudiantes atendidos, presenta las estadísticas y los principales motivos de consulta atendidos por la Oficina de Psicología durante el 2011. En segundo lugar, se expone una reflexión sobre el vínculo individual y social, en relación a la salud como construcción social y no solo como un hecho biológico. En tercer lugar, sobre las enfermedades psicósomáticas y su relación con lo no dicho, y finalmente, en cuarto lugar las reflexiones finales que apelan a la construcción de una academia más humana y con mayor capacidad de escucha.

Aproximación general al malestar emocional presentado por los estudiantes

Durante el periodo comprendido entre mayo y noviembre del 2011, la Oficina de Psicología de la Sede del Atlántico (Turrialba y Paraíso) atendió un total de 50 estudiantes² ver el detalle en el Gráfico N.1

² Es importante destacar que la Sede del Atlántico, recintos de Turrialba y Paraíso, cuentan con una psicóloga que atiende ambas poblaciones, distribuidas en 2 jornadas de tiempo parcial.

Gráfico N. 1
Atención psicológica Sede Atlántico, Universidad de Costa Rica
Mayo-Noviembre 2011



Fuente: Elaboración propia según registro de estudiantes atendidos por la Oficina de Psicología 2011.

En el gráfico anterior se evidencia que del total de 50 estudiantes atendidos, la mayoría pertenece al recinto de Turrialba, solo se presentó una diferencia de 2 estudiantes con relación al recinto Paraíso. Cabe destacar que en ambos recintos mayoritariamente consultaron mujeres, quienes no solo consultaron más, sino que se mantuvieron con mayor constancia durante el proceso. En Turrialba se atendieron 17 mujeres para un 65% de la población atendida, y 16 estudiantes en Paraíso para un 67% del total atendido en cada recinto.

En el caso de los hombres, consultaron menos en comparación con las mujeres. En Turrialba, se atendieron 9 hombres para un 35%, y 8 en Paraíso para un 33% del total atendido en cada recinto. Es importante destacar que se observó una tendencia en la cual en el momento en el que disminuyeron los síntomas los hombres abandonaron el tratamiento. Una hipótesis que puede explicar lo anterior, son las diferencias a partir de socialización de género, las cuales podrían estar incidiendo en dicho comportamiento. Lo anterior, en tanto históricamente la expresión de las emociones ha estado asociada a la feminidad y no así a la masculinidad³.

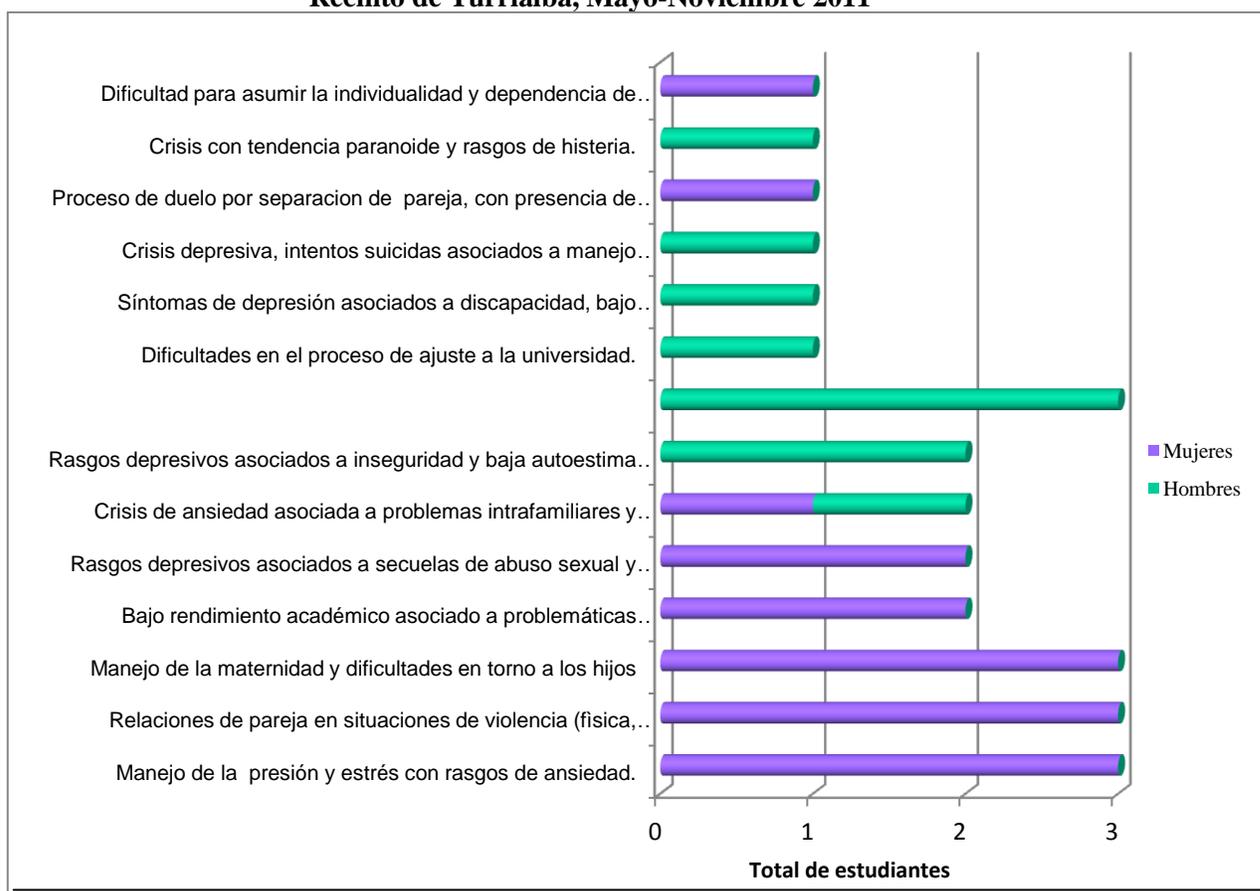
El número de sesiones fue significativo, pues en Turrialba se atendió un promedio de 10 sesiones por estudiante, mientras que en Paraíso 8 sesiones, esto considerando que cada sesión dura

³ Este tema no será profundizado en este artículo.

una hora aproximadamente, y posterior a ello, se requiere la elaboración de los expedientes y de revisión teórica según corresponda en cada caso.

Los motivos de consulta⁴ variaron en cada recinto, aunque se mantuvo como constante los temas relacionados con el manejo de las emociones (tanto el manejo del estrés y la presión académica, como el control del enojo, frustración y agresividad), el tema de la depresión como consecuencia de abusos infantiles (sexuales, físicos y emocionales) y el tema de las relaciones de pareja (enfrentamiento procesos de duelo por separación o el establecimiento de relaciones de pareja con pautas violentas o de dependencia). A continuación se presenta un gráfico con el detalle de los motivos de consulta en el Recinto de Turrialba.

Gráfico N. 2
Motivos de consulta atendidos por la Oficina de Psicología, según el sexo
Recinto de Turrialba, Mayo-Noviembre 2011



Fuente: Elaboración propia según registro de estudiantes atendidos por la Oficina de Psicología 2011.

⁴ Se entiende por motivo de consulta la razón por la cual se acercó a la Oficina de Psicología, puede entenderse como la “queja” o malestar que afecta a la persona en el momento de la consulta. Esto no excluye la identificación posterior de otras situaciones emocionales asociadas.

El principal motivo de consulta reportado por los hombres estuvo relacionado con el manejo del enojo, frustración y la agresividad, reportado por 3 estudiantes. Este aspecto llama a la intervención urgente, pues la identificación de pautas violentas como forma frecuente de interacción y el impacto que está teniendo en las relaciones de pareja, alerta sobre los altos índices de agresividad y la necesidad de construir y trabajar en formas alternativas para vivir la masculinidad, la feminidad y la dificultad para el manejo de las emociones. Así mismo, muestra un reflejo de las pautas relacionales que prevalecen en la sociedad, en dónde de acuerdo con Campos y Salas (2002) la violencia es una manifestación de las relaciones de poder en el patriarcado.

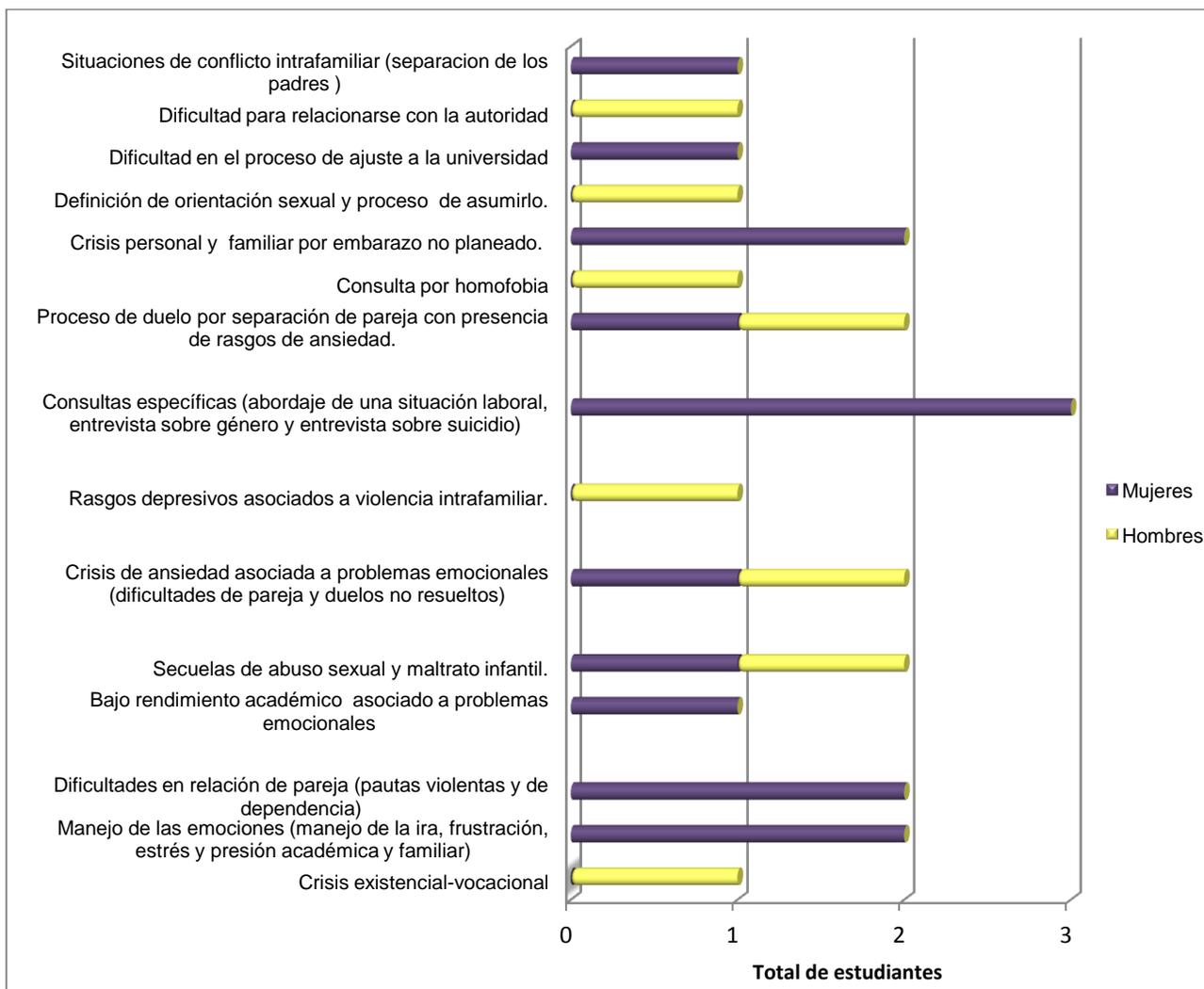
En el caso de las mujeres se identificaron 3 temas centrales, que fueron reportados por 3 estudiantes respectivamente:

- a) **Manejo de la presión y estrés con aparición de síntomas de ansiedad.** En estos casos el origen del estrés estuvo relacionado con las demandas académicas o situaciones familiares conflictivas. En este punto, es importante destacar que la recurrencia de los síntomas de tipo ansioso, ha sido uno de los temas que llamaron la atención, y que se le dedicará parte de la reflexión. Los síntomas de ansiedad, se presentaron de manera constante como motivos de consulta o como síntomas asociados a otras situaciones emocionales. Lo anterior, pone en evidencia la presencia de malestares colectivos que están afectando a los (as) estudiantes y que requieren de una escucha urgente.
- b) **Relaciones de pareja en situaciones de violencia física y/o emocional.** Este tema fue manifiesto por las estudiantes, prevaleciendo la violencia emocional como principal forma de agresión, la física fue reportada con menor incidencia. Este tema se correlaciona con los motivos de consulta señalados mayoritariamente por los hombres. Pareciera que ambos están presentando inconformidad y dificultades para vincularse afectivamente y sostener relaciones respetuosas, sin agresión, ni dependencia.
- c) **Aspectos relacionados con la maternidad y la crianza de los hijos (as).** Este tema es importante de ser valorado, pues las estudiantes madres presentan muchas dudas y temores en cuanto a su rol materno y manifiestan la necesidad de más apoyo en este ámbito.

A continuación se detallan los motivos de consulta identificados en el recinto de Paraíso (Gráfico N. 2). Es importante señalar que el principal motivo de consulta por parte de las mujeres, estuvo vinculado con consultas específicas sobre situaciones laborales y entrevistas de tipo

informativo para investigaciones o tareas académicas. Sin embargo, hubo otras temáticas que se presentaron con recurrencia y a continuación se presenta su detalle.

Gráfico N. 3
Motivos de consulta atendidos por la Oficina de Psicología, según el sexo.
Recinto de Paraíso Mayo- Noviembre, 2011



Fuente: Elaboración propia según registro de estudiantes atendidos por la Oficina de Psicología 2011.

Además de las consultas específicas por la que consultaron mayoritariamente, se identificaron 3 situaciones manifiestas por 2 estudiantes respectivamente, se presentan a continuación:

- a. **Crisis personal y familiar por embarazo no planeado.** Lo inesperado del embarazo, así como la falta de condiciones materiales, emocionales y de redes de apoyo fueron parte de las situaciones atendidas.
- b. **Dificultades en relación de pareja (pautas violentas y de dependencia).** Se identificó la presencia de estudiantes inmersas en relaciones de pareja sumamente violentas, a nivel emocional y físico, con prevalencia de historias familiares de violencia doméstica y maltrato emocional. Sobre este aspecto, es importante destacar que al igual que en Turrialba, el tema del establecimiento de vínculos de pareja violentos es una de las situaciones que requieren de una estrategia de intervención que incida en la reconstrucción de masculinidades y feminidades alternativas en el marco del respeto por el (la) otro (a).
- c. **Manejo de la emociones.** El manejo de la presión, el estrés, el enojo, frustración y agresividad, siguen siendo de los temas que más preocupación genera a las estudiantes. Es importante destacar, que en Paraíso esto fue un motivo de consulta señalado por las mujeres, a diferencia de Turrialba, que quienes lo reportaron fueron los hombres. Dicha variación denota un hecho importante, ya que si bien, las variables de género son fundamentales a considerar; el manejo del enojo y la frustración han sido históricamente una construcción adjudicada a los hombres desde la masculinidad hegemónica, pues ha sido una forma legítima para canalizar las emociones. No obstante, el hecho que las mujeres también estén manifestando dificultades para controlar el enojo y la agresividad, alerta sobre la existencia de un malestar generalizado, que pareciera trascender la categoría de género y que alerta sobre una escasez de herramientas para el manejo apropiado de las emociones y el dominio de sí mismos (as).

En el caso de los motivos de consulta realizados por los hombres, fueron variados y no hubo reincidencia en su aparición, es decir cada estudiante que consultó presentó un motivo de consulta diferente. No obstante, se dará énfasis a aquellos motivos de consulta que fueron reportados en dos ocasiones, es decir por un hombre y por una mujer. En este sentido, se destaca el tema del proceso de duelo por separación de la pareja con presencia de rasgos de ansiedad, la presencia de crisis de ansiedad asociada a duelos no resueltos y a otros problemas emocionales, y las secuelas del abuso sexual infantil.

A manera de síntesis, puede plantearse que el manejo de las emociones (enojo, dolor o estrés), las pautas de relación de pareja violentas, los duelos por separaciones y las secuelas por diversas formas de abuso infantil, son algunos de los principales malestares que aquejan a los (as)

estudiantes. No obstante, se ha observado un incremento en la aparición de los llamados “trastornos psicosomáticos”, los cuales consisten en la aparición de síntomas de tipo físicos, pero sin encontrarse una etiología fisiológica. Algunos de los más recurrentes han sido los cuadros de ansiedad que acompañan a los diversos motivos de consulta.

A continuación se realizará una reflexión sobre las particularidades que van tomando las manifestaciones clínicas, en dónde los llamados “trastornos psicosomáticos”, se han ido posicionando como un conjunto de síntomas que aparecen con mayor frecuencia y fuerza en los (as) estudiantes.

El cuerpo: un espacio de disputas entre lo subjetivo y colectivo

El incremento de las consultas por parte de estudiantes con diversas sintomatologías asociadas a lo que el discurso médico ha llamado “trastornos psicosomáticos”, ha convertido este malestar en uno de los motivos de consulta más frecuentes, así como en el conjunto de síntomas con mayor recurrencia, asociados a las situaciones emocionales que presentados.

Durante el 2011 en nuestra sede académica, se atendieron 10 casos de estudiantes que reportaron sintomatología asociada a “enfermedades psicosomáticas”. Es importante destacar que la medicina tradicional ha llamado “psicosomático” al conjunto de padecimientos de los cuales no se logra identificar una etiología fisiológica. Courel (1996) apunta que, además de la falta de identificación del origen, la mirada médica no ha dado la importancia requerida a la descripción del malestar que reporta cada paciente y sus familiares. De modo que ante la falta de una génesis biológica, el padecimiento se ha posicionado desde un dominio de lo mágico, irreal, casi del orden de la “locura”. Al respecto, el autor señala: *Destaquemos que la vocación objetivante de las ciencias inclina a desestimar las poco claras y fluctuantes impresiones o versiones que los pacientes brindan de sus malestares. Las ideas, sensaciones, opiniones y sugerencias que tanto ellos cuanto sus familiares manifiestan, resultan generalmente imprecisiones descartables para la claridad de los datos que el espíritu científico exige (Courel, 1996, p 22).*

Courel (1996) enfatiza que las imprecisiones sobre el origen del malestar, han provocado que la mirada médica no le preste atención y tienda a referirlo a otra disciplina, misma que se encargue de aquello que deja de ser “objeto de la ciencia” por la falta de precisión en cuanto a sus orígenes biológicos. Lo anterior debe ser comprendido en términos de los intentos de la ciencia, principalmente durante la II mitad del siglo XIX y la influencia de Comte, entre otros positivistas, quienes posicionaron al positivismo como paradigma dominante para las ciencias. Ésta, “era

pensada como una instancia de certezas absolutas encargadas de fundar un orden universal” (Courel, 1996, p. 35) mandato del que no escapó la medicina. Al respecto *“el médico actual, ha disminuido, incluso dejado de lado, la atención a una serie de padecimientos que no se presentan claramente definidos como orgánicos, sin ofrecer a cambio indicaciones suficientemente estudiadas y fundamentadas para una atención alternativa”* (Courel, 1996,p 21).

Los vacíos y dificultades existentes para la ciencia médica de atender de manera integral y lograr entender a la “enfermedad psicosomática” como una manifestación o queja de un malestar subyacente que tiene sus orígenes a nivel psíquico, ha implicado que sea la psicología la disciplina que generalmente atiende a estos casos, luego de no haber encontrado cura a nivel médico.

Entender las llamadas enfermedades psicosomáticas como productos sociales, culturales y por tanto psíquicos, amplía la noción de la salud y de la enfermedad, pues no solo trasciende el enfoque biologista, sino que posiciona a la salud como una construcción social y cultural que va a influir y determinar la vivencia subjetiva.

Diez (1979) desarrolla su tesis partiendo de que definitivamente las condiciones psicosociales constituyen los antecedentes de una gama de enfermedades, que han ido apareciendo según los distintos momentos históricos y contextos sociales. Al respecto, se destaca el caso de las mujeres con cuadros de histeria estudiadas por Freud (1883-1895) durante la época victoriana. Período caracterizado por un ambiente represivo, especialmente en el plano sexual, y la aparición de los síntomas conversivos como las parálisis parciales o totales.

Así mismo, se destaca el caso de las mujeres de Morzine, ciudad Francesa, que durante el siglo XIX fue “víctima” de una epidemia, la cual se presentó primero en las jóvenes de colegios de monjas, y posteriormente, fue presentada en mujeres y hombres de la aldea. Los síntomas se caracterizaron por la presencia de secreciones, convulsiones, confusión, crisis epigástricas y alucinaciones, siempre suscitadas en el momento las relaciones sexuales coitales; no se alimentaban y vomitaban cuando se las obligaba a comer. La medicina nombró a este conjunto de síntomas «histerodemonopatía epidémica» y tardó alrededor de 20 años para ser “dominada”, abordándola como casos histeria (Gómez et al, sf).

Los ejemplos anteriores permiten identificar la existencia de un malestar colectivo, suscitado en un momento y contexto histórico con características muy particulares, que ejemplifica que la línea que separa lo subjetivo de lo colectivo es muy tenue. Hablar de lo psíquico sin considerar lo social y cultural es un gran error, pues como seres sociales, la estructuración de la

psique, las funciones mentales y la subjetividad, están en constante dialéctica con la cultura, ya así lo expusieron los teóricos socioculturales como Vigotsky (1987) y Brunner (1998). Por tanto, el contexto social va a determinar la estructuración subjetiva, por ello los malestares también deben ser comprendidos en el marco de la cultura. Por tanto, si como colectivo se ha ido perdiendo el espacio para la palabra, los malestares deben buscar otras vías para pronunciarse⁵, tales como el cuerpo.

El cuerpo históricamente, ha sido -y sigue siendo-, el vehículo que ha logrado transformar lo no dicho en discurso, en mensaje, en queja. Es el cuerpo quien ha logrado convertirse en el escenario en donde se ponen en juego los malestares que no se han logrado verbalizar y de los cuáles, a veces, ni siquiera se tiene consciencia de que aquejan. Rodríguez (2007) señala que las mujeres a lo largo de la historia han utilizado su cuerpo como un medio para expresar su subjetividad y como instrumento de trasgresión de las normas sociales muy rígidas, es decir, el cuerpo se ha constituido en un espacio para adquirir un poder del que se le ha desposeído.

Llama la atención que las manifestaciones “psicosomáticas” actualmente no predominan únicamente en las mujeres, sino que la sintomatología aparece también en los hombres, al menos así está ocurriendo en los (as) estudiantes de la Sede del Atlántico. Es decir, si históricamente la histeria se asoció con las mujeres⁶, en este momento tanto las mujeres como los hombres están requiriendo del cuerpo para hablar, para pronunciarse o para recuperar un poder del que se les ha desposeído.

Las “enfermedades psicosomáticas” no son padecimientos que surgen de la “locura” o de un pensamiento mágico, sino que constituyen medios por los cuales el cuerpo se convierte en el portavoz de malestares que no encuentran salida por la palabra, y es en el cuerpo en dónde encuentran la voz, a través de las dolencias que deben ser meticulosamente escuchadas para ser abordadas.

Las personas con este tipo de malestares acuden en primera instancia a un médico por ser aparentemente “enfermedades físicas”, no obstante, al no conseguir éxito en el tratamiento y en ocasiones luego de ser etiquetadas como “poli consultantes”, generalmente son remitidos a psicología. Dada la alta demanda de este tipo de consultas, se incrementa la necesidad de crear

⁵ En este punto habría que abrir un paréntesis y preguntarse si el auge de las tecnologías de la información y la comunicación, a pesar de acortar distancias y favorecer múltiples espacios de comunicación, a su vez, en medio del anonimato, lo impersonal y lo técnico, hace que se hable mucho pero se diga poco. Es decir, favorece la reducción de los espacios comunicacionales, que se diluyan los vínculos, impidiendo o limitando la expresión del ser y su vivencia.

⁶Tanto que se nominó a partir de la palabra griega *Hysteron* que quiere decir útero

espacios de escucha alternos, que den voz a todos aquellos malestares que aún no han logrado convertirse en símbolo (palabra) y requieren del cuerpo para poder manifestarse. En este sentido es que el espacio de psicología ha ocupado un lugar protagónico en la atención de estos casos.

El síntoma, lo no dicho y lo puntos de quiebre en el proceso terapéutico

En un plazo de 6 meses la Oficina de Psicología recibió 10 casos de estudiantes con sintomatología asociada a factores psicosomáticos, de los 10 casos identificados, 3 fueron en Paraíso y 7 en Turrialba. Se logró determinar que quienes se acercaron al servicio lo realizaron principalmente por dos razones: 1. la intensidad de la sintomatología que interfería con la vida cotidiana y 2. por referencia del médico quien previamente descartó causas biológicas para sus dolencia.

La sintomatología reportada consistió en la presencia de mareos, dificultades respiratorias, ganas de vomitar, dolores corporales difusos, sudoración, taquicardia, punzadas en diferentes partes del cuerpo y dificultades para tragar. Así mismo, se identificó un caso de una estudiante que ha experimentado 2 abortos “espontáneos” y fue referida por el médico pues no lograron dilucidar la causa fisiológica, y una estudiante con ataques de asma en momentos de mucha ansiedad y estrés.

A continuación, se presenta el detalle de la sintomatología reportada y algunos de los principales puntos de quiebre o temas centrales identificados en el discurso del o la estudiante:

Tabla N.1

Detalle de casos atendidos con malestares psicosomáticos. Oficina de Psicología, Sede del Atlántico, Recintos Turrialba y Paraíso. Universidad de Costa Rica. Año 2011

Sexo	Sintomatología reportada asociada a la ansiedad	Situaciones emocionales (puntos de quiebre).
Mujer a	Dificultad para tragar comida. Dificultades respiratorias (ahogo). Taquicardia	-Historia de violencia emocional por parte del padre hacia la madre que se ha tenido que ocultar (“tragado”) hasta el momento de la consulta. -Proceso de duelo por el padre ideal vrs un padre agresor.
Mujer b	Punzadas musculares en el pecho y en los hombros. Mareos Ganas de vomitar.	-Relación de pareja mantenida en secreto por 3 años dada la complejidad de la misma. -Proceso de duelo por separación de pareja. - Identificación de un posicionamiento de “tercera excluida” en todas las relaciones de su vida. Se identifica en sus relaciones importantes la existencia de alguien “más importante” que ella (tanto para la madre,

Sexo	Síntomatología reportada asociada a la ansiedad	Situaciones emocionales (puntos de quiebre).
		padre, primera expareja, y última pareja) y aceptación de este lugar.
Mujer c	2 abortos espontáneos	-Relación de pareja con violencia emocional y dependencia. -Pareja adicta a las drogas. Dificultad de la estudiante de aceptarlo y dimensionar lo que ello implica en una relación de pareja. -Silenciamiento de las situaciones que vive, para “protegerlo” y “proteger” la relación.
Mujer d	Asma Taquicardia Dificultades respiratorias (ahogo)	-Madre esquizofrénica a quien cuida y a quien ha tenido que acompañar desde pequeña en sus crisis. -Padre adicto y abandonico. - Ha tenido que asumir desde pequeña responsabilidades de adulto y no ha podido pronunciarse sobre su inconformidad y cansancio, pues la familia se lo adjudicó.
Mujer e	Opresión en el pecho Temblores Deseos de “salir corriendo”	-Proceso de duelo por separación de pareja. - Ha tenido que vivir el proceso sola, pues la familia no quería que mantuviera esta relación.
Mujer f	Contracturas musculares Adormecimiento facial	-Abuso sexual -Violencia emocional por parte del padre. - Familia con rasgos machistas, en dónde las mujeres no pueden hablar, ni exigir sus derechos.
Hombre a	Temblores en las manos Dificultades respiratorias Punzadas musculares Taquicardia Impulso de salir corriendo	-Historia familiar de mucho machismo, presencia de altos índices de agresividad principalmente hacia las mujeres, baja tolerancia a la frustración. -Misoginia -Niñez caracterizada por ser víctima de <i>bulling</i> . Nunca lo había dicho antes.
Hombre b	Mareos Dificultades respiratorias Taquicardia	-Pérdida del trabajo -Enfermedad de una hermana
Hombre c	Dificultades respiratorias (ahogo) Taquicardia Dolores y punzadas musculares Constante sensación de muerte	-Duelos por separación de parejas. -Culpa por muerte de una expareja. -Temor por ser portador de VIH.
Hombre d	Parálisis de mano	Ideación paranoide *Este caso solo fue atendido una única vez, por lo que no se tiene más información que la recibida en un momento de crisis con rasgos paranoides.

Fuente: Elaboración propia según registro de estudiantes atendidos por la Oficina de Psicología 2011.

La sistematización de síntomas y los temas centrales identificados en la historia de vida de los (as) estudiantes, permite trazar algunas hipótesis que han que han servido de base para el abordaje terapéutico y que a la vez permiten ir esbozando algunas líneas de atención en psicología clínica:

a. A nivel de sintomatología, no es casual que la mayoría de estudiantes reportaran dificultades respiratorias, tales como ahogos, respiración acelerada y un caso de asma. Las enfermedades respiratorias se han vinculado a factores emocionales, según Carmona (1974, p.19) *“el sistema respiratorio participa activamente en la expresión emocional. La gente suspira por tristeza, ansia o desagrado. En el suspenso o sorpresa hay detención de la respiración; durante el grito de terror y lo sollozos hay alteraciones de la actividad respiratoria”*. Por lo que, son unos de los principales síntomas a los que se les debe presentar atención por su ligamen con la parte emocional, y pueden servir como indicadores de que de fondo existe una afección emocional.

Por su parte, la sudoración de manos, la taquicardia, los temblores y los impulsos de huida, son algunas de las manifestaciones de ansiedad. Becerra (2007) señala que de manera general, la ansiedad aparece cuando se detecta un peligro, amenaza potencial o situaciones ambiguas, y cuando hay presencia de este tipo situaciones el cuadro se puede agudizar. Estos son otros de los aspectos observados, pues hubo un continuo reporte de ello por parte de los (as) estudiantes.

b. Se identificó en casi⁷ todos los casos un detonante relacionado con pérdidas reales o simbólicas que todavía no se habían logrado elaborar. Cuando se hace referencia a las pérdidas, es importante destacar que se refiere a diversas situaciones, que pueden versar desde el duelo por una pareja, los ideales caídos (sean estos el padre, la madre, la familia, por la niñez), es decir por los ideales que no fueron o no coinciden con la realidad.

Es importante señalar, que el duelo no implica solo muerte o separación, sino contempla cambios, rupturas, desplazamientos físicos, lejanía emocional, etc., cualquier situación o acontecimiento que confronte con la añoranza de lo que fue y ya no es, o lo que nunca será. Diez (1979) añade que durante siglos la medicina ha logrado identificar que las personas enferman por estar viviendo momentos de mucho estrés psicológico, principalmente ocasionado por duelos y otro tipo de crisis sumamente significativas para quien las padece.

En este punto, se destaca lo que Freud (1915) planteó con respecto al duelo, pues propuso que su elaboración implica un trabajo llamado “trabajo de duelo” o “elaboración del duelo”. Esto

⁷ Exceptuando el último caso, el correspondiente al Hombre d que solo se atendió en una ocasión.

quiere decir que se requiere de la realización de una serie de acciones que favorezcan la aceptación de una nueva realidad y el ajuste a una nueva vida (es decir, aceptación de la vida sin eso o ese alguien que se perdió, que ya no está, o que ya no es).

En la mayoría de casos atendidos se logró identificar un proceso de duelo no elaborado, que en ocasiones ni se tenía consciencia que se estaba experimentando, pero que ante la dificultad de asumir la pérdida, el cuerpo hizo símbolo de aquello que no se ha podido resolver y que debe elaborarse. De ahí la importancia de comenzar con este trabajo de duelo en el proceso terapéutico.

c. La dificultad de tomar conciencia y pronunciarse sobre las situaciones traumáticas vividas, principalmente por causa de prohibiciones familiares (explícitas o implícitas). Favorece que ante la dificultad o imposibilidad para tener control sobre las emociones y /o ante la dificultad de verbalizar las pérdidas, surja el síntoma como manera de liberar angustia.

d. Durante el proceso terapéutico, conforme se fueron trabajando los temas relacionados con las pérdidas o duelos, fue bajando la intensidad de los síntomas hasta su desaparición en algunos casos. No obstante, es importante destacar que el abordaje terapéutico no es lineal, sino que el proceso a veces pareciera transcurrir en espiral. Lo anterior se refiere a retomar los “mismos” temas en reiteradas ocasiones, con la diferencia que a partir del proceso terapéutico, el paciente regresa a los mismos temas pero desde otra posición, desde otro lugar. Esto constituye el verdadero avance terapéutico.

En síntesis, el malestar que aqueja a los y las estudiantes y la dificultad que ha presentado la medicina tradicional para su abordaje, hace que se torne fundamental la creación de un espacio en el cual la palabra logre hacer símbolo del malestar; sean duelos no resueltos u otra situación, pero que permita encausar el sufrimiento y liberar al cuerpo del síntoma. Es importante lograr profundizar en las manifestaciones psicósomáticas, movilizarlas de ese lugar mágico en el que la ciencia los ha ubicado, y reposicionarlas en un lugar en el que se les escuche como una manifestación emocional, que está totalmente vinculada con el cuerpo.

En la medida, en que estas dolencias sean reposicionadas, atendidas y comprendidas en sus orígenes emocionales, se logrará dar un paso real para superar la dicotomía mente-cuerpo, materia-espíritu, la cual todavía prevalece en nuestras disciplinas de la salud. De modo que se hable y reflexione en torno al vínculo indisoluble mente-cuerpo como un todo inmerso y determinado por una realidad contextual, en un momento histórico.

Reflexiones finales: *Por una academia que escuche, comprenda y humanice el intercambio académico*

Es necesario iniciar este apartado final señalando que este escrito ha tenido como cometido principal servir de voz de todos aquellos (as) estudiantes que consultan las oficinas con voces quebradas y rostros dolientes, que en medio de situaciones complejas se enjugan las lágrimas y van a las aulas a seguir con sus tareas. Para servir de voz a aquellos (as) estudiantes que lastimados (as), con temor de acercarse a los (as) docentes, con dudas y frustraciones, hacen síntoma ante la necesidad e imposición (implícita o explícita) de callar. Para servir de voz a aquellos que en medio de tormentas personales, y no siempre con la contención requerida, salen de las aulas con títulos en mano.

Así mismo, tiene como objetivo interpelar a los (as) funcionarios (docentes y administrativos) sobre el rol y la calidad de la atención que se brinda a los (as) estudiantes y el papel de la academia como promotora en las vivencias saludables.

La reflexión final se condensa en tres tesis centrales de discusión, que se presentan a continuación:

1. El malestar de los estudiantes es concebido como un malestar colectivo, es decir los malestares individuales son malestares sociales.

La recurrencia de algunas de las situaciones que viven los (as) estudiantes en la consulta, permite identificar que lo que les afecta en su individualidad es a su vez lo que viven como grupo. Pareciera que como colectivo se está compartiendo –desafortunadamente- la existencia de interacciones humanas altamente violentas, esto evidenciado a partir de la identificación relaciones de parejas agresivas, abusivas y dependientes. Jóvenes que provienen de familias inmersas en círculos de violencia, que maltratan a sus hijos (as) y se maltratan entre sí, y por ende, jóvenes que llegan a consulta con una niñez violentada y con heridas que atraviesan su estructuración como sujetos.

Se habla de una sociedad que presenta dificultades para hablar y expresar emociones, en dónde el enojo no es comprendido como una emoción natural del ser humano y que se le debe permitir salir de manera saludable, sino que los medios para canalizarlo son principalmente pautas violentas que trasgreden los límites de los otros. Así mismo, se habla de una sociedad que no es capaz de escuchar, leer y comprender lo que como sujetos están viviendo, por lo que la soledad y la necesidad de callar son parte de los responsables de que los (as) jóvenes estén enfermando por situaciones que no han podido externar.

Se identifica una sociedad con la presencia de roles de género sumamente estereotipados, en los cuales se siguen presentando vivencias de la masculinidad y feminidad muy tradicionales. En el caso de los hombres, se observa la presencia de dificultades para tener contacto con sus emociones y la expresión alternativa de éstas, prevalecen intercambios violentos y concepciones sobre la sexualidad muy propios de una masculinidad hegemónica.

En cuanto a las mujeres, se identifica la presencia de posicionamientos también muy tradicionales, algunas con tendencias muy sumisas, con rasgos a establecer relaciones de dependencia y con un posicionamiento muy pasivo sobre su vida. Se identifican en algunos discursos que vislumbran la idea de posicionamientos más progresistas, sin embargo, en la narración de su cotidianidad se identifican rasgos estereotipados, evidenciando grandes contradicciones, mismas que les generan conflicto.

La vivencia de la sexualidad, en su mayoría es vivida desde la culpa y el temor. La coexistencia de prácticas liberales, pero manteniendo concepciones sumamente tradicionales, genera vivencias muy culpógenas con posicionamientos antagónicos entre la práctica y las creencias subyacentes, lo cual no favorece una vivencia saludable. Esto alerta sobre la doble moral que existe en la sociedad, es decir una sociedad muy conservadora, en dónde coexisten discursos progresistas pero que a la vez van a ser sancionados. De ahí, la importancia de favorecer espacios para la educación sexual integral, en los cuales se aborden los conceptos de placer, erotismo, derecho a elegir, diversidad sexual, orientación del deseo entre otros, y no solo desde el enfoque biologista o desde el enfoque del terror o castigo.

2. Se requiere una revisión y cuestionamiento sobre el concepto de salud que prevalece en la academia y un reposicionamiento de las enfermedades psicosomáticas como enfermedades “reales”, actuales y de denuncia social.

En esta sociedad todavía prevalece una concepción de la salud desde un paradigma médico asistencialista, en el cual, en la figura del médico aun reside el saber sobre el síntoma, la enfermedad y la cura. Lo delicado de esta situación, es que la persona se posiciona en un lugar muy pasivo, al cual se le resta voz sobre su sentir, se le convierte en objeto de la ciencia, y por tanto, se le quita el lugar de sujeto activo en el proceso de construcción de su propia salud. Paradójicamente, los avances tecnológicos y la precisión con que la ciencia atiende los casos, ha asignado a las personas funciones vacías, de meros informantes, con el único fin de dilucidar el cuadro clínico, es decir lo fundamental pasa a ser el síntoma y no así la persona.

Lo anterior, va en detrimento de la construcción de una salud holística, que integre todas las características del *“bienestar humano, y que además concilie dos aspectos fundamentales: la satisfacción de las llamadas “necesidades básicas” y el derecho a las “aspiraciones”* (Restrepo, 2001, pág. 24). Así mismo, la carta de Ottawa (1986) plantea a la salud como el resultado de los cuidados a sí mismo y de los demás, implica toma de decisiones, control de la propia vida y una convivencia armoniosa con todos los seres vivos.

La perspectiva planteada, trasciende la noción de salud como ausencia de enfermedad, e inclusive, el planteamiento general de la salud como estado de bienestar. Este posicionamiento comprende la salud como la posibilidad de desarrollar en las personas habilidades y destrezas que les faciliten la satisfacción de las necesidades básicas y el desarrollo de sus aspiraciones. Por tanto, contempla el desarrollo de seres humanos con habilidades para luchar por su autorrealización, conocedores de sus derechos humanos y los mecanismos de exigibilidad, capaces de construir entornos pacíficos, con calidad de vida y con posibilidad de crear, innovar, libres para vivir con placer y con acceso a la educación, arte, deporte y cultura en general.

Por tanto, la atención en salud que se brinde en las sedes académicas debe reposicionar al paciente como un sujeto activo, que se rescate su saber y su sentir sobre el síntoma y que la atención sea un espacio para el desarrollo de las habilidades y conocimientos necesarios para construir su propia salud y la de su entorno.

Por otra parte, los “malestares psicosomáticos” tradicionalmente no han sido reconocidos por la medicina como padecimientos importantes y urgentes de ser atendidos, sino que han pasado a formar parte de un grupo de “seudo enfermedades” y por ello no se han logrado abordar de una manera sistemática e integral. De Melho (citado en Courell, 1996, p 32) añade *“toda enfermedad humana es psicosomática, ya que incide en un ser siempre provisto de soma y psiquis, inseparables, anatómica y funcionalmente”*. Por lo que dicha distinción no solo es un error ontológico, sino que invisibiliza a este tipo de manifestación, lo cual ya no debería ser posible dada la afluencia de este tipo de casos.

3. La academia está llamada a humanizar el intercambio académico y a reposicionar la salud como un aspecto que se construye en la cotidianidad y no solo en los consultorios.

La atención de la salud en la Universidad no debería ser solo competencia de los médicos, odontólogos, psicólogos u otras disciplinas, pues la salud se construye en la cotidianidad, en las aulas, en la recreación, en las casas. Ante esta premisa surgen las siguientes interrogantes: ¿que

concepto de salud manejan los y las funcionarias en la Universidad de Costa Rica actualmente?, ¿Se podría decir que en estos (as) existe un consenso sobre la vivencia de una salud integral que hila las dimensiones físicas, psíquicas y sociales?, ¿Son las aulas un medio en el cual se interpela a los (as) estudiantes y se les favorece espacios para la introspección, en los cuales logren tener consciencia sobre su cotidianidad, su vida, su comunidad, sus hábitos, sus emociones, sus prácticas, su cuerpo, sus emociones?.

La academia debe revisar sus posicionamientos sobre la salud, sobre el lugar que ocupan los estudiantes en la universidad, el trato que se les da en las aulas, ¿son realmente los(as) estudiantes lo más importante de la universidad?, ¿son los (as) estudiantes escuchados y respetados? A pesar que la Unidad de Vida Estudiantil es la instancia encargada de velar por el bienestar de los (as) estudiantes, la calidad de la atención debe ser un eje transversal de todas las instancias. La salud, la calidad de vida y la búsqueda de seres humanos autorrealizados son parte de las bases epistemológicas de la Universidad y su orientación humanista, por ello se requiere hacer un alto y revisar si todos (as), aun cuando no estén directamente vinculados con el tema de la salud, realizan prácticas, tratos, comentarios y acciones que puedan estar incidiendo o perjudicando en la vida de los (as) estudiantes.

Cierro con la siguiente frase:

“la salud se crea y se vive en la vida cotidiana, en los centros de enseñanza, de trabajo y de recreo... el resultado de los cuidados que uno se dispensa a sí mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia y de asegurar que la sociedad en que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud”

(Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, 1986).

Referencias Bibliográficas

Becerra, A (2007). *Ansiedad y miedo: su valor adaptativo y mal adaptaciones*. Revista latinoamericana de psicología, 39, 1.

Bruner, J (1998). *Realidad mental y mundos posibles* Barcelona: Gedisa

Campos, A. y Salas, J. (2002). (2002). *Masculinidades en Centro América*. Costa Rica: Lara editores.

Carmona, A (1974). *Asma Psicológica*. Revista de la Universidad de Costa Rica, 37, 19-32.

Carta de Ottawa para la promoción de la Salud (1989). *Conferencia Internacional sobre la promoción de la Salud*. Ottawa, Canadá.

Diez, M (1976). *Medicina psicosomática salud y enfermedades sociales*. México: Editorial Diana.

Freud, S (1883-1895). *Estudios sobre la histeria*. Obras completas. Vol. 5. Buenos Aires: Orbis

_____ (1915). *Duelo y melancolía*. Obras completas. Tomo III. España: Biblioteca Nueva.

Gómez, B (s.f.) *Las patologías de la anorexia y el ayuno religioso*. Extraído el 3 de enero del 2012 de <http://www.aiempr.net/articles/pdf/aiempr270.pdf>

Restrepo, H. y. (2001). *Promoción de la Salud: Cómo construir una vida saludable*. Bogotá, Colombia: Editorial Médica Internacional.

Rodríguez, D. (2007). *La cárcel en nuestro propio cuerpo. Los trastornos alimentarios y la "histeria" como elementos de transgresión y vehículo para expresar la subjetividad femenina a lo largo de la historia y la literatura: siglos XVII, XVIII y XIX*. Universidad de Huelva, España.

Extraído el 3 de enero del 2012 de http://www.tcasevilla.com/archivos/la_carcel_en_nuestro_propio_cuerpo.pdf

Vygotski, L. (1982). *Historia del desarrollo de las funciones psíquicas superiores*. Habana: Editorial Científico-Técnica.