

UNIVERSIDAD RAMON LLULL
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, CIENCIAS DE LA
EDUCACIÓN Y DEL DEPORTE BLANQUERNA

Doctorado en Investigación Psicológica

LA SENECTUD CENTROVERTIDA.

La actitud, los tipos y la función psicológica inferior asociada a la hipertensión en sujetos mayores hipertensos

Tesis

Doctoranda: Eloí Terezinha Lauxen Peruzzolo

Director: Pere Segura y Ferrer

2006

OFICIO DE APROBACIÓN

DEDICATORIA

Dedico mi tesis a

Mi esposo, Adair

A mis hijos:

Tatiana,

Carina y

Juliano

De quien y por quien tengo mucho amor.

Dedico mi tesis a mi familia por el apoyo y el estímulo constante para que pudiera llevar adelante este gran sueño de mi vida, que ha sido el de la formación clínica y académica en Psicología Analítica colmando con el doctorado, en esta misma área de conocimiento.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco inicialmente al Profesor Pere Segura, mi profesor y orientador, por su paciencia y su comprensión frente a las dificultades que se presentaban, aclarando dudas, engendrando mayor claridad, respecto al estudio.

Más que por el conocimiento científico, que fue muy grande, le agradezco por su ejemplo como ser humano y como analista, por donde me enseñó a conocerme más profundamente, a comprender y ser comprendida, a entender mejor el drama humano, que alcanza a todos, desde el más primitivo hasta el más erudito.

Agradezco a su esposa, María Teresa Noguera, que también ha sido mi profesora en el Master, por la sabiduría que me transmitió.

Le agradezco al profesor Xavier Pujadas, coordinador del doctorado, por el apoyo y el estímulo durante el período de la investigación.

La agradezco al Profesor Octavi Fullat, por la atención dedicada a mi proyecto y a mi tesis.

Le agradezco a la profesora Concha Menéndez, de la Universidad de Barcelona, por su apoyo y motivación para que yo cursase el doctorado.

Le agradezco al profesor Santiago Estaún, de la Universidad Autónoma de Barcelona, por sus sabias y oportunas orientaciones.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	13
PARTE 1 - EXPOSICIÓN GENERAL	20
1. Antecedentes	20
2. Construcción del objeto	25
2.1. La senectud, la hipertensión y la tipología - una investigación piloto	25
2.2. La senectud	27
2.3. La hipertensión	33
2.4. La actitud conciente, los tipos y las funciones psicológicas	39
PARTE 2 - MARCO TEÓRICO	43
1. El saber epistemológico	43
2. El saber ontológico	47
3. El saber hermenéutico	49
4. La hipertensión y la psicósomática	50
4.1. Investigaciones sobre hipertensión y psicósomática	52
4.1.1. La hipertensión como un trastorno de nuestra civilización	72
4.1.2. Intervenciones psicológicas	73
5. Estructura de la personalidad	79
5.1. El papel de los complejos	89

5.1.1. El Ego – El consciente	95
5.1.2. El Self – El Sí-Mismo – El inconsciente	96
5.1.3. El complejo de la Persona	97
5.1.4. El complejo de la Sombra	100
5.1.5. El complejo del Anima	104
5.1.6. El complejo del Animus	107
5.2. El papel de la función trascendente	110
5.3. La tipología junguiana	113
5.3.1. Los introvertidos	116
5.3.2. Los extrvertidos	121
5.3.3. Funciones de los tipos psicológicos	124
5.3.3.1. La función inferior	130
5.4. Relaciones dinámicas entre los tipos y las funciones	136
5.5. Los tipos y sus características	139
5.5.1. El tipo Sensación extrvertido	139
5.5.2. El tipo Pensamiento extrvertido	141
5.5.3. El tipo Sentimiento extrvertido	144
5.5.4. El tipo Pensamiento introvertido	146
5.5.5. El tipo Sensación (I) con Sentimiento extrvertido – ISFJ-	149
5.5.6. El tipo Sensación (I) con Pensamiento extrvertido – ISTJ-	151

PARTE 3 - PROCEDIMIENTOS METODOLÓGICOS	160
1. El método	166
2. Justificación estadística	170
3. La población	172
4. La muestra	174
5. Los resultados	176
6. Análisis y discusión de los datos	178
7. Conclusiones	214
7.1. El tipo ISTJ en los sujetos hipertensos	218
7.2. La intuición extravertida como función inferior	223
7.3. Los complejos del Puer y del Senex y la función inferior	231
PARTE 4 - RECOMENDACIONES	242
PARTE 5 – LIMITACIONES Y PERSPECTIVAS	247
5.1. Limitaciones del estudio	247
5.2. Perspectivas de desarrollo futuro	249
PARTE 6- PRINCÍPIOS Y REGLAS DE LA PSICOÉTICA	250
6.1. Principios éticos	250
6.2. Reglas psicoéticas	254

VOCABULARIO	257
BIBLIOGRAFÍA	260
ANEXOS	270
Anexo 1. Questionário para seleção da amostra	270
Anexo 2. Inventario tipológico – MBTI	272
Anexo 3. Entrevista com membros de la Associação de Hipertensos	284
Anexo 4.1. Solicitación de permiso para citar artículo científico	286
Anexo 4.2. Permiso para citar artículos científicos	288
Anexo 5. Autorización para aplicar el MBTI	289

RESUMEN

Con esta investigación me propuse demostrar la posible relación existente entre la hipertensión, la actitud consciente, los tipos y las funciones psicológicas en sujetos mayores.

El objetivo general de la investigación ha sido el de verificar esta relación.

Los objetivos específicos son los de:

Verificar la actitud psicológica consciente más presente en sujetos mayores e hipertensos.

Identificar el tipo psicológico predominante en los mismos sujetos.

Identificar las respectivas funciones, con enfoque en la actuación de la función inferior.

Verificar la reducción de la hipertensión en sujetos cuya presión sanguínea se mantenía por encima de 120 por 80, con medicinas, antes de la participación en psicoterapias.

Describir las características generales asociadas a la actitud, el tipo y la función inferior que se han puesto de manifiesto, así como el establecimiento de líneas de acompañamiento psicoterapéutico, para el mismo grupo, con la intención de ofrecer una alternativa de más centroversión en la senectud, por medio de psicoterapias sugeridas.

Para realizar la investigación apliqué el indicador MBTI, basado en la Psicología Analítica de Carl Gustav Jung, creado por Isabel Briggs Myers.

Los resultados de la investigación apuntan, de manera significativa, el predominio de la introversión, por medio del tipo ISTJ, indicando la Sensación extravertida como función dominante y la Intuición extravertida como función tipológica menos desarrollada.

Los resultados de las psicoterapias apuntan del mismo modo, la reducción de la hipertensión en sujetos identificados con tres tipos psicológicos, con mayor número de reducción en sujetos asociados al tipo ISTJ.

Con los resultados comprobé las siguientes hipótesis:

Personas mayores e hipertensas pertenecen en mayor número a la actitud introvertida y en menor número a la extravertida;

En personas mayores introvertidas e hipertensas se observa, de manera estadísticamente significativa, el predominio de un tipo psicológico que sumado a su función inferior correlaciona con la hipertensión.

A partir de los resultados sugiero psicoterapias orientadas para los sueños, dibujos, juegos de arena, modelación en arcilla, pintura e imaginación activa, individual o en grupo.

PRESENTACIÓN

Con esta investigación intento demostrar la relación existente entre la hipertensión (tensión excesivamente alta de la sangre)¹, la actitud consciente (introvertida o extravertida), los tipos y las funciones psicológicas en sujetos mayores.

Me sentí motivada a estudiar esta relación porque creía que los sujetos mayores pertenecían en mayor número a la actitud introvertida, asociados a un determinado tipo psicológico y sus respectivas funciones, lo que podría caracterizar una relación con la hipertensión y con la psicósomática.

Para investigar estas relaciones apliqué el indicador de los tipos psicológicos, creado por Isabel Briggs Myers, basado en la Psicología Analítica, fundamentada en la teoría de Carl Gustav Jung.

Tras el análisis de las respuestas de la muestra, fue posible verificar la relación existente entre la hipertensión, las actitudes introvertida o extravertida, los tipos y las funciones psicológicas predominantes en los sujetos investigados.

Identifiqué que la actitud de la introversión es la más presente en los sujetos mayores e hipertensos y que el tipo psicológico ISTJ (Introversión (I), Sensación (S), Pensamiento (T) y (J) Juicio) fue el que predominó de manera significativa.

¹ Diccionario escolar de la Real Academia Española (1997). Madrid: Espasa.

Una vez verificada la actitud consciente y el tipo psicológico predominante, pude identificar que la Sensación (S) introvertida es la función dominante, el Pensamiento (T) es la auxiliar, el Sentimiento (F) el terciario y la Intuición (N) la función inferior (las tres últimas son extravertidas).

Como consecuencia de estos resultados se han confirmado las hipótesis respecto a la relación psicósomática entre mayores hipertensos, la actitud consciente, los tipos y las funciones psicológicas, con una muestra de 374 personas.

Con los resultados obtenidos se abre el espacio para la descripción de las características generales asociadas a los tipos y la función inferior que se pusieron de manifiesto, así como, el establecimiento de líneas de acompañamiento psicoterapéutico.

Las descripciones de la función tipológica predominante y de la función inferior, que constituyen la relación con la hipertensión, se encuentran descritos en la parte tres, en el apartado referente a las conclusiones.

Tras las conclusiones, en la cuarta parte, escribo respecto a las recomendaciones de actividades psicoterapéuticas, que se destinan, de una manera más específica al tipo ISTJ, que se comprobó vinculado a la hipertensión.

INTRODUCCIÓN

Mi interés por estudiar el tema se puso de manifiesto por trabajar en la Asociación de Hipertensos de Santa Maria, Brasil y por haber constatado que aumenta progresivamente el número de sujetos hipertensos mayores.

Mi trabajo con el grupo de hipertensos consiste en psicoterapias grupales de relajación e imaginación activa, en donde sus historias de vida, sus momentos memorables, sus tristezas, miedos y angustias tienen su espacio, por medio de los diálogos, relatos de experiencias y recuerdos de las emociones vividas.

Se ha despertado en mí el interés por profundizar los estudios respecto a la psicósomática de la hipertensión, creyendo que psicoterapias más específicas, de acuerdo con el tipo psicológico de los sujetos, podrían optimizar el equilibrio de la presión sanguínea alterada.

El problema de mi investigación no es la hipertensión en sí misma. El problema del cual me ocupo es la cuestión psicológica del portador de estos síntomas, por medio de la identificación de nuevas posibilidades de diagnóstico, aportando psicoterapias adecuadas.

A pesar de las investigaciones ya realizadas, me parece posible profundizar el estudio de los factores emocionales que están detrás de esta enfermedad, que no presenta síntomas perceptibles hasta que se manifiestan en otras enfermedades, principalmente en sujetos mayores.

La hipertensión puede llevar al sujeto a enfrentar problemas graves, como la angina y el infarto “derrame del cerebro” o AVC y la paralización de los riñones, lo que podría ser evitado por medio del control de la presión sanguínea.

La hipertensión o la tensión excesivamente alta en la sangre ocurre porque los vasos por los que la sangre circula se contraen. La presión alta daña la camada interna de los vasos, tornándolos endurecidos y más estrechos, lo que a lo largo de algunos años puede entupir, ocasionando su ruptura.

El artículo publicado por la revista “Pesquisa” (FAPESP, 2001, p.5) deja de manifiesto que la hipertensión es importante objeto de estudio en todo el mundo por la amenaza silenciosa que representa y cuando se consiguen nuevas informaciones que puedan llevar a un nuevo diagnóstico, el mundo científico lo conmemora.

El mismo texto dice que cada información nueva corresponde a un paso más allá para el combate de esta enfermedad que, cuando se manifiesta, normalmente ya ha provocado daños a la salud del sujeto.

Respecto a la hipertensión, la Sociedad Brasileña de Hipertensión (SBH), le apunta como un problema de salud pública, más centrado en edades avanzadas y como una “asesina” silenciosa, por no presentar síntomas hasta que se manifieste en otras enfermedades.²

De acuerdo con Mari Carmen Martínez y Juan Bautista Gracia (1998), la población hipertensa aumenta de manera gradual y el 50% de las personas

² Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH) (www.sbh.org.br: (01.03.2004).

mayores del mundo muere por problemas cardiovasculares, siendo la hipertensión el factor de riesgo que más contribuye.

La hipertensión es considerada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) una de las 10 mayores causas de muerte en el mundo, ya que alcanza aproximadamente el 10% de la población del planeta, lo que corresponde a seiscientos millones de hipertensos en el mundo (FAPESP, pp.28, 29).

De acuerdo con la SBH (2004, p. 1)³, la hipertensión necesita ser tratada durante toda la vida, representando un problema de salud pública con inversiones dispendiosas para el Estado.

En Brasil, la incidencia de la hipertensión representa, aproximadamente, el 30 % de la población, llegando al 50% en las edades más avanzadas. El Ministerio de Salud de Brasil estima que, de 43 millones de adultos con presión mayor que 140 por 95 (hipertensos), 15 millones (35%) desconocen esta condición y apenas siete millones están en tratamiento.

De acuerdo con el ABC de la Salud (2004), el 95% de los sujetos hipertensos presentan la hipertensión arterial esencial o primaria, lo que quiere decir que desconocen la causa que la engendra; ya que, su origen no puede ser determinado orgánicamente, siendo, por tanto, un trastorno funcional.

De acuerdo con Juan José Miguel Tobal (1994)⁴, es a este tipo de hipertensión que la Psicología de la Salud se ha dedicado especialmente, por ser considerada como una enfermedad psicosomática.

³ www.sbh.org.br. (01.03.2004).

⁴ http://www.um.es/analesps/v10/v10_2/10-10_2.pdf.

La hipertensión secundaria, que alcanza el 5% de los hipertensos, se manifiesta debido a un fallo o daño orgánico o como consecuencia de daños provocados por una hipertensión esencial no tratada y aparece como resultado de la alteración en uno o varios elementos claves de control del sistema cardiovascular (Guyton, 1986, apud Tobal, 1994).

Otro factor que me ha estimulado a realizar este estudio ha sido la investigación piloto que desarrollé en la Asociación de los Hipertensos de Santa Maria, Brasil, el año de 2003, cuando ya se pusieron de manifiesto algunos de los datos que ahora analizaré de modo más profundo.

Además del estudio de la investigación piloto realizada el año 2003, otro aspecto que observé con más atención, fue la cuestión del envejecimiento de la población mundial, en cuyos patrones Brasil consta como uno de los más significativos.

En un corto espacio de tiempo, Brasil pasará de un país de jóvenes a un país de mayores, lo que va a acentuar el problema. Los mayores ya han conquistado un espacio existencial favorable, sin embargo sus aspectos emocionales aún no.

Respecto a los tipos psicológicos que subyacen a esta investigación, dice Jung (1991b, p.21), que el introvertido (I) valora más el sujeto que el objeto,

http://www.google.com/search?q=cache:kX40Qii2u0EJ:www.um.es/analesps/v10/v10_2/10-10_2.pdf+psicosomatica+e+hipertensi%C3%B3n&hl=pt-BR&gl=br&ct=clnk&cd=3&lr=lang_es [20.04.2006].

presenta más dificultad en relacionarse con otras personas y acostumbra a reflexionar antes de actuar.

Si la persona prefiere la actitud introvertida, es probable que ella sea más madura y efectiva para tratar con el mundo interior de los conceptos y también con el mundo de las ideas.

Según Marie-Louise Von Franz (1995, p. 21), los problemas del envejecimiento encuentran su punto crítico en la desaceleración de todo proceso de vida que ocurre por el acogimiento de la función inferior, una de las funciones de los tipos psicológicos.

Justifico mi interés por estudiar estos aspectos psicosomáticos en la línea de autores como Thorwald Dethlefsen y Rüdiger Dahlke (1999), Adolf Guggenbühl-Craig (1997) y André Maurois (1963) porque entienden que la senectud no necesariamente debe estar acompañada por las enfermedades que le son atribuidas culturalmente.

Existe una oposición entre el mundo de los fármacos, la realidad (enfermedades e índices de muertes consecuentes de la hipertensión en personas mayores) y las teorías de los autores que conciben la senectud libre, no sujeta a tantas enfermedades.

En la Universidad Ramon Llull (Barcelona) he encontrado la posibilidad de cursar el Master en Psicología Analítica. Además de encontrarse en Barcelona profesionales con formación específica en la teoría junguiana.

A parte haber cursado el Master en la Universidad Ramon Llull, realicé mi formación clínica en la Sociedad Española de Psicología Analítica, con el Dr.

Pere Segura y con el Dr. José Ferrer, complementada en Brasil con los analistas junguianos Gelson Luiz Roberto y Eliane Berenice Frota Luconi.

Tanto el Master como la formación clínica en Psicología Analítica me han permitido estudiar con más profundidad las teorías del creador de esta Psicología y del pensamiento y experiencias de post y neo junguianos.

El estudio de la Psicología Analítica, asociado al análisis individual, me ha proporcionado la interiorización y la comprensión, tanto de lo acumulado por la rama de este saber, como del conocimiento de mí misma, de comprender mejor al otro y sentirme comprendida.

El proceso analítico anudó la comprensión de ambos: del vivir y del saber, por los sueños y su interpretación analítica, la manifestación de los arquetipos por medio de los complejos, como la actuación de la Persona y de la Sombra, la actuación del Anima y del Animus y de los complejos del Puer y del Senex.

El estudio teórico de la psique, entendida como la suma de los contenidos conscientes e inconscientes y su comprensión por medio de un lenguaje simbólico, forman parte de mis estudios que anteceden esta tesis.

Estos contenidos teóricos que alumbran lo objetivo y lo subjetivo, lo conocido y lo desconocido en la vida psíquica de cada persona, erudita o no, tuvieron su contribución y su importancia en mi formación personal y en el desarrollo del gusto por una investigación profundada.

Todo eso me alentó a hacer esta investigación centrada en la obtención de más saber respecto a la actitud introvertida o extravertida, los tipos y las funciones psicológicas más presentes en los sujetos mayores e hipertensos.

Este trabajo está dividido en seis partes. En la primera parte, empiezo con la exposición general, que incluye los antecedentes respecto al problema y la construcción del objeto.

La segunda parte dice respecto al Marco Teórico, que incluye estudios respecto a la epistemología, la ontología, el saber hermenéutico, la hipertensión y la psicósomática y la estructura de la personalidad.

En la tercera incluyo los procedimientos metodológicos, así como el método, la población, la muestra, los resultados, el análisis, la interpretación de los datos, seguido de las conclusiones.

Tras los procedimientos metodológicos y conclusiones presento las recomendaciones, en la cuarta parte, seguida de las limitaciones del estudio y perspectivas de desarrollo futuro, que constituyen la quinta parte. En la sexta incluyo las reglas y principios psicoéticos.

A continuación llevo a cabo la exposición general con el registro de los antecedentes respecto a la senectud, y la construcción del objeto del estudio, en donde enfoco la hipertensión y la actitud típica del consciente, los tipos y las funciones psicológicas, de acuerdo con la teoría de C.G.Jung, acrecida de ampliaciones hechas por Myers.

PARTE 1 - EXPOSICIÓN GENERAL

1. Antecedentes

La psicósomática representa la vinculación existencial y la interrelación en nosotros, entre nuestra biología procedente de la larga historia de vida sobre la tierra, y la realidad antropológica psíquica, anímica y espiritual que nos diferencia de nuestros antepasados.

Desde sus orígenes, la medicina ha oscilado entre dos tendencias opuestas en cuanto a sus concepciones: una está basada en el análisis específico y mecanicista de la enfermedad que busca minuciosamente la lesión *anatomoclínica*, y la otra que, concibiendo la enfermedad como una reacción global de la persona (donde se incluye su temperamento), lleva en cuenta los aspectos psicológicos. Esta última concepción holística y dinámica prefigura el acercamiento psicósomático moderno.

En el decir de Antonio Carlos Pacheco Silva (1976, p. 16), por medio de varios autores la medicina psicósomática actual se ha afirmado progresivamente como un imperativo de la ciencia moderna.

Fue Sigmund Freud (1890) quien introdujo, con su movimiento psicoanalítico, la importancia de los momentos biográficos del paciente, abriendo camino para que los factores psicológicos hayan podido tomar la categoría de elementos activos en el proceso de enfermar. Aunque Freud no se interesó especialmente por la psicósomática, él destaca la complejidad y la

influencia de los factores psíquicos en lo biológico, más concretamente en la formación de los síntomas somáticos.

La idea de Freud respecto a la influencia de los factores psíquicos en lo somático, más específicamente en la formación de los síntomas, se evidencia cuando escribe que:

Los afectos pasan a ser con harta frecuencia causas patógenas tanto de enfermedades del sistema nervioso con alteraciones anatómicas registrables, cuanto de enfermedades de otros órganos. Todos los estados anímicos son, en cierta medida, afectivos, y de ninguno están ausentes las exteriorizaciones corporales y la capacidad de alterar procesos físicos [...] cuando se formula un juicio sobre dolores corporales, es preciso tomar en cuenta su evidentísima dependencia de condiciones anímicas (1890, pp. 119-120).

Para Kurt Goldscheider (apud Silva, 1976, p. 20) toda enfermedad compromete la actividad vital, envolviendo tanto lo físico cuanto lo psíquico, dando énfasis al psiquismo en todas las afecciones.

Von Weizsaecker (1950, p. 22, apud Silva, 1976) ha defendido en sus estudios la unidad psicofísica, enseñando que el modo de pensar sobre el aspecto clínico se ha dislocado del racionalismo fisicoquímico para los principios anímico antropológicos.

Otto Fenichel (1945)⁵ retoma la idea de Freud al decir que los afectos inconscientes tienen una especial significación en la formación de los síntomas somáticos que acompañan a los estados de libido estancada. Tales afectos o “equivalentes afectivos” pierden su componente mental, mientras que el componente fisiológico concomitante persiste.

Posteriormente, la idea de Fenichel sobre la teoría de la especificidad de la personalidad fue retomada por Franz Alexander y por los psicoanalistas norteamericanos que, en 1930, forman la escuela de Chicago como Dunbar, Deutsch, Weiss, English, Cobb y Grinker.⁶

Para Helen Flanders Dunbar⁷, las causas psicósomáticas importantes son la ambición o metas elevadas propuestas y el miedo a no conseguir sus objetivos; de la tendencia a la perfección y a adquirir responsabilidades; no entran en conflicto con sus “superiores” pero se sienten furiosos por haber cedido y mantienen por ello sentimientos de rabia que no llegan a expresar.

Alexander (1968- 1971) apunta siete enfermedades psicósomáticas (asma bronquial, hipertensión esencial, artritis reumatoide, hipertiroidismo, rectocolitis hemorrágica, úlcera gastroduodenal y neurodermatosis), estudiando el aspecto neurofisiológico de sus disfunciones y estableciendo los conflictos

⁵ Revista de Psicoanálisis <www.aperturas.org/16oterorodado.html> [28.04.2006]

⁶ Idem.

⁷ Artículo: Hipertensión. <<http://www.zuhaizpe.com/enfermedades/hipertension.htm>> [20.04.2006].

psicológicos inconscientes específicos de cada enfermedad. Alexander (1968) distingue las afecciones causadas por una hiperactividad del sistema nervioso simpático (sistema implicado en las reacciones motrices de lucha o huida) y aquellas motivadas por una hiperactividad del sistema parasimpático (implicado en estados de reposo motor y de asimilación energética). La clasificación corresponde a dos categorías de conflicto psicológico: la tendencia hostil agresiva y la búsqueda de dependencia. Para el autor, la hipertensión y el hipertiroidismo son enfermedades consecuentes de la tendencia hostil y agresiva.

De acuerdo con Alexander (1989, p.112), la hostilidad estimula la ansiedad, cuyo núcleo neurótico puede estar presente en una gran variedad de personalidades, posiblemente más común en personalidades miedosas e inhibidas.

Respecto a la enfermedad y sus síntomas, dicen Dethlefsen y Dahlke (1999) que, lo que se manifiesta en el cuerpo físico como síntoma, es la expresión visible de un proceso invisible, cuya intención es avisar al sujeto sobre la existencia de una anomalía y obligarlo a hacer una investigación más allá, para descubrir qué señala.

Dethlefsen y Dahlke señalan que el lenguaje de los síntomas es psicósomático, sabe la relación entre cuerpo y mente, pero tiene que ser reaprendido pues, aunque haya existido siempre, este lenguaje fue olvidado o negado y necesita ser integrado a la conciencia otra vez.

También caracterizando las enfermedades en el campo de la psicopatología, dice C.G. Jung (1991b, p. 483) que la intercomunicación de las características corporales y psíquicas es tan íntima que se puede sacar conclusiones no sólo a partir de la constitución del cuerpo sobre la constitución de la psique, sino también de la particularidad psíquica sobre las correspondientes formas corporales del fenómeno.

Aquí cabe hacer la pregunta ¿qué expresa este síntoma? ¿Cuál es su finalidad y cuál es su causa?

Respecto a estas indagaciones, C.G. Jung (1998a, p.105) así se expresa:

Um funcionamento inadequado da psique pode causar graves prejuízos ao corpo, assim como um sofrimento corporal pode afetar a alma, pois alma e corpo são inseparáveis e animados por uma mesma vida. É rara a enfermidade, mesmo que não seja de origem psíquica, que não tenha suas implicações na alma.⁸

Aún respecto a la pregunta se puede añadir que la hipertensión está relacionada con la actuación de un complejo psíquico, que corresponde a la imagen de una determinada situación psíquica de fuerte carga emocional,

⁸ Un funcionamiento inadecuado de la psique puede causar graves perjuicios al cuerpo, así como un sufrimiento corporal puede afectar el alma, pues el alma y el cuerpo no son separables, son animados por una misma vida. Luego, es rara la enfermedad, aunque no sea de origen psíquico, que no tenga implicaciones en el alma.

incompatible con las disposiciones o actitudes de la conciencia, presentando vida propia.

Dice Jung que los complejos, sobre los cuales voy a escribir en el apartado 5.1, del marco teórico, por ser dotados de tensión y de energía propia, pueden formar, también por su cuenta, una pequeña personalidad, una especie de cuerpo y una determinada cantidad de fisiología propia. Esta combinación de factores puede perturbar el corazón, el estómago y la piel.

A continuación voy a escribir acerca del objeto del estudio, que dice respecto a una investigación piloto en cuanto al tema, la situación de la senectud, la hipertensión, la actitud consciente, los tipos y las funciones psicológicas.

2. Construcción del objeto

Además de la investigación piloto que he desarrollado para el proyecto del doctorado, aquí, también registro los temas, así como los he encontrado, porque contribuyen en mi investigación como referenciales necesarios a las cuestiones, objetos del presente estudio.

2.1. La senectud, la hipertensión y la tipología - investigación piloto

Hice una investigación piloto, el año 2003, en la Asociación de los Hipertensos de Santa Maria, Brasil, con 26 sujetos mayores hipertensos para

verificar su actitud consciente, su tipo psicológico con las respectivas funciones, cuyos resultados describo aquí.

Investigación piloto			
Nº. de sujetos	Tipos	Función	
		Dominante	Inferior
16	ISTJ	Sensación	Intuición
3	ISFJ	Sensación	Intuición
3	ISTP	Pensamiento	Sentimiento
4	ESTJ	Pensamiento	Sentimiento

Hice la investigación para testar posibles dificultades de la colecta de datos, para verificar la aplicabilidad del indicador a sujetos mayores, para dimensionar el acceso lingüístico a la población y para verificar su grado de interés en participar del trabajo.

Por la investigación que hice, el 84% (22 de los 26 sujetos) son del tipo introvertido y el 61% (16 de los 22 de los introvertidos) presentaran la función Sensación (S) introvertida como dominante y la función Intuición (N) extravertida como inferior.

Los resultados recogidos sugerían posibles relaciones entre la hipertensión, la actitud consciente, los tipos y las funciones psicológicas, haciendo creer que tales aspectos tienen sus implicaciones en la hipertensión.

Por lo que realicé este estudio más profundizado de estos aspectos de la personalidad, centrando la atención en el tipo, en las funciones dominante e inferior, por donde creo que se mueven los contenidos inconscientes que pueden contribuir en la formación de la hipertensión.

Aquí, parecía que residía una de las raíces del problema: las personas que delante de la senectud no consiguen vivir la función trascendente respecto al

desarrollo de la función inferior (concepto de la Psicología Analítica) pueden ser más asociadas a la hipertensión.

C.G. Jung (2002, p. 196) llamó de función trascendente la transmutación de la libido, por medio de los símbolos, cuyo objetivo es llevar la libido más allá de su propósito instintivo.

Por función inferior Jung (1991, p. 412) entiende aquella función que en el proceso de diferenciación se quedó más atrás. En todo proceso de diferenciación del sujeto existen cuatro funciones fundamentales: Sensación, Intuición, Pensamiento y Sentimiento. Una de ellas siempre se desarrolla más, llamada de función dominante. La segunda más desarrollada es la función auxiliar; la tercera es la terciaria y por último, la menos desarrollada es la inferior.

2.2. La senectud

Preocupada con las personas con más de 60 años, la segunda Asamblea de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) sobre el envejecimiento, en abril de 2002, hace una pregunta llena de angustias:

El colectivo de personas que superan los 60 años de edad está creciendo con más rapidez que ningún otro grupo de edad en todo el mundo. Para el año 2050 se pronostica que la población que sobrepasa esa edad haya alcanzado los dos mil millones de personas, mientras que en 2000, ese

grupo de mayores no llegaba a los 600 millones. La pregunta es: ¿Está preparada la sociedad de principios de siglo para digerir sin traumas este cambio?

El problema aquí no es la realidad inminente de la superpoblación sino su envejecimiento, para lo que no hay preparación, ni política ni educativa. La nueva realidad afecta a muchos países de la tierra, como lo muestra el cuadro que sigue.

Evolución de la senectud de 2000 hasta 2050.

País	2000	2050
Italia	24%	41%
Alemania	23%	35%
Japón	23%	38%
España	22%	43%
Rep.Checa	18%	41%
EE.UU	16%	28%
China	10%	30%
Tailandia	9%	30%
Brasil	8%	23%
India	8%	21%
Indonesia	7%	22%
Méjico	7%	24%

Fuente: NN.UU, 1998- **Revista:** MUFACE- Madrid.

Los pronósticos dicen que, por primera vez en la historia, los jóvenes y los viejos han de representar la misma proporción de población. En 2000, la población de Brasil era de 170 millones de habitantes (IBGE)⁹ y el 8%

⁹ IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2000).

(13.600.000) de esta población tenía más de 60 años. Ya en 2050, deberán ser un 23% (39.100.000), según previsiones de la ONU.¹⁰

España aparece con una dimensión sobresaliente. Tenía, en 2000, una población mayor equivalente al 22% del total, ocupando el 4º lugar mundial. Las previsiones indican que va a ocupar el primer lugar, el año 2050, llegando al 43% de sujetos mayores.

Con esta evolución de la senectud, España va a superar a Alemania que se encuentra en segundo lugar, con el 23%, y alcanzará el 35%; Italia ocupa el primer lugar, con el 24%, y ocupará el segundo lugar, con el 41%; Japón, ocupa el tercero lugar, con el 23%, y llegará al 38%.

Los desafíos que se presentan a la sociedad cuando su población envejece, van mas allá de los aspectos económicos; tienen reflejos, principalmente, en la salud social y mental. Por ello, las actividades psicoterapéuticas deberán prepararse teórica y prácticamente.

El Plan Internacional de Acción sobre el Envejecimiento (2002) solicita cambios en las actitudes y en las políticas y también, lo que más interesa a este trabajo, en las prácticas de las comunidades que garanticen vida digna, segura y saludable para los mayores.

En ese sentido, la Asamblea establece, específicamente en su segunda orientación, la necesidad de “fomento de la salud y bienestar también en la vejez”. No tan sólo ofrecer al conjunto de la sociedad una imagen positiva del

¹⁰ Nota: Fuente: NN.UU, 1998, extraído de la revista MUFACE. Boletín Oficial del Estado.

envejecimiento, sino también desarrollar prácticas de bienestar, apoyo, seguridad y salud corporal y psicológica.

La Asamblea alerta a todos los sectores de la sociedad, entre los que están los psicoterapeutas y psicólogos, para que busquen fortalecer los lazos familiares y sociales que amparen a los ancianos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) adoptó, por ejemplo, ya a finales del siglo XX, el término “envejecimiento activo” para definir el proceso por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez.

El reconocimiento de la autoridad, de la sabiduría, de la dignidad y de la moderación, frutos de la experiencia de toda una vida, ha constituido un rasgo normal del respeto acordado a la ancianidad en todo el curso de la historia que nos precede, dice Cañas (2002).

En algunas culturas antiguas, los ancianos eran reverenciados y a ellos se destinaba un lugar especial en la jerarquía social. En otras culturas, principalmente las de características nómadas, los ancianos eran concebidos como estorbos y por eso eran eliminados.

Para los pueblos orientales, como los chinos y los japoneses, el anciano es considerado como una fuente de saber, por lo que es muy respetado.

En otras culturas existe la solidaridad entre las generaciones, principalmente en el ámbito de la familia, ya que las personas mayores suelen

hacer contribuciones importantes no sólo económicamente, sino en lo que dice respecto a la educación y cuidados de otros miembros de la familia.

Sin embargo, en nuestros días, impulsados por la economía y el mercado, estos valores fueron olvidados, y se suele desatender e ignorar esta fase de la vida y se representa a las personas de edad como estorbos para la economía, debido a sus crecientes necesidades de servicios de salud y de apoyo.

Por otro lado la mundialización de los medios de información contribuye para propagar la discriminación por razones de edad en las sociedades en que era tradicionalmente desconocida.

Principalmente las mujeres de edad se ven afectadas por los estereotipos engañosos y negativos, siendo presentadas como débiles y dependientes, lo que refuerza las prácticas excluyentes y la marginalización, de los cuales padecen.

La ONU aborda un análisis de los distintos factores que determinan el proceso de envejecimiento activo, como son los económicos, los del entorno físico, los del entorno social, muy relacionados con la salud mental y el bienestar psicológico de las personas mayores.

Sobre ellos afirma que adaptarse con éxito a la vejez, requiere una forma de comportamiento más flexible. Así las personas mayores que se adecuan bien a las pérdidas y a los cambios, tienden a presentar un autocontrol, una actitud positiva frente a los años futuros y a sus realizaciones.

Y el comportamiento más flexible y adaptable se relaciona con:

- . aceptación de la situación de anciano;
- . actitud hostil delante de lo nuevo;

- . disminución de la voluntad, de las aspiraciones y de la atención;
- . disminución de la conciencia;
- . apego al conservadorismo;
- . deterioración de la memoria;
- . anomalías del carácter: desconfianza, irritabilidad, indocilidad y
- . estrechez de los afectos.

Dice Cañas que uno de los mitos sobre el envejecimiento gira en torno a la idea de que, en la vejez, ya es demasiado tarde para adoptar un estilo de vida saludable.

La Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento adoptó el Plan de Acción Internacional de Madrid (2002) que hace un llamado a realizar un cambio fundamental en la manera en que entendamos el envejecimiento y a las personas mayores.

El Plan reconoce que los mayores representan un poderoso recurso que la sociedad no explota. También incluye recomendaciones acerca de cómo podemos ajustarnos a un mundo en constante envejecimiento y construir una sociedad para todas las edades.

Voy a citar aquí un párrafo del Plan de Acción (2002) de la ONU:

La población de personas mayores aumenta de forma significativa en todo el mundo. Así, es posible que, un día, las propias personas de edad, con la fuerza que conlleva el aumento de su número e influencia, obliguen a la

sociedad a adoptar un concepto positivo, activo y orientado hacia el desarrollo de la vejez, en donde se incluye la hipertensión.

2.3. La hipertensión

Las personas hipertensas presentan sus síntomas relacionados al corazón, con el aumento de la presión arterial, cuya actuación se puede verificar por medio del esfigmomanómetro.

La presión arterial es considerada normal cuando la presión sistólica (máxima) no ultrapasa 130 mm.Hg y la diastólica (mínima) no ultrapasa 85 mm.Hg. Cuando la presión arterial se encuentra entre 130 y 139 mm.Hg por 85 y 89 mm.Hg ya es considerada como hipertensión.

La sangre llega a los distintos órganos del cuerpo por las arterias, teniendo el corazón como órgano central distribuidor, que late entre 60 y 80 veces por minuto. El corazón bombea de cinco a seis litros de sangre oxigenada por minuto para todo el cuerpo.¹¹

Los conceptos básicos sobre la hipertensión, que siguen en el texto, fueron consultados en la página Web de la SBH, el 1 de marzo del 2004.

Presión arterial es la fuerza que el corazón hace para bombear la sangre, por los vasos y es determinada por el volumen de sangre que sale del corazón y por la resistencia que encuentra para circular en el cuerpo.

¹¹www.sbh.org.br. (01.03. 2004).

La presión arterial puede ser modificada por la variación del volumen de sangre o viscosidad (espesura), por la frecuencia cardíaca (latidos cardíacos por minuto) y por la elasticidad de los vasos. Los estímulos hormonales y nerviosos que regulan la resistencia sanguínea sufren la influencia personal y ambiental.

Con el pasar del tiempo, la presión elevada daña la capa interna de las arterias, dejándolas más endurecidas y con menos elasticidad, por lo que pueden obstruirse o romperse. Al obstruirse o romperse pueden generar la angina, el infarto, “derrame del cerebro” o AVC, y parálisis de los riñones.

La presión alta (hipertensión) ocurre porque los vasos sanguíneos (por donde circula la sangre) se contraen, generando la elevación de la presión de la sangre para circular. Ella no presenta síntomas físicos directos y sólo se hace perceptible en otra forma, ya en otras enfermedades, físicas generadas en consecuencia de su actuación.

En el año 1997, una comisión de expertos, con la supervisión de la OMS, definió las normas respecto a los valores límites entre presión arterial normal y la hipertensión arterial que hasta hoy se mantiene con validez, cuyos patrones describo en el cuadro que sigue:

Clasificación de la presión arterial para personas con más de 18 años		
<i>Hipertensión arterial en un sujeto adulto. Inicial: (mm.Hg)</i>		
Categoría	Sistólica (mm.Hg)	Diastólica (mm.Hg)
Óptima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Alta-normal	130 - 139	85 - 89
Hipertensión	130 - 139	85 - 89
Hipertensión sistólica aislada	> 140	< 90
Grado 1	>140 - 159	90 - 99
Grado 2	160 - 179	100 - 109
Grado 3	> 180	>110

Fuente: Revista do Instituto Nacional do Coração, pulmões e do sangue. November 1997. National Institutes of Health.

La hipertensión presenta raíces variables, por lo que muchas veces es diagnosticada en función de exámenes médicos de rutina o preventivos o aún por la manifestación de otras enfermedades. Los órganos más susceptibles a los efectos de la hipertensión son el corazón, los riñones, el cerebro y los ojos.

Corazón: La arteriosclerosis o endurecimiento de las arterias impide el corazón de recibir la sangre necesaria, generando dolor en el pecho, cuyo síntoma es conocido como angina (angina pectoris) y, de acuerdo con el grado del endurecimiento arterial, puede ser seguida del infarto.

Riñones: La hipertensión destruye las células, generando deficiencia en el sistema de filtro de la sangre y acúmulo de las toxinas, lo que genera una enfermedad llamada uremia, curable sólo por medio de diálisis o trasplante de los riñones.

Cerebro: La circulación sanguínea es interrumpida cuando las arterias del cerebro se entupen por la presión de la sangre, generando el derrame y, por la falta del oxígeno en las células, ellas se destruyen, presentando como consecuencia la parálisis, que puede ser definitiva o no, de acuerdo con el nivel de gravedad del derrame.

La hemorragia, provocada por el rompimiento de las arterias, es otra consecuencia de la hipertensión arterial en el cerebro, cuyo proceso provoca la muerte del sujeto.

Ojos: En los casos de hipertensión grave, puede ocurrir hemorragia o derramamiento de líquidos retinianos con o sin edema de la papila, lo que es observable al examinar el fondo del ojo, por un examen de fundoscopia.

Goleman (apud Maria Raimunda Ribeiro 2000, p.13) dice que las enfermedades coronarias son las que más muertes causan en los Estados Unidos, siendo que la hipertensión es la que responde al mayor índice.

En su primera manifestación, el infarto, es responsable por la mitad de todas las muertes anuales en aquel país – dos veces más que las muertes ocasionadas por todos los tipos de cáncer.

El estrés parece desempeñar un papel más sutil y de largo plazo en el desarrollo de la enfermedad coronaria, observando la totalidad. Mientras tanto, también puede provocar la muerte cardíaca repentina, lo que ocurre muy pocas veces.

La presión arterial representa más problemas para las personas que se circunscriben en determinados “factores de riesgo” pues que, cuanto mayor se

presenta el número de estos factores, mayor es la posibilidad de desarrollo de la hipertensión y también de complicaciones en los órganos vulnerables y sujetos a sus consecuencias.

La SBH ¹² apunta los siguientes agentes como factores de riesgo para contraer la hipertensión: el exceso de peso, el sedentarismo, el elevado consumo de sal, la baja ingestión de potasio, el consumo excesivo de alcohol. En algunos casos, también pueden interferir: la glucosa y diabetes, el tabaquismo, el estrés y la menopausia.

Un estudio bien conceptualizado en el mundo científico, publicado en la Revista The Lancet, de noviembre de 2001¹³, revela que en un corto período de 4 años, el 18 % de los individuos entre 35 y 64 años, con presión arterial normal (entre 120 por 80 y 129 por 84) se tornarán hipertensos, mientras que el 40% de los que presentan la presión arterial limítrofe (> 130 por 85 y > 139 por 89), también van a tornarse hipertensos.¹⁴

Para los mayores comprendidos entre 65 y 94 años las previsiones son más alarmante: el 29% de los que presentan la presión arterial normal, van a ser hipertensos en el mismo período de 4 años.

¹² www.sbh.org.br. (01.03.2004).

¹³ Idem

¹⁴ Idem

Las previsiones son aún más graves para los sujetos mayores, cuya presión arterial se caracteriza como limítrofe (139 por 89): el 52% de estos sujetos van a desarrollar la hipertensión en los mismos cuatro años.¹⁵

Respecto al peso, un estudio publicado en la misma revista, muestra que el aumento del 5% en la masa corpórea, verificada a lo largo de los cuatro años de la investigación, ha correspondido al aumento del 30% de las probabilidades de desarrollar la hipertensión.¹⁶

En general, la hipertensión es tratada, desde una perspectiva médica, con terapia farmacológica que suele acompañarse con una serie de medidas, tales como el consejo para reducir el estrés y abandonar o reducir el consumo de tabaco, para hacer controles dietéticos y ejercicios físicos.

El desafío al que busco dar respuestas con esa investigación, dice respecto a las posibles relaciones existentes entre la hipertensión y los tipos psicológicos, asociado a psicoterapias para personas mayores e hipertensas.

Actualmente trabajo, ordenadamente, apenas con un grupo de mayores y, eventualmente, con sujetos de otros grupos, por invitación. El desafío de actuar con psicoterapias, de modo secuencial con más sujetos hipertensos dice respecto a un proyecto futuro.

¹⁵ www.sbh.org.br. 23.03.2004.

¹⁶Ídem.

2.4. Actitud consciente, los tipos y las funciones psicológicas: La intervención psicoterapéutica.

Los cuidados detallados de los aspectos de la hipertensión, constantes en el apartado anterior, tienen sólo el intuito de acentuar su actualidad, es decir, se trata de un problema presente y no de una cuestión por llegar.

La cuestión del trabajo psicoterapéutico consta del pensamiento o de las proposiciones teórico-metodológicas de C.G. Jung, por el que las personas son susceptibles a cambios, principalmente en las Actitudes (extraversión – introversión) cuando se van tornando mayores.

Al principio, según C.G.Jung, los sujetos mayores cambian su actitud consciente de la extraversión para la introversión, porque empiezan a valorar más el proceso del encuentro del Sí-Mismo, lo que suele ocurrir en la segunda mitad de la vida.

Respecto a la influencia de la edad Myers sostiene (2000) que no existe mucha investigación, entre los analistas originales, para determinar los cambios que ocurren en el tipo psicológico con el paso de los años.

Sin embargo, Myers (p. 11), defiende que en la edad adulta es posible alcanzar un mejor dominio de las funciones menos preferidas o sea, la tercera y cuarta funciones (terciaria e inferior). Algunas personas excepcionales llegan a un estadio singular en el que pueden usar cada una de las funciones según lo requiera la situación.

Escribiendo respecto al progreso de la función inferior, Franz (1995, pp.15, 19) dice que ella corresponde a la parte negada, ridícula e inadaptada de la personalidad, que necesita ser desarrollada, lo que ocurre de modo especial en la segunda mitad de la vida pues “esta mesma função inferior corresponde também a aquela parte que faz a ponte para o inconsciente, retendo a chave secreta da totalidade inconsciente do sujeito [...] que obrigatoriamente tem de ser desenvolvida na segunda metade da vida”.¹⁷

Los estudios ya realizados respecto a las características de cada tipo están clasificados en dieciséis posibilidades, ocho para los introvertidos y ocho para los extrvertidos.

Entiendo aquí, que es adecuado hacer una referencia sintetizada de las características correspondientes a cada uno, lo que corresponde a cuatro caracterizaciones para cada tipo: (1) Introversión - Extraversión, (2) Sensación - Intuición, (3) Pensamiento – Sentimiento, (4) Juicio- Percepción.

Según C.G. Jung (1991b, p. 21), el tipo extrovertido subordina el sujeto al objeto, que recibe valor preponderante, en el que el sujeto tiene siempre importancia secundaria. Se ubica por lo que es objetivamente dado, dirige su atención al mundo externo de hechos, cosas y personas.

¹⁷ “esta misma función inferior corresponde también a aquella parte que actúa de puente para el inconsciente, reteniendo la llave secreta de la totalidad inconsciente del sujeto [...] que obligatoriamente tiene que ser desarrollada en la segunda mitad de la vida”

Al preferir la actitud extravertida, es posible que la persona sea más madura y efectiva para tratar con el mundo que le rodea que para responder al mundo interior de los conceptos y de las ideas, donde se encuentra más a gusto el introvertido.

Los dos tipos presentan funciones orientadoras de percepción y de decisión. Las funciones perceptivas son la Sensación (S) y la Intuición (N), y las funciones de toma de decisiones son el Pensamiento (T) y el Sentimiento (F).

Si el sujeto prefiere los procesos perceptivos de la Sensación (S), es probable que resulte más efectivo en la captación de hechos y realidades que en la percepción de teorías y posibilidades, que son más propios de la esfera de la Intuición (N).

Si al sujeto le gusta más tomar decisiones a partir del Pensamiento (T), es probable que haya desarrollado más el pensar que el sentir. Esto se verifica cuando el sujeto apoya sus decisiones más en análisis impersonales que en valores personales.

A estas cuatro funciones, Myers (p. 5) añade las funciones de Juicio (J) y Percepción (P). Si el sujeto prefiere utilizar el Juicio (J) frente a la Percepción (P) en su actitud delante del mundo, probablemente le resulta mejor organizar los sucesos de su vida que vivirlos y adaptarse a ellos.

Por otro lado, si el sujeto prefiere utilizar la Percepción frente al Juicio, es porque, probablemente, se inclina más por un modo de vida espontáneo y flexible que por uno ordenado y planificado.

En la estructura psíquica de todo sujeto, la función Pensamiento es opuesta a la función Sentimiento, así como también son opuestas entre sí las funciones Sensación e Intuición; Juicio y Percepción.

Como las funciones son opuestas entre sí, se puede entender que la clave que permite comprender el aspecto dinámico de la teoría es el postulado de que las funciones empujan en direcciones diferentes: la más desarrollada es la función dominante y la menos desarrollada es la función inferior.

En cada tipo, se asume que dos de las cuatro funciones se van haciendo más atractivas y conscientes, mejor desarrolladas y utilizadas. Las otras dos funciones, menos preferidas, resultan menos atractivas y más susceptibles de un olvido relativo.

* * * * *

La próxima parte es destinada al marco teórico, en la que reflexiono respecto a las referencias epistemológicas, ontológicas y hermenéuticas. A continuación de estas referencias introduzco conceptos de la Psicología Analítica y de la hipertensión que corresponden a la base de la investigación a que me propuse y que he desarrollado.

PARTE 2 - MARCO TEÓRICO

Esta es una investigación empírica porque he buscado los datos en la realidad, que dice respecto a los aspectos psicológicos que subyacen a la actuación de la actitud consciente, tipos y funciones psicológicas en sujetos mayores e hipertensos.

El trabajo que desarrollé, fue el estudio de fenómenos de sentido humano y, sobre ellos, he reflejado en lo que se refiere a tipos de personalidad, hipertensión y edad, siguiendo un método científico, basado en el conocimiento del hombre y del mundo, observando también el saber epistemológico, ontológico y hermenéutico, así como sigue.

1. El saber epistemológico

Respecto a la adquisición del conocimiento, Chalmers sostiene (1993, p. 153) que:

Los seres humanos individuales tienen dos maneras de adquirir conocimiento acerca del mundo: pensando y observando. Si damos prioridad al primer modo llegaremos a una teoría del conocimiento racionalista clásico. Mientras que, si damos prioridad al segundo, llegaremos a una teoría empirista.

Tratándose de cuidar del estatuto de lo científico de la actividad psicológica, es importante atender a los excesos del positivismo con su propuesta de universalidad, de historicidad del saber científico y del slogan utilizado por Feyerabend que pone la ciencia en equivalencia al “vodú” y a la astrología.

Chalmers (1994, p. 17) está de acuerdo con la parte de la teoría de Feyerabend respecto al concepto de que no existe ningún método y ningún patrón científico universal, lo que no significa un “vale todo” en las cuestiones epistemológicas, pero sí la contingencia de esos conocimientos.

Según Chalmers (1993), Popper y Lakatos, influyentes filósofos de la ciencia, aunque antipositivistas en aspectos fundamentales, han adoptado una versión del positivismo, intentando definir una metodología universal, no histórica que especifique los patrones con relación a los cuales se deben juzgar las supuestas ciencias.

Respecto a la teoría de los paradigmas de Kuhn, Chalmers (pp.134, 135) argumenta que:

Un paradigma incorpora un esqueleto conceptual específico por medio del cual el mundo es visto y descrito y, un conjunto específico de técnicas experimentales y teóricas para corresponder al paradigma de la naturaleza. No hay motivo alguno, a priori, para que se espere que un paradigma sea perfecto, lo mejor disponible. No existen procedimientos inductivos para llegar a paradigmas perfectamente adecuados.

Desde mi punto de vista, Chalmers (1994, p.19) con su propuesta de que “la generalidad y el grado de aplicabilidad de leyes y teorías están sujetos a un constante perfeccionamiento”, es más coherente, ya que con ella quiere decir que la ciencia es un empeño general de construcción de un saber que se denomina científico.

Hessen (1926, pp.93, 94) ofrece soluciones distintas al origen del conocimiento, de acuerdo con las diferentes posiciones epistemológicas, defendiendo que tanto los empiristas como los racionalistas tienen razón en sus epistemologías ya que:

Mientras los racionalistas proceden de la matemática lo más de las veces, la historia del empirismo revela que los defensores de éste proceden casi siempre de las ciencias de la naturaleza [...] en las ciencias de la naturaleza la experiencia representa el papel decisivo [...] se trata de comprobar exactamente los hechos mediante una cuidadosa observación. [...] Es muy natural que quien trabaje preferentemente o exclusivamente con este método propenda de antemano a colocar el factor empírico sobre lo racional.

Oldroyd (1993, p.471) evaluando a Popper, dice que la influencia que ha ejercido sobre la ciencia del siglo XX ha sido muy importante y que:

Su insistencia sobre la necesidad de examinar de forma crítica las ideas ha tenido una influencia benéfica entre la comunidad científica; y su llamada para que los científicos traten de falsar sus ideas en lugar de verificarlas no ha caído en saco roto. En su énfasis sobre la discusión crítica, y al llamar la atención sobre el hecho (al establecer sus reglas metodológicas) de que existe una dimensión normativa definida en la ciencia, Popper ha preparado (acaso intencionalmente) el terreno para el interés actual en la sociología de la ciencia con epistemologías basadas en principios sociológicos [...].

Dice Oldroyd (p.488), que Kuhn no aporta ninguna garantía para la creencia en la teoría de los paradigmas, de los que podemos obtener resultados si desarrollamos nuestro trabajo bajo el signo de algún paradigma.

Bernard (1996, p.131) explica que la teoría es la responsable por edificar verdaderamente la ciencia, así como los hechos son los materiales necesarios en el método experimental:

La idea formulada por los hechos representa la ciencia. La hipótesis experimental no es otra cosa que la idea científica preconcebida o anticipada. La idea experimental es una idea a priori, pero una idea que se presenta bajo la forma de una hipótesis, cuyas consecuencias deben someterse al criterio experimental con objeto de juzgar su valor.

Respecto al conocimiento científico, dice Bochenski (1985, p. 33) que este es un conocimiento [...] “en lo más de las cosas indirecto, un concluir”, en el que “la lógica formal es un supuesto indispensable de la investigación”.

Dice también que el investigar es un proceder metódico y que los métodos son elaborados de acuerdo con el objeto a ser investigado. Así, “[...] toda labor de investigación precisa ciertos principios generales que valen para todas las ciencias, al menos para un buen número de ellas. Estos principios generales metodológicos son estudiados por la metodología” (pp.33, 34).

Como la ontología analiza respecto al estudio del saber de las cosas, voy a profundizar a su respecto en el próximo apartado, considerando su importancia en el mundo del conocimiento científico.

2. El saber ontológico

La Ontología es el estudio de lo que es, de la esencia de las cosas, dice Fullat (apuntes en clase, curso de doctorado, universidad Ramon Llull, 2001).

Para Chalmers (1994, p. 63):

Las percepciones de los seres humanos no son objetivas, pero gradualmente influenciadas y moldeadas por la subjetividad de los observadores, por su base teórica, su histórico cultural y sus expectativas y puntos de vista. La capacidad de discernir respecto a lo que son hechos observables en determinadas situaciones va a cambiar de persona para persona, de cultura para cultura y de escuela teórica para escuela teórica.

Váttimo (1995, p.63) al escribir sobre la obra de Heidegger argumenta que él se esfuerza en entender no las estructuras (objetivas y metafísicas) del existir, pero sí del sentido (de la historia) del ser.

Continuando, Váttimo afirma (p.64), que si no es posible alguna vez un pensamiento post-metafísico, para Heidegger, será porque provenga de un acaecer distinto del ser mismo; y la historia del ser en la modernidad es, ante todo, de la ciencia-técnica.

Sobre el telón de fondo de la ciencia-técnica se explica Váttimo, (p.64):

Sobre este telón de fondo se explica el paso de *Identität und Differenz* (identidad y diferencia) como el primer destello del *Ereignis* (evento) en el mundo de la *Ge-Stell*, que indica el conjunto. (*Ge-*) *del Stellen* (del poner, disponer, etc., que constituye la esencia de la técnica moderna); y justo en este conjunto, que es también la culminación y el triunfo de la metafísica, es decir, del darse y ocultarse del ser en relación sujeto-objeto, Heidegger ve también el primer destello de una posible superación de la metafísica misma.

Como el saber hermenéutico se sitúa en una posición filosófica como una ciencia del espíritu, no intelectualista, como una especie de conciencia de las condiciones que anteceden a la teoría, voy a enfocarlo en el próximo acápite.

3. El saber hermenéutico

De acuerdo con Gadamer (1997, p.31), el fenómeno hermenéutico no es bien un problema de método. Lo que importa no es la estructuración de convencimientos que satisfacen a los ideales metodológicos de la ciencia, sino que todo se concentra en el conocimiento de la verdad.

Entonces sí, se puede añadir que al conocer no se puede huir de un método y del campo científico. No obstante, los conocimientos que se acercan a las formas de experiencia (como es la vida psicológica) son procesos de búsqueda de la verdad que no pueden ser verificados por los métodos de la ciencia. Gadamer cuestiona (p.32), ¿Hasta que punto la reivindicación de verdad de tales formas de conocimientos puede ser filosóficamente legitimada?

Entender e interpretar a los fenómenos de la vida humana no es simplemente el objetivo de la ciencia; cada profesional que se ocupe de las relaciones con personas, necesita entender e interpretar a las experiencias humanas para poder participar de procesos de cambios de valores y modos de conducta.

Y como afirma Vattimo (p. 58):

Una de las buenas razones que han estado en base del privilegio conferido por la hermenéutica a las ciencias del espíritu es que la suerte misma de la democracia tiene que ver con estos problemas, puesto que sólo si hay una racionalidad del Lebenswelt (mundo vital) capaz de reconducir a sí, de

interpretar, dentro de ciertos límites, de unificar la pluralidad de lenguajes, de fines, de sistemas autónomos de valores que rigen el mundo de las ciencias y de las técnicas, es posible que una sociedad que no esté confiada sólo al poder de los especialistas y técnicos, y en la que los ciudadanos tengan la última palabra en los grandes desafíos colectivos.

Estos conceptos encuentran un camino viable si la hermenéutica asume un sentido fuerte y normativo que la noción del mundo vital (Lebenswelt) le atribuye, y que dice respecto a la cultura conjunta y compartida, que ha de servir de fondo a los diversos tipos de acción como la estratégica, donde se incluye la ciencia.

Entender la hipertensión también como consecuencia de un determinado tipo de personalidad, con manifestaciones más acentuadas después de la edad de 60 años, período de la vida humana en que 50% de la población de todo el mundo sufre de esa enfermedad, es lo que me ha motivado a desarrollar este estudio.

4. La hipertensión y la psicósomática

La hipertensión esencial también identificada como primaria o idiopática (de causa desconocida),¹⁸ cuadro al que pertenecen la mayor parte de las hipertensiones arteriales, figura entre los siete trastornos psicósomáticos

¹⁸ <http://www.telecable.es/personales/eretuerta/psicoso.html>

clásicos: asma bronquial, hipertensión esencial, artritis reumatoide, hipertiroidismo, rectocolitis hemorrágica, úlcera gastroduodenal y neurodermatosis.

Esta categoría de hipertensión es un trastorno provocado por la presencia de cifras tensionales elevadas por encima de 139 mm.Hg para la sistólica y de 89 mm.Hg para la diastólica, de forma mantenida en el tiempo, al menos en un periodo de tres meses, norma que puede variar con la edad o con determinadas situaciones.

Este tipo de hipertensión se relaciona con la incapacidad para expresar ira (furia, rabia), mientras corresponde a un modelo de represión de la hostilidad y de la agresividad. También puede ser asociada a una relación de hipersusceptibilidad a la sanción y al castigo.¹⁹

De acuerdo con Luiz Müller de Paiva (1966, p. 546), existen diferencias entre los individuos de varias enfermedades y los que padecen síndromes cardiovasculares. Ellos se parecen mucho entre sí, difiriendo de aquellos que sufren de diabetes o tienen propensión a accidentes.

Puedo entender aquí que la hipertensión, principalmente la esencial, es una representación de lo que el inconsciente expresa en un lenguaje corporal, cuya función sería revelar aspectos no conscientes que todavía necesitan ser integrados al nivel consciente.

¹⁹<http://www.telecable.es/personales/eretuerta/psicoso.html>

En la concepción de Dethlefsen y Dahlke (1999), cuando un conflicto emerge, se genera el aumento de la presión sanguínea, que puede bajar después que el sujeto lo traslada al plano verbal o externo, o sea, después de una acción.

En la concepción de los mismos autores, cuando una acción no ocurre, manteniéndose sólo en lo imaginario, la circulación se acelera y, por no descargarse, produce una presión permanente, que genera la hipertensión.

La excitación constante a la que se somete el individuo por la imaginación no descargada por la acción, mantiene el sistema circulatorio en estado de excitación constante, la cual mantiene a la persona al borde de un conflicto.

Cuando la persona se mantiene al borde del conflicto por no afrontarlo o por no buscar una solución, la presión sanguínea aumenta porque el organismo suministra más energía para resolver conflictos inminentes.

Si el conflicto encuentra un camino de solución, el exceso de energía es consumido y la presión vuelve a situarse al nivel normal. Pero la persona presenta síntomas de hipertensión porque no soluciona sus conflictos, no consumiendo la superposición de energía.

4.1. Investigaciones sobre la hipertensión psicosomática

Los planteamientos que ahora hago constar tienen el propósito de especificar el *locus* de la actividad del psicoterapeuta, hacia la realidad hipertensiva de los mayores, nombrando por primero estudios hechos por

científicos y metodólogos, seguido del diseño de intervenciones teóricas hechas a su respecto.

McDougal y otros (apud Ribeiro, 2000, p. 19) han desarrollado una investigación cuyo objetivo fue la reducción rápida de la presión sanguínea y también del colesterol en 12 días intensivos.

La investigación fue desarrollada con 500 pacientes, hombres y mujeres hipertensos, de edad mediana, por una dieta vegetariana, terapia por ejercicios y técnicas de relajación. Hubo mejora en los factores de riesgo: colesterol y pérdida de peso, con la consecuente disminución de la presión arterial.

Otra investigación hecha por el Departamento de Nutrición y Dietas en Montana, Estados Unidos, Mattfeldt Berman et al, 1999, citado en Ribeiro (p.20) para reducir la hipertensión ha utilizado la dieta reductora asociada a la terapia del comportamiento y ejercicios físicos para 308 pacientes de raza negra y obesos.

Los factores de riesgo observados en la investigación desarrollada fueron: la raza, el sexo (224 hombres y 84 mujeres) y la obesidad, considerados relevantes en la hipertensión arterial sistémica.

Los pacientes que consiguieron buenos resultados con la pérdida de peso presentaban también más facilidad en hacer los ejercicios diarios. Los hombres presentaban más habilidad y más atención a las sesiones que las mujeres, las cuales exteriorizaban más tensión y frustración por no lograr el éxito esperado.

Algunos estudios respecto a los factores emocionales que actúan en los disturbios cardiovasculares (la hipertensión es el factor más acentuado)

muestran la íntima correlación de la rabia y de la ansiedad (Norccross JC Kobayaschi M., citado en Ribeiro), así como la hostilidad, con las alteraciones fisiológicas en el organismo del enfermo del corazón, como sostiene Mann (apud Ribeiro).

Una investigación hecha por Campos en 1996 muestra la contribución de la psicología para el tratamiento del hipertenso, actuando en dos niveles distintos durante el proceso de curación.

El primero dice respecto a la elaboración de los núcleos conflictivos que pueden estar contribuyendo a la sustentación de la presión arterial y el segundo, actuando como promotor o animador de un clima de acogida y soporte a los pacientes por medio del equipo médico, de los familiares y de los grupos sociales de apoyo.

Con su investigación, pudo observar los resultados del apoyo social o de los lazos sociales que contemplan otra línea de investigación, desarrollada en los últimos años y que atenúa y esclarece los síntomas, pero no promueve la cura.

Ribeiro apunta estudios que Cengiz y otros (1997) hicieron examinando los efectos de las técnicas de relajación, practicadas con 20 hombres turcos con hipertensión esencial y, en corto plazo, se pudo constatar diferencias significativas entre los valores de la mediana de la presión sistólica y de la diastólica.

En un estudio hecho por Wiesemann y otros, (1997, apud Ribeiro)) en la Universidad de Heidelberg, Alemania, de 1992 a 1995, respecto a la prevención

en la comunidad CINDI (Countrywide Integrated Non-Communicable Diseases Intervention), con 4881 pacientes fueron utilizadas terapias por ejercicios, técnicas de relajación y un cuestionario para evaluar los comportamientos y condiciones de la salud de los hipertensos en tres niveles estratégicos.

Estos consistieron en:

1°. Consulta regular con los médicos con el objetivo de acompañar los cuidados primarios de la salud.

2°. Sesiones de grupos con los pacientes con orientaciones respecto a sus actividades y estilos de vida.

3°. Ejercicios físicos y de relajación, como medida preventiva de reducción de los riesgos cardiovasculares, cambiando el estilo sedentario de sus vidas.

La investigación hecha por Ribeiro sigue el ejemplo citado incluyendo las psicoterapias individuales y grupales, a donde la expresión verbal de los contenidos internos individuales ha posibilitado traer de lo inconsciente el significado y la finalidad de los síntomas.

En su trabajo los síntomas fueron concebidos como símbolos vivos y actuantes de contenidos individuales e inconscientes, expresados en la enfermedad, y recibieron espacio para la expresión verbal y elaboración simbólica.

Existe una investigación realizada por M. Friedman y R. Roseman (apud Ramos, 1994, p. 25), respecto al tipo "A" del hipertenso.

Aquí cabe la pregunta: ¿Qué caracteriza el tipo A? El tipo "A" es identificado por trazos más agresivos, viviendo una lucha constante y crónica

para vencer y superar a todo y a todos, sufriendo de hostilidad y prisa enfermiza.

El comportamiento del tipo “A”, según los mismos médicos, citados en Ramos (1995, p.63), se encuentra identificado con un tipo de personalidad con características multidimensionales. Estas se orientan hacia:

- un alto grado de conquistas;
- envolvimiento excesivo con el trabajo;
- sentimientos exagerados de urgencia de tiempo;
- agresividad;
- competitividad;
- impaciencia;
- vigorosa actividad lingüística y motora.

Larkin y Zayfert (apud Ramos, 1995) entrenan el control de la rabia por la terapia comportamental y utilizan escenas de confrontación por el juego de papeles, haciendo con que los pacientes puedan tratar de forma positiva con sus comportamientos.

Paiva (1966) apunta una investigación realizada por Storment (1951) en la que estudió la personalidad del hipertenso y del anginoso en 25 hipertensos y 8 coronarios, buscando las tendencias hostiles y la manifestación de una personalidad reprimida. Storment no ha logrado probar su teoría estadísticamente, mientras tanto las mismas tendencias se encuentran de acuerdo con las observaciones experimentales de Cannon (1929) en las que el

miedo y la cólera aumentan la presión sanguínea en los animales (Paiva, 1966, p. 546).

El test de Rorschah (apud Paiva, 1966, p. 546) ha revelado que los hipertensos son individuos portadores de conflictos entre la necesidad de dependencia pasiva e impulsos dogmáticos agresivos; dudas obsesivas, ansiedad depresiva e introspecciones críticas.

En exámenes psicossomáticos practicados por Paiva (1950, p. 546) en hipertensos esenciales se han revelado historias relacionadas con infancias inseguras e insatisfacciones, con actitudes obedientes pero revoltosas.

En la misma investigación Paiva ha constatado la influencia significativa de padres cuyo temperamento era preocupado, agitado e irritado, lo que también era reproducido por los hijos. A ese tipo de personalidad ha llamado de P.A.I.

Sus estudios recibieron el apoyo de Thomas (1964), del American Psychosomatic Society (apud Paiva, 1966), el cual también ha constatado la frecuencia con que los hipertensos apuntaban conflictos con los padres en la infancia. A través del test de Rorschah fue identificado que los hijos revelaban una dependencia hostil hacia sus padres.

Por medio de los estudios sobre hipertensos Paiva ha constatado que, en su adolescencia, ellos han sido tímidos e hipersensibles, tanto en sus aspectos amorosos como en sus aspectos familiares y sociales.

El autor apunta la preocupación, la agitación, la irritación, la insatisfacción y la hostilidad como características principales, encontradas en los hipertensos

esenciales. A ellos les gusta vivir, pero su hostilidad no les permite que se expresen libremente y, cuando lo hacen, entran en depresión ansiosa.

En México algunos profesionales desarrollaron un trabajo acerca de la hipertensión psicósomática. La investigación fue realizada por el Dr. Luis Alcocer Díaz Barreiro²⁰, jefe de servicios de Cardiología del Hospital General de México, investigador titular “C” de los institutos Nacionales de Salud. Barreiro es profesor titular de Cardiología en la UNAM y presidente de la Sociedad Latinoamericana de hipertensión, además de Co-investigador Médico del proyecto CONACYT: “variabilidad de la frecuencia cardíaca, temperatura periférica e inmunoglobulina “A” salival, como indicadores del manejo del estrés en la hipertensión; viabilidad y efectividad”.

Entre los estresores que mueven la hipertensión, el investigador apunta una alta demanda de trabajo y poca posibilidad de decisión, el cambio de una cultura a otra, la incongruencia en el estilo de vida, los medicamentos antidepresivos como generadores de la hipertensión en sus efectos secundarios y la personalidad del hipertenso.

Los rasgos que caracterizan ese tipo de personalidad indica hostilidad y miedos reprimidos, enojo y tristeza, agresión inhibida, canalización al “trabajismo”, por donde entiende que compensan su enojo.

20

Según Barreiro, la labor del Psicólogo es averiguar cuál es el mejor incentivo para que el paciente alcance y mantenga las metas para obtener la tensión sanguínea ideal. Aquí observo la importancia de un diagnóstico específico respecto al tipo psicológico de los sujetos, para que ellos se involucren en el tratamiento de manera más intensa y seria.

De acuerdo con Donker (1991, apud Tobal et al, 1994)²¹, existen claras indicaciones de que factores psicológicos tales como la ansiedad, el estrés y la ira, por ejemplo, desempeñan un importante papel en el desarrollo y mantenimiento de la hipertensión.

Para Donker, los factores psicológicos pueden actuar directamente por efectos sobre el sistema cardiovascular, o indirectamente por su influencia en la conducta de los sujetos, por medio del descontrol y del exceso de peso, del uso excesivo de la sal o del alcohol, por falta de ejercicio físico, por el consumo de tabaco, etc.

Según Ramos (1995), el médico asegura de forma explícita que la causa de la hipertensión puede ser psicológica, pero la terapéutica propuesta, en general, es de orden alopática.

Algunos autores recomiendan medidas no farmacológicas como primer paso de tratamiento en la hipertensión límite o borderline (Shapiro y Jacob, 1983 apud Tobal et al).²²

²¹ http://www.um.es/analesps/v10/v10_2/10-10_2.pdf.- (20.04.2006).

²² Idem

Para el hipertenso, tanto el cumplimiento de la prescripción farmacológica como de las demás recomendaciones plantea problemas que se agregan a su vida y a sus responsabilidades y cuidados personales.

Los estudios respecto a los cuidados y responsabilidades muestran que aproximadamente el 50% de los pacientes abandonan la medicación durante el primer año (Wilber y Batrow, 1972; Cadwell et al., 1979, apud Tobal et al).²³

Por otro lado, se estima que únicamente dos tercios del 50% que no abandona el tratamiento, llega a controlar adecuadamente su tensión (Mckegney et al., 1973).²⁴

Del mismo modo, los autores estiman que no ocurre el cumplimiento de las recomendaciones dietéticas, lo que puede llegar al 48% (Ley, 1978, apud Tobal et al).²⁵

Del mismo modo se apunta como problema la falta de mantenimiento de las reducciones logradas a lo largo del tiempo (Gormally y Rardin, 1981; Stunkard y Penik, 1979; Stuart, 1980, apud Tobal et al).²⁶

Actualmente existe un creciente auge en la investigación que trata de establecer la posibilidad de modificar los distintos factores de riesgo, mediante técnicas de intervención psicológica.

Las investigaciones que visan modificar los distintos factores de riesgo demuestran que la psicología puede ser utilizada como instrumento eficaz para modificarlos (Lefebvre, 1987, apud Tobal et al).²⁷

²³ http://www.um.es/analesps/v10/v10_2/10-10_2.pdf.- (20.04.2006).

²⁴ Idem

²⁵ Idem

²⁶ Idem

Observando la cuestión bajo otro ángulo, la psicología también puede intervenir en aquellas variables de índole o de fondo emocional relacionadas con el desarrollo y mantenimiento de la hipertensión, dicen Tobal et al.

En los últimos 20 años se ha utilizado un buen número de tratamientos no farmacológicos efectivos para el control de la hipertensión esencial (Blanchard et al., 1988, apud Tobal et al.) que incluyen entrenamiento en relajación y respiración, diversas modalidades de biofeedback, hipnosis, ejercicio, cambio de dieta y técnicas de control de stress.

Los escritos que siguen hacen parte de la investigación desarrollada por los estudiosos Juan José Miguel Tobal, Antonio Cano-Vindel, Maria Isabel Casado Morales y Amalia Escalona Martínez, del Departamento de Psicología Básica II (Procesos Cognitivos), de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense, Madrid (1994).²⁸

Incluyo esta investigación en mi tesis mediante la autorización de la Editorial de la Universidad de Murcia, propietaria del copyright, recibido del director del Secretariado de Publicaciones e Intercambio Científico el 9 de mayo del 2006, conforme anexo 4.2.

Un estudio realizado con cien pacientes, en el que se midió la reactividad de los sujetos a diferentes tópicos tratados en entrevista, (Kallinke et. al., 1982), encontraron que un 29% de pacientes no han mostrado elevaciones de tensión

²⁷ http://www.um.es/analesps/v10/v10_2/10-10_2.pdf.- 20.04.2006

²⁸ Idem

arterial, o revelaron elevaciones clínicamente no significativas. Demuestran que un 44% aumentaron sus niveles de tensión ante tópicos relacionados con aspectos profesionales, que un 54% lo hicieron ante situaciones de competitividad y autoafirmación y un 33% ante problemas de la esfera privada, como prestigio social, problemas de pareja, problemas de contacto heterosexual.

Entienden los mismos autores que el concepto general de estrés, como respuesta del organismo, entraña también factores de personalidad en términos de diferencias individuales de sensibilidad a las situaciones de estrés.

Para esos investigadores el rasgo de ansiedad se encuentra íntimamente ligado a la forma de afrontar las situaciones de estrés. Cuando un individuo se encuentra ante una situación que valora como amenazante puede adoptar diversas formas de afrontamiento, según considere que existe o no posibilidad de dominar la situación.

Así que, si el sujeto constata que no puede dominar una situación, tenderá a soportarla de forma pasiva. Si percibe que puede someterla, tratará de llevar a cabo una serie de conductas o procedimientos (conductuales o cognitivas) para reducir el nivel de ansiedad que la situación le produce.

Estos dos tipos de afrontamiento, pasivo o activo, elevarán la respuesta de activación fisiológica, aumentando la probabilidad de desarrollar distintas enfermedades.

De este modo, si el sujeto consigue dominar la situación, por medio de una conducta efectiva o por una reevaluación de posibilidades, los niveles de

ansiedad descenderán y, la probabilidad de padecer un trastorno se verá atenuada.

Diamond (1982, apud Tobal et al), en una revisión sobre la ira y la hipertensión, en donde incluye estudios psicodinámicos con datos obtenidos por medio de técnicas proyectivas, escalas de adjetivos, cuestionarios de personalidad e investigaciones de laboratorio, llega a la conclusión de que la ira y la hostilidad se perfilan como variables relevantes en el desarrollo y agravamiento de la hipertensión.

En el año 1993, Miguel-Tobal (1993b) estudió la relación de la ansiedad y de la ira con la hipertensión. El estudio se desarrolló con una muestra total de 105 sujetos, divididos en dos grupos, los hipertensos y los no hipertensos, o *normotensos*, equiparados en sexo y edad.

Los grupos fueron evaluados en las variables de ansiedad e ira por medio del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad -ISRA - (Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 1986, 1988), y el Inventario de Expresión de Ira Rasgo-Estado - STAXI- (Spielberger, 1988, 1991).²⁹

Los sujetos hipertensos han mostrado mayores puntuaciones que los normales, tanto en el nivel general de ansiedad como en los sistemas de respuesta cognitivo y fisiológico.

²⁹ http://www.um.es/analesps/v10/v10_2/10-10_2.pdf. (20.04.2006).

Los hipertensos puntuaron más alto que los normales en las áreas potencialmente ansiógenas en todos los casos: ansiedad ante la evaluación, ansiedad fóbica, ansiedad interpersonal y ansiedad ante situaciones habituales.

Referente a la ira, encontraron diferencias significativas en reacción de ira, ira hacia dentro y hacia fuera. En las dos primeras (reacción de ira e ira hacia dentro) los hipertensos puntuaron más que los normales; en la última (la ira hacia fuera), lograron puntuaciones más bajas.

De acuerdo con Ramón de la Fuente Muñiz (1973, pp.331-333), en términos clínicos la hipertensión esencial se diferencia de la hipertensión debido al padecimiento renal o arterial.

Muñiz apunta la investigación hecha por Wolf y sus colaboradores respecto a la relación entre tensión arterial y la función renal en un grupo de 60 enfermos y otro grupo de sujetos sanos.

En esa investigación han constatado que en la mayoría de los sujetos se produce un aumento de la tensión arterial y, simultáneamente, una disminución brusca del flujo sanguíneo al riñón, cuando se discuten temas susceptibles de producir un estado de cólera.

También el resentimiento (*cólera no expresada, debido a circunstancias externas que hacen peligrosa su expresión, o a factores internos caracterológicos*) es una condición efectiva para producir un aumento continuo y permanente de la tensión arterial.

Piensen estos autores que la participación de ese y otros mecanismos no excluyen la de otros factores, tales como una labilidad congénita del sistema vasomotor.

Binger, citado por Muñiz, basándose en el estudio de 29 enfermos, y Saul, en su estudio de 8 enfermos sujetos a tratamiento psicoanalítico, afirman que en los hipertensos esenciales existe un conflicto entre tendencias dependientes y tendencias agresivas.

Refiriéndose a la coexistencia de rasgos caracterológicos obsesivo-compulsivos y un grado de agresividad que conceptúa como subnormal en sujetos hipertensos, asegura Wolff (apud Muñiz) que "los pacientes hipertensos, a menudo suaves y compuestos, están llenos de tendencias agresivas restringidas por una necesidad compulsiva de agradar...".

Para este autor, la hipertensión esencial representa una reacción defensiva del organismo que sería eficaz para enfrentar una amenaza inmediata, pero que es inadecuada en situaciones de larga duración.

Respecto al descrédito de la psicopatología junto a la clase médica, Nelson Pires (1976), que cuando vivía en Brasil ha sido Catedrático de la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Bahia, Brasil, informa que este descrédito fue provocado por equivocaciones, hermetismos, construcciones imaginarias y dogmatismos. Los dos resúmenes siguientes (del hospital universitario San Carlos, Madrid) ilustran lo que indica.

En el primer caso, A. D. de 24 años, casada hace siete meses, embarazada (5 meses); fue enviada por el Servicio de Ginecología con el

diagnóstico de "hiperemesis gravídica", postulándose causas psicogénicas que no han logrado encontrar.

Mientras tanto el análisis fisiodinámico de los frecuentes vómitos reveló que hace cuatro años, cuando enfermó de hepatitis e ictericia, la paciente sufrió de vómitos durante doce días. Nunca había sufrido tales síntomas. Pero los tuvo frecuentemente a partir de entonces, en ocasiones sin que los clínicos se lo explicasen.

En los primeros días del embarazo, volvieron los vómitos, desde la mañana, con y sin ingesta, desencadenados por pequeños "papirotos" homeostáticos, como subir escaleras y hacer pequeños servicios domésticos. Hay días de pausa sin síntomas, y no se encuentran determinismos psicogénicos ni hallazgos de toxicidad.

Han sido tomados como datos importantes una cierta fragilidad psico y neurovegetativa, el aprendizaje del síntoma con la hepatitis, la provocación actual del síndrome (memorizado) por las nuevas condiciones homeostáticas del embarazo, representando éste un stress. La regulación homeostática ya "vinculada" a los vómitos los facilita cuando se encuentra vulnerada.

La paciente ya había sido *hospitalizada dos veces durante su embarazo en el plazo de cinco meses. Pequeñas sesiones de psicoterapia y sugestión en menos de un mes, llevaron el síndrome a la extinción.*

Concluye el investigador que no había enfermedad, que se trataba de fenómenos de memoria de los síntomas que sólo la fisiodinámica puede

explicar, aunque haya sido clara la "complementaridad" del factor psíquico, lo que se ha confirmado por "*la terapéutica útil*".

El segundo caso trata de cuatro enfermos entre 54 y 56 años (tres mujeres y un hombre) que sufrían de *crisis hipertensivas "esenciales"*. Fueron enviados al servicio de psicopatología a raíz del dogma psicopatológico.

Sometieron a los cuatro pacientes a pruebas levemente estresoras de esfuerzos físicos (10 flexiones rápidamente ejecutadas con las piernas, pacientes de pie), al frío (mano inmersa en agua helada durante un minuto inmediatamente se le tomaba la tensión arterial en el brazo libre).

Seguido de estas pruebas seguían con un susto fuerte y eficiente para cuya obtención se creaba una situación dramática: cuando el paciente estaba tranquilo, un colega entraba bruscamente en el gabinete con una jeringa (su contenido real era vitamina C), anunciándole que debía aplicársela porque los análisis de laboratorio que acababan de llegar indicaban peligro inminente.

Como resultado de estas pruebas, algún paciente reaccionó con temor y protestas contra la inyección que, además, le era inyectada casi a la fuerza.

Los resultados relatados por Pires han sido los que siguen:

Resultados de la investigación						
Sujeto	Tensión Arterial Inicial			Después de 10 flexiones	águá helada	Susto
		Máxima	Mínima			
1 - D.M. 56 años- casada	de pié	10	6	12,5 x 8		
	acostada	14	9		20 x 10	14 x 8
2- U.B.C. 44 años- casada	de pié	16,5	11	18,5 x 11,5		
	acostada	15,5	11,5		18,3 x 12	18 x 10
3- S. T 55 años- hombre	de pié	16	11	18 x 11		
	acostado	17,2	12		16 x 11	21 x 13
4- C.R. mujer, 48 años	de pié	15	9,5	15 x 9,5		
	acostada	16	9,5		18 x 9,5	21 x 10

La primera paciente reaccionó frente al frío y los esfuerzos, y nada ante el susto; la segunda, más frente al frío que al susto; el tercero reaccionó mucho más ante el susto, algo menos ante los esfuerzos y nada frente al frío y la cuarta reaccionó mucho ante el susto, menos frente al frío y nada ante los esfuerzos.

El investigador concluye que son casos de hipertensión esencial, es decir, casos clásicamente entendidos como de "psicosomática". Sin embargo, el poder efector de los factores psíquicos se manifiesta discriminativo sólo en los dos últimos casos.

Pires ha percibido, en su investigación, que las reacciones hipertensivas pueden aparecer más intensas frente al factor somático, a los estreses generales (frío) o al factor psíquico.

De este modo, afirma el investigador, que no pueden ser llamados sólo como psicósomáticos, y concluye que, cuanto más minucioso es el análisis fisiodinámico de los síntomas somáticos y de sus desencadenadores, tanto más se percibirá lo falso del adjetivo psicósomático, porque tanto más se verificará lo larga que es la lista de los provocadores de síntomas.

Para él, si existen detonadores prácticamente universales, capaces de provocar actividad de cualquier síndrome (frío, malas noches, esfuerzos), hay otros más particularizados a cada síndrome (olores fuertes en las jaquecas, humo de cigarrillos en los asmáticos, movimientos de la mandíbula en la neuralgia del trigémino, etc.).

El investigador señala que a veces no son los estreses, ni condicionadores especiales los que detonan los síntomas, sino los que llamó de "*papirotos*" inocuos, posiblemente condicionadores especializados, como en la enferma embarazada al subir escaleras.

En ese caso se trata de conmutaciones vegetativas, de cierta intensidad. Es verdad, afirma el autor, que el estudio fisiodinámico debe ser completado con el análisis de los provocadores psíquicos que tienen cualidad fundamental, pero no la exclusiva que la vieja "psicósomática" les concedía, pues las mismas pruebas en los mismos pacientes pueden resultar en otros valores de respuestas hechas en otros días.

A ese respecto sostiene que el análisis fisiodinámico deberá ser tan minucioso como el psicoanálisis. Así se puede verificar que raramente, "y es que hay casos", el síntoma "psicósomático" tiene etiología psíquica.

Pires señala que el gatillo psíquico se instala más claramente en el curso de la enfermedad somática que en su inicio, la llamada “psiquización del síntoma” que una vez instalada puede jugar o no un papel importante en su curso evolutivo.

Entiende Pires que, para muchos médicos clínicos y cirujanos, esta vieja psicósomática les parece más del dominio esotérico que de la medicina, ya que para él dos tercios de los casos seguramente no son psicósomáticos.

En estos dos tercios, los síntomas son “poligenéticos”, como el frío, las malas noches, los esfuerzos excesivos, estreses en general que también activan los síntomas así como lo hacen los factores psíquicos, llamados por el autor de *desencadenantes*.

En la opinión de dicho investigador, frecuentemente el síntoma “psicósomático” es multifactorial, comportando aprendizaje y facilitación, siendo dependiente de la memoria, de ciertos tipos del sistema nervioso, de un nuevo “orden interno” biológico de activadores particulares y generales, etc.

Como complemento puedo citar a H. J. Eysenk (1970, apud Pires), cuyo estudio vincula la extraversión a la introversión, relacionándolas con patrones de reacciones vegetativas, y encontrando respectivamente “reactividad alta y baja”.

Eysenk cita a H. G. Jones “Feelings and emotions”, en estudio Publicado por McGraw-Hill, NY. 1950, en el que la reactividad baja examinada en controles fisiológicos se relaciona con puntuaciones altas en búsqueda de atención, locuacidad, animación y asertividad.

Concha Menéndez Montañés (2003), profesora del Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación de la Facultad de Psicología de la Universidad Barcelona, y coordinadora del módulo de Psicogerontología – Integración Social de la Vejez (España, Brasil y Argentina), en encuentro académico para señalar algunos puntos de mi investigación, apuntó que es posible mejorar el efecto de algunos de los factores predisponentes del estrés relacionados con las características individuales de los sujetos mayores.

Menéndez apunta el neuroticismo, la ansiedad, la introversión y la extraversión como lugar de control interno que lleva la persona a una situación no siempre adecuada, la cual le afectará a su estado de ánimo.

Según Menéndez, los aspectos significativos de la vejez en la actualidad, son:

- . necesidad excesiva de éxito y poder;
- . inestabilidad emocional;
- . problemas psicológicos;
- . carencia afectiva;
- . adicción al trabajo (no saber que otra cosa hacer);
- . acumulación de estresores biográficos (como muerte de familiar, separación, despido, problemas con hijos);
- . baja autoestima;
- . sentimientos de impotencia;
- . mala salud física (colesterol, hipertensión, entre otros) y

. limitación en la formación profesional: (no tienen formación sobre derechos, cuestiones médicas, bancarias, etc.).

Menéndez apunta la introversión y la extraversion como características individuales, predisponentes al estrés. Del mismo modo indica la hipertensión como factor de acumulación de los estresores biográficos como uno de los aspectos de la mala salud en los mayores.

4.1.1. La hipertensión como un trastorno de nuestra civilización

De acuerdo con el Dr. Karmelo Bizkarra³⁰, de la Casa de Reposo Zuhaizpe, la hipertensión es consecuencia de nuestra forma de vida y no aparece en núcleos de población llamados de “primitivos”, porque no han sido capaces de alcanzar las altas cuotas de materialismo, consumo y derroche.

Para él, los indios yanomanis del alto Amazonas, los zulús de Africa y los habitantes de las remotas islas del Pacífico no sufren la elevación de presión arterial con el avance de la edad, desconociendo la hipertensión.

Igualmente se ha comprobado, argumenta Bizkarra, que cuando los habitantes de estos núcleos que viven en contacto con la naturaleza y con sus ritmos, abandonaban su hábitat natural para instalarse en una sociedad de tipo occidental y consumista, la presión arterial se elevaba rápidamente provocando

³⁰ <http://www.zuhaizpe.com/enfermedades/hipertension.htm> 20.04.2006).

la hipertensión arterial. Por lo que concluye que este trastorno es una clara enfermedad de nuestra civilización.

Según el Dr. Paolo Bavastro, médico antropósofo (apud Bizkarra), el sentirse envuelto en un medio cultural estable, en determinadas tradiciones, en vez de estar en un medio en continuo cambio favorece que no suba la tensión.

4.1.2. Intervenciones psicológicas

La psicología puede, por un lado, ofrecer apoyo adecuado para abordar los problemas de la hipertensión, diseñando intervenciones conductuales que ayuden al paciente a superar las dificultades prácticas que implican tanto la observación del tratamiento farmacológico como las restantes indicaciones.

Presento como ejemplo el programa de intervención cognitivo conductual en pacientes hipertensos, desarrollado por Tobal et al., en donde el objetivo principal ha sido conseguir la reducción y control de la presión sanguínea arterial por medio de la manipulación de las variables (ansiedad, ira, estrategias de solución de problemas y estilo de vida) más directamente implicadas en la posible génesis y mantenimiento del trastorno.

El programa fue implantado por primera vez en 1992-1993 en el Centro de Salud "El Arroyo" de Fuenlabrada (Madrid), por un convenio de colaboración entre el Master en "Intervención en la Ansiedad y el Stress" de la Facultad de

Psicología de la Universidad Complutense de Madrid y la Gerencia de Atención Primaria del Área 9 del INSALUD de Madrid.

Participaron de la investigación los psicólogos del Master y del equipo médico y de enfermería del Centro de Salud "El Arroyo". En la actualidad este programa se está aplicando en varios centros hospitalarios de Madrid y Baleares.

El programa tuvo una duración total de seis meses, estructurándose en un total de 18 sesiones semanales (salvo en períodos de vacaciones -Semana Santa y fiestas puntuales - en los que se aplazaba el programa por motivos de asistencia).

La investigación fue desarrollada con la participación de 25 sujetos de los cuales 18 eran mujeres y 7 varones, con edades comprendidas entre los 22 y los 63 años, y una media de edad de 48,5. Todos los sujetos estaban diagnosticados de hipertensión y se encontraban en tratamiento farmacológico en el Centro de Salud "El Arroyo" de Fuenlabrada.

Para realizar el estudio la muestra total fue dividida en dos grupos de tratamiento, con el fin de que la fase de entrenamiento grupal se realizase incluyendo un número de sujetos no demasiado amplio.

El nivel socioeconómico y cultural de los grupos, a excepción de tres casos, era medio-bajo y bajo. Los pacientes fueron remitidos de forma voluntaria por sus médicos de cabecera, tras informarles de la existencia del programa.

De los 25 sujetos que comenzaron el programa, 4 lo abandonaron en distintas fases y a uno no se le pudo realizar la evaluación postratamiento, por eso los análisis presentados más adelante han sido realizados sobre un total de 20 sujetos, de los cuales 15 eran mujeres y 5 varones.

El programa fue dividido en tres fases: evaluación pretratamiento, tratamiento y evaluación postratamiento.

1. *Evaluación pretratamiento*: cuestionario biográfico; batería de evaluación psicológica (STAXI para la ira, ISRA para la ansiedad e ISAP para la solución de problemas); medidas de presión arterial.

2. *Tratamiento*: sesiones informativas; entrenamiento en técnicas de relajación muscular; entrenamiento en técnicas de respiración; técnicas de solución de problemas; técnicas de cambio de hábitos de vida.

3. *Evaluación postratamiento*: batería de evaluación psicológica (STAXI, ISRA E ISAP) y medidas de presión arterial.

Los resultados obtenidos han mostrado cambios en todas las variables analizadas en la dirección esperada, si bien en algunos casos estas diferencias no llegaron a ser estadísticamente significativas.

En relación a la capacidad de *solución de problemas*, medida con el ISAP, se observó un notable aumento en la confianza que los sujetos poseen en sí mismos al resolver problemas. Sin embargo, las escalas de Reflexividad y Estrategias tan sólo mostraron un ligero aumento.

En relación a la ansiedad medida por el ISRA, han sido apreciados descensos en todos los niveles: en los tres sistemas de respuesta (*cognitivo*,

fisiológico y motor) y en el rasgo total de ansiedad, así como en las cuatro áreas situacionales (*ansiedad de evaluación, ansiedad interpersonal, ansiedad fóbica y ansiedad de la vida cotidiana*).

La investigación apunta diferencias estadísticamente significativas en ansiedad cognitiva, fisiológica, rasgo general de ansiedad, ansiedad de evaluación y ansiedad fóbica. Cercanos a la significación, se encuentran los resultados obtenidos en ansiedad motora ($p < .07$) y ansiedad interpersonal ($p < .06$).

En cuanto a la ira medida por medio del STAXI, han sido encontrados descensos en rasgo de ira, temperamento de ira, reacción de ira, ira hacia dentro y expresión de ira. Por contra, se han producido ligeros aumentos en estado de ira y control de ira. Por último, la variable ira hacia fuera o ira externa no registró variaciones.

Tras la aplicación del programa, los sujetos investigados han obtenido cambios relevantes en la dirección esperada en las distintas dimensiones analizadas: solución de problemas, ansiedad, ira y presión arterial.

Estadísticamente, significativos fueron los cambios encontrados en las siguientes variables:

- El aumento de la "confianza en sí mismo" a la hora de resolver problemas.
- El descenso de la ansiedad, tanto en el rasgo general de ansiedad y en dos de los tres sistemas de respuesta (Cognitivo y Fisiológico), como en dos de las cuatro áreas situacionales (ansiedad de evaluación y ansiedad fóbica).

Los investigadores creen que el hecho de que el descenso de la ansiedad ante situaciones de la vida cotidiana no llegó a ser estadísticamente significativo puede deberse a la falta de tiempo para que los cambios se estabilicen y se reflejen en su vida diaria.

El descenso de la ira hacia dentro o ira interna, que mide la frecuencia con la que los sentimientos de ira son refrenados o suprimidos. Este descenso demostró especial relevancia ya que, los sujetos hipertensos presentaron puntuaciones significativamente más altas que los sujetos de la población general.

De acuerdo con las conclusiones de los investigadores, esta variable analizada, parece ser una de las que ejercen una importante influencia en el desarrollo y mantenimiento de la hipertensión.

Respecto a la presión arterial, fueron registrados descensos muy importantes y significativos tanto en la presión sistólica (de 151 a 132mm.Hg) como en la diastólica (de 94 a 81 mm.Hg).

Los cambios observados, además de una alta significación estadística, poseen una gran significación clínica, ya que los descensos conseguidos han dado lugar a que los pacientes hipertensos se sitúen en valores de presión arterial *normotensos*.

Acuerdan los estudiosos que todos los pacientes que realizaron el programa ya estaban tomando medicación para el control de la hipertensión antes de su inicio, por lo que afirman que las reducciones obtenidas son efectos que no pueden atribuirse a la medicación. Es más, a cinco de los sujetos (25% de la

muestra analizada) les había sido retirada la medicación antes de concluir el programa.

Creen los investigadores, que estos datos confirman el éxito y la utilidad del programa de tratamiento utilizado en el control de la hipertensión, y enfatizan la importancia de la aplicación de tratamientos psicológicos en la prevención de los trastornos coronarios graves.

Acostumbran utilizarse las psicoterapias en los casos en que los abordajes farmacológicos no son adecuados o suficientes.³¹ Hay gran variedad de técnicas y tácticas habitualmente relacionadas con los modelos teóricos que las soportan.

Las terapias cumplen su papel al modificar las características biopsicosociales patogénicas de los individuos que les introdujeron, les mantienen o les impiden la salida del trastorno que padecen.³²

Entre las terapias es posible destacar las siguientes:

- Técnicas Generales: como las técnicas o entrenamientos en relajación o el biofeedback.

- Técnicas de Modificación de Conducta: basadas en el modelo conductual de aprendizaje, es decir, en los condicionamientos clásico e instrumental, y en los esquemas de estímulo-respuesta.

- Psicoanálisis y técnicas psicodinámicas: fundamentadas en los principios psicoanalíticos y en la inferencia del inconsciente.

³¹ <http://www.telecable.es/personales/eretuerta/psicoso.html>

³² Idem

- Terapias Cognitivas: se basan en la reconstrucción de las formas de pensar, sentir o hacer desde criterios racionales.

- Terapias Humanistas y Existenciales: se centran en la interpretación subjetiva de la realidad y en la búsqueda de significado para la vida.

Para mejor comprensión de la tipología junguiana me parece necesario introducir antes la teoría de la personalidad, así como C.G. Jung la concibe, incluyendo sus concepciones respecto al inconsciente individual y colectivo, los arquetipos, los complejos, los símbolos, la función inferior y trascendente.

5. Estructura de la personalidad

Según la teoría junguiana, son varios los componentes de la personalidad total, donde unos actúan sobre los otros, engendrando la experiencia del sujeto en el mundo y en su vivir subjetivo y objetivo.

En los componentes o en la estructura de la personalidad, así como la concibe C.G. Jung, encontramos dos divisiones fundamentales, la estructura consciente y la inconsciente.

La estructura consciente se compone por los complejos del Ego, o del Yo y el de la Persona. La del inconsciente se compone de una estructura individual y otra colectiva, siendo ambas animadas por complejos psíquicos como la Sombra, el Anima, el Animus y el Self o Sí-Mismo.

La Sombra es un complejo que absorbe contenidos, tanto personales como colectivos. Ya el Anima, el Animus, el Self o el Sí-Mismo registran contenidos

más profundos, provenientes del inconsciente colectivo. Además de estos componentes existen otros más profundos, a las que C.G. Jung llamó arquetipos e instintos.

Existe una función psíquica que se mueve entre el consciente y el inconsciente, responsable por traer contenidos inconscientes a la consciencia por medio de los símbolos. Esta es la función trascendente.

A continuación realizaré un abordaje específico referente a la comprensión de la terminología junguiana, respecto a los distintos aspectos que se mueven en la estructuración, en la evolución o en la involución de la personalidad.

El inconsciente personal dice respecto solamente al individuo, pues:

Está formado por todo lo que sé, pero en lo que no pienso momentáneamente; todo lo que en alguna ocasión me fue consciente, pero que ahora está olvidado; todo lo percibido por mis sentidos pero que no lo tiene presente mi consciencia; todo lo que siento, pienso, recuerdo, quiero y hago sin intención y sin atención, es decir, inconscientemente; todo lo futuro que se prepara en mí y sólo más tarde llegará a la consciencia... todas las represiones más o menos deliberadas de representaciones e impresiones penosas. (C.G. Jung 2001, pp. 476, 477).

Los recuerdos del inconsciente personal pueden ser evocados por los sueños, (donde en ciertas ocasiones se presentan vestidos de disfraces oníricos y de fantasías), por impulsos propios, por asociaciones fortuitas o por un choque.

El inconsciente colectivo es un estrato del inconsciente más profundo que el personal, pues corresponde al material desconocido, no proveniente de adquisiciones personales, pero de él emerge la conciencia.

Los contenidos del inconsciente colectivo representan posibilidades adquiridas, como los instintos y los arquetipos, que dicen respecto a la estructura cerebral heredada. Representan del mismo modo, las conexiones mitológicas, los motivos e imágenes que pueden nacer nuevamente, en cualquier tiempo o lugar, sin migraciones históricas.

Del inconsciente colectivo nacen resultados o productos de la actividad inconsciente, así como los sueños y las fantasías. Y en estos resultados o productos no está la participación de la conciencia.

Esta teoría, C.G. Jung la derivó de la universalidad de los fenómenos psicológicos que no podían explicarse basados en la experiencia personal, así como la actividad de las fantasías inconscientes con contenidos totalmente desconocidos al sujeto.

Del inconsciente colectivo hacen parte las actividades de las fantasías, de carácter impersonal, incluyendo los sueños, que no pueden reducirse a experiencias pasadas del individuo y que tienen sus análogos más cercanos en la mitología y en los cuentos de hadas de todo el mundo.

El inconsciente colectivo, argumenta C.G. Jung (p.477), contiene toda la evolución de la humanidad, que nace nuevamente en la estructura cerebral de cada individuo que vuelve a la conciencia sólo en forma de procesos mentales, cuyos componentes más profundos son más oscuros y se vuelven hacia abajo,

por lo que se aproximan más del sistema autónomo de funcionamiento, donde se convierten en lo universal y se diluyen en la materialidad del cuerpo, al mismo tiempo.

En la Psicología Analítica se utiliza una terminología muy específica para demostrar la teoría. Por lo que es necesario puntuar lo que C.G. Jung ha entendido por instinto, arquetipo, por símbolo y lenguaje simbólico.

Explica C.G. Jung (1998b, p.69) que los instintos son los impulsos fisiológicos percibidos por los sentidos. Pero, al mismo tiempo, estos instintos, pueden también manifestarse como fantasías y revelar, muchas veces, su presencia a través de imágenes simbólicas. A estas imágenes simbólicas se refiere como arquetipos.

Arquetipo o imagen primordial corresponde a un modo innato de actuar, que es una fórmula simbólica, que se activa siempre que los sujetos no tengan conceptos concientes para expresarlos.

C.G. Jung (2001, p.472), deriva el arquetipo de la observación retirada de los mitos y los cuentos de la literatura universal que contienen temas bien definidos que reaparecen siempre. Los mismos motivos reaparecen en las fantasías, en los sueños, en los delirios e imaginaciones de los sujetos, sin importar donde vivan.

Los arquetipos se presentan como emociones y como imágenes en conjunto y, su efecto se manifiesta en situaciones muy típicas o de mucho significado, como el nacimiento y la muerte, el triunfo sobre obstáculos naturales o estados de transición de la vida.

De acuerdo con el tiempo en que aparecen, los arquetipos se modifican o se alteran, y, aquellos que indican cambios importantes en la psique, aparecen en forma abstracta o geométrica, como un cuadrado, un círculo o una rueda.

Estas imágenes que representan símbolos de los arquetipos se repiten en cualquier lugar del mundo, mismo a donde no es posible explicar su transmisión por descendencia directa o por “fecundaciones cruzadas” resultantes de la migración.

Una palabra o una imagen son simbólicas, cuando implican alguna cosa más allá de su significado manifiesto inmediato, presentando un aspecto “inconsciente” más amplio que no puede ser definido o explicado del todo.

El hombre es incapaz de describir un ser “divino”, por ejemplo, y cuando intenta hacerlo depara con su limitación intelectual. Lo divino descrito apenas corresponde a un nombre que puede ser basado en una creencia, pero nunca en una evidencia concreta.

En el lenguaje de la Psicología Analítica, el término símbolo, cuyo origen viene de la palabra griega “symbollo”, quiere decir “algo que por detrás del sentido objetivo y visible, oculta un sentido invisible y más profundo”.³³

La discriminación de los símbolos culturales estructura la conciencia colectiva y, sus raíces, las encontramos en el principio de la creación, como suma de los procesos psicológicos, de generación tras generación, de toda la humanidad.

³³ Dicionário junguiano. (2002). São Paulo: Paulus.

El proceso de su discriminación ocurre por medio de creencias, costumbres, leyes, sexualidad, agresividad, venganza, ambiciones y competiciones y constituyen los papeles sociales que heredan los recién-nacidos y disponen de ellos como elementos del desarrollo de su personalidad.

Ricardo Carretero sostiene (1999, p.6) que los arquetipos, que se manifiestan por medio de los complejos, deben ser convertidos en símbolos de reunificación de la función consciente con la inconsciente, cuando entonces, presentan el efecto generador y promotor de vida.

La reunificación, de la cual habla Carretero, consiste en llevar la disposición consciente a una actitud de diálogo con las imágenes que llegan del inconsciente, sin absorberlas ni desautorizarlas, sino asumiéndolas como representantes del inconsciente que nos vincula al resto de nuestra especie.

C.G. Jung (1998b) ratificó que los arquetipos y los símbolos constituyen el lenguaje del inconsciente y el camino hacia él se abre por el complejo, que es la más pequeña unidad psíquica que consigue alcanzar la consciencia, y sus manifestaciones ocurren en los sueños y en los síntomas, por medio del lenguaje simbólico.

Edward C. Whitmont (2002, p. 25) entiende que el lenguaje simbólico de la experiencia se aproxima a aquella área que Kant designó como “la cosa en sí misma”, para siempre incognoscible, al percibir una significación *translógica* máxima, no limitada por el *tiempo, espacio y causalidad*, que sólo puede ser sugerida o intuita.

Cassirer (apud Whitmont, p.25) sugiere incluso que el hombre puede ser más bien definido como un *animal symbolicum* y no tanto como un *animal rational*, al afirmar que “un signo es una parte del mundo físico del ser; un símbolo es una parte del mundo humano del significado”.

De acuerdo con Whitmont las imágenes surgen como portadoras de mensajes que hacen falta al sujeto, debido a opiniones y convicciones unilaterales de su consciencia.

En ese sentido comprende que la presión creciente de las imágenes corresponde a la reacción de defensa de un sistema psíquico auto-regulador y equilibrador, semejante al proceso biológico de acumulación de leucocitos.

Diciéndolo de otra manera, las imágenes son componentes básicos y normales del movimiento de la psique así como las células de la sangre componen el funcionamiento biológico, de una forma normal y básica.

Aquí es preciso preguntarse: ¿porque soñar imágenes y no pensamientos lógicos? ¿Porque la psique perturba el sueño del sujeto con fantasías simbólicas, difíciles de comprender si su objetivo es ayudarlo a superar sus dificultades? ¿No podría el propósito ser alcanzado de una manera más fácil si los sueños y las fantasías se expresasen por medio de un lenguaje cotidiano lógico y comprensible?

Es así porque el consciente y su sistema de referencias son apenas una parte de la totalidad de la psique, una forma tardía o secundaria del desarrollo mental, siendo la imagen la unidad básica u original del funcionamiento mental.

De acuerdo con Whitmont (p.26), la unidad de operatividad psíquica básica es la imagen emocionalmente cargada. Los conceptos son creaciones que parten de imágenes, por medio de la actividad de la abstracción, que es un proceso de pensamiento, hacia los conceptos destituidos de emociones.

El consciente, con sus conceptos, no es la parte más poderosa de la totalidad de la psique, es más bien una parte secundaria de su funcionamiento. Él establece puntos fijos de referencia racional, al precio de la pérdida de la conexión emocional.

La pérdida de la conexión emocional es reconstituida por las imágenes que constelan cualidades emocionales e imaginativas, que fueron cortadas por el proceso abstractivo, y estos son los motivos porque el sueño no es literal, no es racional ni lógico (Whitmont, p.27).

C.G. Jung (1998b) considera los sueños, las fantasías, las expresiones artísticas y la producción espontánea de imágenes como fuentes vitalmente indispensables de formación y orientación, de discriminación o reunificación fornecidas por el aspecto saludable y no patológico de la psique.

En la Psicología Analítica estas fuentes son consideradas vitalmente indispensables porque son entendidas como la expresión de un proceso psíquico no voluntario y también inconsciente que muestra la verdad y el contexto interior del sujeto como realmente son y no como a él le gustaría que fuera.

Para una adecuada interpretación de los sueños, C. G. Jung (1964, p. 59) añade la necesidad del conocimiento del tipo psicológico del soñante y del psicoterapeuta. En ese sentido así se expresa:

Como qualquer análise mais profunda dos sonhos conduz a um confronto entre dois indivíduos, logicamente há de fazer uma grande diferença o fato de possuírem ou não o mesmo tipo de personalidade. Se ambos pertencem ao mesmo tipo, podem caminhar juntos e felizes por longo tempo; mas se um for extrovertido e o outro introvertido, seus pontos de vista, diferentes e contrários, logo vão entrar em choque, sobretudo se cada um deles não estiver consciente do seu tipo de personalidade ou julgar que o seu tipo é o único verdadeiramente bom.³⁴

Entiende C. G. Jung que el conocimiento de las diferencias de una para otra personalidad son necesidades vitales para la interpretación de los sueños.

Así que, saber si las personalidades del psicoterapeuta y de sus pacientes son *armónicas, divergentes o complementarias* son prioridades que anteceden al éxito de una relación analítica, en donde la experiencia y el conocimiento de la psique profunda se suman, librando al analista de posibles situaciones de *desorden y de confusión* que la relación con su paciente le pueden imputar.

³⁴ Como todo análisis más profundo de los sueños conduce a un confronto entre dos sujetos, lógicamente ha de hacer una gran diferencia el hecho de tener o no el mismo tipo de personalidad. Si ambos pertenecen al mismo tipo, pueden caminar juntos y felices por largo tiempo; pero si uno es extravertido y otro introvertido, sus puntos de vista, diferentes y contrarios, chocarán rápidamente, sobretudo si no fueron conscientes de su tipo de personalidad o juzgaron que su tipo es el único verdaderamente bueno.

El extravertido, por ejemplo, tiende a adoptar el “punto de vista de la mayoría”, mientras que el introvertido lo rechaza justo porque “está de moda”.

Tales diferencias suceden con facilidad, pues lo que es importante para uno es exactamente lo que no tiene valor para el otro.

A ese respecto entendía Freud que el tipo introvertido era un sujeto preocupado, de manera mórbida consigo mismo, mientras que C.G. Jung atribuye significados psíquicos de gran profundidad y de sabiduría a la introspección y al auto-conocimiento (C.G. Jung, p.60).

Puedo entender aquí, que el tipo de personalidad cumple un papel muy importante en el proceso de discriminación de los contenidos inconscientes que llegan al consciente por medio del lenguaje simbólico, en donde el sueño es el medio de comunicación entre los complejos del inconsciente y el consciente.

La aceptación y la comprensión del lenguaje simbólico es una necesidad para que uno consiga entrar y caminar en su proceso de diferenciación o individuación, de lo contrario, dice Carretero, puede tornarse fuente generadora de relaciones simbióticas en la familia, en el trabajo o en la política, engendrando enfermedades físicas y psíquicas.

Además de las relaciones simbióticas, la no-discriminación o la no-elaboración simbólica de los contenidos psíquicos, puede generar, en grados variables, la ansiedad, el insomnio, la depresión, la baja auto-estima, la rabia, los miedos, como enfermedades psicológicas o enfermedades orgánicas en el corazón, por ejemplo.

Estos contenidos psíquicos son encontrados en primer lugar como una entidad psíquica inconsciente, cargada de emotividad, hecha de distintas ideas e imágenes, asociadas y agregadas alrededor de un núcleo central, o complejo, que al ser investigado se revela como una imagen arquetípica.

Por lo que puedo percibir, mi investigación respecto a la relación entre la hipertensión los tipos y las funciones psicológicas, puede abrir un espacio específico para la discriminación de los contenidos psíquicos, que se mueven por medio de los complejos, en los hipertensos.

Como el papel de los complejos psíquicos es fundamental en la dinámica de la psique (de acuerdo con la teoría junguiana), porque es por su medio que los contenidos inconscientes se manifiestan al consciente, me parece necesario hacer aquí un abordaje más amplio a su respecto para circunscribir mejor la teoría que fundamenta esta tesis.

5.1. El papel de los complejos

Los complejos son grupos de ideas o imágenes, emocionalmente intensas, incompatibles con la actitud habitual de la consciencia, de fuerte carga emocional y que dominan su intencionalidad en determinados momentos, limitando los dominios de la consciencia por su magnitud afectiva. (C.G. Jung, 1998a, p.99).

Del mismo modo, los complejos son experiencias ideo-afectivas que viven en cada sujeto y que corresponden al camino que lleva a los arquetipos o a las estructuras primordiales de la psique.

El complejo, una vez constituido, está dotado de poderosa coherencia interior y tiene su propia totalidad y goza de un grado relativamente elevado de autonomía, con intensa afectividad y está sometida al control de la consciencia hasta un cierto límite. Por lo que se comporta como un cuerpo extraño, animado, de vida propia.

Complejo y afectividad caminan juntos y, la afectividad, que impregna a los complejos, ejerce una función primordial porque genera, necesariamente, una respuesta corpórea que se plasma a lo largo de las redes nerviosas y sensoriales, radicándose tanto en la psique como en el cuerpo.

Aquí cabe hacer la pregunta: ¿Cuál podrá ser la causa más frecuente de la creación de un complejo?

Según C.G. Jung los complejos pueden tener su origen en varios factores, como un trauma, un choque emocional, cuyo efecto emocional es separar un comportamiento de la psique, siendo el problema moral una de las causas más frecuentes de creación de complejos, consecuente de la prohibición de vivir la naturaleza humana.

Cada complejo puede llegar a la consciencia de forma autónoma, de lo que resulta una pluralidad de consciencias complejas que, de manera sistemática, se encuentran conectadas entre sí.

La pluralidad de consciencias complejas dice respecto a varias actuaciones de complejos al mismo tiempo, separados o de forma conjunta. Cuando llegan a la consciencia de forma autónoma actúan de tal manera que dejan el sujeto en situaciones incómodas.

Puedo citar aquí algunos ejemplos de situaciones embarazosas tales como: poner en los labios del sujeto justo la palabra errada, hacerle olvidar el nombre de la persona que está presentando a los demás, provocar la necesidad invencible de tos, durante un concierto de música, cuando impera el más absoluto silencio, hacer al sujeto tropezar, haciendo ruidos cuando desea pasar desapercibido y, a felicitar a los familiares de un difunto cuando debería darles sus condolencias.

El complejo autónomo también se manifiesta siempre que un pensamiento entra en el consciente o desaparece de súbito contra la voluntad del sujeto. Lo mismo, dice C.G. Jung (2000, p.246) sucede con la visión o la aparición, que se asemeja al sueño y que ocurre en el estado de vigilia.

Brota do inconsciente, juntamente com as percepções conscientes, e nada mais é do que uma irrupção momentânea de um conteúdo inconsciente na continuidade da consciência. O mesmo fenômeno se verifica nos distúrbios mentais. Aparentemente sem qualquer intermediário, o ouvido escuta não só os ruídos que lhe chegam do meio ambiente ou das ondas sonoras vindas do interior; mas estimulado por eles, escuta também a voz de

determinados conteúdos psíquicos que nada têm a ver com os conteúdos imediatos da consciência.³⁵

Asimismo le surgen al sujeto opiniones y convicciones que se imponen a la consciencia, aparentemente provenientes de percepciones reales, que proceden de factores internos inconscientes, que C.G. Jung llamó de ideas delirantes (p. 246).

Los fenómenos descritos como los pensamientos no controlados por el consciente, las visiones o apariciones, opiniones y convicciones corresponden a lo que C.G. Jung llamó de complejos autónomos.

Respecto a los complejos autónomos, C.G. Jung (p. 247) así se expresa:

O que estes fenômenos têm em comum é o fato de que a psique em si não é uma unidade indivisível, mas um todo divisível e mais ou menos dividido.

Embora as partes separadas estejam ligadas entre si, contudo, são relativamente independentes, a tal ponto que certas partes da alma jamais

³⁵ Brota del inconsciente, juntamente con las percepciones conscientes, y no es nada más que una irrupción momentánea de un contenido inconsciente en la continuidad de la consciencia. El mismo fenómeno es observable en los disturbios mentales. Aparentemente sin intermediación, el oído escucha no sólo los ruidos que le llegan del ambiente externo o de las ondas sonoras de su interior; pero estimulado por ellos, escucha también la voz de determinados contenidos psíquicos que no se acercan en nada con los contenidos inmediatos de la consciencia.

aparecem associadas ao eu, ou se lhe associam apenas raramente. A estas partes chamei de *complexos autônomos* (C.G.Jung, p. 247).³⁶

Cuando los complejos llegan de forma autónoma al nivel consciente es porque ya no se someten a la voluntad de la conciencia, que acostumbra a ejercer la función de control, orientada por los valores y las creencias de los sujetos.

Cuestiono aquí, la dimensión que ocupa la función inferior, la menos desarrollada entre Pensamiento, Sensación, Intuición o Sentimiento como parte de un complejo activo negativo, en la formación de las psicopatologías o en las enfermedades psicosomáticas.

Entiende C.G. Jung que, en determinadas circunstancias, una cierta disposición psíquica abre camino a la insurgencia de una función tipológica no adaptada (inferior o menos desarrollada) entonces, el complejo se inerva y se cristaliza en la personalidad, engendrando las enfermedades.

La función inferior es la menos desplegada, la que más dificultades trae para los sujetos y, asociada a la actitud introvertida o extravertida, determina la

³⁶ Lo que estos fenómenos tienen en común es el hecho de que la psique en sí no es una unidad indivisible, pero un todo divisible y más o menos dividido. Aunque las partes separadas estén conectadas entre sí, son relativamente independientes, al punto de que ciertas partes del alma jamás aparecen asociados al Yo o se asocian raramente. A estas partes las llamé *complejos autónomos* C.G.Jung, p. 247).

dinámica de las personalidades, funcionando como dificultadora, inhibidora y agente de oposición en el eje Ego/Self.

Esta función tipológica no adaptada puede llevar el sujeto a extremos, cuando puede sufrir una perturbación mental declarada o mismo manifestaciones orgánicas de decadencia, cuya base es una disposición de naturaleza desconocida para la medicina.

Entiende también que los complejos no son negativos en sí mismos; negativos son los afectos que los acompañan porque algunos son incompatibles con otros y, en el juego de las incompatibilidades, operan en oposición en el inconsciente.

En ese sentido Carretero afirma:

No enfermamos debido a la presencia de complejos patógenos, sino que los complejos devienen patógenos mientras reciben una especial carga energética o inervación resultante del desequilibrio entre el plano individual (personalidad y disposición), el plano funcional (psicodinámico) y el plano de los contenidos (los elementos psíquicos)³⁷.

A continuación realizaré un abordaje respecto al complejo del Yo o del Ego, de la Persona, del Anima, del Animus y de la Sombra porque creo oportuno ampliar estas explicaciones, por su significación fundamental en el desarrollo de las funciones psicológicas y en los complejos del Senex y Puer.

³⁷ Carretero, R. (2002). La teoría general de los complejos, p.7.

5.1.1. El Ego – el Consciente

El Ego es el centro de la consciencia, constituido por percepciones, recuerdos, pensamientos y sentimientos conscientes, que cumple una función muy importante en la vida del sujeto, ya que es el responsable por la identidad de cada uno, generando el sentido de consistencia y dirección de la vida.

Así como lo describe C.G. Jung (1997a, p. 17),

[...] el Ego es el factor complejo al que se refieren todos los contenidos de la conciencia. Constituye en cierto modo el centro del campo de la conciencia, y en la medida en que éste abarca la personalidad empírica, el yo es el sujeto de todos los actos de conciencia personales. La relación entre un contenido psíquico y el yo constituye el criterio de lo consciente, pues no es consciente ningún contenido que no sea una representación para el sujeto.

Así como el Ego constituye el centro de la conciencia como sujeto de todos los actos personales, también en el centro del inconsciente, existe un arquetipo que engloba la totalidad de la psique, que C.G. Jung denominó de Self o Sí-Mismo.

5. 1.2. El Self o el Sí-Mismo

El Sí-Mismo individual es la parte de una corriente psicológica, que existe en todas las partes y en todos los seres vivos, como un centro individual, y nace junto con cada ser, correspondiendo a un modo innato de actuar, que (C.G. Jung, 2001, p. 472) también llamó de arquetipo.

C.G. Jung (p.479) compara la psique a una esfera, cuyo centro es el *Self o el Sí-Mismo que* engloba la totalidad absoluta de la psique. Este centro organizador, del que emana la acción reguladora de la vida del sujeto, puede manifestarse simbólicamente por el círculo, la cuaternidad, una mandala o un niño y es distinto del Ego, que constituye sólo el complejo central de la conciencia.

Respecto al Self o Sí-Mismo ya sabemos que este es el arquetipo y el centro de la totalidad y también el centro regulador de toda la psique, incluyendo los aspectos conscientes y los inconscientes.

Así que puedo entender que el Self es el objetivo de la vida, el centro de la personalidad, en torno del cual los demás sistemas arquetípicos y de los complejos se organizan y se mueven, estructurando la personalidad y moviendo la vida del sujeto, que a nivel consciente se manifiesta por el Ego y por el complejo de la Persona.

Pregunto aquí ¿Qué espacio real tienen los ancianos para vivir con autenticidad este período que por supuesto también requiere su propia elaboración simbólica?

Si de ello esperamos coraje, sabiduría y negamos a priori la posibilidad de que pueden sentir vergüenza, miedo y límites en su espacio existencial, ¿cómo estos contenidos deben moverse en la Sombra?

Luego la consciencia, que deriva del inconsciente, se forma y se estructura partiendo del eje Ego-Self, ya que el inconsciente es el elemento inicial de lo cual se formará la condición consciente del sujeto, donde actúa el complejo de la Persona.

5.1.3. El complejo de la Persona

La persona o máscara es el complejo funcional que presentamos al mundo externo y que surge por razones de adaptación. En otros términos, corresponde a ideales de nosotros mismos, que presentamos al mundo.

Para C.G. Jung (1997d, p.69), la Persona corresponde a enajenaciones del Self en beneficio de un papel externo, que dice respecto al reconocimiento social que uno recibe, o mismo, un sentido imaginario, auto sugestivo que el sujeto a sí atribuye y, en ambos casos, lo colectivo prevalece.

De este modo, la Persona concierne exclusivamente a la relación con objetos externos o según otra manera de definirla, “la Persona es un compromiso entre individuo y sociedad acerca *de lo que uno parece* (C.G. Jung, p.50).

Trasladando este concepto a una situación concreta se puede, por ejemplo, decir que si un ejecutivo, en su actividad, se presenta vistiendo ropas

informales será mirado como alguien fuera del contexto y carecerá de credibilidad pues el entorno personal también incluye un lenguaje técnico corporativo, un lenguaje corporal y una postura apropiada.

El complejo de la Persona también se pone de manifiesto por medio del mobiliario del despacho, de la ubicación de la empresa, del coche, de la manera de portarse con colegas o clientes.

Estos aspectos personales son indicativos del status del sujeto, lo que le facilitará sus relaciones y su proceso de comunicación con todos los elementos pertenecientes a la estructura y jerarquía de la organización y también de la sociedad.

En ese sentido, este complejo se torna visible por la manera como el sujeto se presenta en su rol social. Si la Persona facilita el vivir los distintos papeles que el mundo exige de uno, entonces su presencia es sana y necesaria.

Sin embargo, la Persona se transforma en problema, cuando el sujeto no cambia su actitud externa al volver a su casa, por ejemplo. En su casa, con la familia ha de asumir los papeles de padre y de esposo, por donde el sujeto puede dejar fluir su emotividad, su atención, su capacidad de amar, de jugar y de ser compañero.

Hay que tener mucho cuidado para no confundir los distintos papeles ejercidos por medio de la Persona con algo individual, pues como afirma C.G. Jung (p.50):

Sólo por la circunstancia de que la persona constituye un recorte más o menos casual o arbitrario de la psique colectiva, podemos caer en el error de tomarla por algo “individual”; pero como el nombre lo dice, no es sino una máscara de la psique colectiva, una máscara que finge individualidad, haciendo creer a los demás y a uno mismo que es individual, cuando no constituye sino un papel representado, donde la psique colectiva tiene su palabra.

Así que, cuando el sujeto está actuando un papel proveniente de contenidos psíquicos colectivos, no está en sintonía con su Yo. Estará más bien identificado con un complejo o un arquetipo que se mueve de forma autónoma.

Los complejos empiezan a moverse desde la niñez y pueden actuar por toda la vida. El niño identifica con rapidez los canales de expresión aprobados en su ambiente existencial, y en ellos se apoya para moverse en su pequeño mundo, para recibir amor, atención y cariño.

Los símbolos que encuentran su canal de expresión por la Persona, son elaborados con facilidad en la conciencia y continúan ejerciendo su función junto a la polaridad yo-otro, de acuerdo con un proceso de desarrollo considerado normal.

El niño también puede utilizar los mismos canales de expresión en su sentido contrario, en momentos o situaciones que se presentan desfavorables, agresivas o miedosas. Aquí cuestiono ¿cómo ocurre eso?

El niño actúa por el desarrollo del sentido contrario de los canales de expresión para marcar su espacio en la jerarquía familiar; cuando en este ambiente el canal de la Persona no es ejercido adecuadamente; cuando determinados símbolos y funciones simbólicas no encuentran espacio de expresión o no reciben aprobación familiar.

Y eso ocurre cuando la familia inhibe su capacidad creadora no dejándole al niño un espacio para explorar sus juegos, por medio de los cuales ocurre la elaboración espontánea de muchos símbolos.

Por otro lado, también ocurre cuando obligan al niño a mantener orden en su habitación y en sus juegos, cuando no le permiten correr, gritar y expresar sus miedos o cuando los padres no saben ejercer su función contenedora y le dejan hacer todo lo que quiere.

En el entender de Carlos Byington (1986) la no existencia de un espacio real para el ejercicio simbólico obliga su transición y no-ejercicio por medio de la Sombra, que abriga símbolos y funciones simbólicas reprobadas cultural o socialmente.

5.1.4. El complejo de la Sombra

La Sombra, en nuestro sistema psíquico, representa un conjunto de contenidos que pueden originar conflictos, por no ser suficientemente atendidos de modo consciente, ya sean de carácter creativo y positivo. Ella se mueve

primero por el desprestigio y el rechazo que la familia atribuye a uno, llamado por eso de Sombra familiar y, segundo, por los miedos y por la vergüenza.

La Sombra es una entidad dividida que una vez fue consciente por un breve período de tiempo y, por distintas razones, no fue considerada merecedora de aceptación por el Ego y por la Persona, que la juzgaron como fuera de sintonía con sus objetivos e intenciones.

Un hijo, por ejemplo, de padres autoritarios, puede desarrollar una actitud de sumisión para ser aceptado en la jerarquía familiar, dejando su capacidad de actuación renegada en la Sombra, lo que puede permanecer por toda la vida.

C.G. Jung entiende la Sombra como (2001, p. 482):

Es la parte inferior de la personalidad que contiene la suma de todas las disposiciones psíquicas personales y colectivas, que no son vividas a causa de su incompatibilidad con la forma de vida elegida conscientemente y se constituyen en una personalidad parcial, relativamente autónoma en el inconsciente, con tendencias antagónicas. Se comporta respecto a la consciencia como compensadora, su influencia, pues, puede ser tanto negativa como positiva.

Este concepto es distinto del concepto freudiano en el que la Sombra está cargada sólo de lo negativo, de lo reprimido, de los aspectos sombríos inconscientes del sujeto.

Aquí cabe hacer la pregunta ¿Cómo la Sombra se hace perceptible? La Sombra se mueve visible a todos los que rodean el sujeto menos para él mismo. Así como las demás partes del inconsciente, la Sombra es vista, inicialmente, fuera de uno mismo, por las proyecciones sobre otras personas.

De este modo, los aspectos negativos que más intensamente son odiados en los demás, corresponden a los que también en nosotros mismos más despreciamos; mientras que aquellas cualidades positivas que más valoramos y admiramos en los demás corresponden a las que más apreciamos en nosotros mismos.

Segura (2002), aclarando algunos aspectos de la Sombra, sostiene que ella también puede ser activada cuando dos personas se encuentran en un espacio de conflictos generados por confrontaciones del arquetipo del poder y del saber.

Por ejemplo, un sujeto que vive identificado con el complejo del poder, asociado al complejo del saber, suele imponer sus conceptos o maneras de actuar a los demás, como si su verdad existencial fuera la mejor o la única.

En ese confronto, el otro sujeto, que no presenta o que ya no vive más identificado con el complejo de la sumisión y que, todavía no ha encontrado aún las fuerzas necesarias para establecer el foro dialogal compatible para defender su espacio, activa su Sombra y sufre.

Así, dice Segura “sufren los dos porque ambos actúan en el punto ciego, desconocido de su consciente y el complejo irrumpe a cada confrontación, dejando huellas en los dos”.

Hasta ahí, parece que la Sombra es solamente el inconsciente personal mientras toca a nuestras propias fallas y debilidades. Pero, como es común a toda la humanidad, dice C.G. Jung (2001, p.482), ella es un fenómeno individual y también colectivo.

Para observar la actuación de la Sombra en los sueños, es necesario observar que ella aparece con el mismo sexo que el que sueña. En este contexto dice respecto al inconsciente personal y se presenta en forma de una persona muy inferior o primitiva, como alguien que tiene cualidades desagradables que molestan.

Del mismo modo, cuando se manifiesta como un fenómeno colectivo, aparece en los sueños representada por la imagen de un demonio, una bruja o algo semejante y, personal o colectiva, ella es inevitable, ya que sin ella, el hombre es un ser inacabado (C.G. Jung, p.482).

De hecho, la salud física y mental depende, de encontrarse un modo de convivencia con este lado inconsciente de nosotros mismos, cuando, entonces, los aspectos positivos pueden ocupar su lugar en el consciente.

En este punto del abordaje, me parece aún necesario hacer una distinción entre la manifestación de la Sombra en los hombres y en las mujeres: la Sombra del hombre es personificada en otro hombre o se activa en otro hombre y la Sombra de la mujer por otra mujer.

Su manifestación ocurre así porque el inconsciente de un hombre contiene un elemento complementario femenino, y el de la mujer contiene uno masculino y ambos dicen respecto a los arquetipos del Anima y del Animus.

5.1.5. El complejo del Anima

Entre los arquetipos existen dos, el Anima y el Animus, que se manifiestan al consciente por medio de los complejos, investidos de gran significado, pues, pertenecen tanto a la personalidad consciente como al inconsciente colectivo. Su función, según Emma Jung (1995, p. 15), es establecer una conexión entre lo personal y lo impersonal, así como entre el consciente y el inconsciente.

C.G. Jung concluyó que estos son complejos funcionales, cuyo comportamiento es compensatorio en relación a la personalidad externa, como si fuera una personalidad interna, que contiene aquellas propiedades de las cuales carece la personalidad externa o consciente del sujeto.

Explicando mejor, estos complejos corresponden a características femeninas en el hombre y masculinas en la mujer, que, en determinada medida y, habitualmente, se encuentran presentes en las sensaciones de los sujetos, generalmente incómodos para la adaptación externa o para el ideal existente, no encontrando ningún espacio satisfactorio exterior.

El carácter de estos complejos, según E. Jung (p. 16) además de ser determinado por la respectiva estructuración del sexo opuesto, es también condicionado por las experiencias que cada uno posee en sí, por el trato con los sujetos del sexo contrario, a lo largo de la vida y, por la imagen colectiva que el hombre tiene de la mujer y la mujer del hombre.

Estos tres factores, que determinan el carácter del Anima y del Animus, son mucho más una esencia, cuya acción se comporta activamente e interviene

en la vida del sujeto, como si fuera un intruso, a veces prestadizo y otras veces incómodo y destructivo.

Con el concepto del Anima, C.G. Jung (1997a, p.26), quiere decir que el hombre capta a la mujer como fenómeno general, cuya imagen es un arquetipo o una representación de su experiencia con la mujer y, no dice respecto a una sola mujer.

Esta imagen se va construyendo, es decir, se va tornando consciente y tangible, por el contacto que el hombre tiene durante su vida con mujeres y, la primera y más importante experiencia de relación con una mujer se establece con su madre, o con quien hace de madre, en su niñez.

La madre, además de ser la primera experiencia del hombre con la mujer, es también la más importante porque su influencia en la formación del hijo puede llegar al punto de impedir libertarse de su poder fascinante, lo que puede durar toda la vida.

La construcción de la imagen de mujer, o sea, la relación del hombre con su Anima es de carácter subjetivo y, como vimos, empieza en la niñez, mediante factores que pueden ser determinados por un lado, por el comportamiento de la madre hacia el hijo y, por otro, por la absorción que el hijo hace de ese comportamiento.

Ahora, la experiencia de la imagen materna se configura, conjuntamente, por la relación del niño con su madre biológica, por un lado y, por otro, por la capacidad innata que tiene él, para producir una figura interior de mujer, que corresponde al Anima.

La base de muchos fracasos de relaciones de parejas está asentada en la proyección que los hombres hacen, de su figura interior de mujer, sobre una mujer real, muy diferente de la imagen interna. Esta proyección no es consciente, apenas se manifiesta como pasión o amor y no hay posibilidad de control sobre ella.

En ese sentido argumenta C.G. Jung (p.26, 27):

La proyección sólo puede deshacerse si el sujeto ve realmente que existe en su ámbito psíquico una imagen de Madre, y no sólo de ella, sino también de la Hija, de la Hermana y de la Amada, de la Diosa celeste y la ctonia Baubo, imago universalmente presente como figura sin edad; y que cada madre y cada amada es la portadora y actualizadora de esa peligrosa imagen especular inherente a lo más profundo de la naturaleza del varón.

La función simbólica del Anima es permitir el desarrollo de las dos polaridades masculino y femenino en el hombre. El Anima contiene un aspecto luminoso y otro aspecto oscuro, correspondientes a las diferentes cualidades y tipos de mujeres.

Mientras su aspecto luminoso corresponde a la figura pura, santa, noble, como si fuera una diosa, el aspecto oscuro corresponde a la prostituta, a la seductora o a la bruja. Este lado oscuro emerge, según C.G. Jung, cuando un hombre reprime su naturaleza femenina o cuando valora poco las cualidades de la mujer, tratándola con desprecio y desestima.

El Anima se expresa, en la vida de un hombre tanto en sus proyecciones sobre la mujer y en su actividad creadora, como también en las fantasías, presentimientos, explosiones y cambios de humor.

La manifestación negativa del Anima es perceptible cuando el hombre se levanta por la mañana cansado y de mal humor, lo que lo distrae de todo intento de concentración, susurrándole al oído nociones absurdas, echándolo a perder el día, originando la desagradable sensación de que algo no funciona bien en su cuerpo o mismo cuando ahuyenta su sueño con visiones seductoras.

Cuando el hombre se permite integrar estos contenidos a la consciencia, por medio de la función trascendente, su Anima se convierte en Eros, prestando a la conciencia masculina la disposición de relacionarse con la mujer y no más con la imagen de mujer que le llega del complejo del Animus.

5.1.6. El complejo del Animus

El Animus es proyectado sobre muchos hombres, durante el desarrollo normal de la mujer y, una vez que se realice esta proyección, ella pasa a creer firmemente que el hombre es en realidad como ella lo ve, por el espejo de su Animus.

Por la proyección que la mujer hace hacia los hombres, ella tiene mucha dificultad en aceptarlos tal como son en realidad. Por eso, una relación de pareja constituida sobre la proyección del Animus, sólo tendrá una evolución positiva si el hombre se adapta a lo que la mujer supone de él.

Esta proyección o personificación del Animus puede manifestarse como una figura masculina, desde la más primitiva a la más espiritual, lo que depende del grado de desarrollo de la mujer.

La personificación del Animus suele aparecer en sus sueños como un joven, o como un grupo de varones, por una o más voces, asemejándose a una asamblea de padres o dignatarios, que dan juicios incontrovertibles, racionales, utilizados con frecuencia por las personas.

Por otro lado, la aparición de un grupo de varones, también puede traer opiniones guardadas en el inconsciente de la mujer, estando allí desde la infancia y comprimidos en forma de un canon de verdad, justicia y racionalidad normales.

A veces, esas opiniones toman la forma de aforismos del sentido común y otras veces aparecen como juicios críticos o principios, semejantes a normas de educación: “Siempre se ha hecho así”, o “Todo el mundo dice que es así”.

Lo que puede ocurrir cuando los juicios críticos se manifiestan es que ellos pueden volverse contra la mujer misma, dándole un sentimiento de inferioridad, agotando su iniciativa.

Otras veces, los mismos juicios críticos se dirigen contra las personas que la rodean en una actitud discriminatoria y destructiva, utilizando afirmaciones generales como determinar conductas a los demás, sólo porque ella así lo concibe, o entonces justifica su actitud discriminada con pruebas dogmáticas.

Cuando esto ocurre, esta vertiente de la mujer desea el poder, afirma C.G. Jung (1997a), y por más agradable y adaptable que sea, se vuelve tiránica y

agresiva porque su Animus se ha rebelado, tornándola ciega para cualquier razonamiento objetivo.

Muchas veces, cuando la proyección del Animus se establece en la mujer, sostiene E. Jung (p.23), ella cree estar feliz y satisfecha en su relación de pareja, mientras vive atormentada por síntomas nerviosos o físicos, manifiestos en estados de miedo, insomnio, nerviosismos, dolores de cabeza o perturbaciones de la vista.

Cuando la mujer se encuentra identificada con el Animus, él asume su control: habla, piensa y ejecuta sus intenciones, absorbiendo la libido femenina. Sin embargo, es muy difícil percibir cuando un pensamiento o una opinión se encuentran dictados por el Animus, porque él dispone de una especie de autoridad y poder de sugestionar directo y violento, dice E. Jung (p. 27).

Para no dejarse llevar tanto por el Animus, la mujer puede ponerse en guardia contra la voz interior que le susurra lo que hacer y lo que no hacer, para poder ver las cosas como son en realidad.

Cuando las proyecciones del Animus son retiradas, entonces los contenidos provenientes del inconsciente colectivo pueden ser integrados a la conciencia. Mantiene C.G. Jung, que ninguno de los dos arquetipos puede ser integrado a la conciencia. Lo que sí, puede ser integrado son sus contenidos provenientes del inconsciente colectivo.

Ni uno ni otro de los dos complejos pueden ser integrados porque son arquetipos o piedras fundamentales de la totalidad psíquica, que trascienden a

los límites, sustraídos de la intuición y de la voluntad, permaneciendo autónomos.

Cuando el Animus actúa como función positiva, puede aportar a la mujer el valor y la agresividad que él representa (cualidades que el hombre ya posee), desde que ella sepa evitar que estas características la posean indiscriminadamente.

La mujer amplía su consciencia respecto a la reflexión, la deliberación y el conocimiento, cuando el Animus se convierte en el logos femenino. Lo mismo sucede con el hombre por la actuación positiva del Anima, por medio del proceso de integración que ocurre por el papel de la función trascendente.

5.2. El papel de la Función Trascendente

La función trascendente tiene por objetivo llevar la libido más allá de su propósito instintivo a otro más cultural. A esta transmutación de la libido, por medio de los símbolos, llama C.G. Jung de función trascendente (2002, p. 196).

A lo largo de los siglos, la humanidad ha conseguido ir separando del instinto de la libido una cierta cantidad de energía lo que también se suma al desarrollo de la voluntad, pero esta, dice C.G. Jung, es menos poderosa de lo que deseamos creer.

Los pueblos primitivos establecen una estrecha relación entre la sexualidad y el cultivo de la tierra. También establecen estrecha relación entre la sexualidad y otras actividades suyas como cazar, pescar, guerrear, cuyas

acciones son antecedidas por rituales simbólicos, por la danza y ceremonias mágicas para llevar su libido más allá de su necesaria actividad.

La transmutación de la libido por medio de los símbolos acompaña la humanidad desde el principio de la civilización, lo que se debe a algo profundamente enraizado en la naturaleza humana.

El papel de la función trascendente es un proceso de diferenciación del inconsciente colectivo, de valores culturales, de la familia (padre, madre, hermanos, hijos), por medio de los símbolos, tensiones y crisis.

Puede también ser un deseo de cambio consciente, desde una perspectiva propia, por la cual se va diferenciando lo consciente de lo inconsciente. Es cuando la persona empieza a valorarse más a sí misma, a recoger proyecciones y a integrar éxitos y fracasos.

La función trascendente es la que ayuda a ir hacia adelante; es la actitud que busca sentido y que se aprende de la experiencia vivida y, del afán del sentido, nace un símbolo. Ese símbolo es el compendio integrado de lo que desarrolla creatividad o perfeccionamiento personal.

Esta función es más perceptible en períodos claves de la vida. “Es como salir de lo materno y reencontrar la madre vida”. “Es saber quien soy, por donde voy y con quien voy en la vida” dice Segura (2002). Ella también se activa por la psicoterapia profunda.

Los períodos claves son aquellos que ocurren en cada tránsito de las etapas volitivas de la vida de cada uno, lo que ocurre, principalmente, en la adolescencia y juventud, vida adulta y, posteriormente, en la capacidad de saber

entrar en la “madre vida” de la vejez, como un acoger la edad del espíritu, dice Segura.

Esta función ayuda a ir más allá de lo conflictivo, es la función que resuelve un conflicto, llevando la conciencia a una salida prospectiva, no pendular-polar. Si existe un bloqueo, una enfermedad o una ansiedad generada por equívocos en la ruta o en el camino de la vida, esta función puede activarse para que la persona pueda trascender e ir más allá, encontrando una respuesta interna positiva.

Además de este factor, ella se activa para que la persona pueda salir de un conflicto o una crisis fuerte, así como una crisis matrimonial, o cuando la persona se encuentra en desempleo o mismo en una depresión. Sin embargo, es muy difícil conseguirlo solo.

Esta misma función también se mueve en momentos cumbres (éxtasis o contemplación), que son más raros, o cuando tomamos grandes decisiones que generan cambios positivos.

Generalmente la intervención de un psicoterapeuta contribuye mucho para que el sujeto consiga entender lo que ocurre, para ir hacia adelante.

Generalmente, el darse cuenta, necesario para mover la función trascendente, es facilitado con la psicoterapia.

En el entender de C.G. Jung (1991b), así se establece una conciencia ya no aprisionada en el mundo mezquino del yo, con su sensibilidad personal, si no participante de un mundo más amplio: el del objeto.

Esta conciencia ampliada ya no es ese ovillo sensible y egoísta de deseos, temores, esperanzas y ambiciones personales, que debe ser compensado, o de algún modo corregido, por contra-tendencias personales inconscientes, sino una función que se relaciona estrechamente con el objeto y pone al individuo en incondicional, obligatoria e indisoluble comunidad con el mundo.

Las complicaciones que surgen en este nivel ya no son conflictos de deseos, sino dificultades que atañen tanto al sujeto como a los demás. En este nivel, se trata, de problemas colectivos, que ponen el inconsciente colectivo mismo en movimiento. Precisamente, porque requieren una compensación de origen colectivo y ya no personal.

Ahí entonces, se puede conocer, por la experiencia que el inconsciente produce contenidos válidos no meramente para el sujeto individual, sino también para otros, y hasta para muchos, sino para todos. La tipología sobre la cual escribo en el próximo apartado, allí cumple su papel.

5.3. La tipología junguiana

El camino de individuación pasa por hacerse cargo de la propia tipología. Y tal camino dice que el fin de la psicoterapia es lograr la firmeza y la paciencia necesarias para saber vivir en un mundo donde experimentamos tanto el goce como la pena.

C. G. Jung se acercó a la tipología tanto como perfil cognitivo como vía de entendimiento de cómo afrontamos los conflictos del existir en concordia con nosotros mismos y con los demás.

La idea central de la teoría de los tipos psicológicos, es que debe haber dos actitudes generales, básicamente distintas, que reparten las personas en dos grupos en función de las actitudes típicas de la conciencia: la extraversión y la introversión (C.G. Jung, 1991b, p. 504).

Existen otras teorías que anteceden a la de C.G. Jung, cuyos orígenes se encuentran en el principio de la historia de las ciencias, cuando ha sido una preocupación del intelecto reflexivo colocar “medios-términos” entre los polos de la semejanza y de la no semejanza absoluta de los seres humanos.

Las actitudes generales, según C.G. Jung (p. 316), se diferencian por la manera distinta de relacionarse con el exterior y con el mundo objetivo. El introvertido se abstrae y, al retirar la libido del objeto, reduce su significación, previniéndose de un superpoder que cree proveniente de sí mismo.

Por otro lado, el extravertido se comporta de manera positiva con el mundo objetivo, atribuyéndole gran significación por la orientación constante de su actitud subjetiva hacia él, aumentando así su importancia.

En el entender de C.G. Jung (p.317) las diferencias entre introversión y extraversión dicen respecto a oposiciones fundamentales de actitudes y son encontradas, tanto en el sujeto común, como en el sujeto culto, en hombres o mujeres y su actuación se mueve independiente de decisiones e intenciones conscientes.

Como se trata de relaciones de adaptación, es posible decir que la matriz psíquica, introvertida o extravertida, dice respecto a la postura del sujeto ante la experiencia vital de las influencias y de las inspiraciones.

Como ejemplo, Segura, en sus orientaciones respecto al desarrollo de esta tesis, dice que no se puede atribuir la timidez, unilateralmente, a los introvertidos, pues los extravertidos también lo pueden ser. Habría que pensar como se aprende a ser tímido diferentemente, según se deja llevar la persona por una u otra actitud.

Al estudiar las características de los introvertidos y de los extravertidos es posible constatar que existe relación entre cuerpo y temperamento psicológico y que el lenguaje de ambos se expresa en intercambios recíprocos, con o sin la participación consciente. En ese sentido C.G. Jung así se expresa:

Em algum lugar a alma é corpo vivo, e corpo vivo é matéria animada; de alguma forma e em algum lugar existe uma irreconhecível unidade de psique e corpo que precisaria ser pesquisada psíquica e fisicamente, isto é, tal unidade deveria ser considerada pelo pesquisador como dependente tanto do corpo como da psique (p.500).³⁸

³⁸ En algún lugar el alma es cuerpo vivo, y el cuerpo vivo es materia animada; de alguna forma y en algún lugar existe una irreconocible unidad de la psique y el cuerpo que precisaría ser investigada psíquica y físicamente, esto es, tal unidad debería ser considerada por el investigador como dependiente tanto del cuerpo como de la psique

Culturalmente, los dominios médicos han concedido preferencia al cuerpo, relegando la psique a la categoría de fenómeno derivado, de segunda clase, atribuyéndole no más sustancialidad que a la de un “epifenómeno” o algo abajo del fenómeno, que deriva de una causa primaria.

Sostiene C.G. Jung que cualquier ciencia seria, sobre el organismo vivo, ha de desechar esta concepción, pues es notable (por todas las enfermedades físicas y psíquicas) que la materia viva aún posee un secreto indescifrado.

Este secreto indescifrado apunta para un abismo profundo, entre el fenómeno físico y psíquico, de modo que el psíquico no presenta menos misterio que el físico: ambos se encuentran dentro de un mismo cuerpo con innumerables oposiciones y conflictos mutuos.

Siguiendo sus sugerencias y sus caminos, investigo las relaciones entre las actitudes conscientes, introvertidas y extravertidas, los tipos y las funciones psicológicas en sujetos mayores e hipertensos, creyendo que en la relación psique y cuerpo se manifiestan los síntomas hipertensivos.

5.3.1. Los introvertidos

Los introvertidos, defiende C.G. Jung (pp. 505-506), están orientados principalmente hacia el mundo interior y al sujeto mismo, y sus enfoques se dirigen a conceptos e ideas. Presentan una tendencia de no aproximación hacia los sucesos externos, son menos participativos y pueden presentar desaliento cuando se encuentran con un gran número de personas.

El introvertido parece un sujeto inhibido y puede ofender a las personas por su descortesía, malos humores o escrúpulos no apropiados; acostumbra guardar para sí mismo sus mejores cualidades, preocupándose en ocultarlas de los demás.

Del mismo modo, el introvertido fácilmente desconfía, tal vez por sus sentimientos de inferioridad, lo que puede hacer de él un sujeto temeroso y celoso. Él no resiste al objeto por temerlo, sin embargo le resiste porque este le parece negativo, exigente, impositivo y amenazador.

Otra fuerte característica que puede manifestarse en el introvertido es el miedo y más específicamente el miedo de tornarse ridículo, pues es un sujeto muy sensible y por eso procura siempre protegerse del mundo y de los demás sujetos.

Y con referencia al mundo del introvertido, C.G. Jung (p. 506) dice que:

O introvertido utiliza um elaborado sistema de segurança que se compõe de escrupolosidade, pedantismo, frugalidade, cautela, meticulosidade angustiada, precaução, exatidão sofrida, cortesia e uma desconfiança sempre atenta. Faltam em seu mundo os tons rosa, pois é crítico *e encontra em toda a sopa um cabelo*. Em circunstâncias normais é pessimista e preocupado, pois o mundo e a humanidade não são bons, mas oprimem e subjagam o indivíduo que não se sente acolhido em seu seio. Mas ele também não acolhe o mundo, ao menos não diretamente, pois tudo tem que

ser medido e avaliado por seus modelos críticos. Enfim, só é aceito aquilo que se elabora a partir de muitas razões subjetivas.³⁹

De acuerdo con C.G. Jung (p.354) ese tipo se orienta por la disposición subjetiva, que acoge la excitación sensorial y abstrae muchas diferencias profundas de la asimilación psíquica de la imagen percibida, tanto en especie como en grado. Mismo que la conciencia introvertida percibe las condiciones externas (imagen percibida), en general elige las subjetivas.

En el sentido psicológico “subjetivo” corresponde a la acción o reacción psicológica que, sobre la influencia del objeto, se hunde en un nuevo momento psíquico. Aquellos que se apoyan en lo subjetivo, presentan tan gran certidumbre, durabilidad y validez como aquellos que se apoyan en el objeto (C.G. Jung, p.355).

De acuerdo con C.G. Jung, en principio, la actitud introvertida se orienta por la estructura psíquica heredada, lo que corresponde a una calidad inherente al sujeto, anterior a cualquier desarrollo del Yo.

³⁹ El introvertido utiliza un elaborado sistema de seguridad que se compone de escrupulosidad, pedantería, templanza, cautela, meticulosidad angustiada, precaución, exactitud sufrida, cortesía y una desconfianza siempre atenta. Faltan en su mundo los tonos rosa, pues es crítico y para todo encuentra problemas. En circunstancias normales es pesimista y preocupado, pues el mundo y la humanidad no son buenos, oprimen y subyugan al individuo que no se siente acogido en su seno. Pero él tampoco acoge al mundo, al menos no directamente, pues todo tiene que ser medido y evaluado por sus modelos críticos. En fin, sólo es aceptado aquello que se elabora a partir de muchas razones subjetivas.

Sin embargo, dice C.G. Jung, que es una peculiaridad típica del introvertido, siguiendo su propia tendencia o algún preconcepto común, hacer confusión con su Yo y el Sí-Mismo, llevando el Yo a la condición de sujeto de su proceso psíquico, generando así la subjetivación mórbida de su conciencia, volviéndose extraño al objeto.

Sin embargo, cuando el Yo asume aspiraciones del sujeto, surge un fortalecimiento inconsciente de la influencia del objeto, como una compensación natural y estas modificaciones se hacen notar. Esto ocurre porque el Yo es limitado y frágil y el objeto contiene una grandeza de poder indudable.

Esto se hace notar porque, además de los esfuerzos conscientes para garantizar la supremacía del Yo, el objeto o el dato objetivo pasa a ejercer una influencia muy intensa, se apodera del inconsciente del sujeto, imponiéndose a su conciencia dominando la voluntad del Yo, que acaba sucumbiendo a su fuerza superior.

Cuando eso ocurre, por más que el Yo busque retomar el control de la situación, por más que el Yo busque tornarse superior y sin obligaciones, se torna cada vez más esclavo del objeto o del dato objetivo.

En estas condiciones, el espíritu se torna prisionero de cadenas de dependencia y de vergüenza, y de miedos que pueden llevar a dificultades financieras, por ejemplo. Del mismo modo, los valores morales, en general sermoneados, pueden sucumbir a relaciones amorosas poco recomendables y el placer de dominar puede sucumbir a un fuerte deseo de ser dominado.

Así el objeto asume dimensiones asustadoras y destruye completamente la ilusión de poder y de fantasía de superioridad de la conciencia, contrariando las tentativas conscientes en reducir esta fuerza que proviene del inconsciente, que cuida de la relación con el objeto.

De esa manera y contra la voluntad consciente del sujeto, el objeto se va imponiendo cada vez más, despertando afectos más antagónicos y duraderos en su índole, persiguiéndolo del despertar al dormir, en sueños e imaginaciones, cuando no lo mueve a cambiar completamente de actitudes.

El intento de reprimir estos afectos consume mucha energía. A ese respecto C.G. Jung sostiene que la tentativa de controlar los afectos conscientemente negados genera una neurosis típica llamada de *psicastenia*, que se caracteriza por gran sensibilidad, de un lado y gran agotamiento y cansancio crónico, de otro.

Como ejemplo, C.G. Jung dice que el miedo del objeto genera una cobardía específica de imponerse y de imponer su opinión por temer la influencia más fuerte del objeto. Los objetos tienen para el introvertido poderosas y aterradoras calidades que él no consigue ver conscientemente y que juzga percibir por medio de su inconsciente.

Como juzga percibir las cualidades poderosas y aterradoras del objeto por el inconsciente y, como su relación consciente con el objeto es relativamente reprimida, pasando por el inconsciente, este carga la relación con sus cualidades arcaico-infantiles.

Al cargarlas con estas cualidades, la relación con el objeto se torna arcaica y asume características primitivas. El objeto asume, en consecuencia, el carácter de fuerzas mágicas; los objetos extraños y nuevos despiertan pavor y desconfianza, como si trajesen peligros desconocidos. Lo mismo ya no sucede con los extravertidos.

5.3.2. Los extravertidos

La tendencia de los extravertidos en deshacerse de sí, en beneficio aparente del objeto, genera una compensación psíquica de la actitud extravertida, que se caracteriza por tipos de funciones y actitudes inconscientes, que presentan en el inconsciente una fuerte tendencia introvertida, con la opresión de la energía psíquica.

Ellos también están orientados primordialmente hacia el mundo exterior y tienden a enfocar sus juicios y percepciones sobre las personas y los objetos externos. Tienen gusto y necesidad de estar junto a los demás, con fuerte tendencia a lucirse, encontrando satisfacción con el movimiento y los ruidos (C.G. Jung, 1991b, p. 505).

Como sostiene C.G. Jung, la vida psíquica del extravertido transcurre fuera de él mismo; transcurre en su medio ambiente, pues él “vive en los, y con los otros”, por lo que no le gusta cuidar de sí mismo, y hacerlo le da escalofríos.

En su conciencia el objeto, como factor determinante, desempeña una función mucho mayor que su opinión subjetiva. El sujeto con esta actitud

consciente tiene opiniones subjetivas, sin embargo estas opiniones presentan una fuerza determinante menor que las fuerzas objetivas externas.

Su íntimo sometido a las exigencias externas por lo que toda su conciencia mira hacia fuera, no sin lucha o conflicto entre lo interno y lo externo, sin embargo, al actuar opta por las condiciones externas u objetivas (C.G. Jung, p. 319).

La “normalidad” de este tipo ocurre porque él se encuentra bien ajustado a las circunstancias dadas y sus pretensiones no ultrapasan a las posibilidades objetivas. Apunto como ejemplo, la elección de una profesión: él elige una que, en el momento de decidir, se presenta más reconocida o rentable y no la más adecuada a él mismo.

Por sus características predominantes, a él no le encantan las innovaciones nada estupendas, tampoco le encantan las innovaciones lejanas de las expectativas de su entorno social.

Al mismo tiempo, en que su conciencia se subjetiva más y más, atribuyendo poca importancia al yo, el objeto es colocado en una condición de negación, lo que sustrae la posibilidad de relación entre los dos.

Esta energía psíquica oprimida se manifiesta por ideas, deseos, necesidades y sentimientos que asumen carácter regresivo, modulado por la intensidad de la represión, llegando, finalmente, al nivel de los instintos básicos de todo ser.

La intensidad de la represión de la fuerza psíquica corresponde al grado de su no reconocimiento en el consciente y será tanto más arcaica e infantil cuanto más sufra la represión por parte del sujeto extravertido.

La respuesta al consciente de la fuerza psíquica inconsciente reprimida puede manifestarse por un egoísmo brutal y puede llegar al nivel de la perversidad. Dice C.G. Jung que es en ese movimiento de la energía psíquica que se insiere lo que corresponde a los deseos de incesto descritos por Freud (1991b).

La perversidad puede manifestarse y asumir una confrontación abierta hacia la actitud consciente por medio de síntomas, en situaciones en que el consciente actúa de manera exagerada. En tales situaciones el egoísmo, el infantilismo y el arcaísmo pierden su carácter primitivo, dando paso a la perversidad.

Del mismo modo el colapso nervioso es una manifestación subjetiva, que ocurre siempre como reacción del inconsciente para paralizar la acción consciente. En estas situaciones, los deseos del inconsciente, se imponen al consciente generando actitudes siniestras.

El dominio de las fuerzas inconscientes se hace perceptible cuando las personas pierden su rumbo, no saben más qué y cómo hacerlo; no encuentran placer en nada, o buscan demasiado placer de una única vez, buscándolo en lo imposible.

En el entender de C.G. Jung, la represión de las pretensiones infantiles y primitivas, que se hacen necesarias por motivos culturales, lleva, con facilidad, a la neurosis, al consumo excesivo de drogas como alcohol, morfina, cocaína, marihuana y, en casos más extremos, puede llevar el sujeto al suicidio.

Aquí se puede ver que las tendencias inconscientes no reconocidas pueden asumir un carácter destructivo. En este estadio dejan de ser meramente compensatorias, llevando al sujeto a la depresión profunda que corresponde a un nivel no compatible con la normalidad.

Aquí cabe la pregunta: ¿El sujeto que se identifica más con la extraversión siempre actúa de acuerdo con esta actitud? La respuesta es ¡no! Porque es posible verificar diversos eventos psicológicos en un sujeto extravertido, en los cuales interfiere el mecanismo de la introversión.

Lo que ocurre es que la función psíquica más diferenciada está siempre en uso extravertido y las funciones menos desarrolladas (auxiliar, terciaria e inferior) actúan de forma introvertida.

Incluyo ahora un estudio respecto a las funciones de los tipos psicológicos ya que, en mi investigación, han sido observadas para identificar sus posibles relaciones con la hipertensión en los sujetos mayores investigados.

5.3.3. Funciones de los tipos psicológicos

Las funciones, así como C.G. Jung las concibe, dicen respecto al complejo del Ego, al desempeño de la conciencia, ya que pertenecen al desarrollo de la personalidad consciente en todos sus aspectos: del Ego, de la conciencia, de los hábitos, de la memoria y de la unidad, que juntos estructuran la característica de actuar.

De acuerdo con James Hillman (1995, p. 109) una función es algo que realiza, opera y actúa, como proceso que ocurre a lo largo de un cierto período de tiempo.

La palabra “función” dice Hillman, deriva de “fungi, fungor”, que quiere decir realizar, refiriéndose a su raíz sánscrita (bhunj) a “apreciar”, que, a su vez, se asocia con la palabra latina functus.

Explicando la comprensión de los dos términos (p.109), así se expresa: que: “O exercício e a realização de uma função é algo a ser apreciado, como atividade agradável ou saudável, como a operação das capacidades pessoais em qualquer esfera de ação”.⁴⁰

Defiende Hillman (p.109) que las funciones componen la *intencionalidad* de la conciencia, revelando cómo opera respecto al sujeto mismo y a las otras personas; como impone sus intenciones y sentidos, y como exprime su carácter.

De acuerdo con Hillman las funciones surgen después de los complejos, junto con el desarrollo del individuo, como una fuerza dinámica potencial del Ego. Así que, tanto los complejos como los núcleos arquetípicos pueden dominar las cuatro funciones, que operan en función del Ego.

Como lo explica Hillman (p.110), la función sentimiento de un sujeto puede ser hondamente establecida por el complejo materno, de modo que todas

⁴⁰ “El ejercicio y la realización de una función es algo a ser apreciado como actividad agradable o saludable, como la operación de las capacidades personales en cualquier esfera de acción”.

sus respuestas, valores y juicios, asociados a esa función, pueden mostrar o contrariar a su madre personal.

La función psíquica más diferenciada es aquella que se ve maximizada en el consciente y por eso se encuentra sometida al control y la intencionalidad de la conciencia, al paso que las funciones menos diferenciadas son las menos conscientes por lo que se encuentran mucho menos sometidas al albedrío consciente.

Desde mi punto de vista resulta importante hacer constar que la función más valorada, más diferenciada corresponde a la expresión de la personalidad consciente pues actúa de acuerdo con su intención, su voluntad y sus deseos.

La dinámica de las funciones, que está vinculada a la actitud consciente y a los tipos, podría ser uno de los factores desencadenantes de la hipertensión. Por eso que, me propongo a buscar, en una muestra significativa, las posibles relaciones entre ellos existente.

Basándome en la teoría puedo decir que la función más diferenciada se encuentra plenamente integrada con el consciente de un sujeto normalmente constituido, mientras que las otras funciones, la auxiliar, terciaria y principalmente la inferior, aún se encuentran en niveles más inconscientes.

Por las opciones que los sujetos eligen al contestar el cuestionario MBTI, se torna viable verificar como se encuentran los respectivos desarrollos de todas las funciones.

A veces, la suma de puntos de la función secundaria se encuentra muy cerca de la suma de puntos de la función dominante. Sin embargo, en otros

resultados se ve muy claro lo distantes que se encuentran los respectivos avances.

Por eso se dice que, si por un lado, la personalidad consciente se encuentra asociada a la función más desplegada, por otro, las funciones menos desarrolladas traen un condicionamiento de extraordinaria subjetividad, lo que las identifica con una íntima relación con el inconsciente.

A veces, la función dominante, la más desarrollada, causa la impresión de normalidad, al paso que las otras funciones, menos desarrolladas, presentan en sí, un carácter anormal o mismo patológico.

Por ejemplo, un tipo sentimental extravertido, con gran facilidad de relacionarse sentimentalmente con las personas, con frecuencia emite juicios de total falta de tacto por tener la función pensamiento como inferior.

Esto ocurre porque su pensar, que se relaciona de modo insuficiente e inadecuado con el objeto, actúa de manera inconveniente, por recibir poca o casi ninguna influencia del consciente, lo que genera su manifestación primitiva, infantil o patológica.

En la teoría de los tipos, una de las funciones es favorita o dominante, hace el papel de comando de la personalidad, determina el rumbo y mantiene la orientación en la ruta deseada. Las demás funciones son importantes, todavía se encuentran subordinadas a la dominante y cumplen sus fines.

A las funciones psicológicas estudiadas por C.G. Jung, Myers agregó las funciones Juicio y Percepción. La preferencia entre una u otra influye en el uso de una actitud de decisión, utilizando T (Pensamiento) o F (Sentimiento), o a

una actitud perceptiva utilizando S (Sensación), o N (Intuición) para enfocar el mundo exterior.

En los próximos párrafos realizaré una síntesis respecto a las funciones orientadoras, bien como Myers las presenta en las definiciones constantes en el Inventario Tipológico.

La Sensación (S) constata que algo existe y dice respecto a la percepción sensitiva por los cinco sentidos. El sensitivo confía en sus sentidos para comprender objetivamente una situación. Los sentidos sólo llevan a la conciencia lo que ocurre en el mundo presente.

Así, las personas en las que predomina este modo de percepción tienden a centrarse en las experiencias inmediatas y frecuentemente desarrollan características como goce del tiempo presente, realismo, capacidad aguda de observación, memoria de los detalles y espíritu práctico.

En la percepción intuitiva, (N) se supone o se presiente los significados, las relaciones o las posibilidades que se encuentran más allá de la intervención de la conciencia.

El intuitivo observa la totalidad y no las particularidades de una situación. Así, que la persona que utiliza prioritariamente la intuición, puede encontrar nuevas posibilidades, ignoradas por la realidad.

El juicio por el pensamiento (T), relaciona las ideas con conexiones lógicas, incluye en sus evaluaciones los aspectos positivos y negativos, buscando un modelo objetivo de la verdad.

Al sujeto con la función dominante Pensamiento, le gusta la organización y la lógica y juzga a partir de modelos universales y coherentes; muchas veces se muestra frío en sus juicios, pero consigue hacer análisis con objetividad, interesarse por los principios de justicia y lealtad, y posee espíritu crítico.

El sujeto que toma decisiones basado en la función Sentimiento (F) desarrolla comprensión por las personas, interés por los aspectos humanos de los problemas (frente a los de tipo técnico), necesidad de afiliación, calor humano, deseo de armonía e implicación temporal apoyada en la preservación de los valores del pasado, actuando por empatía con lo que le rodea.

La dimensión Juicio y Percepción, desarrollada por Myers (2000, p.10), sirve, por un lado, para describir las actitudes y los comportamientos relacionados con el mundo exterior y, por otro, para ser utilizada junto con la dimensión Extraversión-Introversión para identificar las funciones dominante, auxiliar, terciaria e inferior.

Una vez que hice constar los aspectos que me parecen fundamentales respecto a la teoría de la Psicología Analítica que tienen sus repercusiones en mi tesis, voy a escribir, de manera bien detallada y profundizada, sobre la función inferior.

En las conclusiones, establezco relaciones entre los complejos del Senex con la función dominante y, el complejo del Puer con la función inferior. Asociando estos dos complejos a los ejercicios de las funciones, me parece necesario decir algo sobre ellos.

La teoría de las polaridades es fundamental en la Psicología Analítica. En ella existe una función superior o dominante y existe también una función subdesarrollada o inferior; existe el complejo del Puer y también el complejo del Senex; el día y la noche, lo masculino y lo femenino y muchas polaridades más que conocemos.

Por eso, la conciencia necesita un espacio para confrontarse con los símbolos de estos complejos que se mueven en el inconsciente, para que el sujeto pueda trabajar con sus miedos y su agresividad contenida, sus ganas de vivir, por ejemplo, lo que puede ocurrir en todas las fases de la vida.

Introduzco este concepto de las polaridades porque me parece válido asociar los complejos del Puer con la función inferior subdesarrollada y, el complejo del Senex con la función superior, porque ambos mueven contenidos inconscientes de la Sombra, Anima y Animus.

5.3.3.1. La función inferior

C.G. Jung (1991b, p. 412) entiende la función inferior como aquella que, en el proceso de diferenciación, se ha quedado para atrás, no siendo posible su avance en igual intensidad que la más desarrollada porque no es posible desplegar al mismo tiempo todas las funciones psicológicas.

En el campo de la función inferior el sujeto siente opresión, infelicidad, la sensación de un gran problema inminente, además de permanecer impresionado con las cosas, por lo que la intensidad de la vida se presenta

muchas veces mayor, principalmente, cuando la función superior ya se encuentra en un nivel muy elevado.

Cuando se quiere descubrir con rapidez la función inferior de alguien y, desde un punto de vista práctico, es muy provechoso preguntarle al sujeto ¿Cuál es su mayor aflicción?

Otra manera de descubrir cuál es la función inferior de un sujeto es preguntándole respecto a su mayor desesperación, su mayor sufrimiento y situaciones en las que tiene la sensación de estar caminando hacia el infierno.

Conviene registrar aquí, que muchas personas desarrollan dos funciones superiores al igual, al punto de tornarse difícil decir cual es su tipo, porque los dos parecen equipararse. Así que, a veces la percepción y el sentimiento se encuentran tan bien desarrollados, que se torna difícil determinar lo que se encuentra en primer lugar.

Pregunto ¿cual es el objetivo de la terapia respecto a la actuación del Anima y del Animus? ¿Como sus aspectos pueden contribuir en el desarrollo de la función inferior?

De acuerdo con C.G. Jung (1997d, p. 134), su objetivo inmediato es la obtención de un estado en el que los contenidos ya no permanecen inconscientes ni tampoco se expresan indirectamente en los fenómenos de Anima y Animus, convirtiéndose en una función que relaciona la consciencia con el inconsciente.

Así, el sujeto toma conciencia de sus contenidos inconscientes, primero como contenidos fácticos de su inconsciente personal, después como fantasías

del inconsciente colectivo, logrando alcanzar las raíces de sus complejos, libertándose de su posesión. (C.G. Jung, p.135).

El tipo ISTJ, así como los demás tipos, se identifica con una función más desarrollada que es la dominante, seguida de las funciones auxiliar o secundaria, terciaria e inferior.

De acuerdo con Franz (1995, p. 83), la función inferior, siempre y para todos los sujetos y tipos, es la puerta por la cual todas las figuras del inconsciente llegan al consciente.

Franz (p. 83), al explicar como funciona la función inferior, argumenta que el consciente es como una habitación con cuatro puertas y es por la cuarta puerta que entran complejos como la Sombra, el Anima, el Animus y también la personificación del Sí-Mismo.

Estos complejos se encuentran vinculados a la función inferior que corresponde a la puerta por la cual todas las figuras del inconsciente llegan al consciente que es percibida como un punto frágil, como “aquella coisa desagradável que nunca deixa a pessoa em paz e que sempre causa problemas”.⁴¹

La actuación de la función inferior puede ser observada cuando alguien ha conquistado un determinado modelo de equilibrio interior o un punto de vista seguro, seguido de algo que ocurre en su interior o en su exterior que derrumba, tanto el punto de vista como el equilibrio.

⁴¹ “aquella coisa desagradável que nunca deixa a pessoa em paz e que sempre causa problemas”.

Casi siempre o muchas veces, el sujeto se identifica de manera más plena con la función privilegiada que también se torna la más desplegada. En consecuencia del desarrollo mayor de una función y el menor de otra es que surgen los tipos psicológicos.

De acuerdo con C.G. Jung (1991b, p. 77), ha sido Frederico Schiller (1795) el primero a intentar una distinción consciente y de gran envergadura entre las actitudes típicas, haciendo de ellas una descripción completa y detallada.

También ha sido Schiller que abordó, inicialmente, la cuestión del origen de la separación de las dos funciones, la superior y la inferior. Afirma Schiller que el motivo básico se encuentra en la propia diferenciación de los individuos generada por la cultura.

Al escribir respecto a la teoría de Schiller, C.G. Jung sostiene que la desagregación de la armoniosa colaboración de las fuerzas espirituales en la vida instintiva es como una herida siempre abierta y nunca sanada.

Esta herida psíquica, nunca puede ser sanada, porque la diferenciación de una función trae consigo, de manera inevitable e indudable la hipertrofia de una y el olvido y atrofia de otra, la denominada de función inferior.

Sin embargo es por ella que el inconsciente encuentra un camino hacia el consciente, lo que le ofrece una nueva oportunidad de cambiar actitudes vitales que puedan integrar aspectos de esta función.

La función inferior se comporta como muchos contenidos reprimidos o insuficientemente considerados (conscientes por un lado e inconscientes por

otro), igual como cuando conocemos a una persona: sólo por su apariencia externa, por su aspecto todavía, no sabemos, verdaderamente, quien es.

En los casos tomados como normales, la función inferior permanece consciente, al menos en sus efectos. Ya en las neurosis ella cae parcial o casi totalmente en el inconsciente.

En tales circunstancias, dice Jung (1991b), la función inferior sufre una evolución regresiva, volviendo a sus estados arcaicos, incompatibles con la función superior, que ha absorbido toda la libido de la inferior.

Cuando la función inferior vuelve a sus estados arcaicos inconscientes, el restante de su energía también se vuelve inconsciente y, en tal caso, pasa a expresarse de forma nada natural.

Es posible observar cuando la función inferior ha evolucionado de forma regresiva (se hizo otra vez inconsciente, en su totalidad) cuando empiezan a manifestarse fantasías exacerbadas, fuera de la realidad de la vida del sujeto.

Esta involución puede volverse otra vez consciente, por medio de análisis, por traer a la superficie las imágenes de la fantasía, activadas por la función tornada inconsciente y que se expresa por la neurosis.

C.G. Jung apunta que, muchas veces, la persona tiene la tendencia de casarse con un sujeto del tipo opuesto al suyo, suponiendo que así está libre de la tarea de enfrentarse con su función inferior.

Al principio el matrimonio parece una gran bendición y fuente de felicidad, ya que la fuerza de la función inferior desaparece y la pareja vive en bendecida

unidad porque todos los problemas desaparecen, pues uno suple la función inferior del otro.

Ahora, este encuentro con el paraíso se pierde otra vez, cuando uno de los dos muere, o cuando ocurre la necesidad de uno de ellos desplegar su función inferior, por lo que, de forma inevitable, los problemas vuelven.

De acuerdo con Franz, del mismo modo que la función superior, la inferior es propensa a comportarse de una cierta manera característica. Ella se comporta como el héroe torpe, el bufón divino o el héroe idiota.

Si, por un lado, la función inferior representa la parte despreciada de la personalidad, la parte ridícula e inadaptada, por otro lado, simboliza también la parte que construye la conexión con el inconsciente, teniendo consigo la clave secreta de la totalidad inconsciente del sujeto.

Aquí se puede ver que la función inferior siempre hace el puente para el inconsciente; está siempre dirigida al mundo simbólico, lo que no quiere decir que esté dirigida hacia dentro o hacia fuera, porque estos movimientos cambian de sujeto a sujeto.

Para una mejor comprensión y observación de la teoría general de los tipos y de las actitudes extravertidas e introvertidas, introduzco un cuadro que contempla todos los tipos y la jerarquía de sus funciones, seguido de la explicación de su dinámica. Véase en el siguiente apartado 5.4.

5.4. Relaciones dinámicas entre los tipos y las funciones

Incluyo aquí el cuadro que demuestra la dinámica de la determinación de las funciones dominante, auxiliar, terciaria e inferior que se ponen de manifiesto por la aplicación del Inventario Tipológico MBTI.

Cuadro de prioridad y orientación de las funciones de cada tipo											
ISTJ			ISFJ			INFJ			INTJ		
Dominante	S	I	Dominante	S	I	Dominante	N	I	Dominante	N	I
Auxiliar	T	E	Auxiliar	F	E	Auxiliar	F	E	Auxiliar	T	E
Terciaria	F	E	Terciaria	T	E	Terciaria	T	E	Terciaria	F	E
Inferior	N	E	Inferior	N	E	Inferior	S	E	Inferior	S	E
ISTP											
Dominante	T	I	Dominante	F	I	Dominante	F	I	Dominante	T	I
Auxiliar	S	E	Auxiliar	S	E	Auxiliar	N	E	Auxiliar	N	E
Terciaria	N	E	Terciaria	N	E	Terciaria	S	E	Terciaria	S	E
Inferior	F	E	Inferior	T	E	Inferior	T	E	Inferior	F	E
ESTP											
Dominante	S	E	Dominante	S	E	Dominante	N	E	Dominante	N	E
Auxiliar	T	I	Auxiliar	F	I	Auxiliar	F	I	Auxiliar	T	I
Terciaria	F	I	Terciaria	T	I	Terciaria	T	I	Terciaria	F	I
Inferior	N	I	Inferior	N	I	Inferior	S	I	Inferior	S	I
ESTJ											
Dominante	T	E	Dominante	F	E	Dominante	F	E	Dominante	T	E
Auxiliar	S	I	Auxiliar	S	I	Auxiliar	N	I	Auxiliar	N	I
Terciaria	N	I	Terciaria	N	I	Terciaria	S	I	Terciaria	S	I
Inferior	F	I	Inferior	T	I	Inferior	T	I	Inferior	F	I

Myers (2000).

La identificación de las relaciones dinámicas de los tipos extravertidos empieza con la observación de la cuarta letra que indica cómo nos orientamos en el mundo exterior. Si la cuarta letra es J (Juicio), esta reenvía a la tercera (T-F) que indica la función dominante para la toma de decisiones. Si es P

(Percepción), ésta reenvía a la segunda, donde se indica cual es la función dominante para percibir y obtener informaciones.

En los tipos introvertidos la J indica que S-N (segunda letra) es la función dominante y es introvertida. En los mismos tipos la P remite a la tercera letra (T-F) que corresponde a la función dominante del tipo, que también es introvertida. En ambos casos las funciones secundaria, terciaria e inferior son extravertidas.

En todos los tipos introvertidos la función introvertida es dominante así como en todos los tipos extravertidos la función extravertida es la dominante. Cuando la función dominante es introvertida, las demás (secundaria, terciaria e inferior) son extravertidas. Ya cuando la función dominante es extravertida las demás son introvertidas. En todos los tipos, la función tercera es la opuesta a la segunda, y la cuarta o inferior es la opuesta a la primera.

En todos los tipos, la escala E (extravertido) e I (intravertido) indica donde el sujeto prefiere concentrar su atención. Los sujetos que prefieren la extraversión acostumbran a focalizar el mundo externo de las personas y de las cosas. Ya los sujetos introvertidos prefieren focalizar su atención en su propio mundo interior de ideas, pensamientos, sentimientos y reflexiones internas.

La escala S (Sensación) y N (Intuición) indica dónde los sujetos obtienen informaciones o descubren las cosas. Los sujetos que prefieren la Sensación les gusta obtener informaciones por medio de los ojos, oídos y otros sentidos para descubrir lo que está aconteciendo.

Ya, aquellos sujetos que prefieren la Intuición buscan obtener informaciones observando el todo, focalizan las relaciones y conexiones entre los hechos, confiando en sus inspiraciones.

La escala T (Pensamiento) y F (Sentimiento) corresponde al proceso de toma de decisiones. Los sujetos que prefieren el Pensamiento acostumbran a observar las consecuencias lógicas de una elección o acción. Ellos intentan salir mentalmente de una situación para examinarla con objetividad y analizar sus causas y efectos.

Las personas que prefieren usar el Sentimiento llevan en consideración tanto lo que a ellas les importa así como lo que importa a los demás sujetos. Por lo que toman decisiones respetando los valores humanos.

La escala J (Juicio) y P (Percepción) dice respecto a la orientación hacia el mundo exterior. Los sujetos que prefieren el juicio para orientarse en el mundo exterior, acostumbran a vivir de manera planeada y metódica, intentando controlar la vida.

Ya las personas que prefieren el proceso de Percepción para la misma orientación, acostumbran a vivir de manera flexible y espontánea, intentando experimentar y comprender la vida y no a controlarla.

Por estos conceptos ha transitado mi investigación pues además de identificar la actitud típica de la conciencia, introvertida o extravertida, el tipo ISTP, por ejemplo, identifica también las funciones orientadoras (dominante, auxiliar, terciaria e inferior) de los sujetos mayores e hipertensos.

La identificación de las funciones orientadoras ha servido, en esta investigación, para verificar si ocurre mayor concentración en una determinada función dominante, que también determina la concentración en una función inferior específica, secundaria y terciaria.

Voy a escribir respecto a los seis tipos psicológicos que sumaron al mínimo 10 sujetos, en sus clasificaciones. La teoría que sigue dice respecto a estos seis tipos que se han puesto de manifiesto en la investigación.

Estos aspectos teóricos también los he buscado en la teoría junguiana respecto a los tipos psicológicos, en el libro “Tipos Psicológicos” (1991b), editado en Brasil por la Editora Vozes. A la teoría ya mencionada acrecienta la de Myers (1997).

5.5. Los tipos y sus características

La teoría de los tipos psicológicos estudiada en esta investigación fue desarrollada por C.G. Jung y yo trabajo con sus teorías respecto al tema, para que la tesis, en su conjunto, sea mejor comprendida. Y como ya he dicho, añado también aspectos de la teoría de Myers, que amplía su comprensión.

5.5.1. El tipo Sensación extravertido – ESTP

El censo objetivo de los hechos es muy desarrollado en este tipo y caracteriza más a los hombres que a las mujeres. El sujeto con estas

características presenta la facilidad de acumular experiencias reales sobre objetos concretos que poca o ninguna relación ejercen sobre su dinámica vital, además de vivir las sensaciones.

A ese respecto argumenta Jung (1991b, p.345):

“O que sensualiza lhe serve, no máximo, como condutor para novas sensações, e tudo que se apresenta como novo no círculo de seus interesses é conseguido por via da sensação e deve servir a este objetivo”.⁴²

El tipo Sensación extravertido busca vivir al máximo sus sensaciones y el goce, por donde demuestra ser alegre y por veces se presenta como un buen compañero.

Este tipo se ajusta a la realidad palpable; su amor se basa en la excitación sensual del objeto, necesitando recibir siempre de fuera. Su experiencia y gusto se mueven en el exterior, luego no le gusta lo que exige reflexión o liderazgo.

Cuando su función inferior, la Intuición introvertida, asume su carácter en el nivel consciente, el sujeto puede asumir actitudes groseras, crueles y violentas, siendo posible transformarse en un esteta sin escrúpulos.

Del interior del tipo ESTP suelen nacer fantasías de celos amorosos y periodos de angustia a lo que se añade la posibilidad de desarrollar todos los

⁴² “lo que sensualiza le sirve, como mucho, como condutor para nuevas sensaciones, y todo lo que se presenta como nuevo en el círculo de sus intereses es conseguido a través de la sensación y debe servir a este objetivo”.

tipos de fobias y síntomas obsesivos, cuyos contenidos patológicos presentan carácter irreal, con coloraciones *morales y religiosas*.

En casos citados puede mostrarse como un moralista ridículo y escrupuloso, estableciendo estrecha relación con una religiosidad “primitiva, supersticiosa y mágica”, donde se pone por medio de *rituales oscuros*.

5.5.2. El tipo Pensamiento extravertido – ESTJ

El tipo ESTJ emplea más el Pensamiento (T) para su vida exterior y la Sensación (S) para su vida interior, por lo que es un sujeto realista, práctico, pragmático, con habilidad para los negocios y lo mecánico, como dice Myers.

El ESTJ necesita detenerse y escuchar los puntos de vista de los ajenos, muy particularmente cuando éstos no se encuentran en una situación que les permita contestar.

Si este tipo no escucha los puntos de vista ajenos arriesga aportar juicios demasiado apresurados, sin disponer de la información suficiente y sin una sopesada consideración a lo que los demás piensan u opinan.

Cuando el ESTJ descuida o ignora sus sentimientos durante mucho tiempo, ellos pueden aparecer bajo formas destructivas. Por eso debe acudir deliberadamente a sus sentimientos, sobre todo porque aportan una apreciación de él mismo, lo que le resulta menos natural que a los sujetos que tienen la función Sentimiento como dominante.

Este tipo psicológico conduce su vida basado en la reflexión, de tal modo que sus acciones más importantes son generadas intelectualmente.

Según C.G. Jung (p. 330) el tipo Pensamiento extravertido se esfuerza por pautar las actividades de su vida sobre conclusiones intelectuales, orientado por datos objetivos, tanto lo que trata de hechos concretos como lo que trata de ideas de orden general.

El Pensamiento es el canal por el cual fluye la energía vital de este tipo, pues la vida se manifiesta en su pensar, por donde su idea adquiere la condición creadora (p.335).

Así como él se somete a su fórmula racional para vivir, también lo exige de los demás, pues su moral no permite tolerar excepciones. Así que, aquel que no sigue su fórmula “quem não o faz está errado, opõe-se à lei do mundo, é irrazoável, imoral e sem consciência” (C.G. Jung p.331).⁴³

Si en su fórmula racional se insiere la tolerancia con los enfermos, los sufrientes y los menos validos, entonces él se dispone a providenciar organismos especiales como hospitales, cárceles, escuelas o clínicas, que estén de acuerdo con sus planes y proyectos para ayudar a los demás.

Las tendencias psicológicas reprimidas por la función inferior se juntan en el inconsciente y asumen posiciones contrarias a las acciones conscientes, provocando ondas de dudas en el sujeto.

⁴³ “Quien no lo hace está errado, se opone a la ley del mundo, es irracional, inmoral y sin conciencia”.

Cuando estas tendencias se juntan en el inconsciente, entonces la actitud consciente se torna fanática, asegura C.G. Jung (p.334), para combatir las dudas que se presentan.

Los efectos y las manifestaciones de esa personalidad son tanto más provechosos cuantos más exteriores fuesen, ya que, sus características le ayudan a ejercer papeles importantes en *la vida social*, como *promotor público*.

Dado a esa manera muy racional de vivir del ESTJ, inhibe o excluye otras formas o actividades importantes de la vida, principalmente aquellas que dependen de los sentimientos, como lo artístico y las relaciones afectivas.

Suele también excluir o inhibir las formas irracionales, (como experiencias religiosas), que en su personalidad llevan una existencia prácticamente inconsciente.

Estas otras formas de vida, más sentimentales e irracionales, reprimidas por la actitud intelectual, se manifiestan indirectamente, perturbando la conducción de la vida consciente.

Por su ideal el sujeto tiende a olvidar su salud y su posición social, lo que le puede llevar a una decadencia económica y pública, contra sus ganas de éxito. Muchas son las veces en que la sociedad le conoce al sujeto como un gran humanista, mientras tanto los hijos y la mujer lo conocen como un opresor cruel.

Como sus sentimientos se encuentran en la función inferior, presentan disposición para el resentimiento y, por más que se empeñen por un objetivo

intelectual, ellos se manifiestan por medio de la *desconfianza, de caprichos o por el conservadorismo.*

De ese modo, toda la novedad que no cabe en la fórmula del tipo Pensamiento extravertido, es observada con odio inconsciente y consecuentemente es condenada.

Esto ocurre porque cuanto más reprimidos se encuentran los sentimientos, tanto más funestas y ocultas son sus influencias sobre los pensamientos y acciones que pueden llevarlo a discutir de manera áspera y agresiva.

5.5.3. El tipo Sentimiento extravertido – ESFJ

Acerca del tipo Sentimiento, C.G. Jung (p.339) añade más respecto al perfil psicológico femenino. Por la educación que la mujer ha recibido, su función Sentimiento ha evolucionado para una función sometida al control de la conciencia, por lo que su personalidad parece estar ajustada a las condiciones objetivas.

Su modo de operar, se hace perceptible en la elección de su pareja, que satisface las expectativas razonables vinculadas a la *posición social, profesión, edad y respetabilidad*, lo que muestra que los Sentimientos están en sintonía con las situaciones objetivas y los valores socialmente aceptados, y no por la naturaleza individual y oculta de la mujer.

La mujer con este perfil de personalidad también utiliza su función Pensamiento, pero esta no es razonable porque se forma a partir de sus

Sentimientos, pues como argumenta C.G. Jung (p. 340), “o que não consegue sentir, também não consegue pensar conscientemente”.⁴⁴

Este tipo reprime su Pensamiento, porque siendo él el que ocupa la condición de función inferior, es lo que también más perturba a sus sentimientos, principalmente cuando su lógica lleva a conclusiones que no le agradan a los Sentimientos, entonces su actuación se acelera de forma inconsciente.

Lo que le viene de dentro, a este tipo psicológico, le parece sospechoso y mórbido. Presenta la tendencia de relacionar sus conflictos psíquicos a devaneos anormales.

Cuando el Pensamiento asume su carácter pueril e primitivo, llega al consciente por medio de ideas obsesivas, con carácter negativo y despreciativo, por donde las mujeres con este tipo de personalidad dirigen las peores ideas hacia las personas u objetos más amados.

El Pensamiento inferior, negativo, dice C.G. Jung (p. 341), “utiliza todos os preconceitos e comparações infantis que se prestam a colocar em dúvida o valor do sentimento e recorre a todos os instintos primitivos para poder explicar os sentimentos como um *nada mais que*”.⁴⁵

⁴⁴ “lo que no consigue sentir, tampoco consigue pensar conscientemente”.

⁴⁵ “utiliza todos los preconceptos y comparaciones infantiles que se prestan en poner en duda el valor del sentimiento y recorre a todos los instintos primitivos para poder explicar los sentimientos como un *más que nada*”.

De acuerdo con Myers, el tipo ESFJ emplea más el Sentimiento (F) para su vida exterior, y la Sensación (S) en su vida interior, por esa razón es una persona afectuosa, colaboradora, que habla mucho, y trabaja mejor cuando se le anima y reconoce su labor.

El sujeto con estas características es poco interesado en temas abstractos o técnicos, mostrándose más interesado por lo que atañe visible y directamente a las personas.

Si su capacidad de Percepción, se encuentra poco desarrollada, enfrenta el riesgo de operar sobre hipótesis que resultarán falsas, aún que esté con las mejores intenciones, porque es susceptible a ser ciego a los hechos cuando la situación es desagradable.

5.5.4. El tipo Pensamiento introvertido – ISTP

De acuerdo con Myers, este tipo se caracteriza por el Pensamiento y busca profundizarlo y no ampliarlo de forma horizontal. A veces carece de una relación más objetiva con el objeto y, cuando se trata de una persona, ella registra tan sólo lo que le interesa, de forma negativa, al sujeto Pensamiento introvertido.

La capacidad de juzgar de ese tipo parece fría, inflexible y arbitraria, porque tiene dificultad en atribuir un valor positivo al objeto, dejando trasparecer una superioridad hacia los demás, tratándolos con descaro y rodeándose de medidas de seguridad nada útiles.

Como defiende C. G. Jung (p.363), al ISTP, le gusta desaparecer en un complejo de mal-entendidos, lo que, en verdad, aumenta cuando intenta actuar con más urbanidad, ya que, su actitud no consigue eliminar su verdadera naturaleza.

Cuando se trata de la construcción de su mundo ideal, el sujeto con estas características, es temeroso e no influenciado, por lo que no acostumbra retroceder delante de los desafíos ni de sus pensamientos, aunque sean peligrosos. Mientras tanto, sufre de gran ansiedad cuando sus planes llegan al punto de transformarse en realidad externa.

El sujeto así constituido cree tanto en sus ideas que, cuando las tiene que exponer, lo hace sin pasión, porque entiende que lo que para él es correcto y verdadero tiene que serlo también para los demás, pues piensa que deberían someterse a su verdad.

A él, le es muy difícil buscar adhesiones a sus proyectos, y cuando lo hace se encuentra tan desastrado o torpe que con frecuencia no logra éxito en sus intentos, principalmente cuando se trata de convencer a *alguien de influencia*.

Presenta un estilo cargado de reservas e incertidumbres que le llegan por medio de sus escrúpulos, no permitiendo que lo entiendan, y ambas situaciones interfieren en el avance de su trabajo, el cual se mueve con mucha dificultad.

Por otro lado el sujeto de ese tipo puede tornarse accesible a elementos inferiores, que le llegan por el inconsciente. Cuando eso ocurre, él se torna brutal, dejándose explotar vergonzosamente con el objetivo de no ser impedido en la persecución de sus ideas, dice C.G. Jung (p. 364).

Cuando los elementos inferiores lo cogen, puede encontrarse a merced de mujeres con ambiciones que descubren con habilidad su ausencia de crítica hacia las personas, por donde también desarrolla el miedo por el sexo femenino.

A menudo el sujeto identificado con este tipo psicológico puede tornarse un célibe, de humor tétrico y alma infantil. En sus actitudes externas, puede mostrarse un sujeto desarreglado, con mucha ansiedad, con ganas de huir para que nadie lo vea, o entonces puede mostrarse un sujeto desligado de la realidad, con manifestaciones de ingenuidad infantil.

Cuando la función inferior le invade más, las ideas que al principio le eran productivas se trasforman en negativas, como consecuencia de sus proyecciones llenas de amargor. Su manera aislada hacia el mundo exterior le hace crecer la lucha con la influencia inconsciente, que lo paraliza y lo consume internamente.

Las personas que lo conocen de manera más próxima valoran al máximo su intimidad, mientras que para los que lo conocen poco, a ellos él les parece intratable, orgulloso y amargado por sus conceptos negativos hacia la sociedad.

Las funciones secundaria, terciaria e inferior se encuentran inconscientes, de forma relativa, y se afrontan con el Pensamiento introvertido. Estas funciones son los Sentimientos, la Intuición y la Sensación que presentan un carácter extravertido primitivo, y a ellas son atribuidas todas las influencias dañosas o venenosas del mundo, de las personas y de las cosas a las que el sujeto de este tipo está sometido.

Si él no despliega su Percepción, tendrá una visión o una experiencia muy limitada sobre el mundo, así que su capacidad de reflexión no aportará nada significativo a los problemas de su entorno, explica Myers.

5.5.5. El tipo Sensación (I) con Sentimiento extravertido – ISFJ

El sujeto ISFJ emplea más el Sentimiento (F) en su vida exterior y la Sensación (S) en su vida interior y, en general sus intereses no son técnicos. Su eficacia depende de su capacidad de enfocar, de manera adecuada, el modo de abordar el mundo, señala Myers.

Así que, si la capacidad de Juicio del sujeto aún se encuentra inmadura, no enfrentará a la vida y se replegará sobre sí mismo absorto en sus reacciones interiores, a las impresiones y a las sensaciones, cuyos resultados no le serán buenos.

Los tipos ISFJ trabajan con energía constante para concluir una tarea dentro del tiempo estipulado. Son responsables y siempre cumplen con sus tareas. En la toma de decisiones valoran lo que los demás necesitan y quieren, distinto de los ISTJ que resuelven sus problemas de forma lógica y racional, basados en el raciocinio de *causa y efecto*.

No es posible, argumenta C.G. Jung (p.373), prever desde fuera lo que le va y lo que no le va causar impresión a las personas identificadas con este tipo. Si hubiera una capacidad o prontitud de expresión proporcional a la fuerza de la sensación, se quedaría patente la irracionalidad de este tipo.

La función auxiliar de este tipo psicológico que es el Sentimiento extravertido pierde su carácter personal de sentir porque se encuentra sometida a las consecuencias de la Sensación introvertida dominante.

De este modo, el sentimiento extravertido, en el tipo ISFJ, no habla el lenguaje del corazón, habla apenas el lenguaje de los sentidos, atribuyéndoles valoraciones subjetivas, cargados de miedos, porque se encuentran sometidas al dominio de la función dominante, la Sensación introvertida.

En ese proceso puede ocurrir una disociación altamente contradictoria, en donde el sentimiento se apodera de algunos objetos, utilizando valoraciones sentimentales, acrecentándole relaciones que se contradicen internamente, generando conflictos.

Cuando el sujeto se encuentra en este estado, en función de la valoración subjetiva que atribuye a los sentimientos, causa la impresión de liviandad o de desconfianza.

Así como en el ISTJ, su inconsciente presenta como característica principal la represión de la Intuición cuyo carácter es extravertido y arcaico, por donde detecta todos los aspectos dudosos y sombríos que se encuentran por detrás de la realidad.

Lo que difiere entre el tipo ISTJ y el tipo ISFJ es que la función secundaria de uno es el Pensamiento (T), y del otro es el Sentimiento (F); la función terciaria de uno es Sentimiento (F), y del otro es Pensamiento (T).

En su aspecto positivo, la Intuición inconsciente puede actuar como compensación sanadora de la actitud consciente, cuya tendencia es inclinarse a lo fantástico y a la credulidad.

De acuerdo con Myers, el sujeto con este tipo de personalidad da mucha importancia a la rectitud y al respeto y bienestar mutuo. Algunas características suyas son la simpatía, el tacto y la sociabilidad.

Los rasgos de carácter de ese tipo lo hacen seguro cuando los demás necesitan su ayuda. Suele desarrollar gusto, por ejemplo, por las actividades médicas que le exigen atención aumentada a los pormenores, asociada a un interés activo por los demás.

Acostumbra observar con minuciosidad las reglas de la vida social, por lo que le dedica atención, tanto a su familia como a los demás de su entorno, no obstante le guste disfrutar de una forma de vida simple y serena.

5.5.6. El tipo Sensación (I) con Pensamiento extravertido - *ISTJ*

El sujeto que se identifica con el tipo ISTJ destina su atención a la introversión (I), adquiere informaciones por la Sensación (S), toma decisiones apoyados en el Pensamiento (T) y capta el mundo exterior por el Juicio (J).

El sujeto ISTJ, emplea más el Pensamiento (T) para su vida exterior, la Sensación (S) para su vida interior y por el Juicio (J) prefiere un modo de vida más organizado.

La teoría referente a estas características puede dar una idea de lo que puede ocurrir con muchos sujetos para que, con el paso de los años, vengan a desarrollar la hipertensión como una enfermedad psicosomática.

El sujeto identificado con este tipo, a lo largo de los acontecimientos, no utiliza la razón para juzgar, orientándose simplemente por lo que le sobreviene, por el que es clasificado por C.G. Jung (p.373) como irracional.

Se dice que es irracional porque no utiliza la razón o el pensamiento como canal primordial para adquirir informaciones y recoge los hechos y sucesos observables mediante uno o varios de los cinco sentidos.

El tipo ISTJ se orienta por la intensidad de la parcela subjetiva de la Sensación, suscitada por el estímulo objetivo, no existiendo ninguna relación proporcional entre objeto y Sensación, caracterizándose más por la arbitrariedad.

Dado a estas características, no es posible predecir, desde fuera, lo que le va y lo que no le va a producir impresión en el tipo Sensación introvertido, por que él tiene mucha dificultad de expresarse. Sólo es posible verificar objetivamente la irracionalidad de un tipo ISTJ en obras de un artista productivo, como lo entiende C. G. Jung (p.373).

Sólo es posible verificar su irracionalidad en obras artísticas porque, como no existe proporcionalidad entre objeto y sensación, el sujeto ISTJ, tanto puede sorprender por su calma y pasividad como por su autodomínio racional, lo que lleva el observador a conclusiones erróneas a su respecto.

Esto así ocurre, porque la atracción hacia el objeto es sustituida por una reacción subjetiva, que no se refiere más a la realidad del objeto, que pasó por una depreciación subjetiva simultánea al contacto con el objeto, proveído de valoración consciente para los sujetos ISTJ, de personalidad normalmente constituida.

Visto desde fuera, da la impresión de que la influencia del objeto no penetra en el sujeto, como si el sujeto fuera privado de la vista. Lo que ocurre es que, paralelamente al contacto con el mundo objetual, nace un contenido en su inconsciente, que se interpone e intercepta la influencia del objeto, como defiende C.G. Jung (p.373).

Esta interposición del contenido inconsciente, que intercepta la influencia del objeto, puede ser tan brusca que puede parecer que el sujeto se defiende de la influencia del objeto, lo que, en casos más comprometidos, ocurre de verdad.

Esto es tan fuerte en sujetos más sometidos al inconsciente, que la participación subjetiva de la Sensación se activa al punto de encubrir, casi totalmente, la influencia del objeto, del medio ambiente o del mundo, así como existen.

Mientras que en el tipo Sensación introvertida se genera una concepción ilusoria de la realidad, por la activación subjetiva de la Sensación, en los demás sujetos, su actitud genera un sentimiento de total desvalorización.

Conviene señalar aquí que el tipo Sensación introvertido no se encuentra exento de la influencia de la percepción subjetiva en su Pensamiento, su

Sentimiento y su acción, en grado máximo, aunque el objeto sea visto claramente, en toda su dimensión real.

Y, mismo cuando la influencia del objeto se asemeja con intensidad peculiar, o con total analogía con la imagen consciente, el tipo Sensación inconsciente es llevado, de modo imperativo y espontáneo, a actuar en concordancia con su modelo inconsciente.

Aunque el modelo inconsciente del ISTJ sea de carácter ilusorio (en relación a la realidad objetiva), lo que revela su subjetividad alienada de lo real, sólo va a perder su capacidad de distinción absoluta si entra en un estado casi psicótico.

En el entender de C.G. Jung (1991b), sólo en casos mórbidos, el tipo Sensación introvertido pierde su capacidad de distinguir entre la influencia real del objeto y la participación subjetiva de su psiquismo, cuando ya se caracteriza como enfermo psíquico.

Sin embargo, cuando el objeto no consigue cumplir con su verdadera función, él encuentra un camino psíquico de neutralidad, que capta su poca participación y se esfuerza siempre para apaciguar y acomodar su espacio necesario.

El esfuerzo, para apaciguar y acomodar, actúa de tal manera que lo que está muy abajo es ennoblecido un poco, lo que está muy elevado es rebajado, el entusiasmo es atenuado, el extravagante es frenado y lo excepcional es colocado dentro de la fórmula “correcta” con el intuito de mantener la influencia del objeto en sus debidos límites.

En la ausencia de cualquier capacidad artística de expresión, todas las impresiones son dirigidas hacia el interior, dominando la conciencia. Al dominar la conciencia, las sensaciones introvertidas no pueden ser liberadas de la impresión fascinante que las expresiones conscientes puedan generar.

El tipo Sensación introvertido sólo dispone de posibilidades arcaicas para manifestarse porque, en su tipología, el Pensamiento y el Sentimiento también son relativamente inconscientes y, cuando se tornan conscientes, sólo disponen de expresiones necesarias, banales y rutinarias.

Como funciones conscientes, el Pensamiento y el Sentimiento son totalmente impropios para la reproducción de las percepciones subjetivas. Por eso, el tipo ISTJ raramente se encuentra abierto a la comprensión objetiva, y en la mayoría de ocasiones, no consigue comprenderse ni a sí mismo.

En consecuencia de este su proceso, el ISTJ se aleja principalmente de la realidad objetiva, quedándose abierto a sus percepciones subjetivas, que orientan su conciencia hacia un sentido de realidad arcaica (totalmente inconsciente), que no sabe juzgar ni comparar.

Él vive en un mundo mitológico en el que las personas, los animales, las casas, los ríos o los coches, le parecen como dioses misericordiosos, por un lado, y como demonios malévolos por otro, el sujeto que se caracteriza como ISTJ vive de forma totalmente inconsciente.

Sin embargo, la experiencia mágica que mantiene con los objetos les faculta y les otorga poder sobre su capacidad de juzgar y actuar, como si dioses

o demonios fuesen. Él sólo se permite tomar conciencia de lo que pasa cuando descubre que sus sensaciones son muy distintas de la realidad.

El sujeto con esta tipología tiene una capacidad muy precisa de observar la realidad. Sin embargo, no logra detener su factor objetivo, pues su subjetividad le facilita ver rostros en los árboles y llenar de vida a los objetos inanimados, a tener visiones extrasensoriales y curiosas experiencias con los espíritus.

La asimilación de estas fantasías es muy difícil (Franz, p. 48) porque la función dominante es una función por la cual se comprende el aquí y el ahora, y su aspecto negativo se muestra desconectado de la realidad.

Como defiende C.G. Jung (p.373) para este tipo no existen posibilidades futuras y, mientras están aquí, sólo consiguen ver delante de él “una cortina de ferro, cheia de dragões muito perversos.”⁴⁶

Al percibir que sus sensaciones son muy distintas de la realidad, entonces puede percibir que esta diferencia es enferma. Ahora, si se mantiene fielmente vinculado a su fantasía, dispuesto a atribuirle a su Sensación un valor real, entonces el mundo objetivo va a parecerle una ficción o una comedia, lo que, de acuerdo con C.G. Jung, sólo ocurre en el extremo.

El tipo Sensación introvertido, normalmente constituido, se contenta con un cierre en sí mismo y con la banalidad del mundo real, que él trata de forma inconsciente como si fuera alguna cosa arcaica.

Su inconsciente presenta como característica principal la *represión de la intuición que tiene carácter extrovertido arcaico*. Así, esta intuición

⁴⁶ “una cortina de hierro, llena de dragones muy perversos.”

inconsciente y arcaica tiene la capacidad de rastrear todos los aspectos “dubios, sombríos, sujos e peligrosos que se encuentran detrás da realidade”.⁴⁷

Como su Intuición es inferior y primitiva, el tipo así constituido, o sorprende ateniendo el objetivo, lo que es muy raro, o entonces irrumpe con presentimientos en los cuales no hay ninguna verdad, apenas producciones de sus ilusiones, “apenas a mais pura invenção”,⁴⁸ como lo dice Franz.

Sin embargo, si el individuo no se distancia demasiado del objeto, su intuición inconsciente puede actuar como compensación sanadora de la actitud de la conciencia, aunque se presente con inclinación a lo fantástico y a la credulidad.

De acuerdo con Myers el ISTJ utiliza la Sensación, su modo favorito de percibir para su vida interior. En segundo lugar, utiliza el Pensamiento, su modo de decisión favorito, para dirigir su vida exterior y toma en consideración.

Los sentidos (de la Sensación dominante) le suministran los datos y, después de una pausa característica de los introvertidos para reflexionar, su Juicio le permite asegurar las responsabilidades.

El sujeto ISTJ puede memorizar y utilizar gran cantidad de informaciones, lo que hace de una manera muy precisa; a él le gusta que todo se presente de modo fáctico, formulado con claridad y sin demasiada complejidad.

Sólo cuando se conoce el tipo ISTJ a fondo, se puede ver que, detrás de su aparente calma, él observa la realidad desde un ángulo muy personal. Sin

⁴⁷ “inciertos, sombríos, sucios y peligrosos que se encuentran detrás de la realidad.”

⁴⁸ “apenas la más pura invención”

embargo, su reacción ante las situaciones es totalmente imprevisible. Más que otros tipos, es minucioso, cuidadoso, metódico, trabajador, muy confiable y constante en los detalles y en la rutina.

En tareas de gestión, su juicio práctico y su memoria para los detalles hacen que sea conservador, consecuente y capaz de apoyar con ejemplos sus apreciaciones sobre las personas y sobre los métodos.

A él no le importan las dificultades si ve que son necesarias, pero detesta que se le pida para hacer cosas que no concuerdan entre sí. Le es generalmente difícil encontrar un sentido a las necesidades que difieren de las suyas.

Sin embargo, se le convence de que algo es efectivamente importante para alguien, entonces esto asume un carácter de necesidad en la que él se vuelve por entero para ayudar en su realización, no obstante continúe pensando que no tiene sentido.

El ISTJ no se atreve a reprimir a personas menos enérgicas que él, esto le recompensa tanto en su trabajo como en su vida personal. El sentido de deber es un valor fundamental para él y cumple tanto con su trabajo como con sus obligaciones matrimoniales, implicándose a conciencia en uno y otro caso.

Es una persona práctica, razonable, que en su vida profesional y familiar prefiere un marco funcional, bien ordenado y fundamentado. Él pone esta orientación tanto en su vida social como en la educación de los hijos.

Su orientación hacia la reflexión refuerza su capacidad para el análisis, la lógica y la decisión. En sus reacciones personales tiene necesidad de un esfuerzo particular para intentar comprender y llegar a una apreciación positiva.

Si su capacidad de Juicio sigue inmadura, en un nivel inferior, no va a conseguir enfrentar la vida, pues se quedará absorto en sus reacciones internas, en sus impresiones y sensaciones, lo que no le trae buenos resultados.

* * * *

En la próxima parte enfoco los procedimientos metodológicos, así como el método, la justificación estadística, la población, la muestra, los resultados, el análisis y la interpretación de los datos y las conclusiones.

PARTE 3 – PROCEDIMIENTOS METODOLÓGICOS

Como ya hemos visto, tanto la población de mayores como la de los hipertensos aumenta significativamente en todo el mundo, y mismo que la hipertensión se desarrolla en sujetos de todas las edades, está más concentrada en sujetos mayores.

Las previsiones indican que la población de los mayores y la de los jóvenes van a equilibrarse dentro de 44 años, o sea el año 2050, cuando entonces, cada grupo va a corresponder a la mitad de la población del planeta.

Así como aumenta la longevidad, también aumentan los casos de hipertensión en todo el mundo, que ya alcanza la mitad de la población mayor, mientras las causas de su manifestación son conocidas apenas para el 5% de los hipertensos.

Tenía el convencimiento que podría identificar una relación significativa entre tipos psicológicos y la hipertensión psicósomática. Por este motivo empecé a investigar el tema, teniendo como objetivo encontrar complementos de diagnóstico psíquico que abran perspectivas psicoterapéuticas, tales como la influencia que pueda ejercerse para modificar o modular la actitud introvertida o extravertida, los tipos y las funciones psicológicas en sujetos mayores hipertensos.

Para concretar la investigación he seguido algunos objetivos específicos, como son:

Identificar la actitud consciente (introvertida o extravertida) que predomina en los sujetos de la muestra.

Identificar los tipos psicológicos predominantes.

Identificar las respectivas funciones, con enfoque en la actuación de la inferior.

Describir las características generales asociadas a la actitud, el tipo y la función inferior; así como, establecer líneas de acompañamiento psicoterapéutico, de acuerdo con el tipo y la función inferior predominantes, con la intención de ofrecer una alternativa más para la centroversión en la senectud.

Por otro lado, pretendía testar las siguientes hipótesis:

Personas mayores e hipertensas pertenecen en mayor número a la actitud introvertida y en menor número a la extravertida;

Personas mayores, introvertidas e hipertensas se relacionan de manera estadísticamente significativa con un tipo psicológico y, su función inferior.

Para realizar la investigación seguí los caminos indicados o sugeridos por los antecedentes, el objeto y las teorías. A partir de ellos, elegí un instrumento de recolecta de datos, implementando la investigación.

Utilicé el Inventario Tipológico - MBTI, de Isabel Briggs-Myers. Aprendí a aplicar el test MBTI en el Master de Psicología Analítica, en la Universidad Ramon Llull. Dicho test se fundamenta en la teoría junguiana de los tipos psicológicos.

Yo misma he traducido el test para el portugués, porque conozco su terminología, estudié la utilización y la aplicación del indicador en el master de Psicología Analítica, en cuya teoría el indicador se fundamenta.

Uno de los objetivos del MBTI es separar los individuos en categorías opuestas y no medir la cantidad o el grado de trazo, así como ocurre en los instrumentos que presentan el trazo como base.

El objetivo principal del MBTI es identificar cuál de las dos categorías opuestas es la preferida en cada una de las cuatro dicotomías. El indicador obtiene un resultado numérico basado en las respuestas que favorecen uno de los dos polos en detrimento de su opuesto.

Sus cálculos no se destinan a la escala de medidas de trazo. Ellos se destinan a las indicaciones de preferencia para un polo de la dicotomía o de su opuesto. Así pues las letras (E o I, S o N, T o F, J o P) son utilizadas para designar cuál de los lados opuestos es preferido por la naturaleza del contestador del indicador.

La intención del MBTI es la de apuntar la elección habitual entre alternativas rivales, análogas al uso de las manos derecha o izquierda. Todos utilizan las dos manos, mientras tanto utilizan siempre y antes la mano preferida.

Así como ocurre con el uso preferencial de una de las manos, existe una tendencia que todos asumen el uso de uno de los dos polos de las cuatro dicotomías, mientras tanto contestan antes, con más frecuencia y con más

comodidad a las funciones de las actitudes, funciones y orientaciones preferidas.

Los *ítems* del indicador exigen elecciones forzadas entre dos polos de la dicotomía presentada. Las elecciones se hacen entre eventos diarios, elegidos por Myers como estímulo para evocar una preferencia de Tipo, más subjetiva y comprensible.

El foco del MBTI se encuentra en su utilidad para el contestador. Así que la exactitud del tipo indicado sólo puede ser confirmada por el contestador, que según Myers es el “más bien cualificado para juzgar la exactitud de los resultados de sus propias respuestas”.

Los resultados del MBTI incluyen la indicación de la *claridad de preferencia* o “Índice de claridad de preferencia” que corresponde a la evidencia de que una preferencia fue contestada correctamente.

Así que, cuanto mayor sea el índice, mayor será la claridad de la preferencia. Si una persona cuyo índice de claridad de su preferencia para el Pensamiento es la T clara, puede ser considerada como alguien que presenta una preferencia mucho más clara que la T leve.

Un bajo índice de preferencia resulta de la elección semejante o casi semejante para cada uno de los opuestos de una dicotomía específica. Entretanto, no es correcto asumir que en un total de 20 posibilidades presentadas en la dicotomía, N 20 indique que una persona tenga más facilidad, más confianza o mayor grado de Intuición que otra que presente N 10.

El mismo cuidado se aplica al total de las ocho preferencias identificadas por los índices de claridad de preferencia del indicador, al contrario de los resultados encontrados en los test o cuestionarios que miden los trazos, salud mental, competencia o madurez, cuya preponderancia se encuentra en la suma de puntos obtenidos.

Respecto al MBTI original puse especial atención a las palabras o frases que indican la dirección apuntada por las escalas (E-I); (S-I); (T-F); (J-P). Los *ítems* tuvieron que permanecer claros para los contestadores, sin huir del objetivo de cada escala dicotómica.

Otro cuidado que tuve ha sido el de regresar a los grupos para entregar a cada sujeto participante el resultado por escrito, con las características preferenciales asociadas a su tipo para que validase o no el resultado.

He puesto especial atención a esta fase final siguiendo la orientación de Myers que dice que el contestador es considerado el más cualificado para juzgar la exactitud de los resultados de sus propias respuestas.

El MBTI fue originalmente delineado para la población de los EUA. Investigaciones subsecuentes del indicador han probado que las diferencias tipológicas son equivalentes en todas las culturas. Actualmente este instrumento se distribuye en todas las partes del mundo y está oficialmente disponible en 18 lenguas.⁴⁹

49

(http://www.myersbriggs.org/more_about_personality_type/international_use/language_translations.asp)

Además de estos factores, tengo el permiso de la organización IDH – Instrumentos de Desenvolvimento Humano Ltda., (representante legal en Brasil de la CPP, Inc.), que detiene los derechos de autoría y de copyright en territorio nacional del Briggs- Myers-Type Indicator -MBTI), para aplicar el test traducido por mí, en esta investigación, conforme anexo 5.

Una vez traducido el test, lo he aplicado en una investigación piloto para, entre otros objetivos, observar su comprensión por parte de los sujetos de esta muestra.

Realicé la selección de los sujetos hipertensos y no hipertensos. Del mismo modo identifiqué la relación con la actitud consciente, los tipos y las funciones psicológicas, con la sugerencia de psicoterapias.

Seguido de la selección de la muestra, realicé entrevistas con sujetos de la Asociación de los Hipertensos de Santa Maria, cuya presión sanguínea se encontraba por encima de los patrones de la normalidad, o sea, más de 120 por 80, aún tomando medicinas.

Las entrevistas se desarrollaron tan sólo con estos sujetos porque las oscilaciones de su presión me han permitido observar los cambios, mientras que en el resto de personas que mantienen su presión en los patrones de la normalidad, bajo las medicinas, no había una variable observable, apenas con la medición de presión sanguínea.

Me he centrado en el tipo ISTJ porque ha sido este el que, estadísticamente y de forma significativa, ha indicado relación con la hipertensión, así que no lo

seleccioné a priori; el tipo ISTJ se puso de manifiesto tras la aplicación y análisis estadístico. Así como ha sido el ISTJ, podría ser cualquiera, o sea, el que más sujetos apuntase.

Respecto a la elección del MBTI como instrumento y no otro, puedo decir que no he pretendido realizar un estudio comparativo de tipologías. Cuando presenté mi proyecto, ya lo había definido como instrumento único y siendo aceptado en su presentación al tribunal académico de la Universidad Ramon Llull.

La investigación de la relación entre estos fenómenos profundiza el conocimiento de la realidad, una vez que facilita establecer el porqué de las cosas, lo que la caracteriza como una investigación explicativa, como entiende Carlos Gil (1995, p. 46).

Además ha sido una investigación de campo, pues recogí los datos junto a los grupos de sujetos en sus respectivas direcciones (Blaxter et al, pp. 93-94) y busqué identificar, de modo general, lo que algunas personas tienen en común con otras, así como sus diferencias, por medio de un método específico.

1. El método

La búsqueda de una clasificación del comportamiento humano, en modelos más o menos definidos, existe desde la antigüedad y muchos investigadores han trabajado con la idea de crear una tipología, desde el punto de vista científico.

Entre ellos puedo citar La Bruyère, Cesare Lombroso, Ernest Kretschmer, W. H. Sheldon y Carl Gustav Jung.

La teoría junguiana de tipología se presentó como una tentativa de definir estilos cognitivos y de comportamiento individual, clasificando semejanzas y diferencias en determinados grupos, por la comprensión del dinamismo consciente e inconsciente, como pares complementarios.

De acuerdo con C.G. Jung (1991b) ninguna descripción de tipos psicológicos es plenamente fiel, aunque aplicable a mucha gente, puesto que una de las facetas del hombre es la singularidad y otra, la conformidad.

Sin embargo, la tipología junguiana (Zacharias, 1999, p. 4) es aplicable a la labor clínica, en Recursos Humanos, así como al consejo psicológico escolar y profesional y, en esta investigación para diagnosticar relaciones psicósomáticas.

De acuerdo con Blaxter et al. (p.90), el método se relaciona, sobre todo, con las herramientas de recolección de datos o con las técnicas de recogida de datos. Así que, a continuación, voy a describir la técnica de recogida de datos utilizada en la investigación.

El cuestionario MBTI fue elaborado por Katharina C. Briggs y su hija Isabel Briggs-Myers para implementar la teoría de los tipos de C.G. Jung y su validez viene determinada por su capacidad para mostrar que sus medidas predicen y se relacionan con criterios externos tal como indica la teoría.

Cuando una persona contesta el cuestionario, manifiesta una preferencia por la Extraversión (E) o la Introversión (I), por la Sensación (S) o la Intuición (N), por el Pensamiento (T) o el Sentimiento (F) y por el Juicio (J) o la

Percepción (P). Las letras correspondientes a cada preferencia caracterizan la codificación del tipo.

Por el cuestionario MBTI es posible obtener dieciséis combinaciones a ver: ESTJ, ISTJ, ESTP, ISTP, ESFJ, ISFJ, ESFP, ISFP, ENFJ, INFJ, ENFP, INFP, INTJ, ENTJ, INFJ y ENFJ.

La fórmula resultante de las dieciséis combinaciones representa un conjunto complejo de relaciones dinámicas entre las funciones Sensación (S), Intuición (N), Pensamiento (T) y Sentimiento (F), las actitudes Extrovertido (E) e Introverso (I), acrecidas de la orientación Juicio (J) y Percepción (P) hacia el mundo exterior.

En la primera fase, desarrollé la selección de los sujetos introversos y extrovertidos, con sus respectivos tipos psicológicos (ISTJ, ISTP, por ejemplo), lo que ha posibilitado llegar a catorce de las dieciséis categorías.

De los catorce tipos identificados, sólo seis suman más que diez sujetos en la clasificación de la tipología, a saber: ESFJ: 38, ESTJ: 77, ESTP: 16, ISFJ: 58, ISTJ: 141, ISTP: 21.

Tras esta primera fase, realicé la clasificación de los resultados obtenidos por tipologías, que se han puesto de manifiesto, para poder verificar las relaciones entre tipos e hipertensión en los sujetos analizados.

Una vez que se ha puesto de manifiesto una relación significativa entre la hipertensión y los sujetos clasificados como ISTJ, identifiqué las funciones dominante, auxiliar, terciaria e inferior.

Respecto a los resultados cuantitativos de las letras-código del cuestionario se puede decir que cuanto menor es el valor atribuido a una actitud o función, menor será el desarrollo de la función evaluada, indicando inmadurez y conflicto entre dos modos opuestos de ser, percibir o actuar en el mundo.

Inicié la aplicación del cuestionario en octubre de 2004 y concluí en junio de 2005, acudiendo al encuentro de los sujetos, en fechas y horarios previamente ajustados con los presidentes de los grupos.

Cada uno de los grupos tiene datas, horarios y locales fijos para encontrarse, cuando se verifican su presión sanguínea, reciben medicinas, asisten a conferencias y hacen confraternizaciones.

Me puse en contacto con el presidente de cada uno de los grupos y acordé una fecha específica para ir a sus encuentros. En estos encuentros, hacía una conferencia abordando los posibles aspectos emocionales de la hipertensión, mi objetivo en el grupo, seguido de la aplicación del cuestionario.

El paso siguiente fue el de la aplicación de las tablas de corrección a los testes para identificar la actitud, tipos y funciones de los sujetos. Marcaba otro encuentro con los sujetos de los grupos para llevarles sus resultados, entregándoles además una síntesis respecto al tipo de cada uno.

En estas ocasiones agrupaba a los sujetos por tipos para que lograsen identificarse o no, con las características descritas por Myers de sus descripciones respecto a los tipos seleccioné las síntesis fornecidas a los sujetos de la muestra.

Una vez que los sujetos habían contactado con el texto, les pedía para hablar a respecto, en el grupo. A continuación, hacía siempre un ejercicio de relajación, centramiento, acompañado de imaginación activa.

La imaginación activa es un método para asimilar contenidos inconscientes, así como los sueños y las fantasías, por alguna forma de auto expresión (dibujo, pintura, modelación, cuentos), para dar voz a aspectos de la personalidad, como Anima, Animus y Sombra, normalmente no escuchados.

La imaginación activa empieza con una actividad que lleva al sujeto a *soñar con los ojos abiertos*, lo que puede ocurrir de forma espontánea o puede ser inducida por alguien, pudiéndose realizar de forma individual o en grupo.

Para comprobar científicamente los resultados de la investigación, seguí algunos procedimientos orientadores, indicados para la utilización del Inventario Tipológico, lo que consta en el próximo apartado como justificación estadística.

2. Justificación estadística

Para la información estadística, utilicé las puntuaciones directas (PD), las diferencias entre los puntos de cada función y los códigos que se han generado partiendo de estos cálculos.

En el primer caso, los valores fueron obtenidos mediante el uso de las planillas, por donde obtuve la información de la intensidad de cada uno de los polos de las cuatro escalas.

Para permitir la comparación del MBTI con otros instrumentos, Myers ha calculado los coeficientes de fiabilidad, según los procedimientos más clásicos utilizando las puntuaciones en el continuo de las escalas Pe.

La autora siguió del mismo modo el procedimiento de las dos mitades aleatorias del instrumento antes de calcular las Pe usadas en las correlaciones. A los índices obtenidos aplicó la correlación de Spearman-Brown.

Uno de los principales resultados del MBTI es la clasificación de las personas en tipos cuyos intereses y actuaciones son predecibles, teniendo presente sus preferencias, así como el 16 PF, MMPI; CPI; EPI, EPQ, STAI, PGP-IPG, AC Strong, Kuder (Myers, 2000, p.48).

A continuación voy a insertar las tablas estadísticas que incluyen todo el análisis de los datos que me han permitido alcanzar los objetivos y a comprobar las hipótesis establecidas en el proyecto.

Los datos de las variables discretas de las tablas 1 a 4 fueron sometidos a la elaboración de tablas de frecuencias. Los datos de las variables continuas fueron sometidos a estimativas de medidas de tendencia central y de dispersión.

También fueron elaboradas tablas de contingencia entre las variables discretas para el test de la hipótesis de la independencia entre las variables, usando el test chi-cuadrado con un 5% de margen de error (Fonseca y Martins, 1995).

El Inventario Tipológico MTBI- fue aplicado a una población definida (sujetos mayores hipertensos y no hipertensos) y su caracterización integra la próxima sección.

3. La población

La población objeto de mi investigación se constituye por sujetos mayores de las ciudades de Faxinal do Soturno, Santa Maria y Silveira Martins, de la provincia de Rio Grande do Sul, Brasil.

Población									
Ciudades	Población General	Sexo							Total
			60-64	65-69	70-74	75-79	80 <	Total	Gen.
Santa Maria	243.611	H.	5.569	4.499	3.200	2.079	1.826	17.173	40.829
		M.	6.764	5.780	4.572	3.102	3.438	23.656	
		T.	12.333	10.279	7.772	5.181	5.264	40.829	
Fax.Soturno	6.917	H.	122	99	67	45	63	396	915
		M.	141	125	95	73	85	519	
		T.	263	224	162	118	148	915	
Silv. Martins	2.581	H.	124	102	88	70	70	454	700
		M.	60	51	54	36	45	246	
		T.	184	153	142	106	115	700	
Total General	253.109	Total General de mayores						42.444	

Apliqué el cuestionario a sujetos pertenecientes a 14 grupos distintos, en fechas que coincidían con sus encuentros semanales o mensuales y en los respectivos locales a donde acostumbran encontrarse.

De acuerdo con las estadísticas, el 50% de los sujetos de todo el mundo, con más de 50 años, sufren de hipertensión, por lo que puedo estimar que la población objeto es de aproximadamente 21.222 sujetos mayores e hipertensos, o sea, el 50% de 42.444 sujetos con 60 años o más.

Además de las estadísticas estimadas, he constatado la existencia de 42 grupos de sujetos mayores, en Santa Maria y ciudades próximas que, juntos suman 7.807 asociados, donde se incluyen los sujetos de la muestra.

En la Secretaría Municipal de la Salud de Santa Maria, obtuve la información de que dos, de cada tres socios, son mayores. Con este dato, pude establecer la población accesible, que se constituyó de 5.204 sujetos.

Para mejor visualización de los grupos constituidos, que han participado de la investigación, diseñé el cuadro que sigue con la denominación de cada uno de ellos, así como su origen, donde obtuve la muestra:

Grupos que integran la investigación

Antonio Vicente – Asociación de los Diabéticos e Hipertensos de Santa
 Maria

D.A. R. – Asociación de los mayores del barrio Dom Antonio Reis

Dois Irmãos – Grupo de caminata del Shopping Dois Irmãos – Camobi

Dores – Grupo de gimnasia de la Iglesia Dores- Barrio Dores

GSH – Grupo Santamariense de Hipertensos – Centro

Mexe Coração – Grupo de mayores Santa Maria –Centro

Monet – Grupo de caminata del Shopping Monet - barrio Lurdes.

Santa Marta – Grupo de mayores del barrio Santa Marta.

SESC – Grupo de jubilados do Serviço Social do Comércio – Centro –

Agea - Asociación de los Jubilados de la Caixa Econômica Federal

UFSM – Dos Grupos de natación de la Universidade Federal de Santa
 Maria

Amizade – Grupo de mayores de Silveira Martins

Arco Íris – Grupo de mayores de Faxinal do Soturno

4. La muestra

La muestra fue extraída de los sujetos (hombres y mujeres) mayores hipertensos y no hipertensos, con 60 años o más, independientemente de raza, creencia religiosa y formación académica, socios o miembros de grupos de mayores.

De la muestra han participado 59 hombres y 315 mujeres; de los hombres 33 son hipertensos y 26 no; de las mujeres, 186 son hipertensas y 129 no.

Llama la atención el número reducido de hombres que han participado; esto se debe a que los hombres casi no participan de los grupos, que son, básicamente, constituidos por mujeres.

De acuerdo con Gil (1995, p. 98), para que una muestra represente las características de confiabilidad, debe ser compuesta por un número suficiente de caso, el que depende de la extensión del universo, nivel de confianza establecido, error máximo permitido y porcentaje con el cual el fenómeno se verifica.

Como no pretendía generalizar los resultados, y por cuestiones económicas y de tiempo, apliqué el cuestionario de forma aleatoria (Blaxter et al, 2000, p. 116) a todos los sujetos que se presentaron primero, hasta completar cien sujetos que se identificasen con un tipo específico, lo que se puso de manifiesto tras la aplicación del test.

Cuando la muestra alcanzó 102 sujetos, identificados con uno de los dieciséis tipos posibles, concluí la aplicación del cuestionario. Para obtener 102 sujetos de un determinado tipo, apliqué el cuestionario a 374 personas, de los cuales 219 son hipertensos y 155 no. Los no hipertensos corresponden al grupo control de la investigación.

Ningún cuestionario aplicado a los sujetos mayores, hipertensos o no, ha sido excluido. Al encontrar alguna duda, yo me contactaba con los sujetos, por teléfono o volvía al grupo y les pedía para completar la cuestión.

Por atipicidad, fueron excluidos 30 cuestionarios porque los sujetos tenían edad inferior a la solicitada. Estos sujetos son enfermeros, médicos, asistentes sociales y asistentes comunitarios que ayudaban en la aplicación de los cuestionarios. Por el apoyo recibido de estos profesionales, siempre les retorné sus resultados, tal como lo hice con los mayores, sólo que no los incluí en la investigación.

Una vez aplicado el test y obtenida la identificación de los sujetos en las categorías de hipertensos y no hipertensos, en las actitudes, tipos y funciones psicológicas, se tornó posible trabajar con los resultados.

5. Los resultados

Como mi objetivo general fue el de averiguar la relación entre la hipertensión, la actitud introvertida o extravertida, los tipos y las funciones psicológicas predominantes en los sujetos mayores e hipertensos, hice el análisis de los datos recolectados que están registrados en el cuadro 1.

La codificación de los tipos representa un conjunto complejo de relaciones dinámicas entre las funciones (E, I - S, N - T, F - J, P), que constituyen las dieciséis categorías descritas en el cuadro 1. En el estudio realizado, sólo seis combinaciones obtuvieron resultado significativo.

Los sujetos de la muestra están distribuidos en los catorce tipos que constan del cuadro 1: ISTJ, ISFJ, ISTP, ISFP, INFJ, INFP, INTJ, INTP, ENTJ, ENTP, ESTP, ESTJ, ESFJ y ESFP. Cada tipo se identifica con una función

A continuación incluyo dos maneras distintas de cálculos estadísticos, hechos para identificar el porcentaje y el chi-cuadrado de cada situación analizada, por donde se ha verificado la validez o el rechazo científico de los resultados obtenidos.

El trabajo con las tablas se encuentra a continuación, en el análisis y discusión de los datos:

6. Análisis y discusión de los datos

Tablas de contingencia

Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
hipertensión * introversión	374	100,0%	0	,0%	374	100,0%

Tabla de contingencia hipertensión * introversión

Tabla 1

			Introversión		Total
			sí	no	
hipertensión	Sí	Recuento	158	61	219
		Frecuencia esperada	137,6	81,4	219,0
		Residuos corregidos	4,4	-4,4	
	No	Recuento	77	78	155
		Frecuencia esperada	97,4	57,6	155,0
		Residuos corregidos	-4,4	4,4	
Total		Recuento	235	139	374
		Frecuencia esperada	235,0	139,0	374,0

Pruebas de chi-cuadrado - Tabla 2

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	19,621(b)	1	,000		
Corrección por continuidad(a)	18,671	1	,000		
Razón de verosimilitud	19,578	1	,000		
Estadístico exacto de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	19,569	1	,000		
N de casos válidos	374				

A. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

B. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 57,61.

Los valores de la significación. Asintótica (bilateral) < 0,05 y de los de residuos corregidos > 1,96 indican que se confirma una relación significativa de hipertensión e introversión, según los porcentajes hallados.

Para el cálculo del chi-cuadrado de las tablas 3 y 4 no fueron incluidos cuatro sujetos de la muestra, identificados con los tipos INFP (1); INTJ (1); INTP (1); ENTP (1), porque su frecuencia ocurre sólo una vez (en los hipertensos o en los no hipertensos), no presentando reciprocidad en las variables observadas.

Tabla 3 Número de mayores mostrados (N), porcentaje del total (%) y contribución con la estimativa del chi-cuadrado (QQ), clasificados por actitud psicológica e hipertensión.

Tipos psicológicos	Hipertensión						Total	
	Si			No				
	N	%	QQ	N	%	QQ	N	%
Extrovertido	61	16,31	5,06	78	20,86	7,27	139	37,17
Introverso	158	42,25	3,01	77	20,59	4,32	235	62,83
Total	219	58,56		155	41,44		374	100
Chi-cuadrado = 19,66; GL = 1; Significación = 0,0001								

Cuando evaluamos la relación entre actitud e hipertensión, verificamos que la ocurrencia de sujetos mayores hipertensos depende de la actitud introvertida. En otros términos, la frecuencia de mayores hipertensos con actitud introvertida no es proporcional a la frecuencia de mayores no hipertensos conforme las tablas 1 y 3.

En sujetos mayores no hipertensos no hay diferencia en el porcentaje de extravertidos (20,86%) e introvertidos (20,59%). Sin embargo, para mayores hipertensos, la proporción entre extravertidos (16,31%) e introvertidos (42,25%) es bien acentuada. Por lo que puedo concluir que los sujetos mayores e hipertensos pertenecen en mayor número a la actitud introvertida.

A continuación incluyo la tabla 4, respecto la contribución de la muestra (sujetos mayores) con la estimativa del chi-cuadrado, clasificado por los tipos psicológicos y la hipertensión.

Tabla 4 Número de mayores mostrados (N), porcentaje del total (%) y contribución con la estimativa del Chi-cuadrado (QQ), clasificados por tipos psicológicos e hipertensión. Para el cálculo del QQ fueron excluidos los # que presentan frecuencia esperada menor de que a unidad.

Tipos psicológicos	Hipertensión							
	Si			No			Total	
	N	%	QQ	N	%	QQ	N	%
ENTP	0	0	#	1	0,27	#	1	0,27
ENTJ	1 ^{a*}	0,27	0,33	2 ^a	0,53	0,47	3	0,8
ESFJ	20 ^a	5,35	0,25	18 ^a	4,81	0,37	38	10,16
ESFP	3 ^a	0,8	0,17	1 ^a	0,27	0,25	4	1,07
ESTJ	32 ^a	8,56	3,94	45 ^a	12,03	5,65	77	20,59
ESTP	5 ^a	1,34	2,08	11 ^a	2,94	2,98	16	4,28
Sub. total	61 ^a	16,32		78	20,85		139	37,17
INFJ	3 ^a	0,8	0,17	1 ^a	0,27	0,25	4	1,07
INFP	1 ^a	0,27	#	0	0	#	1	0,27
INTP	0	0	#	1	0,27	#	1	0,27
INTJ	0	0	#	1	0,27	#	1	0,27
ISFJ	34 ^a	9,09	0	24 ^a	6,42	0	58	15,51
ISFP	6 ^a	1,6	0,35	2 ^a	0,53	0,5	8	2,14
ISTJ	102 ^a	27,27	4,31	39 ^b	10,43	6,18	141	37,7
ISTP	12 ^a	3,21	0,01	9 ^a	2,41	0,02	21	5,61
Sub. total	158	42,25		77	20,59		235	62,84
Total	219 ^a	58,56		155 ^b	41,44		374	100

chi-cuadrado = 28,31; GL = 9; Significación = 0,001

Número de tipos psicológicos (N) no ligados por la misma letra (en la línea) difieren por el teste Chi-cuadrado (igualdad de proporción entre hipertensos y no-hipertensos) a 5% de probabilidad de error.

Al aplicar el test chi-cuadrado, hipótesis de igualdad de proporciones entre hipertensos y no hipertensos, dentro de cada tipo psicológico, observo que, para los ISTJ, la proporción de hipertensos (102) el 27, 27% de la muestra, es significativamente superior comparándose el dato con los no hipertensos (39) el 10,43% de la muestra.

Para los demás tipos psicológicos la proporción entre hipertensos y no hipertensos no difiere, o sea, hay 50% para cada tipo, por lo que no son responsables por la relación investigada.

Considerando los tipos psicológicos, he verificado, en la tabla 4 que, ESTJ e ISTJ, son los tipos que determinan la mayor parte de la dependencia entre hipertensión, la actitud consciente y los tipos psicológicos.

Partiendo de los tipos psicológicos, por donde se identificó que el tipo ISTJ concentra mayor número de sujetos hipertensos, llegué también a las funciones dominante, auxiliar, terciaria e inferior, sobre las cuales realicé la próxima tabla.

Tabla 5: Número de mayores muestreados (n) (n), porcentaje del total (%) y contribución con la estimativa del chi-cuadrado (QQ), clasificados por actitud (I y E) y funciones (S, T, F e N) con hipertensión (Si y No) para las funciones dominante, auxiliar, terciaria e inferior.

Chi-cuadrado de Pearson, con tres grados de libertad, significativo en el nivel de 1% de probabilidad de error.

Función	Introverso (I)				Extraverso (E)				Total		374%	
	n	%	374%	QQ	n	%	374%	QQ	n	%		
Hipertensión = Si												
Dominante	S	136	62,1	36,36	9,92	8	3,6	2,24	25,71	144	65,7	38,5
	T	12	5,4	3,21	12,9	33	15,1	8,82	33,42	45	20,5	12,03
	F	7	3,2	1,87	7,99	20	9,1	5,35	20,71	27	12,3	7,22
	N	3	1,3	0,8	0,32	0	0	0	0,84	3	1,3	0,8
Total	158	72,1	42,25	-	61	27,9	16,31	111,81*	219	100	58,6	
Hipertensión = No												
Dominante	S	63	40,65	16,84	17,79	12	7,7	3,21	17,56	75	48,4	20,05
	T	10	6,4	2,67	11,85	47	30,3	12,57	11,7	57	36,8	15,24
	F	2	1,3	0,53	6,34	18	11,6	4,81	6,26	20	12,9	5,35
	N	2	1,3	0,53	0,17	1	0,6	0,27	0,17	3	1,9	0,8
Total	77	49,7	20,59	-	78	50,3	20,86	71,83*	155	100	41,44	
Hipertensión = Si												
Auxiliar	F	3	1,4	0,8	5,95	37	16,9	9,89	2,3	40	18,3	10,69
	T	5	2,3	1,34	20,64	102	46,6	27,27	7,97	107	48,8	28,61
	S	52	23,7	13,9	54,18	18	8,2	4,81	20,92	70	31,9	18,71
	N	1	0,4	0,27	0,35	1	0,4	0,27	0,49	2	0,9	0,53
Total	61	27,8	16,31	-	158	72,2	42,25	112,44*	219	100	58,55	
Hipertensión = No												
Auxiliar	F	1	0,6	0,27	11,16	25	16,1	6,68	11,31	26	16,8	6,95
	T	12	7,7	3,21	7,67	40	25,8	10,7	7,77	52	33,5	13,91
	S	63	40,6	16,84	17,82	11	7,1	2,94	18,05	74	47,7	19,78
	N	2	1,3	0,53	0,16	1	0,6	0,27	0,15	3	1,9	0,8
Total	78	50,3	20,86	-	77	49,7	20,59	74,10*	155	100	41,4	
Hipertensión = Si												
Terciaria	T	3	1,4	0,8	5,95	37	16,9	9,89	2,3	40	18,3	10,69
	F	5	2,3	1,34	20,64	102	46,6	27,27	7,97	107	48,8	28,61
	S	1	0,4	0,27	0,35	1	0,4	0,27	0,14	2	0,9	0,53
	N	52	23,7	13,9	54,18	18	8,2	4,81	20,92	70	31,9	18,71
Total	61	27,8	16,31	-	158	72,2	42,25	112,44*	219	100	58,6	
Hipertensión = No												
Terciaria	T	1	0,6	0,27	11,16	25	16,1	6,68	11,31	26	16,8	6,95
	F	12	7,7	3,21	7,67	40	25,8	10,7	7,77	52	33,5	13,91
	S	2	1,3	0,53	0,16	1	0,6	0,27	0,16	3	1,9	0,8
	N	63	40,6	16,84	17,82	11	7,1	2,94	18,05	74	47,7	19,78
Total	78	50,3	20,86	-	77	49,7	20,59	74,10*	155	100	41,4	
Hipertensión = Si												
Inferior	N	8	3,6	2,14	25,71	136	62,1	36,36	9,92	144	65,7	38,5
	F	33	15,1	8,82	33,42	12	5,5	3,21	12,9	45	20,5	12,03
	T	20	9,1	5,35	20,71	7	3,2	1,87	7,99	27	12,3	7,22
	S	0	0	0	0,84	3	1,3	0,8	0,32	3	1,3	0,8
Total	61	27,8	16,31	-	158	72,2	42,24	112,01*	219	100	58,6	
Hipertensión = No												
Inferior	N	12	7,7	3,21	17,56	63	40,6	16,84	17,79	75	48,4	20,05
	F	47	30,3	12,57	11,7	10	6,4	2,67	11,85	57	36,8	15,24
	T	18	11,6	4,81	6,26	2	1,3	0,53	6,34	20	12,9	5,34
	S	1	0,6	0,27	0,17	2	1,3	0,53	0,17	3	1,9	0,8
Total	78	50,3	20,86	-	77	49,7	20,59	71,93*	155	100	41,4	

La suma de los tipos ISTJ e ISFJ es de 136 sujetos (ISTJ: 102; ISFJ: 34) hipertensos introvertidos. Estos dos tipos presentan la Sensación Introvertida como función dominante y la Intuición extravertida como función auxiliar.

Lo que distingue los ISFJ de los ISTJ son las preferencias en la jerarquía de las funciones auxiliar (el Sentimiento) y terciaria (el Pensamiento) que cambian sus posiciones de uno para otro tipo.

En la muestra de hipertensos (219) es acentuada la frecuencia de la Sensación Introvertida: 136 sujetos o (62,10%), comparada con la frecuencia de esta misma función en 63 sujetos o (40,65%) del total de 155 no hipertensos.

Los 136 sujetos hipertensos, que presentan la Sensación introvertida como función dominante, corresponden al 36,36% de la muestra (374 mayores), mientras que los 63 sujetos no hipertensos que tienen la misma función dominante corresponden al 16,84 % de la muestra.

La suma y los porcentuales de los sujetos, introvertidos o extravertidos, hipertensos y no hipertensos, en la función inferior sigue igual a la función dominante. Lo que cambia son las posiciones de los tipos en la función.

Así que, la función inferior que presenta mayor frecuencia en los hipertensos es la Intuición (N) extravertida que suma 136 sujetos o el 36,36% de la muestra. En los no hipertensos esta misma función suma 63 sujetos o el 16,84% de la muestra.

La función auxiliar con más frecuencia en los hipertensos es el Pensamiento (T) extravertido que suma 102 sujetos o el 27,27% de la muestra.

Ya en los no hipertensos predomina la Sensación introvertida, con 63 sujetos o el 16,84% de la muestra.

De todos los modos el Pensamiento extravertido es significativamente superior a la Sensación introvertida, por lo que se mantiene el predominio del primero, cuando los datos son comparados en la muestra. Las proporciones son de 1,62 (Pensamiento extravertido) en los hipertensos para uno de la Sensación introvertida en los no hipertensos: $(102: 63 = 1,62)$.

Los mismos datos y análisis de la función auxiliar se aplican a la función terciaria, pues sólo cambian las posiciones en la jerarquía. En la función terciaria el Sentimiento extrovertido es significativamente mayor que la Intuición introvertida en los hipertensos (102 y 63).

Partiendo del tipo ISTJ puedo afirmar que la combinación jerárquica de las funciones STFN (Sensación introvertida; el Pensamiento, Sentimiento e Intuición extravertidos) determinan la relación de la hipertensión en los sujetos introvertidos de la muestra.

Para una mejor visualización, muestro las clasificaciones de los sujetos cuanto a la hipertensión, la actitud introvertida o extravertida, los tipos y las funciones, por medio de gráficos.

Figura 1. Clasificación de los mayores de la muestra cuanto a la hipertensión.

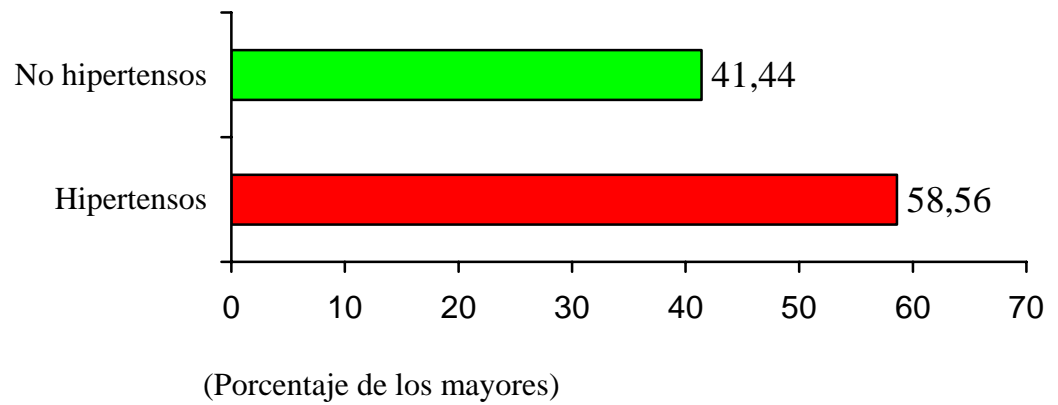


Figura 2. Clasificación de los mayores de la muestra cuanto a su actitud psicológica.

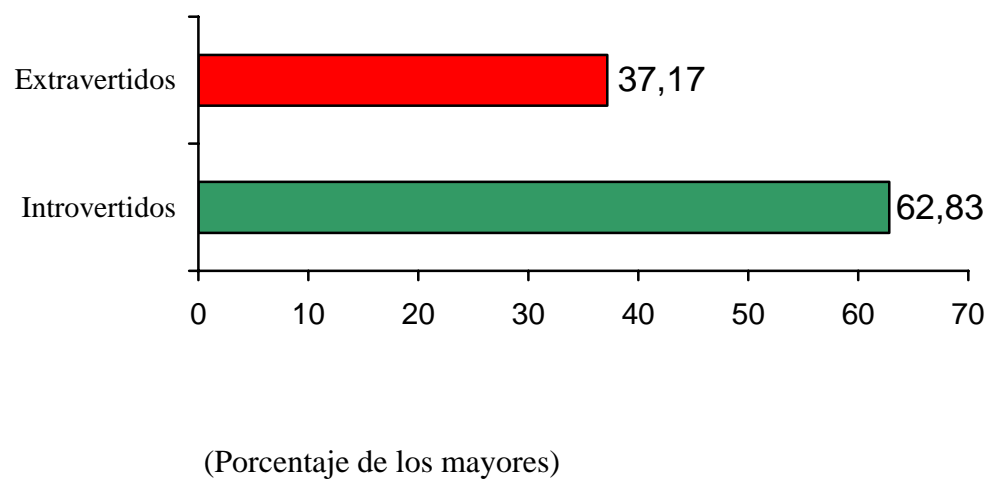


Figura 3. Clasificación de los mayores de la muestra cuanto a la hipertensión y la actitud psicológica.

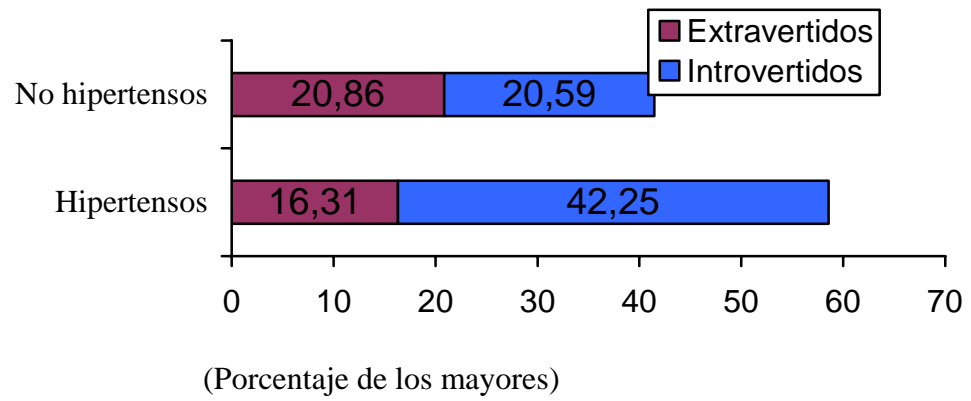
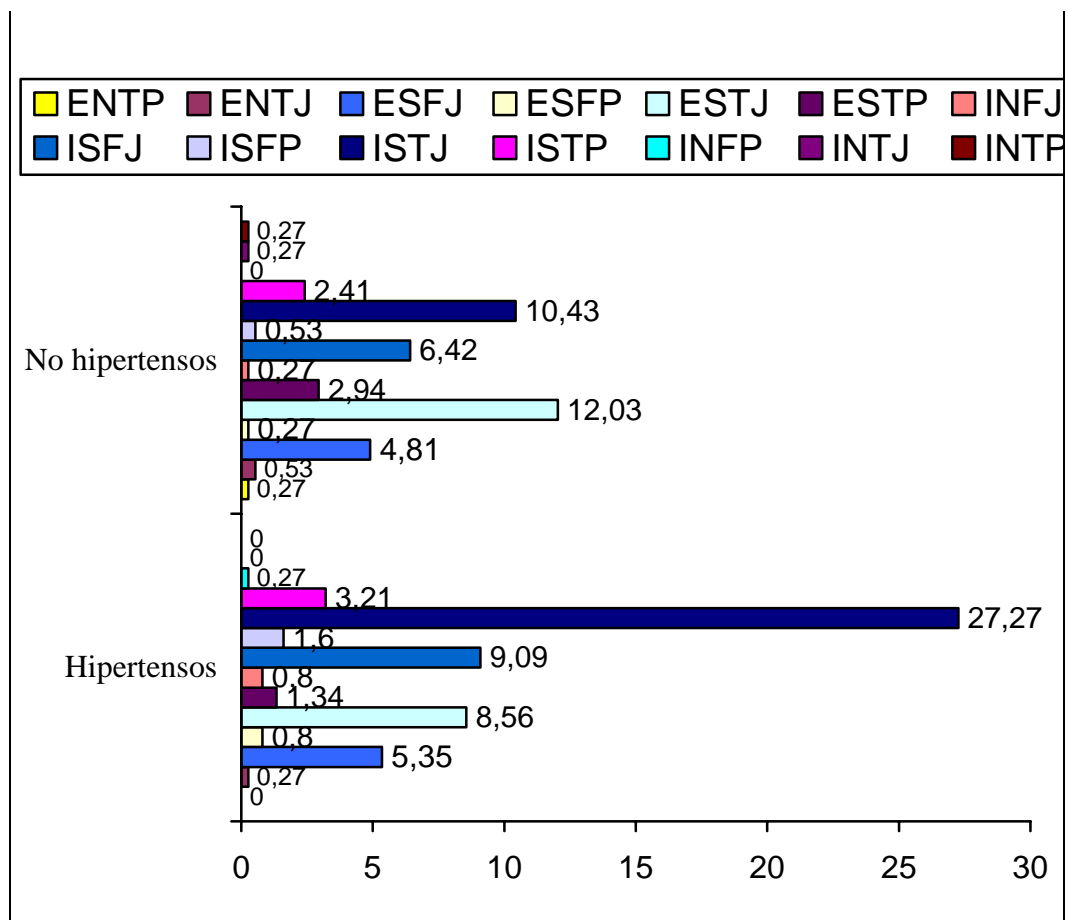
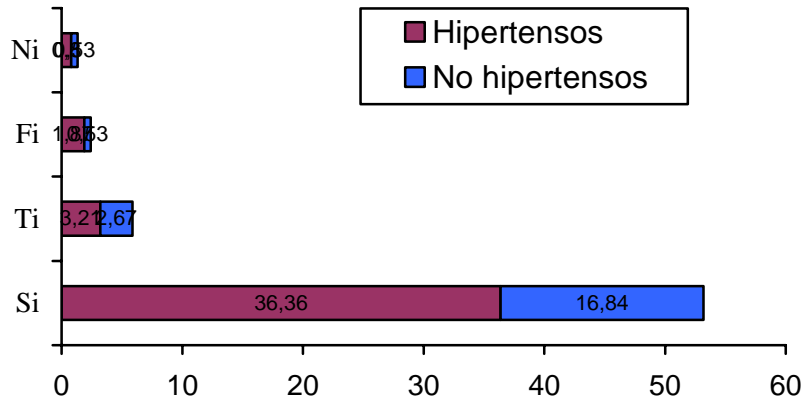


Figura 4. Clasificación de los mayores de la muestra cuanto la hipertensión y los tipos Psicológicos.



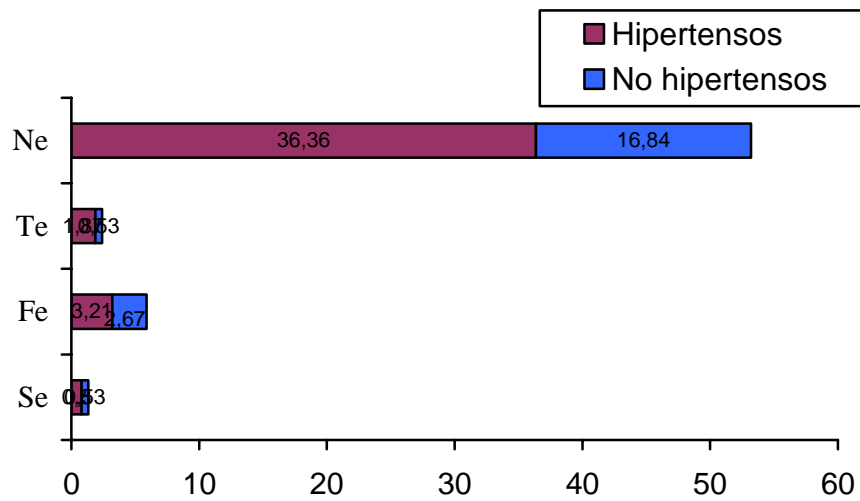
(Porcentaje de los mayores)

Figura 5. Función dominante en los introvertidos



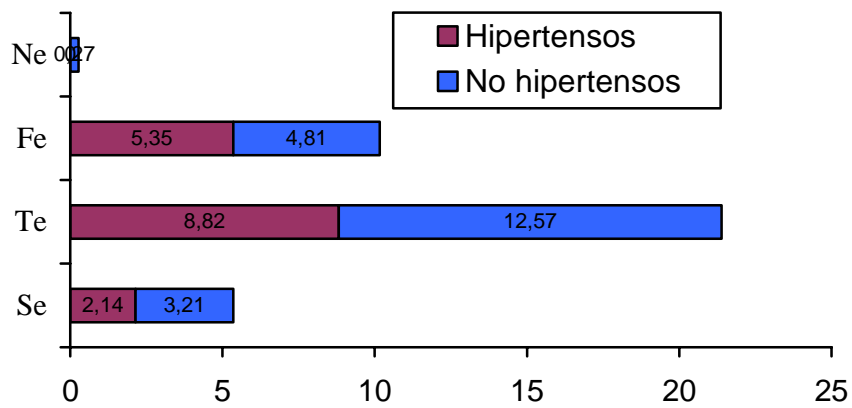
(Porcentaje de los mayores)

Figura 6: Función inferior en los introvertidos



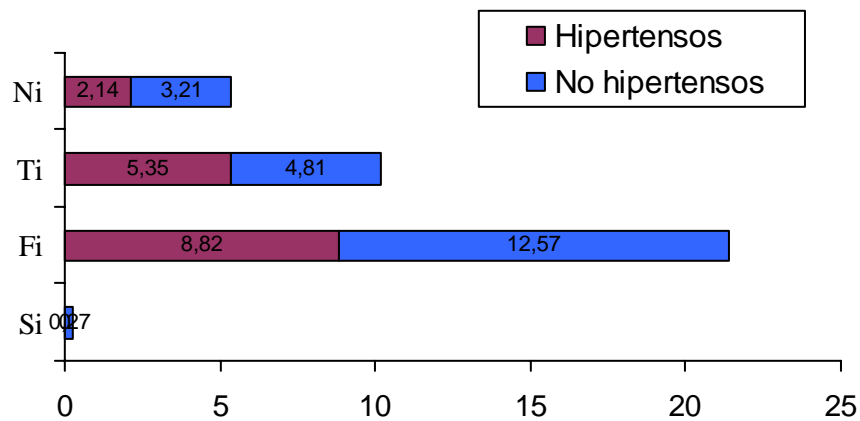
(Porcentaje de los mayores)

Figura 7. Función dominante de los extravertidos



(Porcentaje de los mayores)

Figura 8: Función inferior de los Extravertidos



(Porcentaje de mayores)

Figura 9: Función auxiliar en los introvertidos

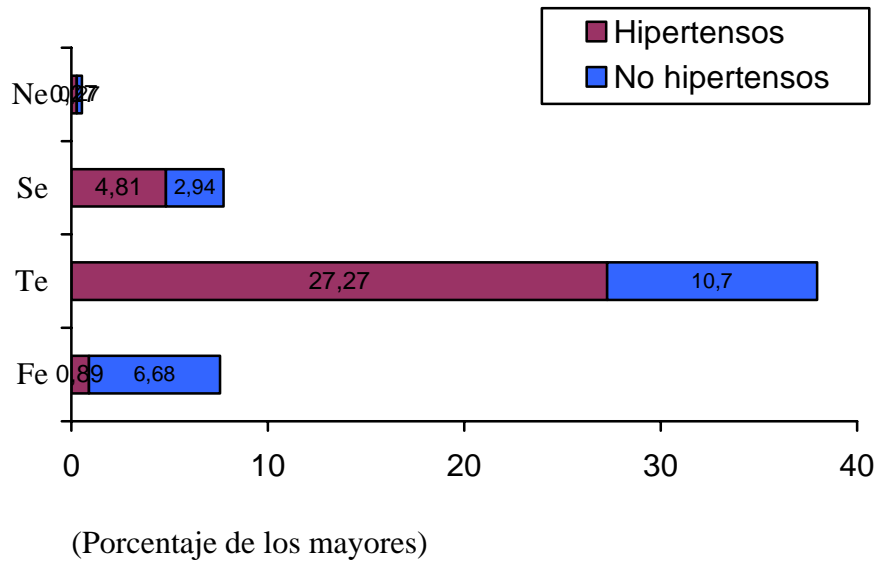


Figura 10: función terciaria en los introvertidos

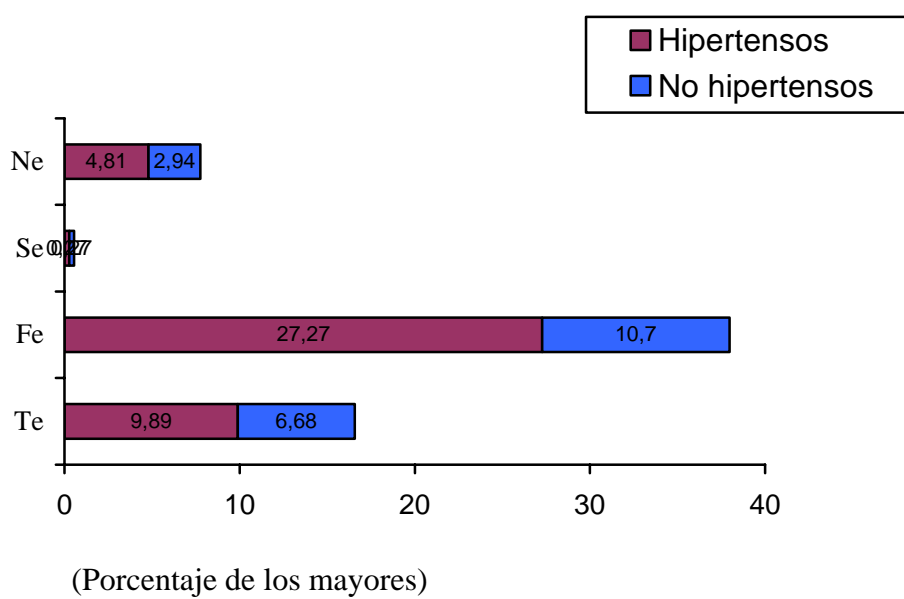


Figura 11: Función auxiliar en los extravertidos

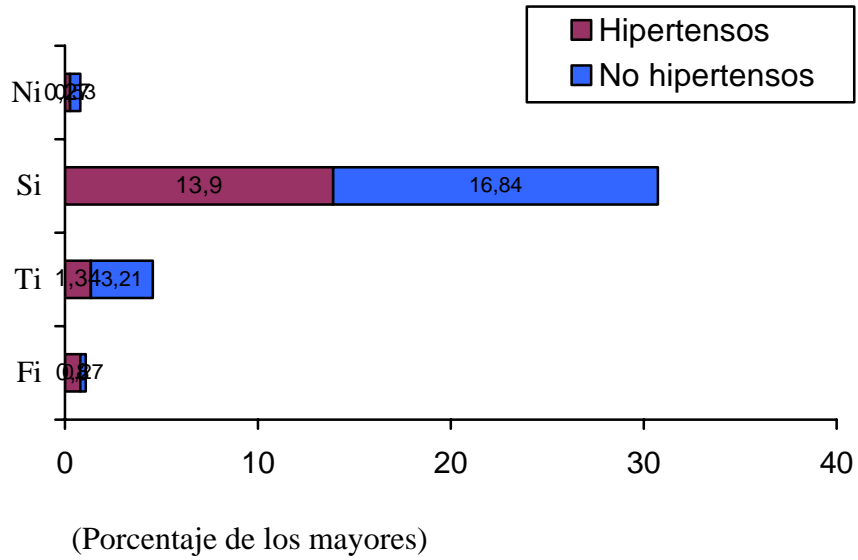
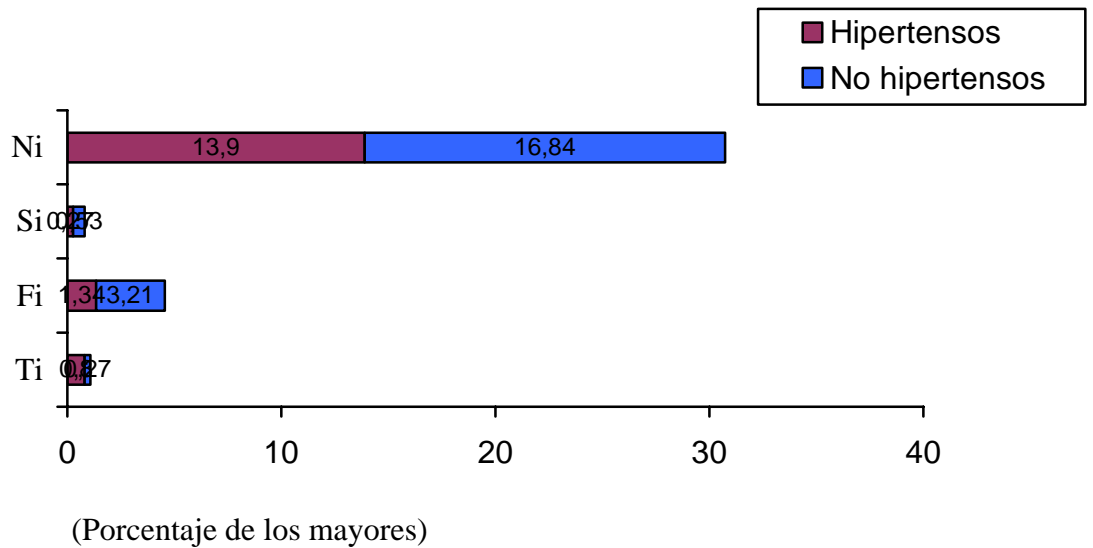


Figura 12: función terciaria en los extravertidos



Como mi investigación se basó en teorías respecto a los tipos psicológicos y la función inferior, como posibles factores de interacción en la hipertensión, realicé entrevistas con los sujetos cuya presión arterial era superior a los patrones normales, mismo tomando medicinas. Incluyo aquí el cuadro de los datos recogidos por medio de entrevistas.

Cuadro de hipertensión superior a los 120 x 80 - antes y después de las psicoterapias						
Tipos	Sujetos	Edad	P.A *	P.A*	Años de hipertensión	Años de Participación en el grupo
ESTJ	1	79	180 x 120	120 x 80	36	2
ISTJ	2	65	180x 100	120 x 70	12	1
ISFJ	3	68	150 x 90	120 x 70	32	2,5
ISTJ	4	66	180 x 110	110 x 70	2	1,5
ENTJ	5	68	140 x 90	140 x 90	20	2,5
ESTJ	6	79	220 x 130	140 x 80	15	2,5
ISTJ	7	74	180 x 120	140 x 10	10	2,5
ISTJ	8	71	200 x 130	160 x 90	2	2,5
ISTJ	9	68	150 x 90	120 x 80	10	2,5

* = Presión arterial

Incluyo aquí otro cuadro, en donde constan los datos respecto al número de sujetos y sus tipos psicológicos, obtenidos por medio de la aplicación del Test, el año 2004, de la Asociación de Hipertensos de Santa Maria.

Asociación de Hipertensos de Santa Maria en 2004	
TIPO	Total
ENTJ	1
ESTJ	3
ISFJ	3
ISFP	1
ISTJ	12
ISTP	1
T.G.	21

Para las entrevistas utilicé preguntas preestablecidas para pautar la relación entre la teoría y la variable observada. La entrevista no se realizó de una manera cerrada, dejaba que se expresasen con libertad, sin huir de mi objetivo.

En la traducción de las entrevistas algunas frases quedan cortadas y otras con un sentido raro. Ellas se encuentran así porque opté por conservar su literalidad y para mantenerme fiel a sus comentarios y a la manera de hablar de las personas que formaron parte de la investigación.

Los datos significativos son observables en el cuadro respecto a la mantención o los cambios que se han generado a lo largo del período en que he trabajado con psicoterapias grupales de relajación e imaginación activa.

Por medio de las entrevistas se puso de manifiesto que ocho de los nueve sujetos entrevistados han reducido su presión arterial y apenas uno la mantuvo en los patrones anteriores, en él que no se ha observado ningún cambio en la hipertensión.

Es posible observar que del 88,89% (ocho sujetos) que presentaron reducción de la presión sanguínea, el 55,55% (cinco) alcanzaron los niveles de la normalidad. Tres bajaron la presión, mientras tanto no la han regularizado: el 22,22% (dos) llegaron a los 140 por 80, el 11,11% (uno) llegó a los 160 por 90; el 11,11% (uno) no ha presentado reducción en la presión.

Los sujetos se encuentran distribuidos en cuatro tipos psicológicos: ESTJ (2); ISTJ (5); ISFJ (1); Y ENTJ (1). El sujeto identificado con el tipo ENTJ es el que no presentó reducción de su presión arterial.

De los nueve sujetos que han participado de las entrevistas, seis son introvertidos y tres extravertidos. De los seis introvertidos, cuatro presentan ahora la presión arterial normal y dos han logrado bajarla, sin embargo no alcanzaron los niveles normales, o sea, 120 por 80.

De los tres extravertidos, uno obtuvo la normalización de su presión arterial, otro ha logrado la reducción para 140 por 80 y el tercero no ha logrado ninguna reducción, manteniendo su presión sanguínea en 140 por 90.

En el cuadro de las entrevistas se encuentran las respuestas a las preguntas hechas respecto a los años de duración de la hipertensión, las medicinas tomadas, la edad y el tiempo de participación en las actividades que desarrolló con ellos en el grupo, acrecido de sus tipos psicológicos.

Sus participaciones en las actividades en el grupo varían de un año hasta dos años y seis meses (tiempo seguido en que estoy trabajando con ellos). Mi actuación en la Asociación de los Hipertensos es más larga, encontrándose interrumpida, algunas veces, por mis viajes de estudios.

Transcribo aquí algunos contenidos expresados por los entrevistados, respecto a las psicoterapias, la hipertensión y también, sobre los aspectos emocionales, de dolor y sufrimientos que han cargado sus vidas y, que remiten a relaciones psicosomáticas.

En la pregunta que les hice, respecto a su mayor sufrimiento, actual o pasado, obtuve las siguientes contestaciones: dolor en la columna, dolor de cabeza conflicto entre hijos, estar sólo, cosas que no se encuentran bien y que no pueden corregir, problemas familiares, como la muerte de hijos, padres y

hermanos, el nerviosismo, ansiedad, angustia, convivir con sujetos alcoholizados, tener los hijos pequeños y tener que dejarlos encerrados en casa para salir a trabajar.

Dijo la entrevistada “R”: - ISTJ:

Eu tive muitos problemas familiares: problemas de doença. Eu tive muitas perdas. Eu perdi familiares de seis em seis meses. Perdi a mãe. Logo adoeceu a irmã, em dois meses. Logo adoeceu e faleceu o meu cunhado, em quatro meses. Dali seis meses faleceu a minha irmã. Seis meses depois faleceu um sobrinho, que descobriu um câncer. Dali a seis meses faleceu o meu irmão. Este é o meu problema maior.⁵⁰

Cito también como ejemplo lo que expresó la entrevistada “M. I.”- ISTJ:

Hoje faz 24 anos que a minha filha faleceu. Eu lembro momentos assim, do dia que ela foi pra sala de cirurgia... Muitas coisas! Ela nunca se

⁵⁰ Tuve muchos problemas de familia: problemas de enfermedad. Tuve muchas pérdidas. Perdí familiares de seis en seis meses. Perdí a mi madre. Después, en dos meses enfermó mi hermana. Cuatro meses después enfermó y murió mi cuñado. Seis meses después murió mi hermana. Seis meses después murió mi sobrino porque desarrolló un cáncer. Seis meses después murió mi hermano. Este es mi mayor problema.

queixou pra mim, ela nunca chorou perto de mim! E eu nunca chorei perto dela. Me mantive assim. Ah, mas isso, mas isso me repercutiu tanta coisa! Quem sabe essas coisas aí foram calando, calando! Como um copo que vai enchendo de água!⁵¹

La muerte de personas cercanas, aunque haga muchos años, mantiene sus efectos, generando dolor y llanto. Los efectos emocionales que se han producido influyen mucho, actúan como si el hecho hubiera ocurrido en un tiempo muy cercano.

En estos sujetos la pérdida de familiares pasó a ejercer una influencia intensa, apoderándose de sus inconscientes y, al imponerse a sus consciencias, les ha dominado la voluntad del Yo, engendrándoles cadenas de dependencia, de las cuales están intentando libertarse, lo que se hace notable por la reducción o equilibrio de la hipertensión.

Preguntados respecto a la función corporal o emocional que más se afecta al enfrentar dificultades, me han contestado que el insomnio, el pavor, la angustia, la ansiedad y el nerviosismo, la agitación y la ansiedad, dolor en la columna, el estómago y el corazón son los más afectados. La ansiedad, la angustia, el nerviosismo y el insomnio fueron los más apuntados.

⁵¹ Hoy hace 24 años que mi hija falleció. Me acuerdo así, del día que fue para el quirófano...! Muchas cosas! Ella jamás se quejó, ella jamás lloró cerca de mí. ¡Yo jamás lloré cerca de ella! Me mantuve así. Pero eso generó tantas cosas Es posible que estas cosas fueron calando, ¡calando! ¡Como un vaso que se va llenando de agua!

Cito aquí el ejemplo, la entrevistada “R” – ISTJ- que así se expresa:

Eu sinto uma angústia. Tive problemas graves: hérnia de hiato, gastrite, uma úlcera duodenal. Tudo isso acho foi resultado disso aí. Vê, eu tenho perda de audição e os médicos dizem que é de fundo emocional. Foi feito, fiz todos os exames. Não apareceu nenhum motivo. Dizem que é de fundo emocional.⁵²

Cito también la entrevistada “E” – ISTJ- que ha dicho:

Minha pressão sobe e eu fico assim, só respirando, parece que me falta o ar. Só respirando. Eu fico naquela ansiedade, assim sabe. É um aperto que eu tenho..., não é dor, mas é uma coisa... chata eu tenho toda hora...suspiro, suspiro e suspiro e a pressão sobe.⁵³

⁵² Siento una angustia. Tuve problemas graves: hernia de hiato, gastritis, úlcera duodenal. Creo que todo fue consecuencia de eso. ¿Ves?, tengo pérdida de audición y los médicos dicen que es de fondo emocional. Hice todos los exámenes. No apareció ningún motivo. Dicen que es de fondo emocional.

⁵³ Mi presión sube y yo me quedo así, sólo respirando, parece que me falta el aire. Sólo respirando. Me quedo con ansiedad, así. Es un ahogo que yo tengo..., no es dolor, pero es una cosa... desagradable que tengo a todas horas. Suspiro, suspiro y suspiro y la presión sube.

Respecto a los mismos síntomas, la entrevistada “I”- ENTJ- dice: “É os nervos [...] Fico com insônia e choro. Choro por qualquer coisinha”.⁵⁴ Es necesario señalar que esta persona no obtuvo cambios en su presión sanguínea con las psicoterapias hechas conmigo.”

Aún respecto a los síntomas, la entrevistada “M. I.- ISTJ - dice:

Ai, eu sinto uma agitação, uma agitação! Eu acho que não tenho nada no coração... Sinto também uma agitação, assim, uma agitação. Nem que eu queira, nem que eu queira controlar, não controlo. É uma ansiedade, uma ansiedade. Durmo com dois travesseiros. Com um, eu não consigo dormir [...] Engraçado, de noite, quando eu deito, ela vai acalmando! De certo eu vou relaxando, vai acalmando. Basta eu levantar para ir ao banheiro que ela volta [...].⁵⁵

⁵⁴ Son los nervios [...] Sufro con insomnio y lloro. Lloro por cualquier cosa.

⁵⁵ ¡Siento una agitación, una agitación! Creo que no tengo nada en mi corazón...siento también una agitación, así, una agitación. Aunque yo quiera, aunque yo quiera controlar, no controlo. Es una ansiedad, una ansiedad. Duermo con dos almohadas. Con una no consigo dormir [...].Curioso, por la noche cuando me acuesto, ella se va calmando. Creo que me relajo y se va calmando. Es suficiente que yo me levante para ir al lavabo que ella vuelve.

Cumple decir que la entrevistada “M. I.” obtuvo la reducción de la hipertensión, mientras tanto, esta no ha llegado a los niveles de la normalidad.

He constatado por medio de los entrevistados que, con frecuencia se encontraban sometidos a estados de ansiedad, angustia, opresión o dolor corporal, lo que remite a la actuación de la función inferior, que se hace perceptible con la manifestación de síntomas de esta orden.

Si el inconsciente entra en oposición con la conciencia, la función inferior despierta intuiciones arcaicas que alcanzan el consciente y allí distribuyen sus acciones perniciosas, imponiéndose de manera compulsiva al individuo, dice Franz.

Al imponerse de manera compulsiva al individuo, las intuiciones arcaicas lo recubren de ideas obsesivas, de la peor especie, llevándolo al borde constante de conflictos, lo que puede engendrar síntomas psicósomáticos, donde se puede incluir los de la hipertensión.

De acuerdo con la teoría estudiada puedo decir que estas modificaciones del estado normal de la salud, son indicativos del fortalecimiento inconsciente de la influencia de los factores generadores que contienen una grandeza de poder indudable, así como lo entiende Jung.

Los tres sujetos citados han experimentado la muerte de familiares, incluyendo la de hijos (en dos casos) y el dolor se mantiene presente. Esto me permite concluir que el movimiento psíquico engendrado por el dato objetivo (la muerte) aún ejerce una influencia muy intensa en sus vidas.

En estos casos la ansiedad, el insomnio, la agitación, por ejemplo, se imponen a la conciencia, dominando la voluntad del Yo, que sucumbe a su fuerza superior y por más que haya el intento de retomar el control, el sujeto se torna cada vez más esclavo del objeto o dato objetivo.

Al contestar a la pregunta respecto a las situaciones que los hacen sufrir como si se encontrasen en el infierno, me han dicho que esta sensación les ocurre cuando tienen que quedarse solos en la casa, por la pérdida de hijos, miedo de enfermedades, miedo de la muerte, sentimiento de culpa y problemas de difícil solución en la familia.

Respecto a la pregunta, la entrevistada “J” - ESTJ- así se expresa:

Porque ele bebia e eu [...] e quando a gente tem os filhos meio pequenos a gente fica meio neurótica, faltando as coisas e eu trabalhava também. Naquela época em que eu trabalhava era [...] não era como agora. Não tinha um salário direito. Agora tem. Cada um pagava o que queria. Pagavam o que queriam esses ricos aí. Isto para mim era como estar no inferno.⁵⁶

⁵⁶ Porque él (su marido) se emborrachaba y yo [...] cuando tenemos los hijos pequeños nos quedamos un tanto neuróticos porque no tenemos las cosas y porque yo también trabajaba. En aquella época no era como ahora. Los sueldos eran distintos. Ahora hay. Pagaban lo que les daba la gana, estos ricos. Esto para mí era como estar en el infierno.

La entrevistada “M” – ISTJ - dice que lo que le hace sentirse como se estuviera en el infierno es lo que sigue:

Eu tenho aqueles problemas que sempre me atingem. Lá em casa é uma Central de Segurança lá em casa, lá na minha casa. Então eu vejo bastante a minha neta: Ai! Troca de empregada tira uma y coloca outra. Trabalha que é uma louca! E isto mexe comigo.⁵⁷

Por las respuestas de los sujetos puedo entender que situaciones que interfieren en la cuestión de su vivir y sobre las cuales no tienen el dominio para generar cambios, les afecta de manera significativa a su salud.

De esta manera y contra su voluntad consciente, el objeto se va imponiendo cada vez más al sujeto, despertando afectos antagónicos y duraderos en su índole, interfiriendo en sus sueños, en su vida cotidiana, en su tensión arterial, empujándole, muchas veces, a cambiar completamente de actitudes.

Preguntados sobre lo que tenían que decir respecto a las psicoterapias de relajación e imaginación activa, todos han manifestado un balance muy positivo por lo que venimos trabajando.

⁵⁷ Tengo aquellos problemas que siempre me cogen. En casa funciona una Central de Seguridad, allí en casa, allí en mí casa[...]. yo veo mucho mi nieta cambiando de empleada despide a una contrata a otra [...]. Trabaja como una loca. Esto me conmueve.

Cito aquí la respuesta de la entrevistada “M” o su opinión respecto al trabajo:

Muito boa! E não sou só eu. Bastantes pessoas! Eu ouço e sinto! [...] Assim ó: “A Eloí ajuda muita gente”! Arranca problemas. Uma lá disse que tinha um problema enorme! A “O” aquela. Ela tinha um problema de quando era criança lá e ela até falou lá. Você a ajudou a mudar.⁵⁸

Respecto a la misma pregunta, la entrevistada “J” así se ha manifestado:

Eu fico mais leve, a gente fica ótima. Eu acho que todos gostam de ti. Assim de coração! As pessoas que me falam sempre dizem. Porque tu atendes com o coração e não com os olhos. É com o coração que tu atende.

⁵⁹

Respecto a la pregunta de las psicoterapias, la entrevistada “A” – ISFJ - dijo que las actividades: “Ajudam! Porque o meu problema de pressão alta é

⁵⁸ ¡Muy bueno! Y no soy sólo yo que lo digo. ¡Muchas personas lo dicen! ¡Oigo y siento! [...] Así, mira: “Eloí ayuda a mucha gente”. Quita los problemas. Una dijo que tenía un ¡problema enorme! La “O”, aquella. Ella tenía un problema de cuando era niña y ella dijo que tú la has ayudado a cambiar.

⁵⁹ Me percibo más leve, nos quedamos óptimas. Creo que todos te quieren mucho. ¡Así de corazón! Las personas que me hablan siempre dicen: Porque tú atiendes con el corazón y no con los ojos. Es con el corazón que tú trabajas”.

problema nervoso e eu com estes grupos [...], esta coisa, fui vendo que a vida é outra [...], que a vida é boa se a gente sabe lidar com ela”.⁶⁰

La entrevistada “E”- ISTJ- así se ha expresado:

Depois dos exercícios que faço contigo, eu saio de lá outra pessoa. Eu disse para o meu marido que eu quero levá-lo pra lá. E ele vai ir. Em geral eu comento com ele: Ai! A gente se sente assim! [...]. A gente se sente assim. A gente sai aliviada de lá. Eu adoro! Adoro mesmo! Eu chego a dormir, quando tu estás fazendo os exercícios. É tão relaxante, né. É uma terapia, eu disse ao meu marido, é uma terapia que parece um calmante pra gente. Que a gente chega a sonhar! Imagina que tu estás sonhando, né. Sonhando! Ai, que coisa boa! Chego a escutar as ondas verdadeiras do mar, né. Ai, que coisa mais linda! A gente viaja naqueles teus exercícios [...] que tu faz. Coisa mais boa!⁶¹

⁶⁰ ¡“Ayudan! Porque mi problema de presión alta es un problema nervioso e yo con estos grupos [...], esta cosa, fue constatando que la vida es otra [...], que la vida es buena si sabemos lidiar con ella”.

⁶¹ Después de los ejercicios que hago contigo, salgo como si fuera otra persona. He dicho a mi marido que deseo que me acompañe en el grupo. Y él me va a acompañar. En general le comento: ¡Ay! Nos sentimos así [...]. Nos sentimos así. Salimos aliviadas de los encuentros. ¡A mi me gusta mucho! A mi me gusta muchísimo. Hasta me duermo, cuando tú haces los ejercicios. Es muy relajante, ¿no? Es una terapia, como digo a mi marido, es una terapia que parece un calmante para mi. Llego a soñar. Imagino que estoy soñando. ¡Soñando! ¡Qué cosa

Tanto por las respuestas obtenidas en las entrevistas, como por lo que puedo observar en los sujetos que participan de las psicoterapias de relajación e imaginación activa, les resulta saludable entenderse a sí mismos por medio del lenguaje simbólico.

Creo que han llegado a alcanzar sus contenidos inconscientes de forma indirecta, por medio de la imaginación activa, cuya secuencia ocurre con la utilización de frases que llevan el sujeto a crear cambios internos.

Al escuchar y también al leer las entrevistas hechas, puedo percibir que los sujetos, en su mayoría, han pasado por lo que Franz llama de “herida abierta” hace muchos años y que ahora se está sanando.

Preguntados sobre lo que tenían que decir respecto a los posibles cambios con las psicoterapias grupales de relajación e imaginación activa me han dicho lo que sigue:

Dice la entrevistada “A”- ISFJ- que las psicoterapias le fueron buenas al punto de ofrecerle una nueva oportunidad de cambiar actitudes, así como:

Tinha muita dor de cabeça e hoje em dia não tenho mais essa dor de cabeça. Eu fui muito nervosa. Eu agora estou calma. Meu Deus! Vou entendendo a vida, né, Eloí. Assim, [...] com o tempo da vida da gente vai diminuindo aquela ansiedade. Eu comecei a me controlar e [...] até a ajudar

buena! Llego a escuchar las verdaderas olas del mar. ! Es muy lindo! Viajo con aquellos ejercicios [...] que tú haces. ¡Qué bueno!

a outras pessoas, sabe! Eu gosto muito de dar exemplos do que nós fazemos.⁶²

La entrevistada apunta el dolor de cabeza, el nerviosismo y la ansiedad como síntomas que han cambiado en su vida. La función inferior le apuntaba sus acciones por medio de señales, físicas y emocionales, pues esta función abarca los contenidos reprimidos e insuficientemente considerados.

Respecto a los cambios basados en las psicoterapias, ha contestado el entrevistado “V” – ESTJ-:

Eu perco o sono né. E daí me complica a coluna. A coluna tem isso. É mesmo que cutucar uma abelha. Ela se alvoroça, aquela dor. Não sinto dor de cabeça, nem dor de estômago. As mãos ficavam enrijecidas. Agora nem isso mais! [...]. É eu aprendi tudo isso, com os médicos e os exercícios contigo. Graças a tudo isso que eu aprendi a controlar. Porque antes era assim: pavor! Mas agora... tudo isso aí eu aprendi a administrar os problemas. Então [...] ¡Numa boa!⁶³

⁶² Tenía mucho dolor de cabeza y hoy día no tengo más. He sido muy nerviosa. Ahora estoy tranquila. ¡Dios Mío! Voy entendiendo la vida, Eloí. Así [...] pasado el tiempo disminuye aquella ansiedad. Empecé a controlarme y [...] hasta a ayudar a otras personas, ¡sabes! A mi me gusta mucho dar ejemplos de lo que hacemos (las psicoterapias).

⁶³ Pierdo el sueño. Entonces se complica mi columna. La columna tiene eso. nunca sabes lo que va a ocurrir. El dolor se mueve fuerte. No siento dolor de cabeza o de estómago. Mis manos se quedaban rígidas. ¡Ahora no más! [...] He aprendido todo eso con los médicos y con

Al alcanzar los fenómenos psíquicos engendrados por el Anima, el Animus y la Sombra, por ejemplo, los sujetos han logrado alcanzar las raíces de sus complejos, libertándose de su posesión.

Por la teoría estudiada, la función inferior siempre hace de puente para el inconsciente, porque está siempre dirigiendo el mundo simbólico y, su curación, tiende a ocurrir también por medio del lenguaje simbólico.

A continuación transcribo algunas afirmaciones de los entrevistados respecto a la reducción de su presión sanguínea:

- Entrevistado "V"- ESTJ-, que se identifica con la actitud consciente extravertida y con la función inferior Sentimiento introvertida, cuya presión sanguínea se ha normalizado con las psicoterapias que, al contestar la pregunta así se expresa:

Mas [...] todos esses anos eu tomava remédio pra pressão e ela oscilava muito. Era uma balança [...] a mínima subia mais que a alta. Não tinha meios de normalizar e agora [...] depois com o teu trabalho, normalizou, graças a Deus. Agora está normal, me sinto outra pessoa. Assim, vivendo [...] até para caminhar... tudo e [...] então é coisa fantástica. Um milagre até! Vê os anos, os anos que faz, recém que foi harmonizar. Agora na ginástica estou controlando a pressão três vezes por semana... então a gente confere. Então eu venho anotando e está 12 x 8 ...Estava de 18 por 12. E aí,

tus ejercicios. Gracias a todo eso aprendí a controlar. Porque antes era así: ¡pavor! Ahora...todo eso ay aprendí a administrar los problemas. Entonces [...] todo está bien.

tomando o mesmo medicamento continuava daquele jeito. Aí com os exercícios e as palestras, normalizei.⁶⁴

- Entrevistada “R”- ISTJ -, que es introvertida, teniendo la Intuición extravertida como función inferior y que ha normalizado su presión sanguínea, ha expresado lo que sigue sobre esta reducción:

Eu acho que houve uma mudança sim. Houve uma mudança porque a gente recebe uma orientação, é para gente conseguir fazer melhor as coisas. Isto facilita bastante o nosso trabalho. Minha pressão chegou a 24 por 18. Cheguei a fazer um edema pulmonar. Agora está em 12 por 7 e se mantém.⁶⁵

⁶⁴ Todos estos años yo tomaba medicinas para la presión que oscilaba mucho. Era como una balanza [...] la mínima subía más que la máxima. No tenía medios de normalizarla y ahora [...] con tu trabajo se ha normalizado, gracias a Dios. Ahora está normal, me siento otra persona. Así, viviendo [...] hasta para caminar...todo y [...] es fantástico. ¡Un milagro! Ves los años que hace y sólo ahora se normalizó. Ahora en la gimnasia estoy controlando la presión tres veces a la semana... entonces conferimos. Estoy apuntando y está 12 x 8... Estaba 18 x 12. Y entonces, tomando las mismas medicinas continuaba de aquella manera. Normalicé con los ejercicios y las palestras.

⁶⁵ Creo que sí que hubo cambios. Hubo un cambio porque he recibido una orientación para hacer mejor las cosas. Esto facilita mucho nuestro trabajo. Mi presión llegó en 24 x 18. Hice un edema pulmonar. Ahora está 12 x 7 y se mantiene.

- Entrevistada “A” – ISFJ - que es introvertida y su función inferior es la Intuición extravertida y que, actualmente, presenta su presión sanguínea bajo los niveles normales, al referirse a su presión sanguínea, así se ha expresado:

Bah! Bem menos! Eu tinha 20 e poucos. Agora estou com... Quando comecei contigo ainda estava 16 [...] 15 por 9, por 10 ou por 8 [...] às vezes [...]. Foi diminuindo [...]. Hoje está 12 por 7. A Olga vê lá pra nós [...]. O Doutor se admira [...] assim. É com os relaxamentos e com a medicação. Eu cuido da saúde também. ⁶⁶

- Entrevistada “E” – ISTJ-que es introvertida, teniendo la Intuición extravertida como función inferior y que ha normalizado su presión sanguínea, así se ha expresado:

Participo há mais de um ano e meio das tuas atividades. E depois que eu entrei pra lá, mas aí na carteirinha da para ver a minha pressão: como

⁶⁶ ! Mucho menos! Yo tenía 20 y pocos. Ahora estoy con... Cuando empecé contigo aún estaba 16 [...] 15 por 9, por 10, por 8 (a veces) [...] Fue reduciendo [...]. Hoy está 12 por 7. Olga lo ve para nosotros (la que verifica la presión en el grupo) [...]. El médico se admira [...] así. Es con las relajaciones y la medicación. Yo también cuido de mi salud.

mudou depois que eu entrei. Era 18 por 11, 18 por 12, 15 por 10, mesmo tomando a medicação e agora está 11 por 7.⁶⁷

- La entrevistada “I” – ENTJ- , de actitud consciente extravertida, identificada con la función inferior Sentimiento introvertido y que no presentó cambios en la hipertensión, nada puede decir respecto a la reducción de la hipertensión.

- La entrevistada “J” – ESTJ - , que es extravertida y presenta la función inferior Sentimiento introvertido y que obtuvo la reducción de su presión sanguínea con las psicoterapias, dijo: “A pressão andou indo a 22, mas tem andado sempre na base de 14 por 7, 14 por 8. “É alta, mas para a minha idade, o doutor disse que não é”.⁶⁸

- La entrevistada “M” – ISTJ- que es introvertida, teniendo la Intuición extravertida como función inferior y que ha reducido su presión sanguínea, así se ha expresado: “Eu fui até 23 de pressão, 22. Hoje eu estou com 18

⁶⁷ Hace más de un año y medio que participo de tus actividades. Y después que ingresé en el grupo, puedes comprobar en los apuntes de mi tarjeta como ha cambiado mi presión, después que ingresé en el grupo. Era 18 por 11, 18 por 12, 15 por 10 aún tomando las medicinas y ahora está 11 por 7.

⁶⁸ La presión a veces subía hasta 22. Ahora se encuentra en los 14 por 7, 14 por 8. Es alta pero el médico me dijo que para mi edad no lo es.

caminhando. Mas em geral está 14 por 10. Eu tenho! Mantenho e cuido da alimentação”.⁶⁹

- La entrevistada “M. I” – ISTJ- que es introvertida, teniendo la Intuición extravertida como función inferior y que ha reducido su presión sanguínea, dijo:

Cheguei a 140 a 150... no dia que eu cheguei no Cauzzo eu estava com 200. Meu neto também confirmou. O guri se assustou e atirou o aparelho longe. Foi baixando até 140. Mais de 140 ela não baixou. Ultimamente está em 160 por 90.⁷⁰

La entrevistada “V. A.” – ISTJ -que es introvertida, teniendo la Intuición extravertida como función inferior y que ha normalizado su presión sanguínea, al hablar sobre los cambios generados en su hipertensión, mediante las psicoterapias, ha dicho que:

⁶⁹ Mi presión fue hasta 22, 23. Hoy sube a 18 cuando camino. En general está 14 por 10. ¡Tengo! Mantengo y cuido de mi alimentación.

⁷⁰ Llegó a los 140 a los 150... El día que llegué en el “Cauzzo” (Asistencia a la salud) estaba con 200. Mi nieto lo ha confirmado. El chico se asustó y tiró lejos el aparato. Fue bajando hasta 140. Más de 140 no bajó. Últimamente se encuentra en los 160 por 90.

Estava 14, 15. Mas depois que eu peguei o seu trabalho lá, eu me senti melhor. Me senti melhor, eu notei que eu me senti melhor. Me libertei um pouco. A última vez estava 14 por 8 e daí pra baixo, 12 por 8.⁷¹

Los síntomas psicossomáticos, en donde se incluyen los de la hipertensión esencial, dicen respecto al lenguaje de la psique expresándose en el cuerpo físico, que conoce la relación entre cuerpo y mente.

El sujeto hipertenso por encontrarse frecuentemente al borde de un conflicto, por la oposición constante entre consciente e inconsciente, no consigue encontrar la tranquilidad, las seguridades necesarias para que el sujeto pueda vivir de acuerdo con patrones más saludables.

Lo que lleva el sujeto hipertenso al borde del conflicto es la excitación constante a la que se somete por su imaginación no descargada por una acción, manteniendo el sistema circulatorio siempre acelerado.

El estado de excitación constante del sistema circulatorio requiere que el organismo suministre más energía para enfrentar los apremios inminentes engendrados por los conflictos no afrontados.

El conjunto de conflictos, como el insomnio, el pavor, la angustia, la ansiedad y el nerviosismo, también se encuentran por detrás de la hipertensión, así como lo he estudiado en la teoría.

⁷¹ Estaba 14, 15. Después que empecé con tú trabajo, me he sentido mejor. Me sentí mejor, y percibí que me sentí mejor. Me he liberado un poco. La última vez estaba 14 por 8 y de allí para menos 12 por 8.

Respecto a la hipertensión dicen Dethlefsen y Dahlke, que la presión sanguínea aumenta cuando un conflicto emerge, bajando después de trasladarlo al plan verbal o externo, o sea, después de la acción, espacio que les ha sido dado en las psicoterapias.

Como se puede observar en lo que han dicho los entrevistados, las psicoterapias desempeñaron un papel muy importante en la reducción o normalización de la hipertensión, mismo en sujetos de otros tipos psicológicos.

Una vez que realicé el análisis y la interpretación de los datos, puedo introducir las conclusiones respecto a la relación entre la hipertensión, la actitud introvertida, la función inferior y los tipos psicológicos que se han puesto en evidencia.

7. Conclusiones

Por la investigación, pude concluir que la actitud consciente más presente en los sujetos mayores e hipertensos es la introversión con el total de 158 introvertidos, seguido de 61 extravertidos.

Una vez evaluada la relación entre actitud e hipertensión, en las tablas 1 y 3, he verificado que la ocurrencia de sujetos mayores hipertensos está vinculada con la actitud introvertida.

En estas tablas se pone de manifiesto que en los sujetos no hipertensos no hay diferencia en el porcentaje de extravertidos el 20,86% e introvertidos el

20,59%. Ya de forma distinta, para mayores hipertensos, la proporción entre extravertidos el 16,31% e introvertidos el 42,25% es bien acentuada.

Por los resultados de las tablas 1 y 3 puedo decir que cumplí con mi primer objetivo específico que ha sido el de averiguar la actitud consciente (introvertida o extravertida) más presente en los sujetos mayores e hipertensos de la muestra, además de confirmar mi primera hipótesis, en la que supongo que estos mismos sujetos pertenecen, en mayor número, a la actitud introvertida, y en menor número a la extravertida.

Respecto a los tipos psicológicos (tabla 4) observo que, para el tipo ISTJ, la proporción de hipertensos (102) o el 27, 27% de la muestra, es significativamente superior comparándose el dato con los no hipertensos (39) o el 10,43%.

El análisis de los resultados de los demás tipos psicológicos indica que las proporciones entre hipertensos y no hipertensos no difieren, por lo que no son responsables por la relación investigada.

El análisis de la tabla 4 indica que he alcanzado mi segundo objetivo específico, que ha sido el de verificar el tipo psicológico predominante en los sujetos mayores e hipertensos de la muestra.

El análisis de los resultados de la tabla 5, respecto a las funciones psicológicas, apunta la Sensación (S) introvertida como dominante y la Intuición (N) extravertida como inferior, ambas con 136 sujetos para los sujetos hipertensos y 63 sujetos para los no hipertensos.

Los tipos ISTJ e ISFJ suman 136 sujetos (ISTJ: 102; ISFJ: 34) hipertensos introvertidos, cuya función dominante es la Sensación introvertida, que apunta la función opuesta (inferior) que es la Intuición extravertida.

También en los no hipertensos la Sensación introvertida es la función dominante, con 63 sujetos o el 16,84 % de la muestra. Este es un dato muy importante ya que la tendencia en los sujetos mayores es el aumento progresivo del desarrollo de la hipertensión.

Aquí es posible verificar que tanto en los hipertensos como en los no hipertensos la Sensación (S) introvertida es la función dominante que indica mayor dependencia y de manera significativa en los sujetos de la muestra. La misma lógica se aplica a las demás funciones que se pusieron de manifiesto.

Respecto al desarrollo futuro de la hipertensión acuerdo que para los mayores comprendidos entre 65 y 94 años las previsiones son de que el 29% de los que presentan la presión arterial normal, van a ser hipertensos en un período de 4 años.

Para los sujetos mayores, cuya presión arterial se caracteriza como limítrofe (139 por 89): el 52% de estos sujetos también van a desarrollar la hipertensión en los mismos cuatro años.⁷²

La función inferior que presenta mayor frecuencia en los hipertensos es la Intuición (N) extravertida que suma 136 sujetos o el 36,36% de la muestra. En los no hipertensos esta misma función suma 63 sujetos o el 16,84% de la muestra.

⁷² www.sbh.org.br. 23.03.2004.

La función auxiliar con más frecuencia en los hipertensos es el Pensamiento (T) extravertido que suma 102 sujetos o el 27,27% de la muestra. En los no hipertensos predomina la Sensación introvertida, con 63 sujetos o el 16,84% de la muestra.

Lo que ocurre es que los sujetos ISTJ (39) más los ISFJ (24) suman el mismo número que los ESTJ (45) más los ESFJ (18), o sea 63. Entonces los 63 sujetos de la primera y de la última función no son los mismos que también suman 63 en la segunda y tercera.

En la función terciaria el Sentimiento extrovertido es significativamente mayor que la Intuición introvertida de los hipertensos (102 y 63).

Puedo afirmar aquí que la frecuencia de mayores con actitud introvertida es significativamente dependiente de las preferencias (Si, Te, Fe y Ne), que representan respectivamente la Sensación introvertida, el Pensamiento, Sentimiento e Intuición extravertidos.

Por medio del análisis de la tabla 5 se confirma una relación significativa de la hipertensión con las funciones jerárquicas indicadas por el tipo ISTJ, en donde la Sensación introvertida es la dominante y la Intuición extravertida es la inferior.

Con estos resultados cumplo con mi tercer objetivo específico que ha sido el de identificar las funciones dominante, auxiliar, terciaria e inferior con una relación significativa en los sujetos hipertensos.

Con los mismos resultados he confirmado mi segunda hipótesis de que en personas mayores, introvertidas e hipertensas ocurre, de manera significativa, la

predominancia de un tipo psicológico y la dinámica de sus funciones está asociada a la hipertensión.

Agrupando todos los resultados de la investigación respecto a los tipos psicológicos y las entrevistas, puedo decir que ellos confirman el predominio de la introversión, por medio del tipo ISTJ, indicando la Sensación introvertida como función dominante y la Intuición extravertida como función inferior, en los sujetos mayores e hipertensos de la muestra.

Al comprobar que esta relación existe, puedo también concluir, por los resultados que se han puesto de manifiesto en las entrevistas, que las psicoterapias grupales, de imaginación activa y relajación cumplen un papel importante para el equilibrio de la hipertensión, mismo para sujetos que se caracterizan por otros tipos.

De esta manera se abre un espacio, basado en la teoría de los tipos psicológicos para trabajar con sujetos hipertensos, principalmente aquellos que no alcanzan los niveles de la normalidad de su presión sanguínea tomando medicinas.

A los que consiguen mantener su presión en los patrones considerados normales, por medio del uso de medicinas, es el momento de realizar un trabajo integrado con los cardiólogos, en donde es necesario hacer exámenes más específicos de su área de trabajo, para verificar la posible retirada de las medicinas; siendo este un trabajo futuro.

Con la investigación concluida y por los objetivos específicos, he logrado alcanzar mi objetivo general que ha sido verificar la relación entre la

hipertensión, la actitud introvertida o extravertida, los tipos y las funciones psicológicas predominantes en los sujetos mayores e hipertensos.

Puedo también afirmar que es posible verificar, por medio del indicador MBTI, la condición psicósomática de la hipertensión, apuntando para una relación defectuosa en el eje Ego/Self, entre el consciente y el inconsciente, cuyo origen se encuentra en los complejos (manifiestos en los tipos y funciones) que provocan alteraciones en el nivel fisiológico y psicológico, como defiende C.G. Jung.

De este modo puedo concluir que al conocer las características y la actuación del tipo ISTJ, seguido de la comprensión de la función inferior, se torna viable realizar un trabajo de orden simbólica, con el objetivo de promover, sino la cura, por lo menos un mejor equilibrio entre las funciones psicológicas.

Siguiendo por este camino de investigación he encontrado complementos de psicodiagnóstico que abren perspectivas psicoterapéuticas, tales como la influencia que pueda ejercerse para equilibrar la actitud introvertida y extravertida, seguida de las funciones específicas de cada tipo.

Por lo que, me parece necesario escribir respecto al tipo ISTJ, o sea, respecto sus características muy distintas que se mueven valorando subjetivamente los objetos, el mundo y las personas, ya que, este tipo suma el mayor número de sujetos hipertensos.

7.1. El tipo ISTJ en los sujetos hipertensos

El tipo ISTJ presenta una característica o particularidad específica de atribuir valoraciones subjetivas al mundo objetivo, lo que a menudo viene cargado de tensiones negativas y miedosas hacia las personas, hechos y cosas, dificultando su interacción con el mundo existencial.

En ese sentido y tomando el concepto de Dethlefsen & Dahlke (1999, p.21, 22), puedo decir que los sentimientos de angustia, pavor, nerviosismo, ansiedad y dolores físicos deben contribuir en la formación de la hipertensión por mantener la circulación sanguínea muy acelerada, manteniendo el sistema circulatorio en estado de excitación constante.

Al ISTJ, la atribución de valores subjetivos, cargados de tensiones negativas y miedosas hacia el mundo externo, le es totalmente inconsciente y actuando así, por medio de su función superior, la Sensación introvertida, presiona su medio ambiente, ignorando la posibilidad de ejercer una cierta flexibilidad más objetiva.

Si el ISTJ opta por más flexibilidad con su entorno, entonces podrá, con mucha facilidad, tornarse víctima de la agresividad y del despotismo de los demás, permitiendo que de él se abuse, dice C.G. Jung.

Esto ocurre porque cuando el ISTJ se permite ser flexible o benevolente, esto se manifiesta de manera exagerada, lo que le coloca a merced del oportunismo, del abuso y de la agresión de los demás, por lo que también sufre.

Esta situación, le obliga del mismo modo a enfrentarse con situaciones conflictivas, lo que ciertamente le acelera su circulación sanguínea, llevándolo al borde de conflictos. Lo que ocurre en sus dos maneras de vivir, tanto en la subjetivación como en la benevolencia.

Por las dificultades que el ISTJ tiene que enfrentar, al convivir con los demás sujetos de su entorno y, por las situaciones conflictivas que de allí se generan, es posible que, en ocasiones impropias, venga a actuar con redoblada oposición y terquedad.

Por la agresividad, el abuso y el despotismo de los demás, es posible que su inconsciente entre en oposición con su consciente, lo que, con frecuencia le engendra manifestaciones de neurosis obsesiva que, como trazos de histeria, se esconde detrás de síntomas de agotamiento, defiende Franz (1995).

La represión de su Intuición, que tiene carácter extrovertido arcaico, es la característica principal del inconsciente del ISTJ por lo que tiene la fuerza de rastrear todos los aspectos dudosos, sombríos, sucios y peligrosos que se encuentran por detrás de la realidad.

Al incluir el tipo ISTJ en el psicodiagnóstico de la hipertensión, por lo menos para los sujetos de la muestra, para quienes se hace importante redescubrir el lenguaje del cuerpo a fin de aprender su significado otra vez, se les abre una nueva perspectiva terapéutica.

Los síntomas psicósomáticos, en donde se incluyen los de la hipertensión esencial, dicen respecto al lenguaje de la psique expresándose en el cuerpo

físico, apuntan Dethlefsen & Dahlke (1999). Este lenguaje conoce la relación entre cuerpo y mente aunque nosotros lo hayamos olvidado por milenios.

Tomando otro concepto de Dethlefsen y Dahlke y aplicándolo al tipo ISTJ, que por encontrarse frecuentemente al borde de un conflicto, por la oposición constante entre consciente e inconsciente, no consigue encontrar la tranquilidad, la seguridad y la confianza en el mundo, donde estos aspectos no tienen su debido espacio.

Otro aspecto que lleva el sujeto ISTJ al borde del conflicto es la excitación constante a la que se somete por su imaginación no descargada por una acción, manteniendo el sistema circulatorio siempre acelerado.

El estado de excitación constante del sistema circulatorio requiere que el organismo suministre más energía para enfrentar los apremios inminentes engendrados por los conflictos no afrontados. En estas situaciones, los vasos sanguíneos se dilatan, y se suman en la instauración de una hipertensión permanente.

El conjunto de conflictos engendrados por el dolor físico, la muerte de familiares, nerviosismo, ansiedad, angustia, pavor, problemas de difícil solución también se encuentran por detrás de la hipertensión.

Entiendo este conjunto de conflictos como hechos que mueven la hipertensión basada en lo que defienden Dethlefsen y Dahlke: la presión sanguínea aumenta cuando un conflicto emerge, bajando después de trasladarlo al plan verbal o externo, o sea, después de la acción.

Ya vimos que el sujeto ISTJ tiene dificultad en convivir en armonía con su entorno humano y objetual, por el que no lleva sus problemas y dificultades al plan real y no actúa objetivamente hacia ellos.

Esto se relaciona con la teoría defendida por C.G. Jung (1998a, p.105) que un funcionamiento incongruente de la psique suele causar graves perjuicios al cuerpo, del mismo modo como un sufrimiento corporal puede afectar el alma, ya que ambos son inseparables.

Por las características del tipo en estudio, sabemos que sus conflictos se mantienen sólo en el plan imaginario, lo que acelera más la circulación y la no descarga, la no acción puede producir una presión tan intensa en la sangre, que a lo largo del tiempo, puede transformarse en la hipertensión.

Parece que los sujetos de la muestra, principalmente los asociados al tipo ISTJ deben tener una anomalía en su eje Ego-Self, por lo que pueden sentirse invitados a hacer una investigación más allá del síntoma, para entonces descubrir lo que sucede en su cuerpo y en su psique, ya que, la hipertensión se encuentra asociada a los dos.

Respecto a los síntomas conviene acordar aquí, que por sus investigaciones, C.G. Jung concluyó (1995, p.607), que los síntomas físicos son manifestaciones simbólicas de complejos patógenos o defectos entre el eje Ego/ Self en cuyo núcleo se encuentran los complejos.

Respecto a las funciones JP, Myers defiende (p.28) que la eficacia del ISTJ depende de su capacidad para tener un enfoque adecuado con el que abordar el mundo. Si su capacidad de juicio sigue inmadura, no se enfrentará la

vida y seguirá absorbo en sus reacciones internas, a sus impresiones y sensaciones, lo que no le resultará nada bueno.

Cuando las ideas perturbadoras encuentran un espacio más o menos constante en el mundo emocional del sujeto, activando imágenes mentales negativas, entonces es posible que la hipertensión encuentre allí una de las razones de su desarrollo.

Todo tipo psicológico presenta una función más desarrollada, que es la dominante y, una inferior que es la menos desarrollada, la que más problemas trae para el sujeto y sobre ella escribo en el próximo apartado.

7.2. La Intuición extravertida como función inferior

La Intuición como función inferior extravertida, del tipo ISTJ, se encuentra reprimida por la Sensación introvertida, su función dominante. Por esta condición psíquica, la función inferior presenta un carácter arcaico.

Este carácter arcaico de la Intuición extravertida inferior alcanza la expresión de la personalidad del sujeto por medio de aspectos problemáticos comprometidos, que hacen parte de los opuestos de la realidad.

Y como argumenta C.G. Jung, una función tipológica no adaptada puede abrir camino a uno o más complejos psíquicos, que pueden enraizarse en la personalidad, al punto de desarrollar las enfermedades, donde se incluye la hipertensión.

Así como lo defiende C.G. Jung, la medicina ha concedido preferencia al cuerpo, relegando la psique a la categoría de fenómeno derivado, no atribuyéndole sustancialidad, clasificándola como algo por debajo del fenómeno generador de la enfermedad.

Del mismo modo argumenta, que existe un secreto indescifrado entre el fenómeno físico y el psíquico, de modo que ambos enfrentan juntos innumerables oposiciones y conflictos recíprocos, ya que, viven en el mismo cuerpo.

Para entender mejor lo que sucede con el tipo ISTJ, cuya función inferior es la Intuición extravertida, reflexiono respecto a algunas circunstancias y aspectos que lo alcanzan, de modo inconsciente, moviendo así sus características.

Si en un ambiente se encuentra un sujeto con la Intuición extrovertida inferior, él observa todo lo que se pasa al rededor. Si allí se encuentra otra persona, el ISTJ observa su pelo, su expresión facial, sus ropas y su manera de caminar.

Este tipo es como una radiografía, con alta sensibilidad, para captar todos los detalles y, aún que observe todo, esto pasa desapercibido del sujeto observado que registra la idea de total ausencia del ISTJ, que parece totalmente ausente.

La idea que transmite es que se trata de alguien muy lento, lo que sucede en verdad, es que la reacción interna, que es rápida, se mueve hacia abajo, hasta

irse totalmente al fondo de la psique, mientras la reacción hacia afuera se exterioriza de manera atrasada.

Cuando el ISTJ se identifica demasiado con su función inferior puede ocurrir la posesión, lo que se torna perceptible cuando un sujeto introvertido es cogido por la extraversión. En tales circunstancias, el introvertido puede tornarse desagradable, inoportuno, arrogante y escandaloso, en sus relaciones sociales.

Este tipo de extraversión exagerada impide el sujeto ejercer un control consciente, de interrumpir el estado en que se encuentra, porque está absorbido y dominado de manera bárbara por la función inferior.

Ya la posesión de la función inferior en los extravertidos es menos visible porque, al caer en su opuesto, en la introversión, el sujeto sume de la convivencia social, quedándose, generalmente, sólo en su casa.

Para Franz (1995), cuando los extravertidos se encuentran poseídos por su introversión primitiva y bárbara, ellos caminan como si estuviesen viviendo experiencias místicas, muy profundas de las cuales no pueden hablar.

Cuando los extravertidos expresan sus experiencias, lo hacen con gran excitación, tomados por emoción, desean obtener la palabra y ser oídos por todos los demás. Con tales actitudes intentan imprimir un carácter de autenticidad a la actitud que los domina, cuando el deseo real es volver a su extraversión, de hablar con amigos y estar en las fiestas.

En el entender de Franz (p. 86), esa calidad bárbara de la función inferior constituye "*la gran división de la personalidad humana*", por el que un sujeto

debe dar las gracias por su función inferior, opuesta a la dominante, sólo personificarse en sus sueños y por no coger su identidad.

Los sujetos, en general, encubren esta función con el complejo de la Persona, que se desarrolla para que no exploten sus características inferiores, principalmente aquellas que se encuentran bajo el dominio de la función inferior.

Por más que en las sociedades normales los sujetos oculten su función inferior detrás de la Persona, ellos no consiguen huir de la contaminación de la naturaleza animal humana, ni de los afectos y emociones no adecuados, ni de las raíces inferiores que se encuentran conectadas con todo el pasado de la especie.

En los sueños, la función inferior acostumbra a estar representada, simbólicamente, por animales o por figuras de la Edad de la Piedra y estas representaciones o personificaciones son indicativos de que ella aún se encuentra en este nivel, humano primitivo.

Como la Sombra contamina la función inferior de cada tipo, se manifiesta en los sueños o en las proyecciones con características opuestas a las suyas; así que un tipo Sensación dominante sueña con un tipo Intuición, primitivo e inferior.

De este modo, las características de su función inferior se ponen de manifiesto, por las descripciones que él hace de la figura de la Sombra, que apareció en su sueño puesto que ellas dicen respecto a su propia Sombra o mismo a su Anima o a su Animus.

Cuando el sujeto se torna consciente de estos aspectos suyos, la función inferior proporciona una calidad especial a la figura de la Sombra, del Anima (en los hombres) y del Animus (en las mujeres).

Con el trabajo de interpretar estas figuras que se manifiestan por medio del sueño, el sujeto se torna consciente de los aspectos negativos de su función inferior, con lo que él puede cambiar sus actitudes, incorporando cambios en su forma consciente de concebir y moverse en el mundo.

Estos cambios, que suelen ocurrir con el trabajo de análisis de los sueños, dicen respecto al proceso del “darse cuenta”, cuando el sujeto dice: “¡Ah! ¡Ahora entendí!” Y por ese camino se activa la función trascendente, lo que posibilita que contenidos inconscientes se hagan conscientes.

Aquí cabe la pregunta: ¿Y cómo aparecen los arquetipos y los complejos en los sueños? La Sombra aparece, con frecuencia, como un negro, un salvaje, un antropófago, un animal o mismo como pueblos exóticos como los orientales que pueden indicar algo desconocido del dominio del consciente.

El Animus aparece en los sueños de las mujeres por medio de representaciones masculinas, así como hombres conocidos o no. Ya el Anima aparece en los sueños de los hombres por medio de símbolos o imágenes simbólicas femeninas.

Las figuras desconocidas que aparecen al sujeto en los sueños tienen la significación de un contenido también muy desconocido a su conciencia. Para Franz, el mensaje es que el tema del que trata el sueño es tan desconocido para el sujeto cuanto los aspectos psicológicos relacionadas a las figuras.

Las sociedades primitivas ya practicaban el trabajo de transformación psíquica, por medio del simbolismo. Ellos promovían un baile en el que los sujetos usaban máscaras de animales cuyo intuito era la conexión de la tribu con los fantasmas de sus ancestros y con todo su pasado, por donde permitían la integración de todas las funciones.

En la cultura actual, las sociedades adquirieron el carnaval como sustituto del baile de las sociedades primitivas, lo que ocurre sólo una vez al año. En Brasil, el carnaval ha asumido características muy fuertes, atrayendo turistas de todo el mundo, por su belleza, grandiosidad y eroticidad.

Tanto los bailes promovidos por las sociedades primitivas como las fiestas de carnaval, que hoy día toman cuenta de los pueblos, dicen respecto a la relación consciente e inconsciente, Sombra y Persona.

Sin embargo, el carnaval es una expresión colectiva e inconsciente de la necesidad de elaboraciones psíquicas. Los sujetos participan con el objetivo de promover alegría, descontracción y belleza; por las “fantasías” los disfraces, el canto, el ritmo, la danza y el sentimiento colectivo de pertenecer a lo que llamamos de “bloque carnavalesco”.

Por otro lado, las fiestas de carnaval sirven para liberar las formas más primitivas de la libido, o sea, las funciones psicológicas menos desarrolladas, aunque para la gente le sea desconocida la trascendencia que se opera en su psiquismo.

Franz (p.33), al explicar la dinámica y la jerarquía del desarrollo de las funciones, dice que el Pensamiento surge primero, por lo que se torna una de las principales funciones del Ego.

Seguido del Pensamiento, poco a poco las otras funciones como la Sensación y la Intuición se hacen conscientes, a partir de que encuentren condiciones favorables en el consciente.

Sin embargo, cuando surge la cuarta función, elimina la estructura superior de las funciones ya desarrolladas y de las que se encuentran en desarrollo y, en la misma proporción en que ocurre el intento de llevarla hacia el consciente, ocurre un intento suyo de mover las demás funciones hacia abajo.

Como entiende Franz (p.33), es imposible elevar la función inferior, del mismo modo como lo hace el pescador con su caña de pescar, al pescar el pez, pues resultan un fracaso todos los intentos de provocar su aceleración o su educación, en el sentido de promover su manifestación sólo en los momentos adecuados al Ego y con métodos convencionales.

No es posible elevar la cuarta función a un nivel de equilibrio con el consciente porque ella se encuentra contaminada por el inconsciente y, el intento de pescarla, corresponde a lo mismo que traer todo el inconsciente colectivo al consciente, defiende Franz (p.33).

La inadaptación de la función inferior permite pensar que el despliegue de toda su vitalidad no puede ser realizado con prisa. Y, mismo que la función inferior llegue a una evolución favorable, jamás va a tener la misma rapidez que la función superior.

Entre las otras dificultades al trabajar con el avance de la función inferior, es que ella es muy lenta, al contrario de la superior. La lentitud de la función inferior es tan acentuada, que C.G. Jung la ha llamado de infantil y tiránica, según Franz.

Por lo que pregunto, ¿cual es la solución para el desarrollo de la función inferior? La solución, conforme a Franz, es que el sujeto permita que las otras funciones, ya conscientes, descendan al nivel de la función inferior, como ocurre en el carnaval.

La actitud de descender al nivel de la función inferior representa un sacrificio a las funciones ya desarrolladas: para el tipo Sensación dominante representa el sacrificio de sus percepciones subjetivadas.

La única manera que tiene de asimilar su función inferior es quitándole el control de la función dominante por medio de psicoterapias orientadas para los dibujos, juegos de arena, modelación en arcilla, pintura, interpretación de sueños e imaginación activa, individual o en grupo.

Cuando esto ocurre, se produce un proceso intermediario entre las dos capas, en donde nada es Pensamiento, Sentimiento, Percepción o Intuición. Lo que se produce es una nueva actitud, diferente e inédita en la vida, en la que son utilizadas todas y ninguna de las funciones durante todo el tiempo, afirma Franz (p.34).

Como consecuencia de la investigación, cumplo aquí con la parte de mi último objetivo respecto a las descripciones de las características generales asociadas al tipo y las funciones que se pusieron de manifiesto.

Creo que aspectos asociados a la función inferior, pueden tener sus vínculos con el complejo del Puer y los aspectos de la función dominante pueden tener sus relaciones con el complejo del Senex, como ya mencioné en el apartado de los complejos, por lo que voy a intentar establecer las respectivas reciprocidades.

7.3. Los complejos del Puer y Senex y la función inferior

Asocio ahora a la función inferior y a la dominante, lo que Hillman escribe respecto a los complejos Senex y Puer, en la condición de polos opuestos para integrarlos a mis conclusiones, por creer que existe mucha similitud entre ambos.

De acuerdo con Hillman (1999, p.13), la división polar entre Senex y Puer dice respecto tanto al microcosmos de cada ser humano, al enfrentarse con las conexiones psicológicas entre pasado y futuro, entre el viejo y el nuevo, así como con el propio campo histórico.

Añado a su manera de pensar lo que defiende el Dr. Bizkarra, respecto a estudios comprobados de que cuando los habitantes de núcleos primitivos, que viven en contacto con la naturaleza y con sus ritmos, abandonan su hábitat natural y se instalan en una sociedad de tipo occidental y consumista, la presión arterial se les eleva rápidamente, generándoles la hipertensión arterial.

Del mismo modo, el Dr. Paolo Bavastro argumenta que les favorece la no elevación de la tensión al sujeto protegido por un medio cultural estable. Esto

todo indica que como sostiene Hillman (p.15) que la psique no está aislada de la historia y la psicología no ocurre apenas en un consultorio, entre dos personas apartadas del escenario histórico, porque también ella, la historia, se encuentra en el consultorio.

Del mismo modo, las funciones tipológicas se encuentran tanto en el sujeto, como en el psicológico, en la historia, en lo viejo y en lo nuevo, en lo desarrollado y en lo no desarrollado, en el sujeto primitivo y en el sujeto erudito.

Así como las funciones psicológicas actúan en el individuo y en la historia que se construye desde estos mismos, es posible que muchos sujetos, provenientes de distintos grupos, al desarrollar un cierto tipo psicológico, vengán a sufrir de una misma enfermedad como la hipertensión.

Entiendo, por ejemplo, que los conflictos que el ISTJ enfrenta con la Intuición extravertida inferior dicen respecto a su condición Puer y, en estudios hechos por otros investigadores, también se pusieron de manifiesto, comprobando su relación con la hipertensión.

Apunto los resultados del test de Rorschach por el que se constató que los hipertensos son individuos portadores de conflictos entre la necesidad de dependencia pasiva e impulsos dogmáticos agresivos; dudas obsesivas, ansiedad depresiva e introspecciones críticas, preocupación, la agitación, la irritación, la insatisfacción y la hostilidad.

Tomo también la investigación de Barreiro que dice respecto a la hostilidad, miedos reprimidos, enojo, tristeza, agresión inhibida y canalización que genera la hipertensión.

Sumo la investigación de Tobal et al. , en donde destacan la ansiedad y la ira entre las características emocionales y de personalidad que evidencian mayor relación con la hipertensión, pues cumplen un papel fundamental en la percepción de las situaciones como amenazantes, neutras o benignas.

Estos resultados mantienen una estrecha relación con las descripciones de las características que se evidencian en la función inferior (Intuición extravertida), así como ha sido investigada por C. G. Jung y que caracterizan su condición Puer, o sea, los aspectos infantiles, no desarrollados.

Retomo aquí un concepto de Dethlefsen y Dahlke, en el que afirman que si un conflicto encuentra el camino de solución, el exceso de energía es consumido y la presión vuelve a situarse en un nivel normal.

No obstante, la persona presenta síntomas de hipertensión porque no soluciona sus conflictos, y en consecuencia, no consume la superposición de energía.

Al no consumir la superposición de energía, por mantenerse dentro del cuadro de conflictos, parece que, allí, se mueve fuertemente algo relacionado con el complejo del Puer, lo que no ha madurado.

La historia, dice Hillman, sólo importa si hay una persona, con un sentido individual del alma. Lo contrario limita a la condición de hombres pre-

históricos, con un destino apenas colectivo, ya que, sin un sentido de alma no hay un sentido de historia.

Es posible que los sujetos ISTJ, con la Intuición inferior, situados en un contexto histórico, tengan en su núcleo un registro ancestral, lleno de miedos, relaciones mágicas con la naturaleza, de significaciones simbólicas asustadoras que, sumados, le dejen de herencia la hipertensión.

El núcleo del alma que teje los eventos en los modelos significativos de las historias y de los cuentos recontados es lo que crea la propia historia, afirma Hillman (p.16).

Todo lo que ocurre es un reflejo de una experiencia mitológica eterna y nada puede ser revelado por un periódico o mismo por muchos libros, a menos que la esencia sea cogida de dentro por un modelo arquetípico.

A ese respecto expone Hillman (p.17):

Fatos históricos externos estão arquetipicamente ordenados de forma que revelam significados psicológicos essenciais. Estas ordenações arquetípicas de fatos históricos são os eternamente recorrentes mitemas da história e também de nossas almas individuais. Através desses significados a história atinge nossa psique, enquanto ao mesmo tempo a história é o palco no qual representamos mitemas de nossa alma.⁷³

⁷³ Hechos históricos externos están ordenados de forma arquetípica, de manera que revelan significados psicológicos esenciales. Estas ordenaciones arquetípicas de los hechos son los eternos recurrentes mitemas de la historia y también de nuestras almas individuales. Por medio

Cuando los sujetos entrevistados narran sus momentos difíciles, se torna claro que la vida psicológica tiene su influencia histórica, vinculada a ordenaciones arquetípicas. Cito como ejemplo partes de lo dice la entrevistada “E”, acerca de a la muerte de su hija, acontecida hace veinte años:

Eu perdi a minha filha. Ela tinha 28 anos, quando falece. Ela casou, daí há três anos ela engravidou... ela teve uma hemorragia muito grande. Fez cesárea. O bebê já fazia meia hora que tinha morrido. Afogou-se no sangue, né. E ela durou 24 horas e aí ela foi também. É ela faleceu em 1986. Eu fiquei até hoje..., claro a gente ameniza. Mas a gente...não vai esquecer nunca, mas a gente sempre tem aquele sentimento com a gente para aquela pessoa, né. Bá, a filha mais velha, tudo que a gente amava tanto. A minha pressão sobe e eu fico assim, só respirando, parece que me falta o ar. ...Eu fico naquela ansiedade, assim sabe. É um aperto que eu tenho..., não é dor, mas é uma coisa...chata eu tenho toda hora...suspiro, suspiro e suspiro [...].⁷⁴

de estos significados la historia alcanza nuestra psique por un lado y, por otro ella (la historia) es el palco en el cual representamos los mitemas de nuestra alma.

⁷⁴ Perdí mi hija. Ella tenía 28 años cuando falleció. Después de estar casada 3 años se quedó embarazada... Ella tuvo una hemorragia muy grande. Hizo cesárea. El bebé se encontraba muerto hacía 30 minutos. Se ahogó en la sangre. Después de 24 horas ella también murió. Esto pasó el año 1986. Me quedé hasta hoy... lo he soportado. Pero no lo voy a olvidar nunca porque siempre tengo aquel sentimiento con la persona. Mi hija mayor, que tanto queríamos. Mi presión sube y me veo así, sólo respirando, parece que me falta el aire... Se mueve en mí una

La misma entrevistada, al hablar sobre los cambios en su presión arterial, con por su participación en las psicoterapias, dijo que esta se encontraba en los 18 por 11 y ha bajado para 11 por 7, 11 por 8, 12 por 7”.

En la práctica analítica entendemos que una comprensión arquetípica de los eventos puede curar la fascinación compulsiva hacia la historia de caso. Lo que ya pasó no cambia, pero su orden recibe otra dimensión por medio de otro mito.

Esta reorganización requiere antes de todo que se haga la pregunta: ¿Qué le pasó al alma? Y no simplemente ¿Qué pasó? Esto significaría acordar primero nuestra historia del alma individual: sus encuentros heroicos, su peregrinación, su historia como un proceso épico, un cuento eternamente único y válido.

La reorganización significa también transformar actitudes familiares al desnudar padrones de las tesisuras ancestrales, rumbo a la liberación de esquemas colectivos, lo que al ser modificado, genera cambios en la historia de uno y en la historia de la humanidad.

Aclarando la explicación, puedo afirmar que es posible entender la hipertensión como una manifestación psicósomática con base en la teoría de C.G. Jung (1995, p.332), en la que defiende que los síntomas físicos y psíquicos no son nada más que manifestaciones simbólicas de complejos patógenos, que asumen carácter vital y dominante en la vida del sujeto.

ansiedad, así ¿sabes? Es una presión que tengo...no es un dolor, es una cosa...importuna que se manifiesta toda hora...suspiro, suspiro, suspiro [...].

Sí la función inferior está vinculada a los complejos patógenos, en cuyo núcleo se encuentra el arquetipo, así como afirma C.G. Jung (p.332), entonces también puedo entender que buscar el desarrollo de la función inferior corresponde a la modificación de los síntomas y a la modificación del estado general de la salud y la transformación del Puer en Senex.

Hemos visto del mismo modo, que la comprensión del defecto puede darse por un símbolo, como la hipertensión, por ejemplo, mientras surge como canal para que los contenidos inconscientes puedan integrarse a la consciencia.

En otros términos, puedo entender la hipertensión como el lenguaje que viene del alma, del arquetipo que se manifiesta por un símbolo o varios símbolos o complejos patógenos arraigados a la función inferior.

La función inferior es además, la puerta de entrada de todos los contenidos inconscientes en la consciencia y esta puerta ha sido abierta (por lo menos en parte) con las psicoterapias para los entrevistados que hoy día consiguen vivir mejor su vida, además de intentar mejorar la vida de sus familiares.

Cuando a los sujetos no se les permite integrar aspectos de la función inferior en la consciencia, estos les dejan la desagradable sensación de un problema próximo, que a ellos no les permite sentirse tranquilos y, por un camino u otro siempre les aporta dificultades.

Los contenidos psíquicos reprimidos y poco considerados pueden actuar durante muchos años y si no le es dado el debido espacio en el nivel consciente, engendran problemas de orden psicosomático, como es el caso de la

entrevistada, “M. I.” que vive aprisionada en su dolor hace 24 años por la muerte de su hija.

La entrevistada así se expresa, cuando habla sobre la muerte de la hija:

“A senhora não sabe! Eu fiquei de mal com Deus! Eu via um casal de braço ou de mão, eu tinha uma revolta. Se eu fosse contar tudo daria um livro... Muitas e muitas coisas”!⁷⁵

El dolor que aún está muy fuerte en la persona entrevistada indica que sus contenidos emocionales no han recibido su debido espacio en el consciente y por eso sufrieron una evolución regresiva.

La evolución regresiva creada por la represión, ha llevado sus emociones a estados arcaicos, incompatibles con la función superior que ha absorbido toda la libido de la función inferior, en este caso, la Intuición extravertida.

La función inferior se ve fragilizada al tener su libido absorbida, irrumpiendo en síntomas físicos múltiples, como lo que se pasó con la misma interpelada. De acuerdo con sus palabras: “Aí veio tudo. Veio a diverticulite, veio à pressão, veio a diabetes, colesterol e triglicédeos eu já tinha. As três coisas vieram juntas”.⁷⁶

⁷⁵ ¡No sabéis, señora! ¡Me enfadé con Dios! Me quedaba enfadada cuando veía una pareja cogidos del brazo o de la mano. Si fuera contar todo, ¡escribiría un libro...! muchas y muchas cosas!

⁷⁶ Ahí vino todo. Vino la diverticulitis, vino la presión, vino la diabetes, el colesterol; los triglicéridos ya los tenía. Las tres cosas han venido juntas.

Es necesario señalar, que su presión sanguínea ha bajado de 200 x 130 para 160 por 90, aunque no ha llegado a los niveles de la normalidad, lo que indica que aún se encuentra sometida a la represión de sus emociones.

Resulta que lo que hacemos con nuestras vidas psicológicas tiene su importancia histórica, no apenas en el plan individual porque lo que hacemos con ella, en lo que se encuentra extendido en lo colectivo, fuera de nosotros, no deja de ser una representación de nosotros mismos y también puede ser curado.

Cito aquí otra vez el ejemplo de la entrevistada “M. I.” respecto a la posibilidad de curación:

Maravilhosa! Quando a senhora entra na,... bota o pé pra dentro: “Olha a Eloí, a Eloí!” Não vê que a gente fica feliz! Feliz! Adoro aqueles, aqueles relaxamentos, eu quase assim que durmo! E eu sou ruim para dormir, muito ruim para dormir.⁷⁷

Cumple destacar que su hipertensión ha bajado, aunque no ha llegado a los niveles de la normalidad. Como he dicho, sólo he trabajado con psicoterapias de imaginación activa y relajación. Quizás al ampliarlas mediante

⁷⁷ ¡Maravillosa! Cuando la señora entra en la...coloca sus pies dentro: ¡Mira ha llegado Eloí, Eloí! ¡No ve que nos alegramos! ¡Felices! A mí me gustan mucho aquellas sus relajaciones, que casi me duermo! y tengo dificultad para dormir, tengo mucha dificultad para dormir.

el uso de dibujos, modelación en arcilla e interpretación de los sueños, ella aún pueda equilibrar su presión.

Al preguntar al mismo sujeto sobre los cambios en la hipertensión ha dicho: “Minha pressão chegou a 24 por 18. Agora está em 12 por 7. Muitas vezes a pressão ficava acima do padrão. Cheguei a pedir ao médico para trocar o medicamento. Mas ele não quis”.⁷⁸

En la entrevista atribuye los cambios a las psicoterapias al decir que:

Eu acho muito bom. A gente encontra assim...parece que consegue manter mais estabilidade. A tendência é a gente ir para ver se acalma às vezes. Tem sempre um nervoso. Eu sempre tenho muita pressa no íntimo que as coisas aconteçam né. E eu freqüentando o grupo, eu me sinto calma, com o teu trabalho. A gente relaxa. E tem essa facilidade de... pra se controlar mais. Eu sou sonhadora. Cheguei até a pintar aquela casa antiga. Cheguei a pintar o porão para morar ali.⁷⁹

Así que, asociando las palabras de estos sujetos con las de los demás entrevistados que han mejorado el cuadro clínico de su presión sanguínea,

⁷⁸ “Mi presión llegó a 24 por 18. Ahora está 12 por 7. Muchas veces la presión se encontraba por encima del límite. Hasta llegué a pedir al médico para cambiar las medicinas. Pero él no quiso cambiarlas”.

⁷⁹ A mi me parece muy bueno. Encontramos así...parece que conseguimos mantener más estabilidad. A veces la tendencia es ir (a los encuentros de las psicoterapias) con el intento de calmarse. Siempre hay un nerviosismo. Tengo siempre mucha prisa interior para que las cosas sucedan. Y yo, al frecuentar el grupo, me siento más tranquila con tu trabajo. La gente se relaja. Y hay la facilidad para controlar más. Soy soñadora. Hasta pinté aquella casa antigua. Llegué a pintar el sótano para vivir allí.

puedo decir que es posible entender la hipertensión como el símbolo de un arquetipo que necesita ser integrado a la conciencia, como posibilidad de elaboración consciente (Senex) de contenidos inconscientes (Puer), pidiendo su espacio en la vida del sujeto.

Como afirma Hillman, lo que se pasó en la historia del sujeto, en la psicoterapia es experimentado de forma diversa, adquiriendo otro sentido, pues se lo expresa “por otro cuento”.

Para muchas personas, les será suficiente el conseguir liberarse de la dependencia infantil inconsciente (Puer). Entiendo que aliviarse de un síntoma oprimente gracias al conocimiento de la causa que lo origina o el conseguir elaborar una nueva y más satisfactoria adaptación a la vida (Senex), por lo que en la próxima parte escribo respecto a las recomendaciones.

PARTE 4 – RECOMENDACIONES

La manera que los sujetos tienen para asimilar su función inferior es reduciendo el control de la función dominante, relacionándose con objetos externos, teniendo en cuenta que ellos son simbólicos, sin preocupaciones estéticas o racionales.

Un trabajo de psicoterapia individual, o mismo de grupo, a donde el lenguaje simbólico esté siempre presente, por medio de los sueños, de los dibujos, de los juegos de arena, de la modelación con arcilla y de la imaginación activa puede contribuir y enriquecer la asimilación de la función inferior.

Conviene destacar que los sujetos que están trabajando su función inferior no soportan la menor crítica, pues siempre se sienten agredidos y lo demuestran por su inseguridad, lo que los lleva a tiranizar a todos que están en su entorno, que, a su vez, pueden sentirse como si caminasen sobre huevos, como explica Franz.

Lo que ocurre es que la función inferior contiene una tremenda carga de emociones que, en general, entran en el consciente por el lado negativo. El problema, que le genera mucha agonía al sujeto es que la Intuición llega y, en un cerrar de ojos, ya se vuelve inconsciente otra vez.

Como la Intuición inferior llega y se vuelve inconsciente muy deprisa, el trabajo de integración al nivel consciente, de los contenidos inconscientes, tiene que ser muy lento, así mismo se hace necesario y saludable.

Se hace necesario y saludable integrar los contenidos de la función inferior a la consciencia, porque en ella se encuentra también una gran concentración de vitalidad, un nuevo potencial de vida, lo que se manifiesta siempre que damos un voto de crédito a sus aspectos.

Y toda la vitalidad de la función inferior puede tornarse excitante, dramática y llena de posibilidades tanto negativas como positivas, dice Franz. Lo que atrapa la manifestación de sus calidades es su aspecto de inadaptación. De ahí, trabajar con el lenguaje simbólico puede tornar la tarea más placentera y de mayor éxito.

Parece que el trabajo con el lenguaje simbólico es muy importante con todos los sujetos, de todos los tipos psicológicos. Sin embargo, por la teoría estudiada y por los resultados de la investigación, puedo concluir que se hace imprescindible un trabajo específico con los ISTJ, cuya función inferior es la Intuición inferior extravertida.

Es preciso poner atención a un trabajo específico con sujetos ISTJ porque existen otras dificultades que piden cuidados en una labor específica con su función inferior. Me parece que, además de desarrollar un trabajo en grupo, también es necesaria una labor individual, por el miedo que les despierta el mundo objetual.

Sé que esto es pertinente a todos los tipos y a todas las funciones, pero quise resaltarlo, para recordar su importancia en el trabajo con los sujetos mayores e hipertensos, porque ellos han sido el objeto de mi estudio.

En las recomendaciones voy a utilizar algunos conceptos de Hillman, aclarando la relación terapéutica, sobre lo que dice respecto a la historia, al terapeuta y al paciente, cuando se encuentran en el consultorio.

Según sus palabras, así como la psique está situada en un presente histórico, que tiene, detrás de sí, miles de raíces ancestrales, también la historia tiene una experiencia psicológica, que no ha huido de los mayores sólo porque son mayores. De esta historia hacen parte los sujetos observados y, en ella, tienen su contribución.

Posiblemente el descubrir que las características misteriosas, asustadoras, fantásticas y miedosas que el sujeto vive, también alcanzan todo un tipo de personalidad pueda reducir su inquietud y, consecuentemente, su hipertensión.

Puede, como dice Hillman, que la comprensión arquetípica de sus eventos psíquicos alivie la fascinación compulsiva que tienen hacia su historia de caso. Sin embargo, su historia de vida no va a cambiar, porque lo que se pasó no cambia. Lo que cambia es su orden, que recibe otra dimensión, por medio de otro mito.

Este otro mito me parece caminar lado a lado con la comprensión de los cambios que la propia edad genera y, con la necesidad de asumirlos e integrarlos a esta nueva etapa de la vida, la senectud, para que ella sea más saludable y más centrovertida.

De una manera muy sabia, André Maurois (1963), en su libro “Un Art de Viure” al escribir respecto a la senectud dice que:

La vellesa, més que no els cabells blancs i les arrugues, és sentir que hem fet tard, que la partida ha estat jugada, que l'escena pertany d'ara endavant a una altra generació. El veritable mal de la vellesa no és l'afebliment del cos, sinó la indiferència de l'anima.

Cito esta frase de Mourois, no para producir compasión hacia la senectud, pero para acordar que esto ya no hace falta, porque ellos mismos se encargan de mantener las proyecciones de sabiduría que les son atribuidas de manera cultural y que, como dice Hillman, no sólo a ellos pertenece.

Según Hillman la coincidencia total entre el desarrollo psicológico y el curso biológico, desde el principio de la vida hasta la muerte, o la limitación de la vida psíquica a las fases del curso biológico, aún está por ser establecida.

El alma, no es ni vieja, ni joven: es las dos cosas a la vez. El prejuicio actual respecto a la edad y juventud refleja la caída del alma en el sistema tiempo y de medidas del materialismo histórico, afirma Hillman.

Detrás de la caída del alma existe una división arquetípica entre Puer y Senex, principio y final, temporalidad y eternidad, inferior y superior y por eso hay que dar a la psique su espacio perdido a lo largo de los tiempos.

Por medio del desarrollo del trabajo, acompañado de estudios prácticos y teóricos, yo cumplo aquí con mi último objetivo que es el establecimiento de líneas de acompañamiento psicoterapéutico, de acuerdo con el tipo psicológico investigado.

La investigación me ha apuntado fallos, por un lado y perspectivas de desarrollo futuro, por otro. Respecto a estos dos temas escribo en la próxima parte, ya que se han puesto de manifiesto.

PARTE 5 - LIMITACIONES Y PERSPECTIVAS

En esta parte enfoco limitaciones del estudio realizado y perspectivas de desarrollo futuro, las cuales abren nuevos caminos dirigidos a una población profesionalmente activa, distinta de la estudiada, que también podrá beneficiarse con los resultados encontrados.

5.1. Limitaciones del estudio

Las investigaciones psicoanalíticas presentan sus fallas, y avanzar supone un riesgo, tanto en la formulación de las hipótesis como en el planteamiento del soporte técnico y la elección de los procedimientos de evaluación y pesquisa, en su conjunto.

El avance en psicología clínica está también condicionado a acceder a una determinada muestra de interés para el investigador (haber contado con 374 sujetos es casi una situación de privilegio).

Por las condiciones por las cuales he podido investigar se deriva una limitación de mi estudio: la distribución de géneros de los sujetos según el sexo, a favor del porcentaje de mujeres.

Esta limitación está relacionada con la actitud de los hombres y de las mujeres ante su participación en grupos gerontológicos. Desconozco, por tanto, si esta misma actitud se generaliza en relación al cuidado de su salud y en concreto de su hipertensión. Sería interesante analizar estos aspectos.

En estudios futuros pretendo acceder a grupos de acuerdo con criterios de clasificación que, a partir de la investigación realizada, parece que pueden presentar interés en ser investigados.

Respecto a estos estudios, me refiero a la influencia de variables sociodemográficas que considero importantes, tales como: tipos de profesiones (antes y después de la jubilación), escolaridad, situación personal (vivir a solas o en compañía), participación de grupos en actividades grupales, ingresos económicos, casa propia o alquilada, grupos de apoyo y planes de salud.

Sobre estas variables, hice un estudio aproximativo a través de la muestra estudiada, donde fueron constatados resultados interesantes con relación a la hipertensión.

Actualmente continúo realizando estudios acerca de ello, debido a la importancia que ese tema puede representar en la intervención biopsicosocial preventiva.

Por otra parte, considero interesante investigar sobre la relación de los resultados obtenidos, a partir del enfoque psicoanalítico junguiano y de la metodología descrita, con otros estudios en los que se aborde la evaluación de las características psicológicas de los sujetos, desde otras perspectivas psicológicas, como por ejemplo el enfoque cognitivo-conductual (compromiso, control y desafío – Susane Kobasa). Considero también importante la comparación con estudios realizados, utilizando otros instrumentos de evaluación como el EPI-R (Costa Macrae) relación a los cinco grandes rasgos (Big-five).

A pesar de que los estudios psicoanalíticos suelen realizarse sobre casos únicos o limitados, mi propuesta ha pretendido abrir una perspectiva diferente, mismo con todas las limitaciones y riesgos que ello conlleva. Considero que, en el futuro, debería consolidar y profundizar el estudio realizado.

5.2. Perspectivas de desarrollo futuro

Dado que los resultados nos acercan a la comprensión y a la influencia de características psicológicas en el desarrollo de patologías como la estudiada, la hipertensión, podría realizarse un plan preventivo en las empresas que tengan por objetivo la toma de consciencia de este hecho.

Al plan preventivo se puede sumar el diseño de actividades que permitan paliar los riesgos derivados de los factores de personalidad predisponentes en los adultos jóvenes y en los adultos de edad mediana.

Tanto el plan como el diseño tendrán en cuenta la optimización de recursos personales y la optimización para la salud biopsicosocial. Esto todo dice respecto a un planteamiento preventivo de economía, de esfuerzos y de recursos personales, sociales y gubernamentales.

PARTE 6 - PRINCIPIOS Y REGLAS DE LA PSICOÉTICA

Como esta investigación fue desarrollada con sujetos mayores e hipertensos, se tornó imprescindible observar tanto los principios como las reglas psicoéticas. Para cumplir con sus presupuestos he observado lo que sigue.

5.1. Principios éticos

a) Principio de la no-maleficencia: algunos autores como Beauchamp y Childress, (Omar França-Tarragó: 2001, p. 25) consideran que el deber de no dañar es más obligatorio e imperativo que el deber de promover positivamente el bien. Así que, como investigadora, he tenido el deber moral de evitar la generación de un mal a cualquiera de los sujetos participantes de la investigación.

Así que, para cumplir con este principio he respetado los estados psíquicos de los sujetos, pues se han acordado de momentos ya vividos, de sus dudas, sus dificultades y sus inseguridades.

Para mejor cumplir con este principio, al mismo día de la aplicación del cuestionario, hice un ejercicio de relajación, ofreciéndoles un bien.

Del mismo modo, las creencias y los valores culturales de los sujetos han tenido una significación de profundo valor en la investigación desarrollada. Por

eso, los he respetado y considerado imprescindibles para la identificación de los tipos y funciones psicológicas predominantes en la muestra.

Cumpliendo con el principio, he tenido mucho respeto y valoración por las creencias religiosas de los sujetos de la muestra, por lo que no he creado diferenciaciones en el trato con todos. Del mismo modo los cuestionarios fueron aplicados en los locales donde hacen reuniones. Así he contemplado la cuestión de lo social, no apartándolos de su entorno.

He tenido en cuenta que los sujetos de la muestra son vulnerables porque son mayores y muchos de ellos sufren de una o más enfermedades, lo que los torna dependientes de fármacos y a veces, de dietas rigurosas. Respetando su vulnerabilidad, no les he prometido la curación por su participación en la investigación.

De este modo y desde mi punto de vista, puedo decir que mi investigación ha cumplido con el principio de la no-maleficencia.

b) Principio de beneficencia: este principio presenta tres niveles diferentes de obligatoriedad, como voy a exponer abajo.

1. He tenido que hacer el bien, al menos no causando el mal o provocado un daño; 2. He tenido que hacer el bien ayudando a solucionar determinadas necesidades humanas; 3. He tenido que hacer el bien a la totalidad de la persona.

Este nivel responde tanto a la demanda puntual de la persona como a la necesidad que ella tiene de ser beneficiada en la totalidad de su ser, lo que consiste en hacer todo aquello que pueda aumentar su relación con los demás y

su capacidad de vivir consciente y libremente de acuerdo con sus valores y sus deseos.

No he confundido el imperativo de hacer el bien con una actitud de paternalismo, dejando que cada uno contestase al cuestionario, considerando sus propias opiniones, no imponiendo las mías. De este modo, no hubo carga negativa al bien, pues he respetado lo que significa el bien para cada uno.

Identificar la actitud consciente (introvertida o extravertida), los tipos y las funciones psicológicas en los sujetos de la muestra ha sido inicialmente positivo para mí como investigadora así como para ellos, al recibir los resultados del test con su caracterización tipológica. Y este bien puede ampliarse con las psicoterapias.

c) Principio de autonomía: he respetado las decisiones autónomas y responsables de los sujetos investigados, durante el desarrollo de la investigación y, por el Consentimiento Informado, les he asegurado que sólo utilicé los datos para el fin específico de identificar las actitudes, los tipos y las funciones psicológicas, sin coacción interna o externa.

La noción moderna de autonomía surge principalmente con Kant (apud Tarragó 2001, p.29) y significa la capacidad de todo individuo humano de gobernarse por una norma que él mismo acepta como tal, sin coerción exterior. Esta aptitud esencial del ser humano es la raíz del derecho a ser respetado en las decisiones que una persona toma sobre sí misma sin perjudicar a otros.

Para contemplar el principio de autonomía les he informado que obtendremos juntos una información respecto a su personalidad, y que ella no sufrirá cambios por el hecho de contestar al cuestionario.

Han decidido libremente participar de la investigación y sabiendo que sus beneficios directos iniciales serían de orden del dominio de su tipo psicológico, no hubo ningún aporte que pudiera caracterizar coerción económica.

d) Por último, el principio de justicia, es aquel imperativo moral que nos obliga a la igual consideración y respeto por todos los seres humanos, lo que supone evitar todo tipo de discriminación social, doctrina religiosa, raza o nacionalidad. (Rawls, apud Tarragó, p.31)

Este principio implica en decir que sólo es éticamente justificable aceptar diferencias de algún tipo entre los seres humanos si esas diferencias son las menores, humanamente, posibles y las que más benefician al grupo menos favorecido.

Sobre todo, el principio de justicia implica el deber moral positivo de brindar eficazmente a todos los ciudadanos, la igualdad de oportunidades para acceder al común sistema de libertades abiertas para todos.

Los sujetos participantes de la investigación fueron aquellos que presentaron el perfil de ser mayor de 60 años, no considerando su clase social creencia religiosa, raza o nacionalidad.

Tuve en cuenta que la conclusión de la investigación habría de derivar en beneficios para los sujetos y para la comunidad científica, sin ningún perjuicio a los investigados.

Como he comprobado mis hipótesis de que personas mayores hipertensas pertenecen en mayor número a la actitud introvertida, en las que ocurre la predominancia del tipo ISTJ, cuya función dominante es la Sensación y la función inferior es la Intuición, se ha comprobado, también, que estas características están asociadas a la hipertensión.

Con estos resultados, obtuve la información y la comprensión del estado psíquico de las personas mayores hipertensas, abierta a dos consecuencias: enriquecimiento epistemológico y señal de posibles aplicaciones en psicoterapias.

Es posible que el resultado de la investigación venga a extenderse a muchas más personas, generando así el bien de la comunidad científica y de la población mayor hipertensa en general.

5.2. Reglas psicoéticas

Como afirma Tarragó (p.33), las reglas o normas psicoéticas básicas de confidencialidad, veracidad y fidelidad son las condiciones indispensables para que los principios éticos puedan ser puestos en práctica, al mismo tiempo en que el autor las considera como prescriptivas en toda relación interhumana.

a) La confidencialidad se relaciona con conceptos tales como confidencia, respeto, seguridad, confianza, intimidad y privacidad. En un sentido amplio, la norma ética de confidencialidad implica la protección de toda información considerada secreta, comunicada entre personas.

En un sentido estricto, dice respecto al derecho que tiene cada persona de controlar la información referente a sí mismo, cuando la comunica bajo la promesa de que será mantenida en secreto.

Los registros e informaciones respecto a los sujetos están conmigo, evitando así su exposición a otras personas o grupos. En las conclusiones, que hacen parte de este trabajo, la individualidad de los sujetos será mantenida en el anonimato.

Todos los datos recogidos sobre su participación en este estudio fueron considerados confidenciales y sólo serán utilizados por la investigadora para finalidades científicas. En los cuadernos de recogida de datos, que pueden ser inspeccionados por el investigador principal, o personas autorizadas por él, sólo consta un código, para que, de este modo, la identidad de los sujetos de la muestra no sea desvelada con esas inspecciones.

b) La regla de veracidad ha consistido en el deber de dar activamente lo verdadero, pues que esta regla se rompería por la afirmación de un dato mentiroso. Mentira sería una disconformidad entre lo que se dice y lo que se piensa con la mente, pero con una intención consciente de engañar a otro.

A diferencia de la mentira, el concepto de falsedad se referirá a toda afirmación que es portadora de datos falsos pero que se hace sin la intención de engañar ni perjudicar a nadie.

Otro concepto de mentira sería el acto de ocultar la verdad que otra persona tiene legítimo derecho a saber. Si definimos la mentira como *negación*

de la verdad que se debe a una persona, la regla de veracidad se transgrediría, no sólo por decir algo falso, sino por la omisión de la información merecida.

Respetando la regla de la veracidad, he dedicado especial atención a los cuestionarios, haciendo su corrección con fidelidad, sin darles significaciones personales que podrían responder a mis deseos de confirmar las hipótesis establecidas a priori.

c) De acuerdo con Tarragó (p. 48) la fidelidad es una obligación que genera en una persona, el haber hecho una promesa o haber aceptado un acuerdo, correspondiendo al mismo tiempo a una virtud o a una norma.

Por el Consentimiento Informado hemos establecido un acuerdo, por lo cual aceptamos iniciar una relación profesional donde yo, como investigadora y psicoterapeuta he prometido ofrecer determinados servicios y los sujetos a recibirlos, desde que ellos cumpliesen con determinadas instrucciones y yo con determinadas conductas técnicas y éticas.

Seguido de los principios y de las reglas psicoéticas voy a hacer constar los principales conceptos de términos específicos utilizados por la teoría junguiana y que he insertado en el texto de la tesis.

VOCABULARIO

Arquetipo: son los mismos instintos que se manifiestan por medio de fantasías y revelan, muchas veces, su presencia apenas por medio de imágenes simbólicas. A estas imágenes simbólicas C.G. Jung llama de arquetipos. (C.G. Jung 1994, p.69).

Complejos: los complejos son como una entidad psíquica inconsciente cargada de emotividad hecha de distintas ideas e imágenes asociadas y agregadas alrededor de un núcleo central que al ser investigado se revela como una imagen arquetípica.

Extraversión: el sujeto presenta la tendencia de encontrarse más a gusto con el mundo exterior que con el mundo de las ideas.

Imaginación activa: es un método para asimilar contenidos inconscientes como sueños y fantasías, por alguna forma de auto expresión, para dar voz a aspectos de la personalidad, como Anima, Animus y Sombra, normalmente no escuchados.

Inconsciente colectivo: los contenidos del inconsciente colectivo representan posibilidades, como los instintos y los arquetipos, que dicen respecto a la estructura cerebral heredada. Contiene también las conexiones mitológicas, los motivos e imágenes que pueden nacer nuevamente, en cualquier tiempo o lugar, sin migraciones históricas.

Inconsciente personal: contiene todo lo que sé y que no se encuentra en la consciencia, todo lo que en alguna ocasión fue consciente y ahora se encuentra

en el olvido, todo lo percibido por los sentidos, ausente de la consciencia, así como lo que siento, pienso, quiero y hago sin atención.

Instintos: son los impulsos fisiológicos percibidos por los sentidos.

Introversión: indica que el sujeto se halla mejor con el mundo de las ideas que con el de las personas y cosas.

Intuición: el sujeto prefiere la reflexión teórica a un trabajo con datos y hechos concretos.

Juicio: el sujeto se inclina más por un modo de vida ordenado y planificado, a un modo de vida espontáneo y flexible.

Mitema: es un conjunto de elementos (señales, gestos y movimientos) que uno presenta.

Mito: declaración colectiva involuntaria basada en una experiencia psíquica inconsciente. Afirma C.G. Jung que muchos de los procesos inconscientes pueden ser provocados indirectamente por la conciencia, pero nunca por una elección consciente. Otros pueden surgir espontáneamente, sin una causa consciente perceptible o demostrable.

Pensamiento: apoya sus decisiones más en análisis impersonales que en los valores personales.

Percepción: el sujeto se inclina más por un modo de vida espontáneo y flexible que por un ordenado y planificado.

Sensación: probablemente prefiere trabajar con hechos concretos que con especulaciones o posibilidades.

Sentimiento: el sujeto toma sus decisiones atendiendo más a valores personales que a análisis objetivos y lógicos.

Símbolo: (symbolom) es un término que se origina en la palabra griega “symbollo” que quiere decir “algo que por de tras del sentido objetivo y visible oculta un sentido invisible y más profundo”.⁸⁰

Símbolo: dando significación al término, afirma C.G. Jung (1991p. 446), él es vivo sólo cuando es para el observador la mejor expresión, la más plena posible de lo presentido aún no consciente. En estas condiciones, dinamiza la participación del inconsciente cuando entonces tiene efecto generador y promotor de vida.

Sombra: contiene todo lo que nos avergüenza, todo lo que socialmente es negado y representa la parte despreciada de la personalidad, la parte ridícula e inadaptada. Por otro lado, ella simboliza también la parte que construye la conexión con el inconsciente, teniendo consigo la clave secreta de la totalidad inconsciente del sujeto.

Para concretar esta tesis me he enriquecido con conocimientos de distintas áreas del saber. Así que en la próxima parte incluyo las referencias bibliográficas que han servido de base para mis estudios.

⁸⁰ Dicionário Junguiano (2002). São Paulo: Paulus.

BIBLIOGRAFÍA

- Alexander, F. (1989). Medicina psicossomática. Porto Alegre, Brasil: Artes Médicas.
- Alexander, F; Szasz T.A. (1968 – 1971). El enfoque psicossomático en medicina: Psiquiatría dinámica. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Barreiro, L. A. D. Hipertensión y Psicología. [En línea]. México. Revisión: 17 de julio de 2003]. Disponible en Web:
<<http://www.psicol.unam.mx:8082/Profesionales/PsiClinica/iem/descargas/RESUMEN%20Hipertensi%C3%A9>> [Consulta: 20 de abril de 2006].
- Bernard, C. (1996). Introducción al estudio de la medicina experimental. Barcelona, España: Círculo de lectores.
- Bizkarra, K. Hipertensión [en línea]. Disponible en Web:
< <http://www.zuhaizpe.com/enfermedades/hipertension.htm> > [consulta: 20 de abril de 2004].
- Blaxter, L. Hughes, C., Tight Malcolm. (2000). Como se hace una investigación. Barcelona, España: Gedisa.
- Bochenski, I.M. (1985). Los métodos actuales del pensamiento. (15ª ed.). Madrid, España: Rialp.
- Byington, C. (1987). Desenvolvimento da personalidade, símbolos e arquétipos. São Paulo, Brasil: Ática.

Campos, E. P. (1996). Contribuição da psicologia ao tratamento do paciente hipertenso. *Folha médica* v.113 – 153-156. São Paulo. Brasil: Folha Médica.

Cañas, F.A. (2002). Edad sin fronteras: MUFACE, *Boletín Oficial del Estado*. Ministerio de la Presidencia. Madrid 186, 22-26.

Carretero, R. (2002). La teoría general de los complejos. Curso del Master en Psicología Analítica. Universidad Ramon Llull. Barcelona, España.

Cassany, D. (2000). La cocina de la escritura. Barcelona, España: Anagrama.

Chalmers, A. F. (1993). O que é ciência, afinal? São Paulo, Brasil: Brasiliense.

_____ (1994). A fabricação da ciência. São Paulo, Brasil: Fundação Editorial da UNESP.

Chevalier, J. & Gheerbrant, A. (1989). Dicionário de símbolos. Rio de Janeiro, Brasil: José Olímpio.

Crete, P.; Lea, M. (2000). Escribir en la universidad. Barcelona, España: Gedisa.

Demo, P. (1981). Metodologia científica em ciências sociais. São Paulo, Brasil: Atlas.

Dahlke, R. (1996). A doença como símbolo. São Paul, Brasil: Cultrix.

Dethlefsen, T. & Dahlke R. (1999). La enfermedad como camino. (6ª ed.) Barcelona, España: Plaza y Jonés.

Dicionário junguiano. (2002). São Paulo, Brasil: Paulus.

Dicionário geral português espanhol. Vol. 1 (2000). Barcelona, España:

Bibliograf.

Eysenk, H. J. (1970). Fundamentos biológicos de la personalidad.

Barcelona, Espanha: Fontanella.

FAPESP (Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo).

(2001). N. 9, out.

Fenichel, O. (1945). Nature and classification of the so-called psychosomatic phenomena. En *Collected Papers of Otto Fenichel*. New York, E.U.:W.W. Norton.

Ferreira, A. B.H. (1986). *Novo Dicionário Aurélio*. São Paulo, Brasil:

Nova Fronteira.

Fonseca, J. S.; Martins, G.A. 1995. *Curso de estatística*. (5ªed.). São Paulo,

Brasil: Atlas.

França-Tarragó, O. (2001). *Ética para psicólogos*. (3era ed.). Bilbao,

España: Ed. Desclée de Brouwer.

Franz, M.L.Von; Hillman, J. (1995). *A tipologia de Jung: La función inferior*. São Paulo, Brasil: Cultrix.

Freud, S. (1890). *Tratamiento psíquico: tratamiento del alma*. Buenos Aires, Argentina: Amorroutu.

Frey-Rohn, L. (1993). *De Freud a Jung*. México, México: Fondo de

Cultura Económica.

Fullat, O. (2001). Apuntes de clase. Bases epistemológicas para el análisis de procesos sociales y personales. Primer curso del doctorado. Universidad Ramon Llull. Barcelona, España.

Gadamer, H. G. (1986) O problema da consciência histórica. Petrópolis, Brasil: Vozes.

Gadamer, H.G. (1997). Verdade e método. Petrópolis, Brasil: Vozes.

García Córdoba, F. (2004). La tesis y el trabajo de tesis. México, México: Limusa.

Gil, A. C. (1995). Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo, Brasil: Atlas.

Guggenbühl-Craig, A. (1997). Il vecchio stolto e la corruzione del mito Bergamo, Italia: Moretti & Vitali.

Hessen, J. (1991). Teoría del conocimiento. (17ª ed.). Madrid, España: Espasa

Hillman, J. (1999). O livro do Puer. São Paulo, Brasil: Paulus.

Hillman, J.; Franz, M. L. Von. (1995). A tipologia de Jung: A função sentimento. São Paulo, Brasil: Cultrix.

_____ Hipertensão. [En línea] <http://www.hipertens%C3o-abc%20da%20sa%DAde/> [consulta: 23 de abril de 2004].

_____ Hipertensão. [En línea] Disponible en Web: [Http: www.HIPERTENSÃO-ABC da SAÚDE.](http://www.HIPERTENSÃO-ABC da SAÚDE.) [consulta: 23 de abril de 2004].

IBGE. (2000). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico de 2000. [En línea]. Disponible en Web: <http://www.ibge.gov.br/> [consulta: 23 de mayo de 2002].

_____ Hipertensão em idosos. [En línea]. Disponible en Web: <http://www.google.com/custom?q=cache:1tH55p-tRUU:www.sbh.org.br/imprensa/hipertens%25E3oArterial.PDF+HIPERTENSAO+E+IDOSO&HL=PT>. [consulta: 23 de abril de 2004].

Instituto Nacional do Coração, Pulmões e Sangue (1997). Sexto relatório da Reunião Nacional do Comitê sobre prevenção, detecção, avaliação e tratamento da hipertensão arterial. Institutos Nacionais de Saúde. Bethesda, MD: US. Department of Health and Human Services. 70.

Jung, C.G. (1964). O homem e seus símbolos. (16ª impressão). Rio de Janeiro, Brasil: Nova Fronteira.

_____ (1978). La psicología de la transferencia. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

_____ (1991 a). Estudos sobre Psicologia Analítica. Petrópolis, Brasil: Vozes.

_____ (1991 b). Tipos psicológicos. (8ª ed.). Petrópolis, Brasil: Vozes.

_____ (1995). Energética psíquica y esencial del Sueño. Barcelona, España: Paidós.

_____ (1997 a). Aion. Barcelona, Espanha: Paidós.

_____ (1997 b). Arquetipos e inconsciente colectivo. Barcelona, España: Paidós.

_____ (1997 c). Estudos experimentais. Petrópolis, Brasil: Vozes.

_____ 1997 d). Las relaciones entre el yo y el inconsciente.

Barcelona, España: Paidós.

_____ (1998a). A dinâmica do inconsciente. (3era ed.). Petrópolis,

Brasil: Vozes.

_____ (1998b). O Homem e seus símbolos. Rio de Janeiro, Brasil:

Nova Fronteira.

_____ (1998c). Psicologia do inconsciente. Petrópolis, Brasil:

Vozes.

_____ (2000). A natureza da psique. (5ª ed.). Petrópolis, Brasil:

Vozes.

_____ (2001). Recuerdos, sueños, pensamientos. (3era). Ed.

Barcelona: Seix Barral.

_____ (2002). Misterium coniunctionis: Las personificaciones de los

opuestos. Madrid, España: Editorial Trotta, S.A.

Jung, E. (1995). Animus y Anima. São Paulo, Brasil: Cultrix.

Kretschmer, E. (1927). Psychologie medicale. Paris, Francia: Payot.

Lucio, A.; Lopes, S.J.; Storck, L. (2000). Introdução à experimentação.

Santa Maria, Brasil: Editora Universidade Federal de Santa Maria.

Martinez, C.; Gracia, J. B. (1998). Saber envejecer. Alegia, España: Oria.

Maurois, A. (1963). Un art de viure. Barcelona, España: Barcino.

Menéndez, C. M. (2003). Orientación académica respecto al proyecto de la tesis. Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación. Universidad Barcelona. Barcelona. España.

Moleiro, N. H. (1995). Physical activity: one approach to the primary prevention of hypertension. *AAOHN J.* v.43, p.319-26.

MUFACE. (2002). Boletín Oficial Del Estado. Ministerio de la Presidencia. Madrid. Nº. 186. 49.

Muñiz, R. F. (1973). *Psicología Médica: Los padecimientos Psicosomáticos (II)*. Méjico, Méjico: Ed. Fondo de Cultura Económica.

Myers, I. B. (2000). *MBTI Inventario tipológico*. (3era ed.) Madrid, España: TEA Ediciones.

Myers, I. B. *MBTI personality*. [En línea]. Disponible en Web: http://www.myersbriggs.org/more_about_personality_type/international_use/language_translations.asp [consulta: 24 de abril de 2006].

Myers, I. B; Briggs, P.M. (1997). *Ser humano é ser diferente*. São Paulo, Brasil: Right do Brasil.

Oldroyd, D. (1993). *El arco del conocimiento. Introducción a la historia de la filosofía y metodología de la ciencia*. Barcelona, España: Crítica.

Paiva, L.M. (1950). *Diagnóstico diferencial entre os diversos tipos de hipertensão arterial: sua importância para a indicação terapêutica*. São Paulo, Brasil: Arquivo Clínico.

- _____. (1966). Medicina psicossomática. Psicopatologia e terapêutica. São Paulo, Brasil: Artes Médicas.
- Pascal, E. (1999). Jung para la vida cotidiana. Barcelona, España: Obelisco.
- Pesquisa (2001). Revista PESQUISA, São Paulo. Brasil, FAPESP (Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo), N. 9, out.
- Pires, N. (1976). La psicossomática hoy. Madrid, España: Editorial Montalvo.
- Piveta, M. (2001). Alarme Molecular. PESQUISA São Paulo, Brasil, FAPESP (Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo), N. 9, out.pp.26-31.
- Ramos, D.G. (1994). A psique do corpo. (2ª ed.). São Paulo, Brasil: Summus.
- _____ (1995). A psique do coração. São Paulo, Brasil: Cultrix.
- Real Academia Española. (1997). Diccionario Escolar. (2ª ed.). Madrid, España: Espasa Calpe.
- Ribeiro, M.R. (2000). Proposta de intervenção terapêutica para adultos hipertensos. Monografia de Mestrado. PUC. São Paulo, Brasil.
- Ricoeur, P. (1987). Teoria da interpretação. Lisboa, Portugal: Edições 70.
- Rodríguez, J. O.; Martínez, J. R. Revista de Psicoanálisis: El enfoque psicoanalítico de la patología psicossomática. [En línea]. [Ref. Marzo de 2004, nº 16]. Disponible en Web: < <http://www.aperturas.org/16oterorodado.html>> [Consulta: 28 de abril de 2004].

Segura, F. P. (1994). Aportació al estudi del valor diagnòstic de l'atribució de color. Tesis doctoral. Universidad Ramon Llull (URL) Barcelona.

_____ (2001). Spech dialogue, teleology and courage. Cambridge: XV IAAP Congres.

_____ (2001-2002). Apuntes en clase. Curso Master en Psicología Analítica. Barcelona, España.

Sharp, D. (1994). Lexicon junguiano. Santiago de Chile, Chile: Cuatro Vientos.

Silva, A.C.P. (1976). Medicina Psicossomática. São Paulo, Brasil: Sarvier.

Sternberg, R.J. (1996). Investigar en psicología. Barcelona, España: Paidós.

Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH). [En línea] Disponible en Web: www.sbh.org.br [Consulta: 01.03.2004].

_____. [En línea] Disponible en Web: <http://www.sbh.org.br::Pressão> Ótima. [Consulta: 01. de marzo de 2004].

Tobal, J. J. M. Emociones e hipertensión. Implantación de un programa cognitivo-conductual en pacientes hipertensos. Departamento de Psicología Básica II (Procesos Cognitivos), de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense, Madrid. [En línea]. Vindel, A. C.; Casado, M. I. M; Martínez, A.M. (1994). *Copyright 1994*: Secretariado de Publicaciones e Intercambio Científico Universidad de Murcia, Murcia (España). ISSN: 0212-9728. *Artículo recibido*: 3-11-94, *aceptado*: 13-11-94. Disponible en Web: <http://www.google.com/search?q=cache:kX40Qii2u0EJ:www.um.es/analesps/v>

10/v10_2/10-10_2.pdf+psicosomatica+e+hipertensi%C3%B3n&hl=pt-BR&gl=br&ct=clnk&cd=3&lr=lang_es [consulta: 20 de abril de 2006].

Torralba, F. (2002). Apuntes en clase de ética de la investigación. Segundo curso del doctorado. Universidad Ramon Llull. Barcelona, España.

_____. Trastornos psicosomáticos. [En línea] Disponible en Web: <http://www.telecable.es/personales/eretuerta/psicoso.html> [consulta: 20 de abril de 2006].

Valles, M. S. (1999-2000) Técnicas cualitativas de investigación social. Madrid, España: Síntesis, S.A.

Váttimo, G. (1991). Ética de la interpretación. Barcelona, España: Paidós.

_____. (1995). Más allá de la interpretación. Barcelona, España: Paidós.

Weizsaecker, V. V. (1950). Casos y problemas clínicos. Barcelona, España: Pabul.

Whitmont, E. C. (2002). A busca do símbolo. Conceitos básicos da Psicologia Analítica. (11ª ed.). São Paulo, Brasil: Cultrix.

Zacharias, M. J.J. (1999). QUATI. Questionário de avaliação tipológica. (3era ed.) São Paulo, Brasil: Vetor.

ANEXOS**Anexo 1. Questionário para seleção da amostra: tipos psicológicos*****Identificação***

1. Nome: _____

1.1. Telefone para contato: _____

Nascimento: Dia: ____ Mês ____ Ano ____

2. Idade: _____ anos

2.1. Sexo: () Masculino () Feminino

3. Escolaridade: _____

4. Profissão:

4.1. Estou aposentado Sim () Não ()

4.2. Profissão que exercia antes da aposentadoria _____

4.3. Atividades que exerço agora _____

4.4. Com quem vivo atualmente: _____

4.5. Vivo em...

() casa própria () alugada () cedida

() outra maneira. Qual _____

4.6. Eu me mantenho com...

() aposentadoria pensão () ajuda de familiares

() outra maneira – Qual _____

4.7. Minha renda mensal é de

um salário mínimo () 2 salários mínimos () 3 salários mínimos ()

4 salários mínimos () 5 salários mínimos () 6 salários mínimos ()

Entre 6 e 10 () Entre 10 e 15 () Entre 15 e 20 ()

Acima de 20 salários mínimos ()

5. Tenho pressão alta Sim () Não ()

5.1. Tomo medicamentos para controlar a pressão. Sim () Não ()

5.2. Tenho um Plano de Saúde () sim () não

Qual _____

5.2. Médico (s) que acompanha (m) a minha saúde:

Anexo 2: INVENTARIO TIPOLOGICO MBTI (Myers-Briggs Type Indicator)

2.1. Instruções

Neste teste não existem respostas corretas ou incorretas. Elas o ajudam, a saber, como você geralmente pensa, age ou sente.

Conhecer as suas preferências pode ajudá-lo, a saber, onde estão os seus pontos fortes e fracos, em que áreas da vida você pode obter mais sucesso e o que fazer para não cair sempre nas mesmas armadilhas.

Leia com atenção cada frase e faça um “x” sobre a letra (A, B ou C) que corresponde à resposta que você escolheu. Não se fixe demais em cada questão. Se você não pode decidir-se por uma das alternativas, fale com a pessoa que está aplicando o teste para que ela possa orientá-lo.

1. Quando você vai passar o dia fora de casa, prefere...

A. Planejar o quê e quando fazer.

B. Simplesmente ir ao lugar.

2. Se você fosse professor, preferiria ensinar sobre...

A. Fatos ou realidades.

B. Teorias.

3. Em uma situação social, você geralmente...

A. Fala bastante.

B. É reservado e calado.

4. Normalmente você prefere...

A. Prefere organizar festas, reuniões, etc., com bastante antecipação.

B. Prefere sentir-se livre para fazer aquilo que acredita ser o melhor para

cada momento.

5. Em geral, você se identifica melhor com...

A. Pessoas imaginativas.

B. Pessoas realistas.

6. Em você é mais freqüente que...

A. As emoções dominem a lógica.

B. A lógica domine as emoções.

7. Num grupo de pessoas, você geralmente prefere...

- A. Falar com todos juntos.
- B. Falar com uma só pessoa por vez.

8. Você tem mais sucesso quando...

- A. Enfrenta o inesperado e decide o que fazer na hora.
- B. Segue um plano cuidadosamente preparado.

9. Você prefere ser considerado...

- A. Uma pessoa prática.
- B. Uma pessoa criativa.

10. Num grupo, geralmente, é mais freqüente que você...

- A. Apresente as pessoas.
- B. Seja apresentado às pessoas.

11. Você admira mais as pessoas que são...

- A. Tão convencionais que não chamam atenção.
- B. Tão originais e individuais que não se importam que deles se desconfie.

12. Para você, ter horário fixo...

- A. Agrada.
- B. Incomoda.

13. Você tem tendência a ter amizade...

- A. Mais íntima com poucas pessoas.
- B. Mais superficial com muitas pessoas.

14. A idéia de listar coisas para fazer durante o fim de semana lhe...

- A. Agrada.
- B. É indiferente.
- C. Desagrada.

15. Gosta mais que lhe considerem uma pessoa...

- A. Uma pessoa realmente sensível.
- B. Uma pessoa normalmente razoável.

16. Entre seus amigos, você é daqueles que...

- A. Fica sabendo por último o que acontece.
- B. Sabe sobre tudo o que está acontecendo.

(Na questão 17 você pode marcar duas das três alternativas).

17. Em seu dia a dia...

- A. Você gosta de encontrar emergências e trabalhar contra o relógio.
- B. Detesta trabalhar com pressa.
- C. Normalmente se programa para não trabalhar apressado.

18. Prefere ter um amigo que...

- A. Sempre tenha idéias novas.
- B. Que tenha os pés no chão.

19. Para você é mais fácil...

- A. Falar simplesmente com quase todo mundo, todo o tempo necessário.
- B. Ter muito a dizer, a poucas pessoas, em certas ocasiões ou situações.

20. Quando você tem uma tarefa especial, prefere...

- A. Organizar tudo cuidadosamente antes de começar.
- B. Ir fazendo na medida em que as atividades vão surgindo.

21. Habitualmente você dá mais importância...

- A. Aos sentimentos que à razão.
- B. À razão que aos sentimentos.

22. Quando você lê por prazer, prefere autores que...

- A. Usam formas especiais e originais de escrever as coisas.
- B. Expressam diretamente o que querem dizer.

23. Quando as pessoas são apresentadas a você, elas podem conhecer seus interesses...

- A. Quase de imediato.
- B. Só depois de conhecê-lo melhor.

24. Quando lembra com antecedência de uma atividade que vai realizar no futuro...

A. Lhe agrada seguir um plano traçado.

B. Lhe é um pouco desagradável seguir um plano previamente traçado.

25. Quando você necessita fazer a mesma coisa que muitas outras pessoas, prefere...

A. Fazê-la de forma habitual.

B. Procura fazê-la de forma pessoal.

26. Em você é normal...

A. Manifestar abertamente seus sentimentos.

B. Guardar seus sentimentos para você mesmo.

PARTE II

Marque em cada dupla de palavras aquela que você gosta mais. Pense mais no significado da palavra e não em suas letras ou como ela soa.

- | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|
| 27. A. programado B. improvisado | 50. A. lógico B. fascinante |
| 28. A. amável B. firme | 51. A. perdoar B. tolerar |
| 29. A. fatos B. idéias | 52. A. produzir B. desenhar |
| 30. A. pensar B. sentir | 53. A. impulso B. decisão |
| 31. A. aberto B. reservado | 54. A. quem B. O que |
| 32. A. convence B. comove | 55. A. falar B. escrever |
| 33. A. frase B. conceito | 56. A. nada crítico B. crítico |
| 34. A. analisar B. simpatizar | 57. A. pontual B. sem pressa |
| 35. A. sistemático B. espontâneo | 58. A. concreto B. abstrato |
| 36. A. justiça B. misericórdia | 59. A. mutável B. permanente |
| 37. A. reservado B. falante | 60. A. cauteloso B. desconfiado |
| 38. A. compaixão B. previsão | 61. A. construir B. inventar |
| 39. A. sistemático B. ocasional | 62. A. organizado B. despreocupado |
| 40. A. tranqüilo B. dinâmico | 63. A. base B. topo |
| 41. A. benefícios B. concessões | 64. A. rápido B. cuidadoso |
| 42. A. teoria B. certeza | 65. A. teoria B. experiência |
| 43. A. decidido B. dedicado | 66. A. sociável B. reservado |
| 44. A. literal B. figurado | 67. A. sinal B. símbolo |
| 45. A. determinação B. cordialidade | 68. A. festa B. teatro |
| 46. A. imaginativo B. prático | 69. A. aceitar B. trocar |
| 47. A. pacificador B. juiz | 70. A. concordar B. discutir |
| 48. A. fazer B. criar | 71. A. conhecido B. desconhecido |
| 49. A. suave B. duro | |

Marque a resposta que indica melhor como você geralmente se sente ou comporta:

72. Comparando-se com outras pessoas, você acredita que...

- A. Se entusiasma mais pelas coisas que a maioria das pessoas;
- B. Se entusiasma menos pelas coisas que a maioria das pessoas.

73. Em sua opinião é mais prejudicial ser uma pessoa...

- A. Insensível com os demais.
- B. Pouco razoável com os demais.

74. Para você, fazer as coisas de última hora...

- A. É preferível.
- B. É motivo de nervosismo.

75. Nas festas e reuniões sociais, você...

- A. Algumas vezes se aborrece.
- B. Sempre encontra diversão.

76. Você acredita que ter uma rotina diária é...

- A. Uma maneira descansada de fazer as coisas.
- B. Algo incômodo, inclusive quando necessário.

77. Quando algo entra na moda, você...

- A. É um dos primeiros a segui-la.
- B. Não se preocupa muito com a moda.

78. Quando você pensa em algo, de pouca importância, que deve fazer ou comprar, normalmente...

- A. Esquece e lembra em outro momento.
- B. Anota para lembrar mais tarde.
- C. Faz sem ter de anotar.

79. Conhecê-lo (a)...

- A. É fácil.
- B. É difícil.

80. Em sua maneira de viver, você prefere...

- A. Ser original, diferente dos demais.
- B. Ser convencional como os demais.

81. Se durante uma conversa ocorre uma situação embaraçosa, você...

- A. Muda de assunto.
- B. Leva na brincadeira.
- C. Dias depois lhe ocorre uma saída para a situação.

82. É mais difícil para você adaptar-se a...

- A. Um trabalho de rotina.
- B. Mudanças constantes.

83. Você crê que é um grande elogio dizer a uma pessoa que ela...

- A. Vê as coisas de maneira diferente.
- B. Vê as coisas como todo mundo.

84. Quando você tem um trabalho importante para terminar no prazo de uma semana, normalmente...

- A. Faz antes uma lista de tarefas e começa a realizá-las em ordem de prioridade.
- B. Começa imediatamente.

85. Em sua opinião é mais importante...

- A. Visualizar as possibilidades de uma situação.
- B. Ajustar-se aos fatos, assim como eles se apresentam.

86. Pensa que as pessoas próximas a você conhecem a sua opinião...

- A. Sobre a maioria das coisas.
- B. Somente se, por alguma razão, fez algum comentário.

87. Você prefere um chefe que seja...

- A. Sempre amável.
- B. Sempre justo.

88. Para fazer um trabalho você prefere...

- A. Começar logo e terminá-lo com sobra de tempo.
- B. Apoiar-se mais nos seus impulsos que sempre se manifestam na última hora.

89. Você acredita que é pior...

- A. Mostrar demasiado afeto.
- B. Não mostrar afeto suficiente.

90. Em uma festa ou reunião você prefere...

- A. Ajudar para que tudo saia bem.
- B. Deixar que cada qual se divirta ao seu modo.

91. Você prefere...

- A. Apoiar os métodos estabelecidos para fazer as coisas bem feitas.
- B. Analisar o que não vai bem e enfrentar os problemas não resolvidos.

92. Normalmente você se preocupa mais pelos...

- A. Sentimentos das pessoas.
- B. Direitos das pessoas.

93. Se, numa manhã de sábado, lhe perguntam o que vai fazer durante o dia, você...

- A. É capaz de dizê-lo com detalhes.
- B. Diria o dobro das coisas.
- C. Teria que esperar até final do dia para sabê-lo.

94. Quando você necessita decidir-se sobre algo importante, normalmente pensa que...

A. Pode confiar e se deixar guiar pelos seus sentimentos.

B. Deve ser lógico e atuar sem a interferência dos seus sentimentos.

95. As partes mais rotineiras da vida diária são para você...

A. Um motivo de tranquilidade.

B. Um motivo de aborrecimento.

96. Normalmente o desejo de fazer bem um exame...

A. Facilita a sua concentração para fazê-lo o melhor possível.

B. Dificulta a sua concentração para demonstrar tudo o que sabe.

Anexo 3

3.1. Entrevista com membros da Associação de Hipertensos de Santa Maria

1. Histórico do entrevistado a respeito da hipertensão

1.1. Desde quando você tem pressão alta?

1.2. Desde quando você toma remédio para a pressão alta?

2. Aspectos relativos à função inferior

2.1. Qual é ou foi o seu maior sofrimento?

2.2. Que função do seu corpo físico e emocional fica mais afetado quando você enfrenta dificuldades?

2.3. Que situações lhe fazem sofrer como se estivesse no inferno?

3. Aspectos relativos às possíveis mudanças geradas com o relaxamento e a imaginação ativa

3.1. Há quanto tempo participa comigo das atividades de relaxamento e imaginação ativa?

3.2. O que você tem a dizer sobre estas atividades?

3.3. Você associa algumas mudanças físicas (normalização da pressão) ou emocionais que se geraram em função das psicoterapias de relaxamento e de imaginação ativa?

Anexo 4

4.1. Permiso para citar artículos científicos

From: [eloiperuzzolo](#) **To:** [publicaciones](#) **Sent:** Monday, May 08, 2006 1:44 PM

Subject: Autorización para citar artículo científico en mi tesis

Al

Secretariado de publicaciones e Intercambio Científico

Universidad de Murcia.

Señor Director

Estoy trabajando en mi tesis respecto a los aspectos emocionales de la hipertensión.

Con la investigación me propuse demostrar la posible relación existente entre la hipertensión, la actitud consciente (introvertida o extravertida) los tipos y las funciones psicológicas en sujetos mayores.

Al buscar investigaciones ya hechas respecto a los aspectos psicosomáticos de la hipertensión he encontrado el artículo “Emociones e hipertensión. Implantación de un programa cognitivo-conductual en pacientes hipertensos”, de Juan José Miguel-Tobal y otros, del Dpto. de Psicología Básica II (Procesos Cognitivos), de la Facultad de Psicología, de la Universidad Complutense de Madrid.

El artículo se encuentra registrado en el Secretariado de Publicaciones e Intercambio Científico de la Universidad de Murcia, con el registro ISSN: 0212-9728, recibido el 3-11-94 y aceptado el 13-11-94.

Le escribo para pedirle permiso para citar esta investigación en mi tesis.

Atentamente,

Eloí Terezinha Lauxen Peruzzolo

Rua Ernesto Pereira, 251,

Bairro: Camobi, Santa Maria, RGS -

Brasil.

4.2. Autorización de la Universidad de Murcia.

Estimada Sra.

No hay ningún inconveniente. Usted puede citar este y otros artículos de anales de psicología en su tesis.

Saludos cordiales

Agustín Romero Medina

Director de Anales de Psicología

Facultad de Psicología

Universidad de Murcia, Campus de Espinardo

Apto. correos 4021, 30080 Murcia (España)

Tlf: 968 363483

Anexo 5

ID~_

Instrumentos de
Desenvolvimento
HumanoRua Álvaro Anes, 46. cj. 21
05421-010, São Paulo, SP
tel..fax. S5 11 3032,9787

A **AEM - Desenvolvimento Humano Ltda.**, representante legal no Brasil da CPP, Inc., que detém os direitos autorais e de copyright em território nacional do Myers-Briggs Type Indicator® (MBTI®), autoriza a Sra. Eloí Peruzzolo, psicoterapeuta, a aplicar 404 MBTI's. Estas aplicações são para fins de pesquisa sobre a correlação entre hipertensos e Tipos Psicológicos.

Assume a psicoterapeuta Eloí Terezinha Lauxen Peruzzolo, o compromisso de inutilizar o material usado e, em caso de futuras necessidades adquirir o material fornecido pela **AEM - Desenvolvimento Humano Ltda. .**

AUTORIZAÇÃO

São Paulo, 01 de junho de 2006



Miguel
Vizioli
Diretor



AEM Desenvolvimento Humano Ltda: