



Escritos de Psicología - Psychological Writings
ISSN: 1138-2635
comitederedaccion@escritosdepsicologia.es
Universidad de Málaga
España

Cardenal Hernáez, Violeta
Personalidad, self y salud
Escritos de Psicología - Psychological Writings, núm. 7, septiembre, 2005, pp. 35-43
Universidad de Málaga
Málaga, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=271020873004>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org



Escritos de Psicología

2005, 7: 35-43

PERSONALIDAD, PERSONALITY, SELF SELF Y SALUD AND HEALTH

REVISIÓN
35

Violeta Cardenal Hernáez

*Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos
Psicológicos II. Universidad Complutense de Madrid
e-mail: vcardenal@psi.ucm.es*

Resumen Despues de un breve repaso de las aportaciones históricas de diferentes autores sobre contenidos del sí mismo, se exponen algunas líneas de trabajo actuales que consideran relevante este fenómeno psicológico para la Psicología Clínica y de la Salud. En concreto, se expone un recorrido de las características del autoconcepto y de la autoimagen para los distintos Trastornos de Personalidad según Millon. También se propone al self como elemento central en la evaluación y tratamiento de la enfermedad física dentro del modelo biopsicosocial en el que puede llegar a ser un agente mediador de la salud.

Abstract After a short review over the historical contributions made by various authors to the contents of the concept of "self", some current directions of work are pointed out for they consider this psychological phenomenon relevant to the Health and Clinical Psychology. In particular, a revision of the characteristics of the self-concept and the self-view present at the diverse Personality Disorders according to Millon is expounded. The "self" is also propounded as a central element in the evaluation and treatment of the physical diseases in the biopsychosocial model, in which it could become a health mediator.

Palabras clave Trastornos de personalidad, sí mismo, autoconcepto, salud.

Key words Personality disorders, self, self-concept, health.

No es ninguna novedad que el self o sí mismo ocupa un lugar central en una Psicología de la Personalidad que desde sus más diversos enfoques ha lidiado con tópicos importantes sobre aspectos y contenidos de lo que la persona cree que es y acerca de cómo se valora. Así Autoconcepto y Autoestima se han considerado cara y cruz del mismo fenómeno: distintos pero siempre unidos: "imposible autoconocerse sin autoevaluarse" (Fierro, 1996; pág. 121).

Ya precursores remotos en el análisis del concepto de sí mismo aportaron una serie de ideas que configuran muchas de sus características como: a) la multidimensionalidad, al identificar sus principales facetas ("si mismo material, social, espiritual y puro ego") (James, 1890); b) la dimensión social del sí mismo (Cooley, 1902; Mead, 1934) y la influencia del otro en la toma de conciencia del yo (Wallon, 1959); c) la evolución y las diferentes etapas del concepto de sí mismo, desde la infancia hasta la adolescencia, identificando los elementos más importantes que lo formaban para cada edad (Allport, 1961); d) la funcionalidad del "yo" a través de los procesos de adaptación del sujeto a la realidad exterior (Freud, 1936; Rapaport, 1967; Hartmann, 1964)..

También en los años setenta, este fenómeno psicológico suscitó el interés en autores de marcado talante situacionista. Así, Kanfer y Karoly (1972) con sus estudios sobre autocontrol, Bandura (1978) con su modelo de autorregulación, Mischel (1973), dedicando, en su "reconceptualización cognitiva", la atención a la autorregulación y autodirección del sujeto, y Duval y Wicklund (1973), centrándose en conductas como autoconciencia y autoatención, otorgan sello de identidad a lo que se ha denominado "conductas autorreferidas o actividad autorreferida" en un afán por definir y clarificar de forma rigurosa todo este sistema complejo de actividad psicológica y personológica (Fierro, 2002).

Y es en las últimas décadas, desde un enfoque cognitivo, donde se ha propuesto que el self o sí mismo es el núcleo y corazón psicológico del sujeto y que puede determinar la mayoría de sus acciones: a) como estructura central cognitiva en el procesamiento de la información. (Markus y Sentis, 1982), y b) como "conjunto de pensamientos motivacionales" que dirigen la acción para mantener un nivel aceptable de autoestima (Epstein, 1990, 1998).

Pero parece ser que el sí mismo no se conforma con esta atención que constantemente se le ha dedicado y también trata de invadir áreas propias de la *Psicología Clínica y de la Psicología de la Salud*. Esta inmersión en terreno virgen (en lo que se refiere, sobre todo, a modelos y teorías) tiene efectos beneficiosos y promete hacer

prácticos y aplicables muchos de los conceptos que, en ocasiones, han conservado su elegancia científica pero han perdido su valor más preciado: servir y ayudar a la persona en su proceso de maduración. La enfermedad mental y física (al menos muchas de ellas) pueden ser etapas de crisis en una vida que, aunque nuestra, a veces, nos es desconocida.

Algunas de estas incursiones del self, por tanto, reivindicando la necesidad e importancia de autoconocernos y de entendernos, tienen gran valor heurístico y pueden ofrecer guía, además de para la labor clínica, como marco de trabajo para la investigación interdisciplinar e integrada de diferentes niveles y sistemas biopsicosociales que afectan a la persona. A ellas dedicaremos los próximos apartados.

EL AUTOCONCEPTO EN LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

Dentro del sí mismo, el autoconcepto y la autoestima son variables que han de tenerse en cuenta para una mejor comprensión de los procesos psicopatológicos y de la dimensión salud-patología.

En la personalidad sana o saludable, la persona tiene un grado de autoestima que le proporciona satisfacción personal: se siente a gusto consigo misma y, además, se encuentra integrada en la sociedad en la que vive (Fierro y Cardenal, 1996, 2001).

Este doble aspecto es importante, pues un sujeto puede presentar alta autoestima, pero no adecuada a la realidad (psicosis maníaca) o incluso a expensas del medio social (psicopatía). A veces, hay una hiperadaptación al ambiente y a las personas que lo integran, en detrimento de un bienestar y dignidad personal, anulando cualquier sentimiento básico de confianza en uno mismo y autoestima (trastorno masoquista de la personalidad). Y, en otros casos, la persona se aleja, se desvincula de los demás y se mantiene sin conexión ni contacto afectivo: su autoestima está bloqueada y poco a poco se va empobreciendo (trastorno esquizoide de la personalidad, esquizofrenia).

Por tanto, las diferencias individuales que pueden establecerse en el estudio del autoconcepto y de la autoestima tienen grandes implicaciones para un enfoque diferencial de la psicopatología y, en concreto, de los trastornos de la personalidad y, como consecuencia, de la psicoterapia.

Así, Millon (1998) dedica especial atención a este foco de observación clínica estableciendo una autoimagen y unas características específicas del self para cada uno de los trastornos de personalidad que formula en su

modelo. Además, esta clasificación afecta también a los patrones o estilos de personalidad normales ya que desde el planteamiento dimensional que defiende se considera que cada sujeto puede tener una predisposición mayor o menor a presentar alguno de esos rasgos aunque sin llegar a ser patológicos (ver Cuadro 1).

Es recomendable, entonces, que las técnicas y herramientas de intervención que en todo proceso de tratamiento se despliegan, sean empleadas teniendo como referente primero y primordial la singularidad de la persona, y, en segundo lugar, las peculiaridades que presenta en el self o en otro aspecto psicológico que son comunes a otro grupo similar de personas con esos problemas.

Se señalan algunas breves indicaciones terapéuticas para modificar el autoconcepto y autoestima de algunos de los trastornos y patrones de personalidad, propuestas por Millon (1998).

Aumentar la autoestima en un paciente con déficit, por excesiva dependencia de los demás, a la hora de obtener aprobación social como fuente principal del sustento de su valía, requerirá técnicas de refuerzo y apoyo que dirijan el foco de su atención a la disponibilidad y existencia de sus propios recursos, pero estando precavido el terapeuta de que, ahora, la dependencia no se deposite de forma absoluta en él, por lo menos en la fase del tratamiento más avanzada.

CUADRO 1
AUTOIMAGEN Y CARACTERÍSTICAS DEL SELF EN LOS DISTINTOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

TRASTORNO/PATRÓN	AUTOIMAGEN Y CARACTERÍSTICAS DEL SELF
Esquizoide/asocial	Autosuficiente: muestra una mínima introspección y conciencia de sí mismo; parece impermeable a las implicaciones personales y emocionales de la vida social cotidiana y se muestra indiferente al halago o la crítica.
Por evitación/de repliegue	Alienada: se ve a sí mismo socialmente inepto, inadecuado e inferior, lo que justifica el aislamiento y el rechazo que recibe de los demás; se siente poco atractivo como persona, devalúa sus logros y refiere una sensación persistente de soledad y vacío.
Depresivo/de rendición	Inútil: se juzga como insignificante, sin valor tanto para él como para los otros, inútil e incapaz de aspiración alguna; productivo, estéril, impotente, se siente culpable por no poseer rasgos o logros loables.
Por dependencia/sumiso	Inepta: se ve a sí mismo débil, frágil e inadecuado; le falta autoconfianza y menosprecia sus aptitudes y competencias, por lo que no es capaz de hacer las cosas sin el apoyo y guía de los demás a los que acude continuamente demandando protección y consejo.
Histríónico/gregario	Gregaria: se considera sociable, estimulante y encantador; utiliza la imagen para atraer a conocidos mediante el aspecto físico y sigue una vida dirigida y orientada al placer. Suele carecer de introspección por lo que no puede reconocer o admitir su profunda inseuridad.
Narcisista/egoísta	Admirable: cree que es una persona de mérito, especial -si no única-, que merece una gran admiración, a menudo sin logros significativos; tiene un elevado concepto de sí mismo a pesar de ser visto por los demás como egocéntrico, desconsiderado y arrogante.
Antisocial/fanfarrón	Autónoma: se ve a sí mismo como si las restricciones sociales y las limitaciones de las lealtades personales no le afectasen; valora la imagen y el sentido de la libertad, y desconfía de las personas, los lugares, las obligaciones o las rutinas.
Sádico/de abuso	Combativa: se enorgullece de verse a sí mismo como una persona competitiva, energética y obstinada; valora aspectos tuyos que le proporcionan una imagen belicosa, dominante y orientada al poder.
Compulsivo/de conformismo	Escrupulosa: se considera entregado al trabajo, digno de confianza, meticuloso y eficiente, excluyendo claramente las actividades de ocio; teme el error y valora en exceso los aspectos del sí mismo que se relacionan con la disciplina, la perfección y la prudencia.
Negativista/vacilante	Descontenta: se ve a sí mismo como alguien incomprendido, sin suerte, despreciado, gafe y devaluado por los demás; reconoce sentirse amargado, descontento y desilusionado con la vida.
Masoquista/afligido	Desmerecedora: se autohumilla centrándose en sus peores características y cree que merece ser avergonzado, humillado y despreciado; siente que no puede cumplir las expectativas de los otros y, por tanto, merece sufrir las consecuencias dolorosas.
Esquizotípico/excéntrico	Enajenada: manifiesta perplejidad e ilusiones sociales recurrentes, así como experiencias de despersonalización, desrealización y disociación; se ve a sí mismo desamparado, con pensamientos repetitivos de vacío vital y sin sentido.
Límite/inestable	Insegura: experimenta las confusiones propias de un sentido de identidad inmaduro, nebuloso o cambiante, que suelen acompañarse de sentimientos de vacío; busca redimir sus acciones precipitadas con expresiones de arrepentimiento y comportamientos autopunitivos.
Paranoide/suspicaz	Inviolable: tiene ideas persistentes de autorreferencia, considera acontecimientos completamente neutros como personalmente despectivos y provocadores; es reacio a confiar en los demás y experimenta intensos temores de perder la identidad y el status.

Y muy al contrario, en *pacientes narcisistas* con autoestima excesiva y poco realista, que apenas dependen de la opinión de los demás para mantenerla, convendrá rebajar esos niveles desmesurados de autovaloración, propiciando, en cambio, cierta dependencia de la figura del psicoterapeuta, como paso preliminar para establecer que los otros son fuente importante y digna de tener en cuenta, en el establecimiento de unas relaciones personales maduras y satisfactorias.

Para que las personas con *trastorno esquizoide* puedan empezar a alterar su autoimagen y los pensamientos automáticos que rodean a la creencia de que están mejor solos y de que las relaciones no pueden ofrecerles nada, el terapeuta tratará de enseñarle a reconocer y articular las sutilezas del refuerzo, así como a identificar el placer obtenido con diversas experiencias.

El paciente con *trastorno histriónico* presenta un self bastante superficial y es difícil convencerle para que se autoexplore o haga introspección, pero la necesidad que tiene de aprobación puede utilizarse en las etapas iniciales de la terapia, valorando y apreciando sus esfuerzos en ese sentido. No obstante, el terapeuta, debido al estilo emocionalmente seductor del histriónico, debe estar precavido de que no se generalice una actitud constante de búsqueda de apoyo.

El *antisocial* posee una autoimagen autónoma y disfruta viendo cómo su libertad no está limitada por las tradiciones sociales que "atenazan" a la mayoría de los individuos. Las ventajas personales de adherirse a las normas ayudan a cambiar esta autoimagen hacia otra interdependiente y no explotadora. El estilo de personalidad del terapeuta adquiere una importancia inusual cuando se trabaja con una personalidad antisocial y las siguientes características son muy recomendables: una actitud interpersonal relajada y no defensiva, una idea clara de los límites personales, un gran sentido del humor y seguridad en sí mismo.

El terapeuta que trate a un *paciente masoquista* debe tener en cuenta que gran parte de su trabajo debe consistir en sentar las bases para un concepto de sí mismo más saludable. Las dificultades más características de estas personalidades son su autoimagen de indignidad y su estado de ánimo disfórico. El entrenamiento en assertividad le ayudará a fortalecer los límites personales que previenen el abuso. Al aprender a expresar sus deseos, el masoquista permite que sus necesidades se vean satisfechas directamente, sin necesidad de comportamientos pasivo-agresivos ni muestras manipuladoras de martirio y sufrimiento. Deben identificarse los comportamientos masoquistas y las circunstancias que los desencadenan, así como los acontecimientos y las actividades positivas que favorecen la autoestima.

Los pacientes con *trastorno por evitación* pueden sacar provecho de métodos como la reestructuración cognitiva, diseñada para corregir las actitudes erróneas sobre su autoconcepto y las expectativas sociales distorsionadas que contribuyen a su excesiva ansiedad y a sus comportamientos de autodesprecio. Trabajando sobre este objetivo, los pacientes pueden valorar el feedback obtenido en sus relaciones personales realizando experimentos para evaluar la validez de sus esquemas cognitivos sesgados y sus pensamientos automáticos.

Los pacientes con *trastorno compulsivo de la personalidad* deben trabajar para el establecimiento de una identidad que diferencie sus propios sentimientos y deseos de lo que perciben que se espera de ellos. Antes de que esto sea factible, la ira reprimida y el temor a la desaprobación deben hacerse conscientes y elaborarse emocionalmente. Hay que reconocer y considerar como válidas tanto las expectativas de los demás como las necesidades de uno mismo. Ayudar a los compulsivos a aflojar sus normas inalcanzables hacia la perfección propia y ajena es un objetivo terapéutico básico que se apoya en la experimentación de comportamientos más espontáneos y de aventuras mentales en los territorios cognitivos "peligrosos". Se puede restringir el excesivo acatamiento de las reglas, y se puede fomentar un comportamiento dirigido a disfrutar de actividades que no están orientadas hacia la ejecución de tareas, incluyendo las relaciones.

La falta de identidad clara de los pacientes con *trastorno límite* les hace perseguir distintos metas, y tener prioridades distintas de una semana a otra. Se sugiere centrarse en los primeros momentos en objetivos comportamentales concretos, y más adelante, una vez que se haya establecido confianza, exponer las ventajas de dedicar un tiempo de cada sesión a los problemas inmediatos y a los de largo plazo. Se debe intentar mostrar al paciente la presencia de patrones comportamentales y cognitivos persistentes en su forma de actuación. El foco de atención de la terapia cognitiva, que se centra en disminuir su pensamiento dicotómico, "en-blanco-y-negro", les llevará a reducir la variabilidad de los estados emocionales. Por otra parte, mediante un entrenamiento de autoinstrucciones, se puede enseñar a controlar mejor la impulsividad.

El terapeuta debe conseguir en la persona con *trastorno paranoide de la personalidad* suscitar confianza mediante pasos lentos y progresivos y debe aceptar, aunque no confirmar, las creencias inusuales del paciente, y permitirle que explore sus sentimientos a un ritmo tolerable. En ningún momento debe confrontarse directamente al paciente con las ideas delirantes. En las terapias cognitivas nunca debe desafiarle directamente las dis-

torsiones cognitivas del paciente, ya que la confrontación se considerará como un ataque personal. Los pacientes mantienen las creencias de que no pueden confiar en los demás, que intentan herirle intencionadamente. También poseen un pensamiento dicotómico y sobregeneralizaciones. El terapeuta debe procurar no interpretar los supuestos que son imperfectos, aunque ha de intentar cambiar el peso de la probabilidad de los atributos paranoides a las hipótesis alternativas. Hay que introducir un elemento de duda en el pensamiento paranoide en cuanto a la validez de sus creencias.

EL SELF EN LA ENFERMEDAD FÍSICA

El self y la identidad son conceptos cruciales también para entender la asociación existente entre factores sociales/comportamentales y la enfermedad y el bienestar físico.

La investigación en diferentes campos como la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, epidemiología psicosocial, etiología y patogénesis del trastorno, diagnóstico y tratamiento comportamental de la enfermedad física, reflejada en un modelo biopsicosocial, implica la consideración de estructuras y procesos relativos al self. Aunque, a veces, estos constructos han sido explicitados y reconocidos formalmente, han permanecido implícitos y sin explorar en la mayoría de las ocasiones.

Por tanto, el modelo biopsicosocial proporciona una metateoría para el estudio de los aspectos sociales, psicológicos y comportamentales de la salud física (Engel, 1977, 1980). En este marco de trabajo se propone un análisis integrado y simultáneo de los macro y micro procesos psicológicos, asumiendo que la salud y enfermedad están determinadas por múltiples factores: biológicos, psicológicos y sociales (Frankel, Quill y McDaniel, 2003; Taylor, 1995).

Pero, ¿dónde están el self y la identidad dentro de este modelo biopsicosocial? Se señalan algunas propuestas (Contrada y Coups, 2003; Contrada y Ashmore, 1999).

1) Por un lado, se subraya la importancia de la *experiencia subjetiva de salud*. Por ejemplo, la autoclasificación que hace un individuo acerca de su estado de salud es un predictor de la mortalidad. La calidad de vida ha llegado a tenerse en consideración en la evaluación de las intervenciones biomédicas, en el desarrollo del curso de los cuidados de salud y en la vigilancia de la salud en la población general. (Gill y Feinstein, 1994; Ware, 1992). Esto sugiere que las percepciones, creencias y evaluaciones acerca de uno mismo -componentes que James (1890) llamaba "Me"- proporcionan información acer-

ca de la susceptibilidad a la enfermedad y los efectos de la misma que no se puede obtener en una evaluación biomédica de la salud.

Engel (1977, 1980) llama la atención sobre la importancia de la experiencia de enfermedad y los cuidados que el propio paciente lleva a cabo. Engel también indicó la necesidad de que los médicos fueran conscientes de los factores psicológicos y sociales que pueden sustentar el rol de enfermo en ausencia de enfermedad o mantener a un paciente con un tratamiento exitoso. Además, señala que la terapia puede resultar inadecuada cuando paciente y médico difieren en sus puntos de vista acerca del problema de salud.

Una manera de organizar los puntos de contacto entre fenómenos sociales/comportamentales y salud/enfermedad es a través de los tipos de mecanismos que los unen. (Krantz, Glass, Contrada, y Miller, 1981) Por ejemplo, de forma directa, los mecanismos psicofisiológicos están relacionados con el concepto de estrés y comprenden los efectos de estresores ambientales y estados emocionales en los procesos fisiológicos que promueven la enfermedad. Indirectamente, los mecanismos comportamentales comprenden las acciones u omisiones por las que una persona se expone a agentes patógenos. Las reacciones a la enfermedad se refieren a las respuestas psicológicas y conductuales ante los síntomas físicos, la enfermedad y el tratamiento médico, que pueden influir sobre en el curso y los efectos de la enfermedad.

2) Los constructos relacionados con el self y la identidad también juegan un importante papel en la comprensión de los *procesos causales del trastorno físico*, y, en concreto, del estrés. Así, los factores psicosociales que determinan los cambios fisiológicos asociados al estrés pueden explicarse en términos de evaluación cognitiva y procesos de afrontamiento (Cohen y Herbert, 1996; Krantz y Manuck, 1984) y en ambos procesos hay aspectos psicológicos relacionados con el self. Las metas, competencias y valores que dependen del self condicionan la valoración que hace el sujeto de la situación potencialmente estresante. Igualmente, los procesos de afrontamiento del estrés pueden ser considerados como ajustes cognitivos y comportamentales para reparar o reafirmar algún aspecto amenazado del self mismo (Deaux, 1992; Thoits, 1991).

EL SELF COMO AGENTE MEDIADOR EN LA SALUD

Algunos autores (Pennebaker, 2003; Pennebaker y Keough, 1999), incluso, señalan al self como un mediador decisivo a la hora de obtener resultados positivos o

negativos para la salud, tal y como ahora se expone en el análisis propuesto por ellos.

Los traumas producidos por las situaciones estresantes pueden ser perjudiciales psicológicamente porque amenazan aspectos esenciales del self. Estas experiencias amenazantes pueden ser inhibidas o reveladas. Las personas pueden inhibir el pensar y el hablar sobre ellas para disminuir la amenaza, pero esta represión activa puede ser perjudicial psicológicamente, derivando en una enfermedad (Pennebaker, Kiecolt-Glaser y Glaser, 1988). Sin embargo, la expresión del trauma puede ser un método efectivo de afrontamiento porque ayuda a las personas a dar significado a sus experiencias, reconceptualizarlas como no amenazantes, asimilarlas en el sí mismo, y, en algunos casos, emprender una reconstrucción drástica del sistema del self (Pennebaker, 1989; Pennebaker, Kiecolt-Glaser y Glaser, 1988; Taylor, 1991).

Así, a través del descubrimiento la persona puede ser capaz de situar la experiencia problemática en un entorno significativo (Pennebaker y Beall, 1986), sentir mayor coherencia personal, elevar su autoestima, aumentar su sentimiento de autocontrol sobre los sucesos e incrementar su optimismo (Harber y Pennebaker, 1992).

Existe evidencia en diversos estudios de que los traumas son en realidad amenazas a la identidad personal. Los datos señalan que inhibir la necesidad de hablar sobre el problema acontecido es en sí mismo estresante porque sirve para perpetuar la amenaza, resultando en un daño físico y psicológico adicional. El fracaso al traducir las experiencias emocionales a un formato lingüístico mantiene las reverberaciones emocionales del trauma durante un tiempo prolongado. Por el contrario, el proceso de compartir el conflicto ayuda a asimilar la

experiencia amenazante en el self, de forma que deja de ser dañina y el trabajo fisiológico que requiere la inhibición deja de ser necesario. Pennebaker y Keough (1999) reflejan en la figura 1 estas ideas principales que pasamos a detallar en los próximos apartados.

Los traumas amenazan al self

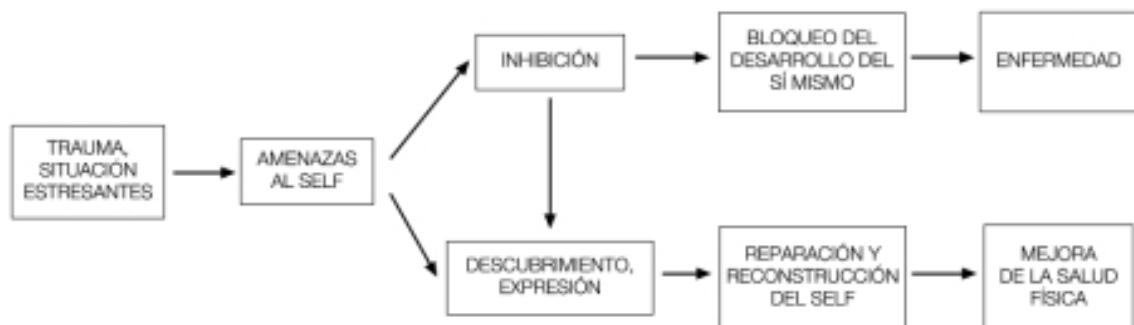
El self es un proyecto reflexivo en el que la persona trabaja todos los días de su vida, se desarrolla a través del tiempo y busca una coherencia temporal reflejada en las narrativas que esa persona construye para integrar sus experiencias en una historia con significado.

Los traumas representan desafíos significativos para las creencias básicas sobre el mundo y el self: que el mundo es básicamente benevolente y con sentido y que el self es efectivo y valioso (Epstein, 1991; Horowitz, 1986; Janoff-Bulman, 1989). Estas situaciones estresantes desestabilizan o invalidan una o más de estas creencias básicas, y al hacerlo, amenazan lo que James (1890) llamó el "Yo" (self como agente o proceso) y el "Me" (self como objeto o contenido).

El impacto negativo puede también eliminar completamente algunos aspectos del autoconcepto. El fracaso en la escuela, por ejemplo, generalmente eliminaría una identidad de estudiante, y quizás un posible self como futuro doctor (Deaux, 1992).

Las asunciones que una persona tiene sobre la predictibilidad, la controlabilidad y el significado de la vida se tambalean, y con estos pensamientos destruidos, se ve también afectada su identidad social (Janoff-Bulman, 1992). Con las amenazas a la coherencia psicológica llegan las amenazas a la salud biológica (Booth y Ashbridge, 1993). ¿Por qué el hecho de no expresar y revelar las amenazas a uno mismo es tan perjudicial? Los autores

FIGURA 1
EL SELF COMO MEDIADOR EN EL PROCESO DE SALUD



han investigado la posibilidad de que la inhibición actúe como mediadora entre la amenaza psicológica y la enfermedad.

Inhibición

Los autores afirman que el hecho de no hablar sobre el estrés que sufre una persona es una forma de inhibición. Esta represión activa y continua de comportamientos, pensamientos o emociones supone un trabajo psicológico considerable que al mismo se convierte en un estresor (Selye, 1976).

Esta inhibición activa se ha asociado también con cambios en el procesamiento de la información, de manera que la persona no realiza el proceso típico y completo de estos eventos y no traslada la experiencia al lenguaje, lo que ayudaría al entendimiento y la asimilación de ese acontecimiento (Pennebaker, 1989). En consecuencia, es probable que el trauma inhibido surja en forma de rumiaciones, sueños y síntomas cognitivos asociados (Harber y Pennebaker, 1992).

La inhibición impide el procesamiento, por lo que la persona no puede asimilar el trauma dentro de su autoconcepto. Sin embargo, el afrontamiento activo de la situación estresante ayuda a la persona a dar significado y por último, a asimilar el evento, de manera que ya no viola sus creencias básicas sobre el mundo y el self. La inhibición probablemente tenga un impacto tanto en el "Me" como en el "Yo".

Múltiples estudios han mostrado que cuando la gente reprime sus emociones, pensamientos o comportamientos, incrementa la acción del Sistema Nervioso Simpático (SNS).

Las evidencias para sostener el modelo de inhibición en el dominio de las funciones hormonales e inmunes están aumentando. Los chicos jóvenes que se consideran inhibidos por otros, muestran más problemas de salud, como infecciones respiratorias, y poseen un mayor nivel de cortisol que aquellos menos inhibidos (e.g., Kagan, Reznic y Snidman, 1988). En un estudio realizado por Petrie, Booth y Pennebaker (1998), se mostró que el acto de suprimir los pensamientos estaba asociado con una reducción significativa de los niveles de linfocitos.

El descubrimiento y el self

Así como las órdenes de inhibición incrementan la actividad del SNS, la revelación de estas experiencias emocionales inhibidas, escribiendo o hablando sobre ellas, reduce dicha actividad (Pennebaker, Barger y Tiebout, 1989; Pennebaker, Hughes y O'Heeron, 1987).

La confrontación de experiencias previamente reprimidas puede reducir la cantidad de daños causados por la inhibición. El self también media en la relación entre la expresión y la salud. Las personas se ven obligadas a trabajar hacia la asimilación y elaboración de esas experiencias traumáticas, posiblemente reorganizando su sistema de self como una manera de afrontamiento del trauma, consiguiendo un sentido de coherencia y perspicacia dentro de las experiencias que amenazan al sí mismo (Epstein, 1991; Horowitz, 1986).

El proceso de describir el trauma puede ayudar a reforzar los lazos entre esa y otras experiencias, resultando en una integración del problema dentro de una red de memorias y creencias (Harber y Pennebaker, 1992). Este descubrimiento puede ayudar a actualizar, modificar y reagrupar la nueva información impactante, resultando en una estructura del self que puede ser muy diferente de la que tenía la persona cuando empezó y que refleja de forma dinámica el entendimiento de esas experiencias pasadas.

Por tanto, el trabajo de integrar eventos y darles un significado contingente con un valor personal fuertemente considerado, un aspecto nuclear del sí mismo, puede ser beneficioso para ayudar a las personas a restaurar su autoimagen como individuos competentes y respetables (Markus y Nurius, 1986). Esta idea es consistente con los resultados del estudio de Greenberg, Wortman y Stone (1996), en el que sus participantes, al ir confrontando directamente los eventos estresantes a través de la escritura, iban reintegrando su autoconcepto, reparando los campos dañados, eliminando una amenaza crónica al self y construyendo posibles sí mismos más resistentes. También se ha confirmado el efecto beneficioso de la expresión emocional en la función inmune de pacientes con sida (Petrie, Fontanilla, Thomas, Booth y Pennebaker, 2004) y con cáncer (Madden, 2003).

Finalmente, ya que la participación en una terapia presupone que el individuo reconoce la existencia de un problema y lo discute abiertamente con otro, el mero acto de la expresión y descubrimiento de un conflicto, entonces, puede ser un agente terapéutico poderoso que explique un porcentaje sustancial de la varianza en la reconstrucción del self y en el proceso de autoconocimiento.

REFERENCIAS

- Allport, G. W. (1961). Pattern and growth in personality. 2^a edición revisada, Nueva York: Holt. Traducido al castellano en *La personalidad, su configuración y*

- desarrollo. Barcelona: Herder, 1965.
- Bandura, A (1978). The self system in reciprocal determinism. *American Psychologist*, 1978, 344-358. Traducido al castellano en A. Fierro (1981), *Lecturas de psicología de la personalidad*. Madrid: Alianza.
- Booth, R. y Ashbridge, K. (1993). A fresh look at the relationship between the psyche and the immune system: Teleological coherence and harmony of purpose. *Advances*, 9, 4-23.
- Cohen, S. y Herbert, T. B. (1996). Health psychology: Physiological factors and physical disease from the perspective of human psychoneuroimmunology. *Annual Review of Psychology*, 47, 113-142.
- Contrada, R. J. y Ashmore, R. D. (1999) Self and social identity: key to understanding social and behavioral aspects of physical health and disease? En R. J. Contrada y R. D. Ashmore (Eds.), *Self, social identity and physical health* (pp.3-23). Londres: Oxford University Press.
- Contrada, R. J. y Coups, E. J. (2003). Personality and self-regulation in health and disease: Toward an integrative perspective. En L. D. Cameron y H. Leventhal, (Eds.), *The self-regulation of health and illness behaviour* (pp. 66-94). Nueva York: Routledge.
- Cooley, C. H. (1902). The social self: on the meanings of I. En C. Gordon y K. J. Gergen (Eds.), *The self in social interaction*, vol. I: Classic and contemporary perspectives (pp. 87-91). Nueva York: Wiley, 1968.
- Deaux, K. (1992). Focusing on the self: Challenges to self-definition and their consequences for mental health. En D. N. Ruble, P. R. Costanzo y M. E. Oliveri (Eds.), *The social psychology of mental health: Basic Mechanism and applications* (pp.301-327). Nueva York: Guilford.
- Duval, S. y Wicklund, R. A. (1973). Effects of objective self awareness on attribution of causality. *Journal of experimental social Psychology*, 9, 17-31.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenges for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Engel, G. L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*, 137, 535-544.
- Epstein, S. (1990). Cognitive Experiential Self-Theory. En L. A. Pervin (Ed.), *Handbook of Personality*. Nueva York: The Guilford Press.
- Epstein, S. (1991). The self-concept, the traumatic neurosis, and the structure of personality. En D. J. Ozer, J. M. Healy, y A. J. Steward (Eds.), *Perspectives in personality, Vol.3: Part A: Self and emotion; Part B: Approaches to understanding lives* (pp. 63-98). Londres: Jessica Kingsley.
- Epstein, S. (1998). *Constructive thinking*. Londres: Praeger.
- Fierro, A. (1996). El conocimiento de sí mismo. En A. Fierro (Comp.), *Manual de Psicología de la Personalidad*. Barcelona: Paidós.
- Fierro, A. (2002). *Personalidad, persona, acción. Un tratado de Psicología*. Madrid: Alianza Editorial.
- Fierro, A. y Cardenal, V. (1996). Dimensiones de personalidad y satisfacción personal. *Revista de Psicología general y aplicada*, 49 (1), 65-82.
- Fierro, A. y Cardenal, V. (2001). Pertinencia de estilos de personalidad y variables cognitivas a indicadores de salud mental. *Revista de Psicología general y aplicada*, 54, 207-226.
- Frankel, R. M., Quill, T. E. y McDaniel, S. H. (Eds.) (2003). *The biopsychosocial approach: Past, present, future*. Rochester, NY: University of Rochester Press.
- Freud, A. (1936). *The ego and the mechanisms of defense*. Nueva York: International Universities Press. Traducido al castellano en El yo y los mecanismos de defensa. Buenos Aires: Paidós, 1976.
- Gill, T. M., y Feistein, A. R. (1994). A critical appraisal of the quality of quality of life assessment. *Journal of American Medical Association*, 272, 619-626.
- Greenberg, M. A., Wortman, C.B., y Stone, A. A. (1996). Emotional expression and physical health: Revising traumatic memories or fostering self-regulation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 588-602.
- Harber, K. D., y Pennebaker, J. W. (1992). Overcoming traumatic memories. En S. Christianson (Ed.), *The handbook of emotion and memory research and theory* (pp. 359-387). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Hartman, H. (1964). *Essays on ego psychology*. Nueva York: International University Press.
- Horowitz, M. J. (1986). *Stress response syndromes* (2nd ed.). Northvale, NJ: Jason Aronson.
- James, W. (1890). *Principles of psychology*. Nueva York: Holt.
- Janoff-Bulman, R. (1989). Assumptive worlds and the stress of traumatic events: Applications of the schema construct. *Social Cognition*, 7, 113-136.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. Nueva York: Free Press.
- Kagan, J., Reznick, J. S., y Snidman, N. (1998). Biological bases of childhood shyness. *Science*, 240, 167-171.
- Kanfer, F. H. y Karoly, P. (1978). Self control: a behavioristic excursion into the lion's den. *Behavior Therapy*, 1972, 3. Traducido al castellano: Autocontrol: una excursión behaviorista a la boca del lobo. *Revista Española de Psicología*.

- Krantz, D. S., Glass, D. C., Contrada, R. J. y Miller, N. E. (1981). Behavior and Health. In the National Science Foundation's *Five Year outlook on science and technology: 1981 source materials* (vol. 2, pp. 561-588). Washington D.C.: U.S. Government Printing Office.
- Krantz, D. S. y Manuck, S. B. (1984). Acute psychophysiological reactivity and the risk of cardiovascular disease: A review and methodological critique. *Psychological Bulletin*, 96, 435-464.
- Madden, K.S. (2003). Catecholamines, sympathetic innervation, and immunity. *Brain, Behavior and Immunity*. Volume 17, Issue 1, Supplement 1, 5-10. Biological Mechanisms of Psychosocial Effects on Disease: Implications for Cancer Control.
- Marcus, H., y Nurius, P. (1986). Possible selves. *American Psychologist*, 41, 954-969.
- Markus, H. y Sentis, K. (1982). The self in social information processing. En: J. Suls (Ed.), *Psychological perspectives on the self*. Hillsdale, N. J.: Erlbaum.
- Mead, G. H. (1934). *L'Esprit, le soi et la société*. París: PUF.
- Millon (1998). *Trastornos de personalidad. Más allá del DSM IV*. Barcelona: Masson.
- Mischel, W. (1973). Toward a cognitive social learning reconceptualization of personality. *Psychological Review*, 80, 252-283.
- Mumford, E., Schlesinger, H. J., y Glass, G. V. (1983). Reducing medical costs through mental health treatment: Research problems and recommendations. En A. Broszkowski, E. Marks, y S. H. Budman (Eds.), *Linking health and mental health* (pp. 257-273). Beverly Hills, CA: Sage.
- Pennebaker, J. W. (1989). Confession, inhibition and disease. En L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 22, pp. 211-244). Nueva York: Academic Press.
- Pennebaker, J. W. (2003). The social, linguistic and health consequences of emotional disclosure. En J. Suls y K. A. Wallston (Eds.), *Social psychological foundations of health and illness*. Blackwell series in health psychology and behavioral medicine. (pp. 288-313). Malden, MA, US: Blackwell Publishers.
- Pennebaker, J. W., Barger; S. D., y Tiebout, J. (1989). Disclosure of traumas and health among Holocaust survivors. *Psychosomatic Medicine*, 51, 557-589.
- Pennebaker, J. W., y Beall, S. K. (1986). Confronting a traumatic event: Toward an understanding of inhibition and disease. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 274-281.
- Pennebaker, J. W., Hughes, C. F., y O'Heeron, R.C. (1987). The psychophysiology of confession: Linking inhibitory and psychosomatic processes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 781-793.
- Pennebaker, J. W. y Keough, K. A. (1999). Revealing, organizing and reorganizing the self in response to stress and emotion. En R. J. Contrada y R. D. Ashmore (Eds.), *Self, social identity and physical health* (pp.101-125). Londres: Oxford University Press.
- Pennebaker, J. W., Kiecolt-Glaser, J., y Glaser, R. (1988). Disclosure of traumas and immune function: Health implications for psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 239-245.
- Pennebaker, J. W., Mayne, T. J., y Francis, M. E. (1997). Linguistic predictors of adaptive bereavement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 863-871.
- Petrie, K. J., Booth, R. J., y Pennebaker, J. W. (1998). The immunological effect of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 560-573.
- Petrie, K. J., Fontanilla, Thomas, M. G., Booth, R. J. y Pennebaker, J. W. (2004). Effect of written emotional expression on immune function in patients with human immunodeficiency virus infection: a randomized trial. *Psychosomatic Medicine*, 66, 272-275.
- Rapaport, D. (1967). *La estructura de la teoría psicoanalítica. Un intento de sistematización*. Buenos Aires: Paidós.
- Selye, H. (1976). *The Stress of Life*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Smith, M. L., Glass, G. V., y Miller, R. L. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Taylor, S. E. (1983). Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*, 38, 1161-1173.
- Taylor, S. E. (1991). *Health psychology* (2nd ed.). Nueva York: McGraw-Hill.
- Taylor, S. E. (1995). *Health Psychology*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Thoits, P. A. (1991). On merging identity theory and stress research. *Social Psychology Quarterly*, 54, 101-112.
- Wallon, H. (1959). Le rôle de l'autre dans la conscience du moi. *Enfance*, 3-4, 279-286.
- Ware, J. E. (1992). Measures for a new era of health assessment. In A. L. Stewart y J. E. Ware (Eds.), *Measuring functioning and well-being* (pp. 3-11). Durham, NC: Duke University Press.