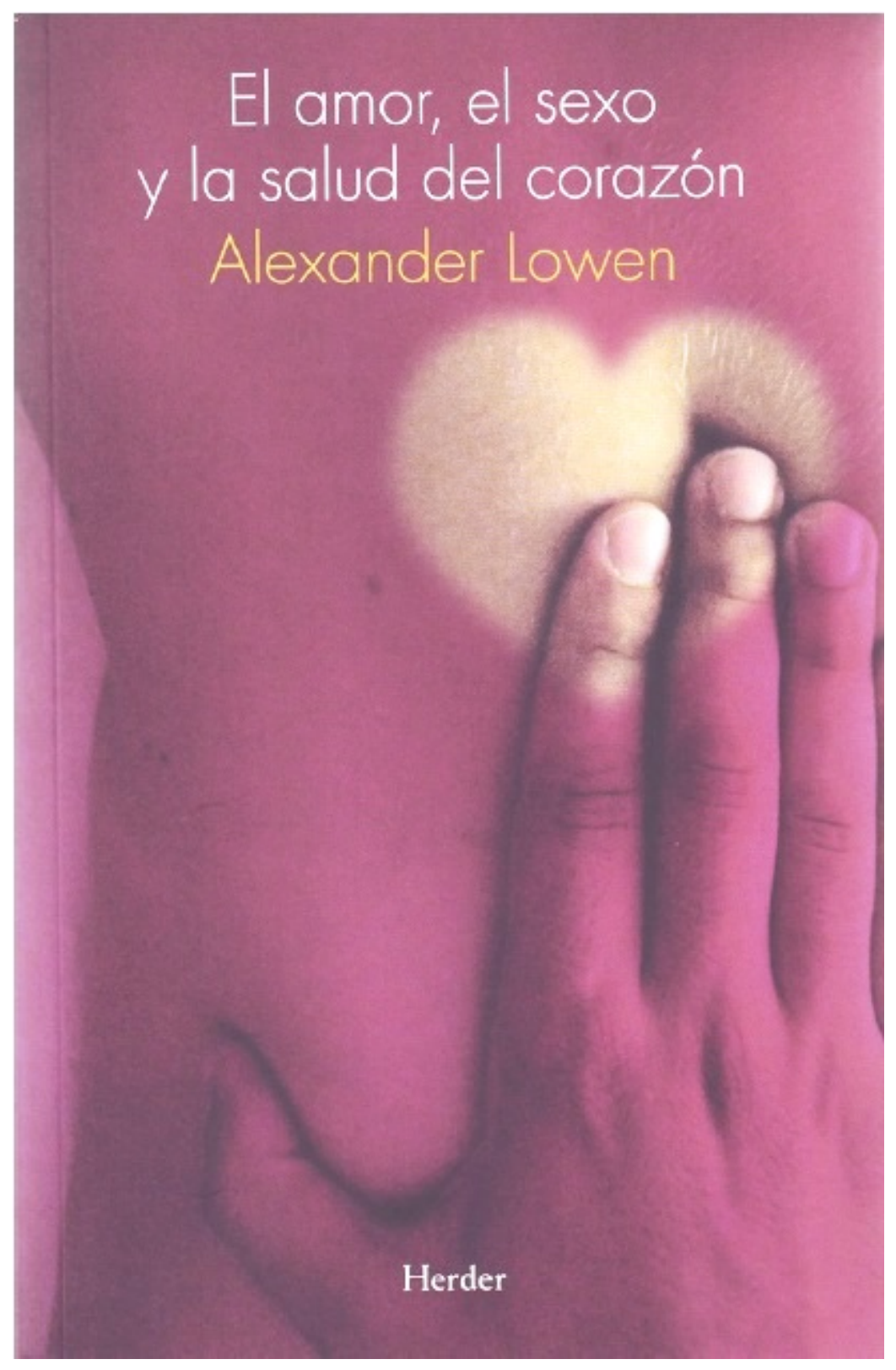


El amor, el sexo  
y la salud del corazón  
Alexander Lowen

A close-up photograph of a hand with a heart-shaped shadow cast on a reddish-pink background. The hand is positioned in the lower right quadrant, with the fingers slightly curled. The shadow of the hand is cast onto the background, forming a heart shape. The background is a solid, deep red color. The text is printed in white and yellow at the top, and the publisher's name is at the bottom.

Herder

**ALEXANDER LOWEN**

**EL AMOR, EL SEXO  
Y LA SALUD DEL CORAZÓN**

## Índice

Prefacio ... 4

Introducción ... 6

Parte primera. La satisfacción del amor ... 14

El amor está en el corazón de la vida ... 15

El sexo y el corazón ... 40

En el fondo del corazón aún somos niños ... 68

La pérdida del amor y la pérdida de la esperanza:

«No puedo vivir sin ti» ... 93

El miedo al amor ... 113

Parte segunda. La angustia y la enfermedad del corazón ... 136

El amor, el estrés y el corazón ... 136

El ataque cardíaco ... 156

La muerte súbita ... 181

La voluntad de vivir y el deseo de morir ... 192

El corazón sano. La persona que ama ... 218

Todos admitimos que el corazón es un símbolo del amor. Pero esta relación entre el corazón y el amor ¿es tan sólo simbólica? ¿O hay entre ellos una conexión real y esencial?

La mayoría de las personas han experimentado el rápido latir del corazón en presencia de un ser querido y también la sensación de peso en el corazón que sigue a una pelea de enamorados. Por otra parte, en todas las culturas es una práctica común ponerse una mano en el corazón cuando se habla de amor; como si se quisiera situar las sensaciones físicas que acompañan a la emoción. Si el corazón está implicado en toda experiencia de amor, como parece ser, debemos suponer que expresiones como «un corazón lleno de amor» describen también un fenómeno físico.

Así, pues, ¿qué validez podemos conceder al concepto de «corazón partido»? Aunque los corazones no se rompen en pedazos cuando el amor es rechazado o se pierde a alguien querido, es claro que en semejantes situaciones algo se rompe. ¿Existe algo así como un corazón cerrado o un corazón abierto? Estas cuestiones son importantes para la comprensión, no sólo de nuestros sentimientos, sino también de la salud del corazón. Dando por sentado que la conexión entre el corazón y el amor es real, como hago a lo largo de este libro, se puede plantear la hipótesis de que un corazón sin amor debe inevitablemente languidecer y morir. Mi creencia en esta idea se basa en mi experiencia como médico que ha colaborado en el esfuerzo de sus pacientes por abrir su corazón al amor y encontrar un poco de alegría en la vida. En este estudio expondre-

mos algunos de estos casos.

¿Qué decir del sexo? Si afirmamos, como hacen algunos, que el amor y el sexo son dos funciones independientes, debemos suponer que el corazón no está más implicado en el acto sexual que en cualquier otra actividad física. Desde este punto de vista, la función cardíaca de bombear la sangre por todo el cuerpo a fin de proporcionar oxígeno y alimento a los tejidos y eliminar productos residuales debe verse como algo puramente mecánico. Sin embargo, también aquí tropezamos con el lenguaje común, que se refiere al sexo en términos de «hacer el amor», con lo que sugiere una conexión directa entre el amor y el sexo y, por extensión, entre el corazón y los órganos genitales.

El objeto de este libro es dilucidar estas relaciones, de modo que el lector pueda ver cómo su vida emocional está vinculada con su ser físico y cómo su salud física depende de su bienestar emocional. Tengo la esperanza de que la comprensión de las causas del miedo al amor ayudará al lector a intensificar su capacidad de amar, asegurando con ello la salud de su corazón. Sin este conocimiento, todos nuestros esfuerzos por asegurar la salud de nuestro corazón irán desencaminados.

Empezaremos, por tanto, examinando el nexo entre el corazón y el amor, relación que los poetas, los filósofos y los maestros religiosos han reconocido y expresado a lo largo de los siglos.

Como cardiólogo clínico, he visto y tratado muchos casos de enfermedades del corazón. Con el paso de los años se me hizo patente que la enfermedad coronaria del corazón es en general una enfermedad callada y omnipresente. Los síntomas, por regla general, se manifiestan de forma tardía, y la muerte repentina por ataque al corazón es, con frecuencia, el primer síntoma de insuficiencia coronaria. Esto obviamente plantea un dilema al cardiólogo. Los aspectos preventivos de la lucha contra tan devastadora enfermedad se han convertido últimamente en el centro de la cardiología contemporánea. El riesgo predeterminado y los perfiles de los hábitos de una persona se han convertido en variables importantes en la relación entre el estilo de vida y la enfermedad cardiovascular. Pero, a pesar de todos los estudios que vinculan el hábito de fumar, los niveles altos de colesterol en la sangre, la hipertensión y la diabetes de los adultos con la arteriosclerosis coronaria, me convencí de que estos factores de riesgo, aun siendo muy significativos, en realidad no explicaban completamente la naturaleza de esta enfermedad.

Durante muchos años, y especialmente en la última década, se han llevado a cabo intensas investigaciones encaminadas a descubrir las causas de la enfermedad cardiovascular arteriosclerótica — fenómeno singular del hombre del siglo veinte—. Esta investigación ha sido principalmente de naturaleza estadística y ha demostrado la conexión existente entre los perfiles de factor de riesgo y la enfermedad cardíaca subsiguiente. Sin embargo, estudios postero-

res han revelado que determinados individuos son más propensos que otros a las enfermedades coronarias. Estas personas propensas a la enfermedad tienen una pauta de comportamiento especial y una predisposición mayor de lo normal al estrés emocional. El estrés emocional me parecía la causa más importante de la enfermedad cardíaca, y, cuando Friedman y Rosenman publicaron sus investigaciones acerca del comportamiento del tipo A propenso a las enfermedades coronarias y su predisposición a las enfermedades de las arterias coronarias, se confirmó mi creencia en el papel predominante del estrés y la conducta en las enfermedades del corazón.

Los cardiólogos son particularmente propensos a las enfermedades cardíacas debido a la naturaleza estresante de su trabajo. Como cardiólogo clínico vi pautas de conducta destructiva en pacientes calificados como individuos «propensos a sufrir enfermedades cardíacas coronarias». Lo que no esperaba descubrir, sin embargo, era que yo mismo llevaba puesta la etiqueta. Cuando tuve conciencia de ello me horroricé. Sabía que había sido una persona competitiva, un hombre de éxito y un gran trabajador. También me reconocía como un individuo del tipo A. Hombre de cerca de cuarenta años, agresivo y triunfador, me di cuenta de pronto de que mi propia mortalidad se me revelaba a través de mis pacientes.

Los factores de riesgo cardiovasculares tradicionales a menudo no se encontraban en víctimas de enfermedades cardíacas coronarias. Una característica típica era que el propio comportamiento se convertía en el catalizador del proceso de enfermedad. Los factores emocionales operantes en un nivel fisiológico afectaban al proceso de la enfermedad cardíaca. Es bien sabido que mente y cuerpo se influyen mutuamente. Lo que uno piensa puede provocar una respuesta emocional ante la que el cuerpo reacciona. Así los problemas de la personalidad son elementos clave que se encuentran en

casi todas las enfermedades. Una emoción o afecto no ventilados, por ejemplo, acaban perjudicando al cuerpo y a su sistema fisiológico. En la presión sanguínea alta, las principales emociones reprimidas son la cólera, la hostilidad y la rabia. Algunos individuos propensos a las enfermedades coronarias, además de reprimir la cólera y la hostilidad, también han luchado con la experiencia desgarradora de la pérdida del amor y la subsiguiente pérdida de una relación vital. Estos sentimientos de desgarrar suponen un pesar, un dolor y una angustia muy grandes, que más tarde se expresan en la evolución del comportamiento, el carácter y el cuerpo de la persona. Por tanto, vi claramente que la enfermedad del corazón es un proceso que no ocurre porque sí, sino que con frecuencia influyen en él problemas emocionales, conflictos conscientes e inconscientes. Por esta razón, concentré mi interés y mis energías en este análisis del comportamiento. Pude verlo también como un reto para descubrir el factor causante, que se podría identificar y modificar con el fin de mejorar y prolongar la vida de mis pacientes, así como la mía propia. Asimismo el descubrimiento de que yo mismo me estaba creando las condiciones para sufrir una enfermedad coronaria me decidió a someterme a una terapia con miras a investigar y cambiar los aspectos negativos de mi conducta.

Mi búsqueda me devolvió a mi infancia, y apareció un modelo identificable. Yo era el tercero de cuatro hermanos. Cuando tenía cuatro años nació mi hermana, y por aquella época inicié una serie de múltiples accidentes y enfermedades infantiles. ¿Eran estos incidentes una forma inadecuada de buscar el contacto y el amor de una madre muy ocupada con su hija recién nacida y con su familia creciente? Después de tantos años todavía puedo sentir ese anhelo por la atención y el consuelo de mi madre. Su «no disponibilidad» para mí resultó desgarradora en mi primera experiencia. La tristeza traumática que vino a continuación fue reprimida, pero, de un mo-



do u otro, mi cuerpo recordó la verdad. La delicada vulnerabilidad del niño se convirtió en la rigidez de un pecho fuertemente acorazado, como para proteger mi corazón. Sé que mi madre me amaba tiernamente, pero en tan temprana edad yo era incapaz de comprender sus necesidades y me concentraba sólo en las mías. Buscaba su aprobación y su amor y esperaba que siendo «un buen chico, un buen estudiante, un atleta y una persona de éxito» los obtendría. El *éxito* me aportaría el amor, pensaba. Creé una falsa conexión entre ambos que se prolongó en la edad adulta. Esta conexión influyó en el proceso de comportamiento del tipo A que a la larga podía provocar mi fallecimiento.

Tras los estudios en la facultad de medicina, hice prácticas como interno en psiquiatría y medicina, dos años de residencia en medicina y dos años de estudios especializados de cardiología. Me convertí en un cardiólogo técnico y agresivo muy preparado y tenía una extrema seguridad en lo que estaba haciendo. Me hice adicto al trabajo. La pasión de mi vida era mi oficio, pues me había dado un lugar en el universo.

Sin embargo, al cabo de poco, en medio de este éxito, sentí que me consumía. Sostenía una lucha interna para lograr y realizar cosas a expensas de mis sentimientos. Aunque no lo reconocía, era un esclavo. Negaba mi fatiga y mi dolor, cosa que había hecho en mi adolescencia para demostrarme a mí mismo que era un buen estudiante y un buen atleta. En esa búsqueda de éxitos y logros, ¿estaba buscando realmente aprobación y amor? ¿Trataba de demostrarme a mí mismo que era digno de amor? Había arrastrado esta necesidad durante toda mi vida y la veía una y otra vez en muchos de mis pacientes. Muchos perseguían esta necesidad hasta llegar a la enfermedad cardíaca y la muerte.

El desafío que entonces me lancé a mí mismo era el de alterar la autodestructiva pauta de conducta del tipo A coronario. En reali-

dad, la conciencia y el reconocimiento de que yo poseía este comportamiento fueron iluminadores, por cuanto fue esta conciencia la que me dio fuerzas para encontrar una alternativa curativa.

A mediados de la década de los setenta tuve la fortuna de asistir a conferencias y seminarios impartidos por mis colegas sobre el comportamiento y las enfermedades cardiovasculares. Uno de los conferenciantes, Robert Elliot, cardiólogo y autor del libro *Is it worth dying for?*, me causó un impacto tremendo. Después de estos encuentros, participé en muchos seminarios sobre autoconciencia. En 1978, por ejemplo, asistí en Londres a un simposio internacional sobre el estrés y la tensión. Fue en extremo estimulante y me dio a conocer algunas de las formas no tradicionales de considerar la curación. Los alemanes, por ejemplo, integraban el *biofeedback* en sus tratamientos, los suecos utilizaban el masaje, los suizos introducían el Lamaze, los asiáticos se centraban en la meditación, mientras que los americanos enseñaban la relajación progresiva. Pude ver cada uno de estos métodos como una manera positiva de suavizar la emoción y calmar el sistema nervioso. Todos eran valiosos.

Durante los años siguientes tuve la suerte de dirigir talleres de estrés y otras dolencias con un internista, el doctor Brendan Montano, y un psicoterapeuta, Holly Hatch. Estas interacciones de grupo, que utilizaban la técnica terapéutica *Gestalt*, eran útiles para enseñar cómo enfrentarse a la vida a personas predispuestas. El adiestramiento en la conciencia de grupo tenía un impacto tremendo sobre la curación, en particular cuando los individuos «se veían a sí mismos» en las otras personas. Después de participar en varios talleres, empecé a publicar en revistas médicas parte de las informaciones que tenía. Mis pacientes se convirtieron en mis mejores maestros. En esa época me di cuenta de que necesitaba adquirir una formación especializada en el campo de la psicoterapia. Cuanto

más investigaba la relación entre la mente, la emoción y el corazón, más inseguro e incapaz me sentía. El campo era simplemente inmenso, inexplorado y desconocido.

Estuve dos años con la terapia *Gestalt*, que me ayudó a comprender algunas de las causas de fondo de mis actitudes y me convenció más del poder de las emociones en la salud y la enfermedad. En el transcurso de esta terapia descubrí la obra de Alexander Lowen. El análisis bioenergético, fundado por él, es una terapia analítica corporal centrada en las tensiones musculares del cuerpo, que son la contrapartida física de los conflictos emocionales de la personalidad. Al igual que se puede decir la edad de un árbol contando los anillos internos del tronco, un terapeuta bioenergético, como Lowen, puede determinar la historia de una persona examinando su cuerpo. En el análisis bioenergético, el terapeuta puede determinar dónde se localiza la tensión y dónde está bloqueada la energía. Este bloqueo impide que las personas experimenten con plenitud su potencial de vida. Utilizando diversas técnicas y ejercicios para cargar y descargar el cuerpo, el terapeuta bioenergético puede liberar la energía aprisionada, lo que permite que la tensión se disipe. Este concepto de la energía y su aplicación a individuos propensos a enfermedades cardíacas era tan interesante y apasionante que decidí someterme a una terapia con el doctor Lowen. Gracias a sus enseñanzas, pronto se me hizo evidente que mi cuerpo estaba muy tenso, que no respiraba profundamente y que no experimentaba o expresaba plenamente mis propios sentimientos.

Mi terapia con el doctor Lowen se centró en la rigidez de mi cuerpo. Aunque durante los primeros meses éste ofrecía resistencia y estaba bajo el control de mi cabeza, Lowen trabajó con mi respiración, lo cual despertó sensaciones. Me colocó sobre un taburete bioenergético y me hizo utilizar la voz de modo que aplacara la

energía de mi pecho. Esto tuvo efectos positivos al reducir el estrés y la tensión de mi caja torácica. A continuación se concentró en el diafragma, la mandíbula y la pelvis. Varios meses de trabajo corporal pusieron al descubierto emociones reprimidas y tensiones musculares. Gradualmente tuvo lugar un ablandamiento de mi cuerpo. El gritar liberaba la tensión y creaba una cualidad expansiva en mi pecho. Durante los años siguientes vi que mi corazón se abría. Creo que estaba desarrollándose el lado femenino de mi carácter. El crecimiento fue enorme. El dolor de la terapia condujo finalmente al descubrimiento del placer. Empecé a experimentar más sensaciones. Mi bienestar emocional y físico aumentó, y mi cuerpo parecía cobrar vida. Empecé a sentir mi verdadero yo. Este viaje de auto descubrimiento fue vivificante.

Con estos nuevos conocimientos, empecé a considerar a mis pacientes cardíacos desde el punto de vista de lo que pasaba en su pecho, de la tensión albergada en su cuerpo, de cómo respiraban, de cuáles habían sido sus primeras experiencias en relación con la pérdida de amor, y cuáles eran sus experiencias actuales con el amor. Mi trabajo se desarrollaba ahora en un plano diferente. Empecé a trabajar con mis pacientes en el nivel corporal utilizando los conocimientos que había recibido de Lowen. El análisis bioenergético resultó ser un instrumento estupendo para la valoración total de cada persona y de su enfermedad. Aunque seguí considerando el historial de cada paciente, empecé a fijarme en su respiración, el encuentro ocular, la calidad de su energía, la sensación de su apretón de manos, el movimiento de su diafragma, su tono de voz y las señales de emoción contenida visibles en su cuerpo. El análisis de la estructura de la mandíbula, por ejemplo, me daba una idea del nivel de cólera reprimida del paciente. Su forma de mirar me daba información acerca de su tristeza y su miedo. Así, observando las estructuras del cuerpo, tenía un mayor conocimiento de los pro-

blemas y los males de los pacientes. Me estaba convirtiendo en un médico y un terapeuta más eficaz. Con todo este bagaje de nuevos conocimientos, el doctor Lowen y yo fundamos el «New England Heart Center» con el fin de llegar a conseguir una comprensión bioenergética de las enfermedades cardíacas y de los individuos propensos a ellas.

Mi experiencia con el doctor Lowen se ha convertido en un capítulo apasionante de mi vida. Sus enseñanzas han dado acceso a dimensiones innovadoras y creativas en el tratamiento de las enfermedades del corazón. A la edad de setenta y seis años, él es un testimonio vivo de su obra. Durante el verano de 1987 me llevó a navegar por el canal de Long Island y hablamos sobre nuestras investigaciones. Mientras el doctor Lowen izaba las velas y gobernaba la embarcación, yo contemplaba a un hombre enérgico y vibrante, y al mismo tiempo fluido, tranquilo y flexible. Mientras sentía el viento y la espuma en mi cara, Lowen hablaba de la vida y los sentimientos. Mientras la embarcación se deslizaba sobre las olas, yo tenía la sensación de participar en una experiencia de navegación con un maestro. Al igual que un marinero navega con habilidad magistral, un psicoterapeuta como Lowen con frecuencia navega por las «aguas desconocidas» de los recuerdos de un paciente que habían estado olvidados desde hacía mucho tiempo. Al mirar cómo Lowen gobernaba su barca, experimenté una sensación de tranquilidad... Siempre estaré en deuda con él por aquel día.

STEPHEN SINATRA

## Parte primera La satisfacción del amor

Probablemente en los idiomas modernos no hay ningún concepto que se use de tantas maneras diferentes como el de *amor*. Para unos significa una entrega general de sí mismo. Otros lo emplean en un sentido muy egoísta, para expresar su necesidad de ser aceptados y atendidos, o de poseer y controlar a otra persona.

El amor se puede considerar como una actitud o como una acción, pero debemos reconocer que es una *sensación*, y, por tanto, un proceso fisiológico del cuerpo. Para entender el amor necesitamos entender este proceso. Como ocurre con cualquier proceso fisiológico, su finalidad es fomentar el bienestar del organismo, que se experimenta como placer y gozo. La satisfacción del amor es el gozo que se siente de la manera más intensa cuando se juntan dos personas que se aman.

En la parte primera de este libro examinaremos cómo el amor se satisface y cómo se frustra.

# 1 El amor está en el corazón de la vida

Desde las épocas más remotas el corazón ha sido un profundo símbolo en el pensamiento del hombre. La palabra latina *cor* es la base de la palabra castellana *corazón*, definida como la parte central de un objeto. La mayoría de las personas consideran el corazón como el núcleo de su ser, similar al cubo de una rueda. Así, cuando se dice de una persona que ha tenido un «cambio de corazón» («conversión, cambio de sentimiento»), pensamos que toda su actitud ha experimentado una transformación.

El corazón no sólo simboliza el centro emocional de la humanidad, sino también su centro espiritual. Muchos creen que el corazón es la fuente de la vida. Un místico judío dijo: «Sabe que el corazón es la fuente de la vida y está situado en el centro del cuerpo como el Santo de los Santos». Puesto que también se cree que Dios es la fuente de la vida, de ello se sigue que Dios reside en el corazón. Por esto, la enseñanza de los Upanishads aconseja: «Entra en el loto del corazón y medita en él sobre la presencia del Brahmán».

Según George A. Mahoney, teólogo cristiano, «el corazón es, en el lenguaje de las Escrituras, la sede de la vida humana, de todo lo que nos enseña en las profundidades de nuestra personalidad ... En el corazón es donde nos encontramos con Dios en una relación cara a cara». El hermano David Steindl-Rast coincide en ello: «Cuando finalmente encontramos nuestro corazón, encontramos el reino en que estamos íntimamente unidos con nosotros mismos, con los demás y también con Dios». Los Upanishads también situ-

an el yo en el corazón, en el centro mismo de la espiritualidad: «En verdad el sí mismo es el corazón ... Quien sabe esto entra en el reino celestial todos los días». Por metafóricas, espirituales y filosóficas que puedan ser estas enseñanzas, tiene que haber alguna base física real para esta repetida conexión entre el corazón humano y la fuente de la vida. Esta base resultaría ser el propio latido del corazón, el pulso rítmico que lleva la sangre vivificante por todo el cuerpo. Es la manifestación más clara de la fuerza vital en el organismo humano. La pulsación rítmica caracteriza todas las cosas vivas así como el universo físico —al fin y al cabo, tanto el sonido como la luz se trasladan en ondas—.

Aunque la asociación del corazón con el amor es ampliamente aceptada en nuestra cultura, los cardiólogos y la mayoría de los profanos consideran esta asociación como algo simbólico. Un cantante puede cantar «me has robado el corazón» o «he perdido mi corazón por ti», pero, ¿quién cree que una persona puede perder realmente el corazón o despertarse un día encontrando que se lo han robado? Sin embargo, si pensamos en ellas en términos funcionales, estas expresiones tienen sentido. Una persona «pierde» su corazón cuando llega a estar tan preocupada por otra que aquél ya no parece pertenecerle. Cada vez que piensa en su amado tiene una sensación de alegría o tristeza tan íntimamente ligada a otra persona que es como si ésta hubiera tomado posesión de su corazón.

Comoquiera que los describamos, los sentimientos no son vuelos de la imaginación. Se refieren a procesos reales del cuerpo, que los ocasionan. Cuando nos sentimos abatidos o alegres, indiferentes o afectuosos, algo ocurre a nivel físico en el cuerpo que nos hace sentir así. Lo que ocurre podemos describirlo como un aumento o una disminución del estado de excitación del cuerpo. La excitación nos hace sentir ligeros; en su ausencia nos sentimos pesados y deprimidos. Cuando la excitación se refiere al amor, la sen-



timos del modo más directo en la zona del corazón. La visión o el pensamiento de un ser amado puede hacer que el corazón se sienta más ligero y lata más rápido. E incluso que dé un salto.

Mientras hay vida, toda célula, ya sea de un organismo unicelular o de un organismo complejo y altamente estructurado como el hombre, existe en un estado de excitación. Ésta puede aumentar o disminuir, pero siempre está presente en un grado u otro. Este estado tiene su mayor intensidad en los muy jóvenes, y su menor intensidad en los muy viejos, lo que equivale a decir que el fuego de la vida se va apagando lentamente a medida que nos hacemos viejos. Un niño puede excitarse tanto que literalmente salte de alegría. La misma reacción es más rara en una persona de más edad, cuyo cuerpo se ha vuelto más rígido e inflexible. En la muerte, el potencial de excitación del cuerpo se ha extinguido.

El estado de excitación de una persona siempre es visible en su cuerpo. Con un alto grado de excitación, fluye más sangre a la superficie del cuerpo, los ojos brillan, el tono de la piel mejora, los movimientos son más espontáneos, las manos están más calientes, el cerebro se activa y el corazón late más rápido. En la muerte, los ojos se apagan y se vuelven vidriosos, el cuerpo deja de moverse y la piel se vuelve blanca y fría.

Los estados de excitación negativa no muestran estos mismos efectos. Cuando el cuerpo manifiesta una actividad incrementada en un estado de pánico, los movimientos son violentos e inconexos y la excitación se concentra en su mayor parte en la musculatura y en el corazón, que puede latir a ritmo acelerado. Si el miedo es lo bastante grande, la persona puede morir al paralizarse el sistema muscular y dejar de latir el corazón. El dolor intenso, que hace que el cuerpo se retuerza, es otro estado de excitación negativa. Y lo mismo la rabia, que, a diferencia de la cólera, tiene un efecto negativo sobre el cuerpo. En la cólera, el cuerpo está caliente y los ojos

pueden brillar con fuego; en la rabia, el cuerpo está frío y los ojos, negros.

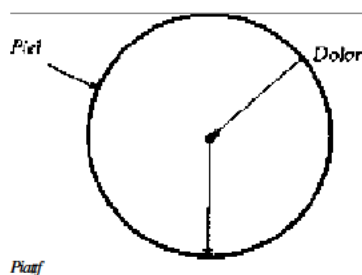
La excitación positiva se da durante una situación placentera. El cuerpo está en un estado de expansión y la carga o excitación es intensa en la superficie del cuerpo. La excitación negativa surge en situaciones de temor y de peligro. El cuerpo está en un estado de contracción y la carga se retira de la superficie. La respiración también es diferente en los dos estados. Durante el placer, la respiración es profunda, fácil y relativamente lenta. Nunca se hace fatigosa, puesto que la respiración fatigosa es una señal de aflicción. Sin embargo, cuando una persona tiene miedo o sufre un dolor, la respiración es poco profunda, forzada y rápida.

La emoción del amor produce el efecto más saludable en el cuerpo. Una persona enamorada parece irradiar alegría. La luz de sus ojos y el brillo de su piel son debidos no sólo al intenso flujo de sangre que llega a la superficie del cuerpo, sino también a una oleada de excitación que fluye a la superficie y da energía a los tejidos.

El resplandor y el brillo de una persona enamorada no son un concepto metafórico, puesto que pueden observarse. Su causa es un estado de mayor excitación y más intensa pulsación de los órganos y los tejidos. La peculiaridad de la pulsación no se limita al músculo del corazón. Aunque se manifiesta visiblemente en la respiración, y menos en los movimientos peristálticos del canal digestivo, se da en todas las células y en todos los órganos vivos. Aunque cada sistema de tejidos u órganos tiene su propio ritmo, éste está coordinado con la pulsación básica del corazón y depende de ella. El latido del corazón es lo que da vida a todo el cuerpo. Cuando nos sentimos alegres, todos los órganos funcionan mejor; cuando estamos abatidos, todos los sistemas orgánicos están deprimidos.

En el placer, como ya hemos visto, la sangre fluye a la superfi-

cie del cuerpo, mientras que en el dolor fluye hacia el centro. En situaciones de pánico o miedo, una persona puede reaccionar actuando para eliminar la amenaza o el peligro, y lo hace movilizan- do el sistema muscular voluntario, que está cerca de la piel. Estos músculos, entonces, se inundarán y se cargarán de sangre, prepa- rándose para la acción. El que la persona experimente esta reacción como cólera o como temor depende de si es un movimiento hacia el mundo con el objeto de restaurar la armonía y el placer o de si es un movimiento de huida del peligro.



*El dolor o el temor producen contracción, creando una carga disminuida en la superficie. El placer produce expansión, creando una carga aumentada en la superficie: piel, ojos, zonas erógenas*

Figura 1. La respuesta del organismo al ambiente; comunicación con placer o retirada dolorosa

El movimiento de la sangre y los fluidos corporales hacia la superficie o hacia el centro del cuerpo (véase fig. 1) representa la reacción de una persona ante su medio. Si éste es acogedor, positivo y vitalista, la sangre se precipitará hacia la superficie y la propia persona se lanzará a establecer contacto. A su vez, estos movimientos

engendrarán sentimientos de afecto y placer o, si la excitación es más intensa, de amor y alegría. El afecto y el placer son inseparables. Amamos lo que produce placer. Sin embargo, el amor no siempre produce placer; con demasiada frecuencia resulta doloroso. El amor nos impulsa a acercarnos a la persona que amamos, pero, si ésta nos rechaza o nos abandona, nuestro placer se convierte rápidamente en dolor. La intensidad del dolor está en proporción directa con la intensidad del amor. Cuando el amor que el niño siente de todo corazón por un padre se ve rechazado, el dolor que experimenta sólo puede describirse diciendo que se le parte el corazón.

Como todo dolor, esta angustia hace que la sangre se retire de la superficie del cuerpo hacia el centro, sobrecargando el corazón y produciendo una sensación de pesadez y desesperanza. La experiencia de la angustia en la infancia puede hacer que el individuo, al crecer, tenga miedo al amor. Esto no significa que no pueda amar o no ame, sino que su impulso de establecer contacto será desconfiado y vacilante, no lo hará de todo corazón. El deseo de amar puede estar en su corazón, y puede querer amar conscientemente, pero, si el recuerdo del dolor está vivo en su inconsciente, el temor le impedirá lanzarse. Su cuerpo estará bajo el control del sistema nervioso simpático, que inhibe el flujo de la sangre hacia la superficie.

La excitación del amor depende de la proximidad de los amantes. Como la ley de la gravedad, según la cual la atracción entre dos cuerpos es inversamente proporcional al cuadrado de la distancia entre ellos, cuanto más cerca se está de la persona amada mayor es la excitación. La excitación alcanza su punto máximo cuando hay contacto amoroso entre dos personas.

Todo contacto placentero entre dos cuerpos da lugar a sentimientos de amor. El abrazo habitual de dos amigos que se encuen-

tran es una expresión de afecto que sirve para reforzar la relación existente entre ellos. El apretón de manos es el contacto físico más informal para expresar cierto grado de sentimientos positivos. El rechazo de un apretón de manos al encontrarse o al despedirse puede considerarse como una expresión de frialdad u hostilidad. De modo similar, cuando los padres niegan el afecto físico a sus hijos, esto no puede menos que herirlos en lo vivo. Muchos de mis pacientes se han quejado de que sus padres rara vez los tocaban, los cogían en brazos o los besaban, a pesar de que les decían que los amaban. Puede muy bien ser que sus padres los amaran, pero este sentimiento raramente se expresaba de un modo que a mis pacientes los hiciera *sentirse* amados.

Hay muchas maneras de establecer un contacto amoroso sin tocar el cuerpo de una persona. El sonido, por ejemplo, es una fuerza física que afecta al cuerpo. Los niños se alegran y se tranquilizan con la canción de cuna de su madre, que perciben como una expresión de amor. Las palabras de amor pueden tener el mismo efecto, no a causa de las palabras en sí mismas, sino por el tono en que son dichas. Una voz cálida expresa amor con tanta seguridad como una voz fría y áspera manifiesta hostilidad. Los ojos son otro importante medio de comunicación. Podemos mirar a las personas con simpatía y afecto o con frialdad y hostilidad. Cuando decimos que las miradas puedan matar reconocemos su poder. Del mismo modo, una mirada cariñosa puede llegarnos al corazón.

Para que un sonido sea emocionalmente eficaz debe ser oído; para que lo sea una mirada, debe ser vista. El contacto visual no es un fenómeno mecánico de resultados predecibles. Dos personas pueden mirarse y no establecer ningún contacto porque nada pasa entre ellas. Sin embargo, cuando sus ojos se iluminan envían un rayo que, atravesando el espacio, puede llegar a los ojos del otro, con lo que se produce un contacto real. Muchos de nosotros hemos

experimentado este contacto ocular y sabemos cuán excitante es. A veces da por resultado lo que se llama un flechazo. Recuerdo muy bien que me enamoré de mi mujer la noche en que vi brillar las estrellas en sus ojos. Su mirada me llegó al corazón y me conquistó. El amor empuja a la proximidad. El contacto puede empezar con una mirada, pero, si sigue su curso natural, terminará en un abrazo o en un contacto más íntimo entre dos personas.

Normalmente el contacto íntimo tiene lugar en partes del cuerpo en que la sangre llega muy cerca de la superficie. Estas partes se conocen como zonas erógenas: son los labios, los pezones y los órganos genitales. El color rojo de los labios refleja la riqueza de su provisión de sangre, que se encuentra bajo tan sólo una delgada capa de membrana mucosa. Cuando dos labios se encuentran en un beso, la sangre de ambas personas sólo está separada por esa fina membrana, lo que produce un alto grado de excitación. En realidad, toda la boca, incluida la lengua, se puede considerar una zona erógena, puesto que toda la zona está altamente vascularizada. Todo contacto o estímulo en un área erógena es excitante cuando la persona está en vena. Cuando las zonas erógenas entran en contacto, como ocurre durante las relaciones sexuales, la excitación puede elevarse a grandes alturas. El amor genital entre un hombre y una mujer debería ser, por tanto, la actividad más excitante de todas, porque estos órganos permiten el más estrecho contacto entre dos personas. Una proximidad de contacto similar tiene lugar durante el acto de amamantar, en el que la boca del niño y el pecho de la madre forman una unión casi perfecta.

La figura 2 ilustra el flujo de la sangre desde el corazón hacia arriba (a través de la aorta ascendente) y hacia abajo (a través de la aorta descendente). En el placer, esta sangre se difunde intensamente por la superficie del cuerpo, y en el placer erótico excita intensamente las zonas erógenas. Por esta razón la sangre se

considera la portadora de *eros*.

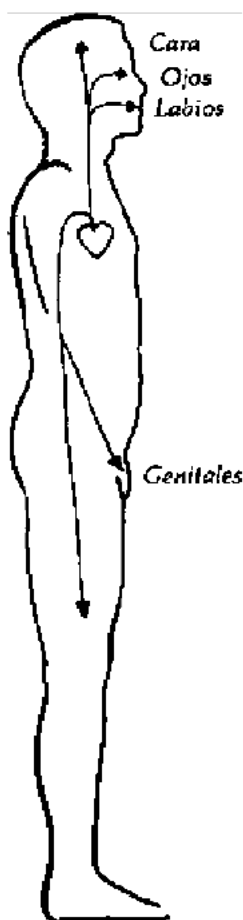


Figura 2. El flujo de sangre (*eros*) desde el corazón (*amor*) hasta las zonas erógenas (*placer*)

El amor no se limita al amor sexual entre un hombre y una mujer. El amor existe dondequiera que hay placer y deseo de proximidad. Un niño que ama a su osito de felpa lo estrechará contra su cuerpo

como si fuera un ser vivo por el placer y la agradable sensación que el contacto le procura. De modo similar, amamos a nuestros amigos por el placer y la excitación que sentimos en su compañía. El amor que una persona siente por un animal doméstico sigue el mismo principio: el deseo de proximidad y contacto está en conexión con una sensación de excitación y placer en ese contacto. Amar es sentirse conectado, no sólo de un modo abstracto, como en el amor al prójimo, sino de un modo físico, mediante la proximidad y el contacto.

Como ya hemos señalado, la más intensa excitación y el mayor placer son posibles a través del contacto genital entre un hombre y una mujer. Esta excitación y este placer dependen de que estos órganos se vuelvan tumescientes, o sea, se carguen de sangre, y es la proximidad de la sangre a la superficie lo que explica el calor de la pasión sexual. Cuando no hay congestión, los genitales, como la piel de cualquier otra parte del cuerpo, están relativamente fríos. Pero, cuando son estimulados, palpitan rítmicamente en correspondencia con el palpar del corazón. Por esta razón, el corazón es la fuente de *eros* o, también podríamos decir, el hogar de *eros*.

Uno de los aparentes misterios de la vida es el fenómeno conocido como amor a primera vista. No cabe duda de que ocurre; demasiadas personas han referido la experiencia. A veces, sin embargo, puede ser una «vista» posterior la que surta efecto; dos personas, que tal vez se conocen desde hace algún tiempo, intercambian una mirada o experimentan algún contacto que enciende el sentimiento del amor. La única explicación razonable de este fenómeno es que el corazón de cada una de estas personas ha sido tocado y excitado por una mirada o un beso y han enviado una oleada de excitación y calor a todo el cuerpo. Este sentimiento (llamémoslo amor), como cualquier otro, nos empuja a la acción. Produce el deseo de estar lo más cerca posible del ser amado. El



contacto físico aumenta la excitación, pero también sirve para descargar algo la tensión creada por el deseo. La descarga máxima tiene lugar, claro está, a través del contacto sexual, pero un abrazo o un beso también pueden dar alivio.

La unión de los amantes en un abrazo sexual no siempre va seguida por un gran placer. Demasiadas parejas empiezan con intensos sentimientos de amor y terminan con decepción y frustración. Para la mayoría de las personas es mucho más fácil excitarse que transformar esta excitación en el placer y la satisfacción que resultan de la descarga plena de esa excitación. En muchas personas existe un tabú inconsciente contra cualquier contacto sexual con una persona amada. Este tabú proviene de las experiencias infantiles del período edípico y tiene el efecto de romper la unidad de la personalidad separando el sentimiento del amor en el corazón del sentimiento de deseo sexual en el aparato genital. Aunque esta escisión nunca es total, bloquea la satisfacción del amor. Debemos reconocer una distinción entre la excitación del amor y la satisfacción del amor. Sin embargo, hay personas desgraciadas que nunca han experimentado la excitación extática del enamoramiento que tiene lugar cuando el corazón de una persona se abre súbita y plenamente a otra. Su corazón está cerrado y, por tanto, nadie puede llegar hasta él. Pero ningún corazón está nunca totalmente cerrado al amor. Como la Bella Durmiente, puede que esté aprisionado por un muro de espinos aparentemente impenetrable, pero algún príncipe o princesa puede atravesar el muro y despertar al corazón dormido. Cuando esto ocurre, es como un milagro.

¿Cómo puede una persona provocar en otra una reacción tan intensa? Despertando en el inconsciente una sensación recordada de placer y excitación. Estar enamorado puede ser el paraíso si el amor de uno es aceptado, o puede ser el infierno si es rechazado. Creo que todos hemos conocido el paraíso y lo hemos perdido. El

enamoramamiento tiene lugar cuando creemos haberlo encontrado de nuevo. Este paraíso, en el que todas nuestras necesidades hallaban satisfacción, en el que no había necesidad de lucha ni de esfuerzo, era el seno materno. Para muchos de nosotros, el estado paradisíaco continúa durante algún tiempo después del nacimiento, cuando nuestra madre, como la buena tierra, nos da alimento y nos protege.

En un grado u otro, todo bebé ha experimentado la excitación del contacto amoroso con la madre y su cuerpo. Todo bebé ama a su madre con todo su corazón y responde con excitación y placer cuando ella establece un contacto amoroso con él. Este estado de dicha se rompe tarde o temprano, pero nuestro corazón conserva un deseo vehemente de volver a poseerlo.

Los niños tienen dos objetos del amor, la madre y el padre. En el amor de cada uno conocen el gozo que es posible cuando uno ama y es amado. Sin embargo, el gozo de la infancia no dura. En los niños que han sufrido malos tratos de sus padres, lo que no es infrecuente en nuestra cultura, la dicha de la inocencia se ve violentamente destrozada. No obstante, aunque la realidad del amor se pierda o se destruya, el sueño permanece, pues sin él la vida sería algo desolado y vacío. Lo que da sentido a nuestras vidas es la esperanza de volver a poseer el paraíso. Si aparece alguien que se asemeja, en algún aspecto significativo, al amor perdido de nuestra infancia, parece que ocurre el milagro; el sueño parece convertirse en realidad. En la mayoría de los casos la pompa de jabón estalla. Lo que parecía realidad resulta ser una ilusión. ¿Por qué este cruel engaño? ¿Qué es lo que falla?

Uno de los problemas con que nos encontramos al hablar del amor es que esta palabra describe dos sentimientos distintos, ambos originados en el corazón. Uno es el anhelo de proximidad que surge de la necesidad. El otro es el deseo de cercanía emergido de una plenitud del corazón. En el primer caso, el sentimiento de

amor, aunque sea genuino, es infantil. Tiene un tono desesperado, porque su objetivo es atar a la otra persona. Una vez que se ha creado el apego, la persona dependiente no puede soltarse. Pero esta incapacidad para soltarse también se expresa en la relación sexual, por lo que ésta proporciona poca satisfacción. En cambio, el amor que brota de una plenitud de ser es maduro. No ata al amado, sino que lo deja libre.

No es rara la confusión sobre el amor a causa de los preceptos morales que de niños aprendemos acerca de amar a nuestros padres o amar a nuestros vecinos. Durante la terapia, un paciente puede decir «amo a mi madre», aunque su historial contenga episodios de malos tratos. Después de una labor de análisis considerable, resulta, por lo general, que el paciente está irritado por los malos tratos y alberga sentimientos de odio hacia la madre. La cólera y el odio han sido suprimidos por un sentimiento de culpabilidad. Sin embargo, el reconocimiento y la aceptación del sentimiento de odio hacia la madre no disipa todos los sentimientos de amor. En el corazón persiste cierto amor, puesto que la madre ha sido la dadora de vida y la fuente original de sensaciones positivas.

Cabe afirmar sin temor a equivocarse que la intensidad o plenitud del amor de una persona debe reflejarse en la calidad del músculo cardíaco, especialmente si damos crédito a expresiones tales como «frío de corazón», «blando de corazón» o «duro de corazón». El corazón es un músculo como cualquier otro; el que esté duro o blando depende de su estado de relajación. Al mismo tiempo, el tejido muscular tiende a perder su blandura con la edad, lo que constituye un proceso de endurecimiento. Un músculo blando puede no ser tan fuerte como uno más grande y duro en cuanto a su capacidad de trabajo —es decir, de mover un peso—, pero funciona mejor porque tiene mayor movilidad y poder contráctil, y su respuesta es más rápida y más completa. Uno nunca diría que un

bebé responde con poco entusiasmo. Un corazón joven y blando, capaz de una mayor excitación, experimenta un sentimiento de amor más intenso que un corazón más viejo o que otro que se ha enfriado y endurecido.

Pero, ¿cómo se enfría y se endurece un corazón? La respuesta a esta pregunta reside en la estrecha relación existente entre el amor y el odio. El odio puede describirse como un amor que se ha vuelto frío. El proceso no es rápido; para que el amor se hiele son necesarias repetidas decepciones.

Para comprender este proceso debemos empezar con el impulso que se encuentra en el corazón de la vida: el de salir de uno mismo para alcanzar algo. Si este gesto encuentra una respuesta negativa, la reacción es encolerizarse. En la cólera, la sangre inunda la musculatura, como el amor inunda la piel. Podemos ilustrar esta dinámica con la figura 3.

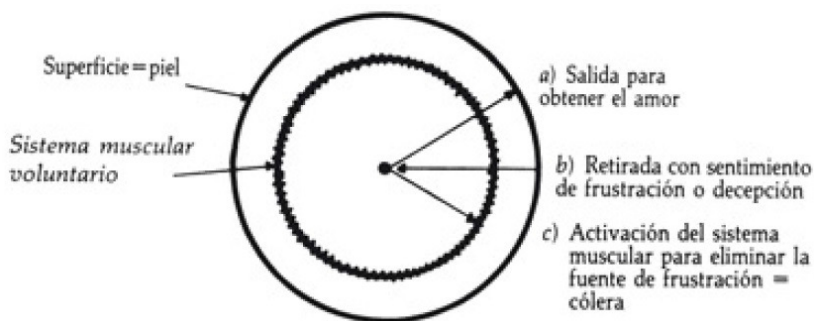


Figura 3. La reacción de cólera ante la frustración del impulso amoroso

Si la expresión de cólera consigue restablecer un estado de contacto amoroso, la excitación del sistema muscular se descarga. Los

músculos retornan a su estado de relajación y blandura que permite que el impulso de amor llegue de nuevo a la superficie del cuerpo. Sin embargo, cuando la expresión de cólera choca con una reacción hostil, la persona no tiene otro recurso que retirarse de la relación, pues esta respuesta es una negación de su derecho a luchar por la satisfacción de sus necesidades.

Esto no quiere decir que estemos obligados a consentir toda expresión de la cólera de otro; pero si una relación es verdaderamente amorosa, no podemos negar al objeto de nuestro amor el derecho a irritarse. Por desgracia, los padres a menudo niegan este derecho al niño porque interpretan sus expresiones de cólera como un desafío a su autoridad. Sin embargo, introducir el poder o la autoridad en una relación de amor es traicionarla. Un niño, al ser dependiente, no puede retirarse de esta relación. Por tanto, permanece dentro de ella, pero su amor acaba por transformarse en odio; es decir, el impulso de establecer contacto se hiela como un río en invierno. En relación con esto, debemos reconocer que en el movimiento de alargar los brazos para alcanzar algo y en el de pegar están implicados los mismos músculos, si bien el primero es un movimiento suave, mientras que el segundo es duro y explosivo. La supresión del impulso de pegar suscitado por la cólera inmoviliza ambos movimientos y deja al individuo en un estado contraído y, por tanto, helado.

La incapacidad para expresar la cólera deja los músculos en un estado de tensión y contracción. Con el tiempo se vuelven rígidos y duros. En el corazón puede haber amor todavía, pero el impulso de salir y alcanzar no puede atravesar la barrera de la musculatura rígida y contraída, por lo que la superficie permanece fría. Reconocemos este estado en la expresión «manos frías, corazón caliente». Si la barrera fuese absoluta, uno podría muy bien morir, ya que es imposible vivir sin algo de amor. Aun los nazis más odiosos te-

nían algún contacto positivo con otros nazis y sentían algo de amor por Hitler. Pero, aparte estas expresiones de amor tan limitadas, tenían mucho odio. La dinámica que subyace al odio se muestra en la figura 4.

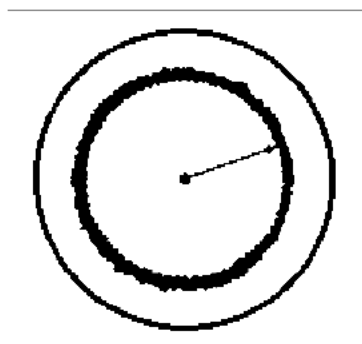


Figura 4. El bloqueo de la actitud amorosa. El impulso del corazón hacia el amor es bloqueado para la musculatura de la superficie, tensa y contraída, que impide que el impulso llegue a la superficie

El individuo no es consciente de esta dinámica, ni sabe que el odio que siente está relacionado con una traición al amor que sintió en el pasado. Asimismo no comprende que parte de ese amor, por muy disminuido que esté, vive todavía en su corazón. El odio puede expulsarse y el amor reactivarse movilizand o la cólera encerrada en los músculos tensos del cuerpo. La tensión en los músculos de los brazos y parte superior de la espalda retiene la cólera que se expresaría mediante golpes. La tensión en los músculos de la mandíbula retiene una cólera que se expresaría mordiendo, impulso que muchos bebés y niños sienten como reacción contra un padre frustrante. Las piernas son otro lugar donde puede residir la cólera —la cólera que se podría haber descargado dando patadas a un padre

que trataba con rudeza la parte inferior del cuerpo del niño al limpiarlo o al enseñarle a usar el retrete—.

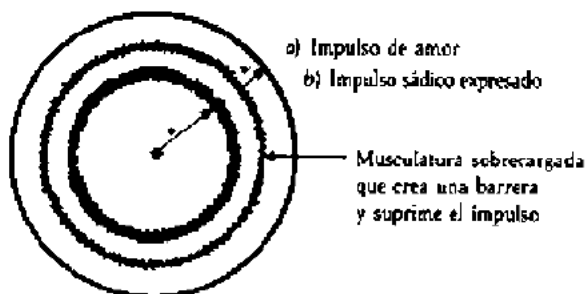


Figura 5. La transmutación del odio en sadismo

Hay otro aspecto de este problema que merece una explicación. En la figura 5, el impulso de amar puede ser lo bastante fuerte como para atravesar el sistema muscular tenso y duro, pero durante el proceso se desgarran y emerge como sadismo. En el sadismo, se hace daño al amado, no por cólera, sino como una expresión de amor. Muchos supervivientes de la crueldad nazi describieron a Wilhelm Reich la mirada en el rostro de sus verdugos que sólo se podía definir como una súplica de amor y comprensión. Era como si aquellos sádicos fueran ellos mismos personas atormentadas que trataban de liberarse de su tormento torturando a otros. Esta mirada era aún más angustiante para los supervivientes que el trato que recibían.

Con este análisis de las vicisitudes del amor estamos en situación de entender el caso que relatamos a continuación. Este caso ilustra las tensiones y confusiones que puedan surgir en un matrimonio que, según todas las apariencias externas, parece estable y seguro.

Un hombre entre cincuenta y sesenta años, llamado John, vino

a la consulta porque se encontraba en un estado emocional angustioso. Durante los últimos treinta años la relación sexual con su esposa había ido deteriorándose progresivamente. Aunque dormían en la misma cama, tenían relaciones como máximo una vez al mes. A lo largo de los treinta y cinco años de su matrimonio, John había trabajado duro hasta lograr crear un negocio boyante, y en aquellos momentos era económicamente independiente. Él y su esposa tenían muchos amigos y, en cierto modo, lo pasaban bien juntos. Se habría contentado, dijo, con seguir aquel tipo de relación, aunque reconocía que aquella vida no le daba ningún estímulo. Sin embargo, intervino el destino en forma de una mujer más joven, con la que había establecido una relación y que había transformado su vida.

El mero hecho de estar con esta otra mujer, explicaba, lo excitaba. Disfrutaba hablando con ella por teléfono y esperaba con ilusión el momento de verla. Normalmente, dijo, le costaba sostener una conversación trivial con sus amistades en las reuniones sociales, pero cuando estaba con su amiga podía estar hablando sobre todo y sobre nada durante horas. ¿Estaba enamorado de ella? No lo sabía, pero pensaba que sí. Y creía que ella también lo amaba. Por supuesto, sus sensaciones sexuales se avivaban mucho con ella, más de lo que nunca lo habían hecho con su esposa.

Vino a verme porque se sentía desgarrado. Le habría gustado dejar a su mujer y casarse con su amante, pero también decía que amaba a su mujer y que tenía miedo de herirla. Expuso, también, otras razones para justificar su incapacidad de decidirse: sus amigos se volverían contra él, dijo, y, dado que su amiga tenía dos niños pequeños, tendría que criar una nueva familia a su edad; también se preguntaba si su relación duraría. ¿Continuaría su deseo por ella al hacerse más viejo? ¿Sería capaz de satisfacerla?

Yo tenía mis dudas sobre si estas razones eran lo bastante sólidas



das como para impedir que John diera el paso de unirse a la mujer a la que quería. En posteriores conversaciones reveló que siempre había tenido un poco de miedo de su esposa y que ella había dominado su relación. Uno de los factores que habían contribuido a deteriorar su relación era la tendencia de su mujer a humillarle en público. Su madre también había sido la figura dominante en su casa cuando era niño, y reconoció que le tenía miedo. No podía herir a estas mujeres, dijo, y se sentía culpable si les causaba algún dolor. También reconoció, sin embargo, que su mujer, en un grado u otro, lo despreciaba, muy al contrario que su amante. Y, sin embargo, no podía decidirse; por otra parte, no podía abandonar su nuevo amor.

¿A cuál de las dos mujeres amaba? ¿O realmente amaba a ambas? Yo apenas tenía dudas de que lo que— sentía en su nueva relación era amor. Su corazón latía más deprisa con el pensamiento o la visión de la mujer que había despertado su pasión sexual. Si el amor es el deseo de estar cerca de otra persona, esto lo era. Su mujer no provocaba en él este tipo de reacción, y sin embargo era del todo creíble que él cobijaba en su corazón algún sentimiento hacia ella. No obstante, dudo que, cuando le decía que la amaba —si lo hacía —, lo hiciera con mucha convicción, aunque estoy seguro de que cuando decía las mismas palabras a su amante sonaban sinceras con la vibración del sentimiento profundo. ¿Cómo podemos, pues, explicar el hecho de que, al pretender amar a su esposa, John no mintiera? Si queremos entender las causas de la enfermedad cardíaca, necesitamos comprender las complejas emociones del corazón humano.

Los psiquiatras utilizan la expresión *ambivalente* para describir a una persona que experimenta dos sentimientos opuestos al mismo tiempo. John era ambivalente con respecto a su esposa. Quería dejarla y al mismo tiempo quería seguir con ella. El efecto de seme-

jante ambivalencia es la paralización de la actividad. Es imposible moverse si uno es arrastrado en direcciones opuestas al mismo tiempo. Si la ambivalencia persiste, crea un estrés emocional tremendo, lo cual es peligroso para el corazón.

¿Cómo se puede quedar atrapado en una relación de amor y odio? Cuando una relación amorosa se agría, como ocurre a veces, la reacción sana es terminarla y marcharse. Sin embargo, cuando domina el sentimiento de culpabilidad, esta reacción queda bloqueada. John se sentía culpable respecto al hecho de abandonar a su esposa por otra mujer. El pensamiento de que podría hierla tenía mucha importancia y entraba en conflicto con su idea de lo que debería hacer. Para él era más fácil desechar la idea de que podría lograr el amor de otra mujer que aceptar la idea de que estaba irritado contra su esposa: por dominarlo, por humillarlo y por demostrar muy poco interés hacia él en la cama. Al suprimir su cólera estaba preparando el camino para que su amor se convirtiera en odio. Pero, dado que, al igual que no podía admitir que estaba irritado con su mujer, tampoco podía reconocer que la odiaba, su sentimiento de culpabilidad se intensificaba. En general, el sentimiento de culpabilidad viene provocado por la supresión de sentimientos que el superyó juzga como malos. Subyace a todas las actitudes ambivalentes e impide la resolución del conflicto.

Los psiquiatras siempre tratan el sentimiento de culpabilidad en todos los pacientes. Todo estado de tensión del cuerpo está asociado con algún sentimiento de culpabilidad. En ausencia de éste, todos nos sentiríamos dignos de amor, indiferentes al hecho de que nuestro comportamiento podría no ser aceptado siempre. Seríamos capaces de decir: «Soy quien soy, y me acepto a mí mismo.» El sentimiento de culpabilidad es un juicio que nos hacemos a nosotros mismos y según el cual hay algo malo en nosotros y no somos dignos de amor a menos que nos lo ganemos con buenas acciones.

El que nos sentimos irritados contra los que nos han herido y odiamos a los que han traicionado nuestro amor no nos hace malos. Como estas reacciones son biológicamente naturales, deben considerarse moralmente justas. Sin embargo, a los niños, que dependen de sus padres y sus mayores, es fácil lavarles el cerebro y hacer que piensen de otro modo. Si un niño siente que no es amado, da por sentado que debe ser culpable de algo, puesto que para un niño pequeño es inconcebible que su madre o su padre, que le dieron la vida, no amen lo que le dieron. Una vez que el niño duda de sí mismo, a los padres no les resulta difícil convencerlo de que es malo si alberga sentimientos coléricos o negativos hacia ellos. Si ser bueno le procura el amor, el niño hará todo cuanto esté en su mano para ser bueno, incluyendo la supresión de los «malos» sentimientos. Así la culpabilidad lo encerrará para toda su vida en una pauta en la que niega los sentimientos negativos u hostiles hacia las personas que se supone que ama. La retención inconsciente de estos sentimientos produce un estado de tensión crónica en los músculos, especialmente en los de la parte superior de la espalda.

Otra dimensión del sentimiento de culpabilidad que ilustra el caso de John es su relación con la sexualidad. John se sentía culpable por su relación sexual con una mujer más joven. Educado en la creencia de que el adulterio era pecado, no podía aceptar plenamente que la sexualidad es una expresión del amor. Y, sin embargo, la excitación sexual puede saturar todo el cuerpo hasta el punto de que incluso llegue al corazón.

Cuando esto ocurre, el contacto en cualquier parte de los dos cuerpos posee una cualidad erótica, aunque la carga sea más fuerte en las zonas erógenas. Cuanto mayor es la amplitud corporal que participa en la descarga de excitación, mayor es el placer y la satisfacción del orgasmo. Con la participación total del cuerpo se tiene un orgasmo pleno que abarca al corazón. Un orgasmo así se acerca

al éxtasis.

Por desgracia, semejante respuesta es rara. Para la mayoría de los hombres, el clímax sexual se limita a la eyaculación. Para muchas mujeres, el clímax no ocurre. Cuando lo hace, se limita, de modo similar, al clítoris. Los clímax varían, y es correcto caracterizarlos como de implicación total, mediana o muy pequeña. Pero esta descripción de cómo responden los individuos en el sexo se aplica también a otras actividades. En el mundo de los negocios de hoy en día la cabeza es más importante que el corazón. No nos implicamos totalmente en nuestro trabajo, que en la mayoría de los casos no es una labor de amor. ¿Qué tiene que ver el corazón con el hecho de ganar dinero? Cuando el trabajo era una actividad física intensa, una parte mayor de nuestro ser participaba en él. Implicarse emocionalmente en un trato de negocios es una manera segura de perder. En efecto, lo que hemos hecho ha sido aislar los tres segmentos principales de nuestro cuerpo y nuestra personalidad. La cabeza y los genitales no tienen nada que ver con el corazón o entre sí. La cabeza es para hacer dinero, los genitales para divertirse, y el corazón —el pobre corazón— ha perdido su conexión con el mundo porque ha sido aislado de la cabeza y los genitales.

Las tensiones en los sistemas musculares voluntarios están bajo el control del yo, que a menudo anula el deseo del corazón y crea una oposición entre la cabeza y el corazón. Temeroso del rechazo, uno deja de tender las manos para tocar, los brazos para abrazar, los labios para besar, la boca para chupar (como hace un bebé) y los ojos para ver. Estos movimientos son restringidos o inhibidos por tensiones en el anillo óseo del hombro, el cuello y la mandíbula. La tensión en los hombros, como ya hemos visto, se produce por la necesidad de suprimir el impulso de golpear por cólera o rabia. Una expresión de boca apretada y labios delgados significa

desconfianza y desaprobación del afecto, y la mandíbula apretada denota determinación de no ceder al anhelo de amor, proximidad y contacto, por miedo a la desilusión o al rechazo.

En la parte inferior del cuerpo ocurre un fenómeno similar, causado por un anillo de tensión alrededor de la pelvis. La tensión aparece en edad temprana debido a experiencias de vergüenza, temor y culpabilidad en relación con las sensaciones sexuales y su expresión. Estudiaremos este problema con mayor amplitud en el próximo capítulo. Baste decir ahora que el niño aprende que puede ser profundamente herido si se abandona a sus deseos e impulsos sexuales. No puede evitar que se produzca la excitación sexual, porque ésta tiene lugar en un nivel situado por debajo del control consciente. No obstante, puede bloquear la fusión del yo por el calor de la pasión, lo que constituye una efectiva renuncia al amor. Esto se realiza mediante espasmos musculares en la parte inferior de la espalda y la pelvis que impiden el flujo descendente de la excitación hasta el vientre y los genitales. Una vez que ocurre esto, el sexo no tiene conexión con el corazón, al igual que éste no tiene conexión con la mente.

La unidad del cuerpo se mantiene en el nivel biológico y profundo; la escisión antes descrita afecta a nuestro yo consciente, destruyendo el sentimiento de ser todo de una pieza, de estar integrado, de ser una totalidad. En semejante situación, la conciencia del sí mismo queda confinada en la cabeza, la sede del yo.

El yo que reside en el cerebro posee todavía un corazón y unos genitales, pero no se identifica con ellos porque, cuando uno vive en la cabeza, el cuerpo es visto como un instrumento del yo. En este estado de cosas, la actividad sexual se convierte en una actuación destinada a demostrar habilidad masculina o femenina. No se experimenta como una expresión de amor.

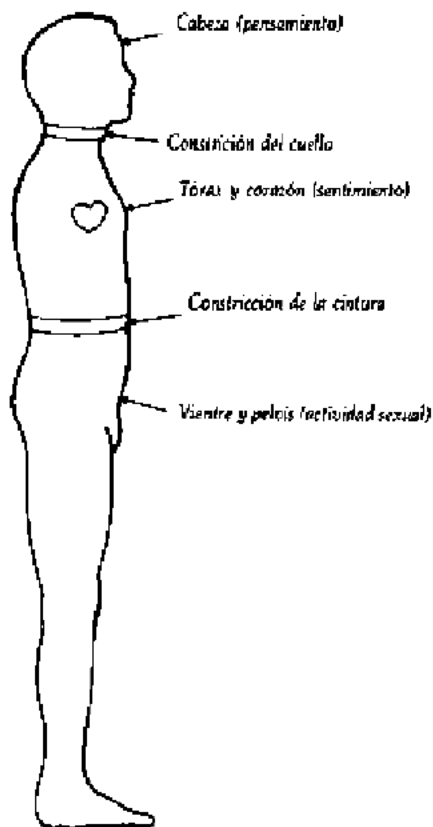


Figura 6. La escisión funcional del cuerpo, que aísla al corazón

Esta escisión funcional de la unidad del cuerpo, que se representa en la figura 6, separa la conciencia de la cabeza y sus funciones de los sentimientos del corazón y de la actividad sexual de los genitales. La separación de estos tres aspectos de la personalidad tiene lugar por una constricción de los pasadizos de conexión: el cuello, que conecta la cabeza y el tórax; y la cintura, que conecta el tórax y la pelvis.

El resultado de estas divisiones es el aislamiento del corazón.

Éste queda encerrado en una jaula torácica a modo de custodia preventiva. Nadie puede llegar hasta él, y por tanto nadie puede lastimarlo. Como un corazón tan separado del mundo languidecerá, este estado de cosas puede tener graves consecuencias para la salud del corazón.

La pulsación del corazón y las arterias es una de las fuerzas que sirven para unificar el cuerpo en un nivel inconsciente. Esta función es asumida en el nivel consciente por la respiración, que también es una actividad pulsátil. Los movimientos respiratorios forman oleadas que atraviesan el cuerpo de un extremo a otro. La inhalación empieza en la parte inferior del abdomen y se dirige hacia arriba, hasta la cabeza, mientras que la exhalación fluye en la dirección inversa. Cuando estas oleadas no sufren obstrucción por parte de anillos de tensión en el cuerpo, podemos *sentirnos* a nosotros mismos desde la cabeza hasta la punta de los pies. Aun cuando el diafragma es el principal músculo respiratorio, respiramos realmente con todo nuestro cuerpo. En condiciones normales, esta respiración es profunda, plena y fácil. Sin embargo, las tensiones musculares como las descritas anteriormente restringirán la respiración en uno o dos segmentos del cuerpo. Muchas personas, por ejemplo, respiran utilizando poco el tórax o el abdomen. Esta respiración es relativamente superficial. Algunos respiran con el pecho; su abdomen está apretado y plano, con muy poco movimiento respiratorio durante la inspiración o la expiración. Otros respiran con el diafragma y el vientre, mientras que su pecho está rígido e inmóvil. Estas pautas se acentúan con el estrés, y a menudo se transforman en sensaciones de malestar. Como veremos más adelante, esta clase de respiración puede afectar negativamente al corazón.

## 2 El sexo y el corazón

No se puede negar que la actividad sexual puede tener un efecto intenso sobre el corazón. La mayoría de los adultos ha experimentado un rápido incremento de los latidos del corazón en el momento del clímax. Masters y Johnson han registrado ritmos de hasta 130 pulsaciones por minuto. Se podría pensar que este rápido ritmo cardíaco es debido a la agotadora actividad física del coito, pero no hay nada de agotador en hacer el amor. Dado que normalmente no es una situación de conflicto, debería estar libre de estrés. El aumento del ritmo cardíaco tiene que deberse, por tanto, al alto nivel de excitación que se produce en el momento anterior al orgasmo y durante este mismo. Puesto que cualquier grado elevado de excitación emocional incrementa el ritmo cardíaco, esta reacción es perfectamente normal. Si el ritmo cardíaco no aumenta durante el clímax, esto indica que el nivel de excitación en la descarga era bajo y se limitaba a los genitales. Naturalmente si uno no llega a un clímax en la relación, el corazón no reaccionará del modo que hemos descrito.

Los estudios realizados indican que la incapacidad de alcanzar un clímax o de experimentar satisfacción emocional en el sexo puede tener efectos perjudiciales para el corazón. En un estudio se comparó la vida sexual de 100 mujeres, de edades comprendidas entre los cuarenta y los sesenta años, que estaban hospitalizadas por un infarto agudo de miocardio, con la de un grupo de control de 100 mujeres de las mismas edades que estaban hospitalizadas por otras enfermedades. Se encontró frigidez e insatisfacción



sexual en el 65 por ciento de las pacientes de enfermedades coronarias, mientras que en las otras el porcentaje fue del 24 por ciento. Estas cifras son estadísticamente significativas e indican que una falta de satisfacción sexual debe considerarse como un factor de riesgo para las enfermedades del corazón en las mujeres.

Abrarnov aceptó la definición de frigidez como «una incapacidad parcial o total de llegar al orgasmo». Clasificó a las mujeres como frías cuando: 1) nunca gozaban con la relación sexual; 2) gozaban con el coito pero no conseguían llegar al orgasmo, lo que las dejaba decepcionadas e insatisfechas emocionalmente; 3) habían tenido orgasmos en el pasado, pero en los últimos tiempos ni habían gozado en el coito ni habían logrado el orgasmo a causa de enfermedad o impotencia del marido.

Si existe una conexión directa entre el sexo y el corazón en las mujeres, ¿no podría ocurrir lo mismo en los hombres? Es cierto que el problema es diferente: la incidencia del infarto de miocardio agudo es mucho mayor en los hombres, mientras que la incapacidad para alcanzar el clímax es relativamente rara. Sin embargo, la disfunción sexual existe entre los hombres. A menudo se manifiesta en forma de impotencia, que es la incapacidad de tener una erección o de mantenerla durante la relación. Al igual que la frigidez mina el placer sexual de una mujer, la impotencia limita el placer del sexo para un hombre. Por consiguiente, es lícito preguntarse si la impotencia tiene alguna relación con la enfermedad del corazón.

En un estudio sobre la disfunción sexual masculina llevado a cabo por Wahrer y Burchell, que examinaron a 131 hombres de edades comprendidas entre los treinta y uno y los ochenta y seis años, todos los cuales habían sido hospitalizados por ataques al corazón, se descubrió que dos tercios de ellos habían tenido problemas sexuales importantes durante las semanas o meses anteriores al ataque. Los autores del estudio refirieron que el 64 por ciento

de los sujetos eran impotentes, el 28 por ciento habían experimentado un descenso considerable (50 por ciento) de la frecuencia sexual y el 8 por ciento sufrían de eyaculación precoz<sup>1</sup>. La impotencia no se juzgó sobre la base de uno o dos fracasos, sino sólo después de semanas o meses de intentos fracasados. La precocidad se determinó por la declaración del paciente de que había alcanzado el clímax demasiado rápidamente para su propia satisfacción o para la de su pareja. Aunque no existen unas cifras actualizadas sobre la incidencia de la disfunción sexual masculina en la población general, los autores creen que estas cifras son superiores al promedio.

Si hay una relación entre la disfunción sexual y la enfermedad cardíaca coronaria, como sugiere este estudio, ¿se trata de una relación directa, causal? No cabe duda de que la disfunción sexual rebaja la autoestima de un hombre y lo somete a estrés. Una mujer dijo que su marido «se enfadaba mucho, maldecía, daba vueltas por la habitación, se le encendía el rostro, daba puñetazos a los muebles y en un par de ocasiones rompió un florero como reacción ante su fracaso». Semejante estallido de rabia podría hacer aumentar fácilmente la presión sanguínea de una persona. Muchos hombres, sin embargo, se limitarían a retirarse y a censurarse. Estos hombres, ¿someten su corazón al mismo nivel de riesgo? La respuesta es que sí, pues, como veremos, es la plenitud de la descarga lo que asegura la salud del corazón.

Podemos ver el problema con mayor claridad si utilizamos la satisfacción emocional, y no la capacidad de eyacular, como criterio de la respuesta sexual sana en los hombres. No todos los hombres que eyaculan o llegan al clímax obtienen satisfacción emocional. Aunque eyacule, un hombre puede sentirse frustrado sexualmente, lo mismo que una mujer. Los hombres que eyaculan inmediatamente antes o después de la penetración a menudo se

sienten insatisfechos. Otros hombres, aun cuando pueden mantener la erección durante cierto tiempo, encuentran que su eyaculación no va acompañada de una sensación bastante intensa. No es probable que se sientan emocionalmente satisfechos con tal respuesta.

Pero ni siquiera la satisfacción emocional es ideal como criterio del sexo sano. Muchas mujeres manifiestan gozar de una sensación de afecto y satisfacción por el solo hecho de ser abrazadas por un hombre. El sexo es su manera de acceder al contacto y a la proximidad, de satisfacer una necesidad pendiente desde la primera infancia. Para estas mujeres el acto sexual es menos importante que la sensación de seguridad que proporciona la intimidad sexual. Los hombres también utilizan el sexo con finalidades distintas de la expresión del amor. Para muchos supone una satisfacción narcisista al afirmar su masculinidad, al margen de la calidad de su clímax sexual. Hoy en día, lo mismo se puede decir de muchas mujeres, que ven el contacto sexual como una afirmación de su atractivo sexual. Sin embargo, cuando el sexo se utiliza con fines egoístas, el corazón permanece frío y sin participar. En estas circunstancias, el coito no es hacer el amor, sino la expresión de diversos sentimientos contradictorios respecto al sexo opuesto, en los que hay que incluir cierto grado de sadismo y de desprecio.

Sin embargo, hay algún grado de amor en casi todo acto de sexo. Los genitales no se cargarían ni se volverían tumescentes si la sangre no fluyera del corazón —el órgano del amor— a los órganos sexuales. En la mayoría de los casos, no obstante, la participación del corazón es inconsciente. Funciona como una bomba, de modo mecánico. En este estado, el acto sexual rara vez es sentido profundamente. La excitación sexual es débil y el clímax, si se da, carece de intensidad.

En el capítulo anterior hemos visto que, en muchas personas, la cabeza, el corazón y los genitales no operan juntos. Aunque esta

escisión afecta a todos los aspectos del comportamiento de una persona, en ninguno es más crítico que en el acto sexual. Si un hombre de negocios afortunado y competente se comporta como un niño en una fiesta cuando ha bebido demasiado, los presentes pueden sonreír y explicar el hecho como una necesidad de soltarse. Sin embargo, si el mismo hombre es impotente con su esposa, que lo domina al igual que hizo su madre, y se excita sexualmente con una mujer más joven, la situación es seria. La promesa de amor inherente en su matrimonio ha dejado paso a la frustración y la amargura, lo cual puede terminar en una enfermedad grave. Muchas mujeres se encuentran en una situación similar. Aunque en el nivel del yo actúan como profesionales eficientes o ejecutivos capaces de mandar a subordinados, en la cama necesitan seguridad y son incapaces de alcanzar un clímax natural. Por desgracia, en estas relaciones maritales desequilibradas, los niños sufren aún más que los adultos y acaban experimentando la misma escisión y disociación de cabeza, corazón y genitales.

Para que un adulto esté satisfecho, todo su ser —su cabeza, corazón y genitales— debe entrar en sus relaciones importantes. La satisfacción que esta totalidad proporciona se experimenta del modo más intenso en la clase de orgasmo de que goza. Este concepto de la satisfacción orgásmica fue propuesto por Wilhelm Reich en 1924. Reich observó que entre sus pacientes psicoanalíticos, los que lograban esta respuesta orgásmica total se curaban de sus síntomas neuróticos. Asimismo los pacientes que no lograban la capacidad de abandonarse de manera plena en el sexo seguían neuróticos. Reich también descubrió que esta capacidad distinguía a los individuos sanos entre la población general. En la época en que formuló este concepto, Reich era un miembro destacado del grupo de los psicoanalistas vinculados a Freud en Viena. Sin embargo, su uso del orgasmo completo como criterio de la salud emo-

cional y mental fue rechazado por sus colegas psicoanalistas. ¿Cómo podía ser útil este criterio, preguntaban, cuando conocían a tantos pacientes neuróticos que no tenían quejas de su vida sexual y alcanzaban regularmente el orgasmo? Reich comprendió que él y sus colegas definían la experiencia del orgasmo en términos muy diferentes.

Los psicoanalistas calificaban de orgasmo todo desahogo de una mujer, por minúsculo que fuera, y toda eyaculación, por débil que fuera la sensación que lo acompañaba. Muchas personas hablan todavía del orgasmo en estos términos hoy en día y muchos sexólogos apoyan su actitud, pero identificar la experiencia del orgasmo con el término *desahogo* es violar el sentir interno y profundo de que un orgasmo es algo especial. Reich pensaba en la clase de respuesta que implica a todo el cuerpo en oleadas de convulsiones placenteras. En el punto culminante del orgasmo, el yo es sumergido y arrastrado por un torrente de sensación. Una profunda sensación de contento, satisfacción y bienestar sigue a tal respuesta. Por la noche, una persona se duerme inmediatamente después del clímax; por la mañana, puede sentirse rejuvenecida y llena de energía.

Durante una respuesta orgásmica total, la conciencia del yo desaparece en una fusión con el objeto de amor. Así el amor consigue su objetivo final, la unión de los opuestos. En muchos casos se da también un sentimiento de unidad con el universo palpitante. Este último sentimiento confirma la idea de Reich de que en el orgasmo el hombre siente su identificación con el proceso cósmico. Una mujer dijo que se sentía como una gota de agua en el océano. Un hombre describió su sensación como estar en medio de las estrellas.

Uno de mis pacientes refirió una experiencia similar, ocurrida el día en que su novia le anunció que quería terminar su relación.

Al oír la noticia, mi paciente rompió en sollozos y declaró su amor por ella. La mujer respondió con afecto e hicieron el amor. En el clímax, la respiración de él se aceleró y se hizo más profunda; su pelvis se movía en armonía con su respiración y con las oleadas de su eyaculación. Olas de descarga placentera fluyeron por su cuerpo. Se sentía formando una unidad con su amante y con el mundo. Cuando terminó, experimentó una paz y un contento profundos. Al día siguiente tenía conciencia de una sensación fuera de lo común. Su corazón se sentía tan abierto que él creía poder sentir el latido de los demás corazones. La experiencia le llenó tanto que anhelaba repetirla. En el momento en que me lo contaba no había podido hacerlo, aunque él y su novia seguían juntos.

Este relato se sale de lo corriente por su referencia al efecto del orgasmo pleno sobre el corazón. El paciente dijo que estaba enamorado de su novia antes de este hecho, pero su amor era cauto por el miedo que tenía a perderla. Su defensa contra la posibilidad de ser herido era no abandonarse en cuerpo y alma. De modo extraño, fue la amenaza de pérdida lo que derribó sus defensas, liberando un torrente de anhelos y sentimientos heridos. Una vez ocurrido lo peor, no tenía nada más que perder y podía entregarse plenamente a su amor. Esto no es raro. ¡Con cuánta frecuencia las personas sienten la profundidad de su amor después de perder a la persona amada! Cuando se derrumba la estructura neurótica, el corazón se abre al amor. En el abandono sexual el corazón se satisface en el amor y se abre a todo lo viviente.

Para este paciente, como para tantas otras personas que han tenido experiencias similares, la satisfacción sexual de este orden trasciende el orgasmo. Es lo que soñamos cuando somos jóvenes: el éxtasis y la plenitud del amor. Es un hecho trágico de la vida que los que lo experimentan lo hagan tan raramente. Aún más trágico es que muchas personas nunca lleguen a experimentarlo en absolu-

to. Nuestro corazón ansía el amor, pero el abandono físico a éste es demasiado aterrador. No nos atrevemos a abandonarnos a la divina locura del amor, porque nuestro yo está demasiado inseguro como para renunciar al control. Este control, nuestra defensa contra las heridas que nos pueden provocar, lo efectuamos tensando nuestros músculos, especialmente los músculos del pecho próximos al corazón. Este «blindaje», como lo llamó Reich, nos encierra separándonos del mundo y reduce la intensidad de nuestras relaciones con el exterior.

Hemos identificado el corazón con el amor y hemos dicho que es la sede del *eros*. El deseo de contacto erótico fluye con la sangre, portadora del *eros*. Como ya hemos indicado, las zonas erógenas del cuerpo se caracterizan por la riqueza de su riego sanguíneo. Cuando dos de estas zonas entran en contacto en un beso o un abrazo sexual, la excitación erótica es fuerte. Sin embargo, el besarse, por sí solo, no conduce al orgasmo. Su función consiste en incrementar la excitación, no en descargarla. La descarga es una función del movimiento. En el acto sexual este movimiento tiene dos fases.

La primera fase cubre el período que va desde la penetración hasta el principio del clímax. Durante esta primera fase los genitales están excitados, esto es, tumescentes de sangre, pero no sobreexcitados o a punto para la descarga. La pareja aumenta su excitación mediante la fricción del pene con los labios menores cuando el hombre empuja hacia adelante y la mujer se mueve hacia adelante para recibirlo. Al apartarse, pero no separarse, los labios menores, como labios que son, succionan el pene. En esta fase, los movimientos son voluntarios y están controlados. La respiración es profunda y regular. La excitación crece en la pelvis y los genitales hasta que no se puede contener más. En este punto empieza la segunda fase, que conduce al orgasmo: hay un profundo dejarse ir

cuando tiene lugar la descarga, que a menudo va acompañada de un suspiro o un grito por cuanto una poderosa oleada de expiración recorre todo el cuerpo. Con esta oleada la pelvis se mueve hacia adelante espontáneamente y el orgasmo está en camino. La pelvis puede hacer varios movimientos involuntarios, a veces muy rápidos y a veces muy lentos, a ritmo con la respiración. En el hombre, la eyaculación tiene lugar durante este período y forma parte de la descarga. En hombres de edad, en los que ha cesado la emisión de esperma, la eyaculación se reduce principalmente a un poco de fluido seminal, pero la respuesta orgásmica convulsiva del cuerpo sigue siendo la misma.

La satisfacción del sexo no resulta de los movimientos voluntarios, sino de los involuntarios. Para dejar que estos movimientos ocurran es preciso un abandono del control. Dado que es involuntaria, la eyaculación proporciona cierto desahogo al hombre. La mujer puede tener un clímax similar gracias a las contracciones involuntarias de los labios menores. Sin embargo, por importantes que sean, estos movimientos constituyen una respuesta limitada, puesto que se circunscriben a los genitales. Cuando los movimientos involuntarios abarcan la pelvis, proporcionan una sensación de placer y satisfacción más profunda; cuando participa todo el cuerpo, el orgasmo es total. No obstante, si se inhiben estos movimientos involuntarios, la plenitud de la descarga queda limitada. Esta inhibición tiene lugar en un nivel inconsciente.

Un análisis de la estructura del cuerpo muestra que sus músculos principales, los que efectúan el movimiento y mantienen la postura erecta, se encuentran a lo largo de la parte posterior del cuerpo y se extienden por las extremidades. El movimiento tiene lugar cuando una carga circula a lo largo de la espalda, bien hacia arriba, hacia la cabeza y los brazos, o bien hacia abajo, hacia la pelvis y las piernas. El movimiento de extender los brazos para coger co-



mida o para abrazar se produce cuando esta carga muscular fluye hacia arriba por la parte posterior del cuerpo. El movimiento de la pelvis hacia adelante en el acto sexual ocurre cuando la carga fluye por la espalda hacia abajo. A esta carga o corriente de excitación le he dado el nombre de *agresión*. En contraste, la corriente de excitación que parte del corazón, que denomino *anhelo*, se experimenta como una ola que recorre la parte anterior del cuerpo (figura 7).

Corriente de sensación o lo largo de la parte posterior del cuerpo "agresión (impulso motor de alcanzar, golpear, avanzar hacia algo o apartarse de algo)



Corriente de sensación a lo largo de la parte anterior del cuerpo = *anhelo* (deseo de contacto)

Figura 7. La corriente de excitación y sensación en el cuerpo

La corriente de excitación que sube por la parte anterior del cuerpo se puede experimentar como un anhelo que despliega los labios como un bebé que busca el pecho de su madre. Este sentimiento se intensifica alargando los brazos al mismo tiempo. La corriente hacia abajo se parece a la sensación de hundimiento que se siente en el vientre cuando un ascensor empieza a bajar demasiado de golpe o que los niños sienten al columpiarse. Se experimenta du-

rante el sexo, cuando la excitación desciende hasta los genitales, en la forma de una sensación cálida y como de fusión en la boca del estómago.

No es raro que la corriente que sube por la espalda se experimente como una ola de cólera. Si es bastante intensa, llegará hasta lo alto de la cabeza, a los ojos y a los dientes. En este punto la persona enseña los dientes y los ojos le brillan de cólera. La corriente descendente, entretanto, es la fuerza que echa la pelvis hacia adelante. La corriente de excitación circula por las nalgas, por el fondo de la pelvis y va a los genitales.

En la actividad sexual ambos componentes desempeñan un papel. Sentimos un deseo de proximidad y contacto erótico y un impulso de poseer, de fundirnos con la pareja. El deseo de contacto erótico es tierno. El impulso de fusión es fuerte. La ternura aumenta la excitación; el impulso agresivo trata de descargarla. No hay nada de sádico en este impulso de descarga. Sin él no habría satisfacción. No obstante, sin el *eros*, el componente tierno, habría poca excitación que descargar y la actividad sexual estaría desprovista de placer real.

En la personalidad escindida, la ternura se asocia con el niño interior, mientras que el impulso agresivo es asociado con el yo adulto. Una persona así puede experimentar ternura o agresión, pero no ambas cosas a la vez. Cuando los aspectos infantiles dominan la personalidad, la persona puede ser tierna, sensible e incluso sensual, pero muestra un impulso pequeño o nulo de conseguir la descarga y la satisfacción. En el sexo, el clímax, si se produce, es agradable pero no apremiante. Incluso puede ir acompañado de tristeza, puesto que pone fin a la proximidad y el contacto deseados. Para estas personas, el contacto es más importante que el desahogo. En algunos casos, se mantiene una relación sexual durante largos períodos simplemente por mantener el contacto, y el clímax,

que no se puede considerar un verdadero orgasmo, es de una intensidad relativamente baja. La relación entre una pareja de este tipo puede ser amorosa, pero es infantil, no adulta. Por otra parte, cuando el aspecto adulto domina la personalidad y la conducta, el impulso de poseer a la pareja y de descargar es tan fuerte que deja poco tiempo para la ternura. El sexo se convierte en un ejercicio con poco sentimiento y sin satisfacción real.

La ternura es una función de la suavidad. La personalidad rígida, narcisista, que actúa ejerciendo su voluntad, es físicamente incapaz de sentir ninguna ternura auténtica. Al ser tan rígida, cualquier excitación sexual que sienta circula por su cuerpo hasta los genitales, estableciendo una potente tensión que trata de desahogar lo más pronto posible. En los hombres, la eyaculación sirve a este propósito y procura una sensación agradable del mismo modo que cualquier alivio de un estado tenso o doloroso. Dado que no proporciona el verdadero placer y satisfacción que el sexo puede ofrecer, deja al hombre frío en sus sentimientos hacia su pareja. El problema básico es el miedo del hombre a entregarse plenamente a una mujer. Este miedo es inconsciente, pero se percibe enseguida en la rigidez corporal que bloquea los movimientos convulsivos naturales del orgasmo.

El miedo al abandono a una mujer es característico sobre todo del hombre «macho», que identifica su virilidad con la potencia de erección. Reich señaló que un «desarreglo grave de la genitalidad... era especialmente notorio en aquellos hombres que más se jactaban de sus conquistas sexuales y de la veces que “podían hacerlo” en una noche. Era indudable que tenían una gran potencia de erección, pero la eyaculación iba acompañada de un placer muy pequeño o nulo; o incluso de todo lo contrario, de repugnancia y de sensaciones desagradables».

Otros hombres tienen una actitud masoquista, que también

afecta a su respuesta sexual u orgásmica. Estos hombres ven su papel sexual como el de alguien que ayuda a su pareja a alcanzar el clímax. Dijo uno de ellos: «Disfruto cuando una mujer alcanza el orgasmo.» El propio clímax era relativamente apagado y débil. La excitación que pudiera sentir inicialmente era consumida por la necesidad de inhibir su descarga de modo que pudiera «estar allí» para la mujer.

El miedo de un hombre a entregarse a una mujer tiene sus raíces en su primera relación con su madre. Ceder a su deseo de una mujer le hace tan vulnerable al rechazo y al abandono como cuando era un niño pequeño. Su defensa consiste en retener estos sentimientos y en mantener cierta sensación de seguridad mediante la negación y la rigidez. Sólo puede permitir que surjan fuertes sensaciones genitales si están disociadas de su corazón. El sexo sin amor le da una sensación de poder que le permite negar su miedo a las mujeres, pero el sexo sin amor no es profundamente placentero ni satisfactorio.

En muchos aspectos, los problemas sexuales de una mujer son opuestos a los de un hombre, pero tienen el mismo efecto sobre su potencia orgásmica. Su respuesta orgásmica, cuando es plena y completa, es exactamente la misma que la del hombre en sus movimientos convulsivos, su descarga total de excitación y sus sensaciones de placer, satisfacción y plenitud. Esta clase de respuesta depende de su capacidad de abandonarse plenamente a su amor por un hombre, pero esto resulta difícil, si no imposible, cuando alberga sentimientos reprimidos de cólera contra los hombres, la mayoría de los cuales provienen de la relación con su padre. Marie Robinson<sup>61</sup> ha mostrado que la aceptación y expresión de estos sentimientos reprimidos de cólera ha permitido que muchas mujeres «frías» llegaran al orgasmo en el acto sexual.

Una de mis pacientes siempre había accedido a los deseos de

su esposo en su vida sexual, fueran cuales fueran sus sentimientos. Cuando se planteó esta cuestión durante la terapia, la animé a que expresara sus sentimientos. Cuando volvió, me dijo: «Dije “no” a mi marido por primera vez. Al día siguiente me sorprendí al ver que tenía un fuerte deseo de unión sexual y, cuando hicimos el amor tuve un orgasmo.»

En los hombres, el acto amoroso rara vez se siente como sumisión. Al contrario, los hombres se resisten a entregarse mediante el uso del poder o controlándose, dos cosas que actúan como una defensa contra la vulnerabilidad y el desamparo. Al negar estos sentimientos, niegan su miedo al abandono. Por supuesto, no pueden protegerse durante mucho tiempo con juegos de poder, ya que tales juegos socavan sus relaciones y terminan en la propia pérdida del amor que ellos temían. Cuando esto ocurre, su desamparo, su vulnerabilidad y sus heridas salen a la superficie y el poder que creían tener se revela como una ilusión.

En última instancia, entregarse en el amor no es entregarse a otra persona, sino al propio yo, al propio corazón y al propio deseo de amor. Hacer esto, sin embargo, implica todos los sentimientos de la persona. Cuando el yo renuncia a su hegemonía, deja de controlar el cuerpo y sus sensaciones. Debe aceptar el miedo al abandono, el dolor de la pérdida, la cólera de la traición. Debe aceptar, también que el yo está desamparado en todos los grandes acontecimientos de la vida; nacimiento, amor, enfermedad y muerte. Pero nuestro desamparo en este terreno no nos deja desprovistos de recursos. La naturaleza ha dotado a los seres humanos de los medios necesarios para reaccionar y responder a las ofensas y a los traumas. Nuestro cuerpo tiene la capacidad de curarse a sí mismo, al igual que nuestro espíritu. Podemos llorar cuando nos hieren, enfadarnos cuando nos traicionan y luchar o huir cuando nos amenazan. Estas respuestas mantienen nuestra integridad de modo que

podamos enfrentarnos eficazmente con las vicisitudes de la vida. Sólo cuando están bloqueadas nos hallamos en desventaja. Este bloqueo tiene lugar durante la infancia y es causado por las mismas personas en quienes buscamos protección y apoyo en los años críticos de nuestra dependencia. Al final tenemos que someternos a esta mutilación en interés de la supervivencia. Como ya hemos visto en el capítulo primero, ello adopta la forma de tensiones musculares crónicas en el pecho y la pelvis que reducen la movilidad y sensibilidad del cuerpo.

Estas tensiones, cuando se encierran en la pelvis, hacen que el hombre «acabe» demasiado rápidamente y la mujer demasiado despacio, bloqueando la fusión amorosa que se da cuando el orgasmo es simultáneo en los dos miembros de la pareja. Lo que inmoviliza la pelvis contra los movimientos espontáneos del orgasmo son sobre todo las tensiones y espasmos en los músculos de la parte inferior de la espalda. Conocemos bien estas tensiones por las quejas habituales de dolor e incomodidad en la parte inferior de la espalda. Dado que la pelvis gira sobre las dos articulaciones de las caderas, las tensiones en los músculos del muslo, especialmente el *cuadriceps femoris*, también tienen el efecto de limitar su movilidad. Todas estas tensiones están destinadas específicamente a reducir la emoción sexual, pero no reducen necesariamente la excitación en los genitales, que es tan sólo una pequeña parte de la respuesta sexual de una persona. En consecuencia, el acto sexual se convierte en un acto para aliviar la tensión y no en una expresión de amor.

A diferencia de la tensión en el pecho, la tensión pélvica no está directamente relacionada con el miedo al abandono o entrega, sino con el trauma conectado con las primeras sensaciones sexuales del niño. Éstas aparecen entre las edades de tres y seis años. El niño experimenta una intensa excitación sexual en relación con el progenitor del sexo opuesto. Esta excitación es una respuesta cor-

poral total (en otras palabras, una auténtica sensación sexual) con muy poca excitación genital y sin concentración en la actividad genital. De forma típica, los años que van de los tres a los seis, conocidos como el período edípico, son una época de conflicto con el progenitor del mismo sexo, que a menudo está celoso si el otro progenitor presta una atención especial al niño. Esto ocurre con bastante frecuencia, ya que los padres utilizan a sus hijos en las luchas de poder que sostienen entre sí y para la satisfacción de sus necesidades narcisistas. Así muchos padres se excitan considerablemente con la admiración y el interés sexual de sus hijas pequeñas. Les hace sentir más hombres y compensa la denigración a que los someten sus esposas. Con frecuencia la excitación del padre tiene un trasfondo sexual, que la niña percibe y que sirve para elevar la carga que existe entre ellos. Las madres a menudo se comportan de igual modo con sus hijos pequeños. Aunque la frase «un niño para ti, una niña para mí» pueda sonar muy linda, en la práctica demuestra ser menos inocente. De hecho, como muchos pacientes míos han reconocido, los padres con frecuencia actúan inconscientemente de modo seductor con sus hijos, invitándolos a intimidades emocionales y físicas en las que los sentimientos sexuales sólo están ligeramente disfrazados. Debemos reconocer también que la actividad sexual abierta, de una clase u otra, entre padres e hijos no es rara.

Examinemos con un poco de detalle qué ocurre cuando una madre coloca a su hijo en la difícil situación de ser su favorito o su íntimo. No es sorprendente que el muchacho responda a las atenciones de su madre con un deseo y un sentimiento crecientes, lo que lo aleja de su padre, cuyo afecto y ayuda necesita. Su yo inmaduro cree que él es superior a su padre. ¿Por qué, si no, su madre lo preferiría? Esta actitud del muchacho irrita a su padre, que se vuelve contra él y lo hace responsable de la situación. La madre no

puede proteger al niño de la hostilidad del padre, ya que hacerlo intensificaría el conflicto. Además, ella tiene sus propios sentimientos de culpabilidad (generalmente inconscientes) por su conducta con el niño. Enfrentado a esta situación, el niño desea que su padre muera, pero al mismo tiempo le aterroriza la idea de que su padre pueda matarlo. Freud describe esta situación como edípica, porque es paralela a la leyenda de Edipo, que sin saberlo mató a su padre y se casó con su madre, Para el niño la situación es simplemente demasiado aterradora para hacerle frente. Por autodefensa debe cortar sus sentimientos sexuales hacia su madre a fin de evitar cualquier confrontación con su padre.

Dado que reduce la potencia orgásmica del muchacho, este paso equivale a una castración psicológica. Suprimir los propios sentimientos no es lo mismo que desechar una idea del pensamiento, ya que los sentimientos son perceptores de hechos corporales. Para cortar el sentimiento, el cuerpo debe ser parcialmente inmovilizado. La inmovilización total es la muerte. Como vimos, las tensiones en la parte inferior de la espalda, los muslos y la pelvis sirven para reducir la emoción sexual.

La situación es idéntica para las niñas que se ven envueltas en una relación de contenido sexual con su padre, tanto si esta relación llega a expresarse como si no. El triángulo que se crea entre la hija, su padre y su madre es igualmente intenso. La madre y la hija son rivales, e inconscientemente cada una desea que la otra desaparezca. Pero la niña, a pesar de su posición favorecida, no puede contar con el apoyo de su padre, ya que esto intensificaría los celos de la madre. El padre, por su parte, está inmovilizado por sentimientos de culpabilidad debidos a su relación con la hija. Para protegerse, la niña debe cortar sus sentimientos sexuales hacia su padre, lo que se realiza mediante cierto grado de inmovilización, pero aún más por un anillo de tensión situado alrededor de la cintu-



ra. Este anillo, que rompe la conexión entre las dos mitades del cuerpo, es la respuesta típicamente femenina al problema, más que la adquisición de rigidez que caracteriza a la respuesta masculina.

En el niño, la resolución de su conflicto edípico mediante la supresión de sus sentimientos sexuales hacia el progenitor del otro sexo produce inevitablemente una escisión de la personalidad al erigir un tabú en su mente contra el hecho de entregarse sexualmente a la persona que él —o ella— ama más. Cuando es adulto, le resulta difícil amar a su pareja sexual con todo el corazón, porque este amor se identifica con el progenitor tabú. Muchos matrimonios victorianos sufrían una crisis cuando los hombres descubrían que eran impotentes con su esposa pero plenamente capaces de tener relaciones sexuales con una amante o una prostituta. Algunos victorianos resolvieron este problema aceptando la práctica de tener amantes y queridas en tanto el hecho no se hiciera público. Hoy en día encontramos menos este problema, ya que el doble criterio ha quedado desacreditado, pero el tabú sigue operando en un nivel más profundo. Los hombres pueden tener relaciones sexuales con sus esposas, pero el acto a menudo carece de pasión y, por consiguiente, se hace sin mucho amor. El amor que uno siente por su esposa adquiere la cualidad de un deber. Con el tiempo, incluso este acoplamiento sexual rutinario pierde toda excitación, y encontramos hombres que son impotentes con su esposa.

En el capítulo primero vimos el caso de John, un hombre casado con hijos mayores que se enamoró de una mujer más joven y descubrió que lo que creía que era impotencia debida a la edad desaparecía de la noche a la mañana al ser sustituida por la pasión hacia su nueva pareja. Observamos también que John aún declaraba amar a su esposa, pero que ésta, a sus ojos, había llegado a ser como su madre. Huelga decir que uno no tiene relaciones sexuales con su madre. Era una situación dolorosa y trágica para John, que

deseaba poder sentir la misma excitación con su esposa. Era víctima del tabú del incesto, al haber resuelto su conflicto edípico cortando todos los sentimientos sexuales hacia su madre.

Para una mujer, el problema adopta una forma diferente, aunque el resultado es el mismo. Permanece atada a su padre como «la niña de papá» y no puede darse plenamente a otro hombre. Aunque acepta sexualmente a su marido, no siente pasión por él. Su respuesta se limita a dos papeles en relación con su esposo: o bien es la niña encantadora y seductora, o bien es la madre. Éstos son papeles que representaba con su padre, también, probablemente con cierto éxito. Pero no se da cuenta de que, al actuar como la hija o la madre de su esposo, hace imposible que éste la vea como una mujer sexual. ¿Es extraño que haya tan poca satisfacción en el matrimonio y que tantos matrimonios se separen?

En general, es lícito decir que las mujeres se identifican más con los sentimientos de amor, mientras que los hombres se identifican más con los sentimientos sexuales. Del mismo modo, para una mujer el amor no significa invariablemente sexo, mientras que para un hombre el sexo no significa invariablemente amor. Cuando una mujer se entrega sexualmente a un hombre, por lo general lo considera un acto de amor, pero su pareja puede negarse a verlo de este modo a fin de evitar el compromiso que implica el amor. No es el propio compromiso lo que teme, sino la perspectiva de quedar atrapado en una relación sexualmente insatisfactoria, como lo estuvo con su madre. Elegir el amor lo convertiría en un niño de mamá, mientras que el sexo lo deja libre de perseguir a otras mujeres. La situación es opuesta para la mujer. Hace mucho tiempo se convirtió en «la niña de papá», renunciando a la independencia que una identificación con la sexualidad podría proporcionarle.

Hasta cierto punto esta diferencia en la sensibilidad del hombre y la mujer ha disminuido desde que apareció el movimiento de li-

beración de la mujer. Desde Eva la mujer ha sido vista como tentadora y considerada culpable de la caída del hombre. Si es seducida, es culpa suya. Muchas niñas han sido calificadas de marranas, prostitutas o fulanas por sus madres por el hecho de responder al interés de sus padres. Si una niña de cinco años se sienta en el regazo de su padre y éste tiene una erección, ella es la única que tiene la culpa. Se la aparta a empujones como si hubiera hecho algo terrible. A resultas de experiencias infantiles como ésta, demasiadas mujeres sienten todavía un profundo sentimiento de humillación respecto a sus sentimientos sexuales. En cambio, el niño rara vez es humillado por su interés sexual hacia su madre. Ésta puede decirle que es un chico malo o sucio por tener tales sentimientos, pero la madre por lo general expresa cierta admiración u orgullo por su virilidad potencial. Por parte de su padre, puede percibir una amenaza implícita de castración, pero incluso el hecho de ser contemplado como un rival aumenta su interés por su genitalidad y su identificación con ella. Por tanto, su mayor temor, cuando ha crecido, es la pérdida de potencia eréctil, lo que evoca una sensación de vergüenza. Las mujeres nunca sufren esta ansiedad, puesto que casi siempre pueden llevar a cabo el acto sexual. Su ansiedad consiste en que si se entregan demasiado fácilmente o son demasiado agresivas sexualmente, serán consideradas mujeres disolutas. En el pasado, un embarazo ilegítimo era una marca de vergüenza para la mujer —y un signo de virilidad para el hombre—.

Esta situación ha cambiado en gran parte con la desaparición del doble patrón, el advenimiento de la píldora, la posibilidad de practicar el aborto y la aceptación de las mujeres en el mundo masculino. Sin embargo, en el proceso de obtener más independencia, la escisión en la personalidad de la mujer moderna se ha ensanchado. Al actuar más en función del yo que del corazón, se ha vuelto más rígida, más ambiciosa y más vulnerable a las enfermedades del

corazón. Si ahora disocia el sexo del amor, esto sólo puede querer decir que el niño que lleva en su interior es más negado, que su corazón está más aislado y que la satisfacción sexual es aún más difícil de alcanzar.

El caso siguiente ilustra algunos de los problemas de la mujer moderna.

Una ejecutiva de poco más de sesenta años, a quien llamaremos Irene, acudió en busca de tratamiento para una reacción depresiva que sufría a consecuencia de haber sido destituida del alto puesto que ocupaba en una gran empresa. Necesitaba ayuda y lo sabía, no sólo por su depresión, sino también por la presencia de varios factores de riesgo de enfermedad coronaria. Tenía sobrepeso, fumaba mucho y su nivel de colesterol en la sangre era peligrosamente alto.

Estos problemas se reflejaban en el cuerpo de Irene. Como su pecho era muy abultado su respiración era deficiente. Se tenía en pie como si la sostuvieran sus hombros erguidos, y no sus piernas. Su abdomen y su pelvis eran pesados y fofos. Trataba de echar el vientre hacia dentro, pero todo lo que conseguía era constreñir su cintura, de modo que había poca conexión entre el tórax y la pelvis. Sus piernas eran delgadas, y tenía un problema en los pies que hacía que el hecho de estar de pie y de andar le resultara doloroso.

Irene era consciente de que tenía tendencias autodestructivas. Sabía que fumar era nocivo y había intentado dejarlo mediante la hipnosis, pero la cosa funcionó durante muy poco tiempo. Su médico la instaba a perder peso, pero hacer régimen le parecía casi imposible. En una sesión reconoció: «Ayer por la noche salí y compré galletas y helado, y me lo comí todo, cosa que no debía hacer.» Pobre Irene. Estaba realmente hambrienta de placer. Tanto física como emocionalmente, estaba fatal.

El enfoque terapéutico para cambiar la conducta consiste en

ayudar al paciente a comprender la dinámica de la lucha interna y a expresar los sentimientos relacionados con ella. Irene estaba triste (veía su vida como un fracaso) y dolida. Hacía varios años que se había divorciado y había criado sola a su hijo. Su primera necesidad era sentir su tristeza y llorar. En su esfuerzo para funcionar en el mundo moderno de los negocios en pie de igualdad con los hombres, había suprimido la mayoría de sus sentimientos. Esto no era demasiado difícil de lograr; la ayudé a respirar y luego hice que diera una patada al diván y dijera «¿por qué?», lo que la hizo llorar un poco. Se sorprendió al ver que se sentía mucho mejor después de llorar. También la animé a que en su casa diera algunas patadas a la cama y le enseñé a tenderse de espaldas y dar patadas con las piernas extendidas. Dar patadas es protestar, e Irene tenía mucho de que protestar.

Irene había sido hija única y de pequeña era muy bonita; naturalmente era la niña de los ojos de su padre, pero éste murió cuando ella tenía cinco años. Su madre le dijo que tenía que ser un soldado como su padre, lo que para la niña significaba ser valiente y contener su tristeza. En una sesión terapéutica observó: «Siempre he sabido que había dolor en mí. Había una constricción en mi cuello, pero no la relacionaba con el corazón.» En el momento en que decía estas palabras se hallaba tendida en el diván. Le sugerí que extendiera los brazos y dijera «papá, papá». Lo hizo y estalló en profundos sollozos. «He retenido este dolor durante todos estos años», dijo después. «No sabía dónde ponerlo.»

Estos hechos de su infancia habían configurado el curso de la vida de Irene y habían determinado su destino. Si bien la pérdida de su padre durante el período edípico fue un factor fundamental, hubo otras fuerzas que también desempeñaron un papel importante. La más poderosa era el sentimiento de culpabilidad que sentía por sus sentimientos sexuales hacia su padre. Consideraba su muerte

como un castigo por violar el tabú del incesto en su deseo por él. También temía a su madre, la rival celosa, contra quien no tenía protección una vez que su amado padre hubo muerto. El efecto de estos primeros años era visible en su cuerpo y su comportamiento de adulta. Irene no sólo trataba aún de ser un bravo soldado como le pedía su madre, sino que también se disociaba a sí misma de su sexualidad y luchaba por obtener su autoestima gracias a los logros y el éxito. Se sentía obligada a sostenerse gracias a los esfuerzos de su sola voluntad. Derrumbarse, llorar, era enfrentarse con un abismo de desesperación por la pérdida de su padre que ella no podía tolerar.

Irene había estado casada dos veces y se había enamorado profundamente otras dos. Por desgracia, ninguno de sus matrimonios fue con los hombres a los que amaba, y ninguno de éstos le propuso casarse. Este guión había sido determinado por los sucesos de su infancia. En su mente inconsciente, Irene identificaba a los hombres que amaba con su padre, que había sido tabú. Dado que el tabú seguía actuando en lo que concernía al amor profundo, se casó con hombres que no despertaban en ella fuertes pasiones. Su impulso de ser independiente era una parte importante de su lucha, ya que negaba y contradecía un deseo más profundo de recibir cuidados. Su miedo consistía en que, si aceptaba ser dependiente de un hombre y se entregaba plenamente a él, sería abandonada, como lo había sido con su padre. En consecuencia, se casó con hombres con los que no podía contar y que necesitaban su cuidado. Su primer marido era incapaz de mantener un empleo fijo, y el segundo resultó ser un maníaco depresivo que tuvo que ser hospitalizado. Al casarse con ellos se las arregló para conservar su independencia, o pseudo independencia. Pero, al dejar que la utilizaran, se sentía atrapada y deprimida.

Sosteniéndose como lo hacía, Irene no podía abandonarse al

amor o al sexo. Como muchas mujeres, se entregaba sexualmente, pero de una forma demasiado sumisa, demasiado pasiva. Sólo muy de vez en cuando experimentaba un clímax durante el acto sexual. Sin orgasmo no tenía el desahogo que el sexo puede ofrecer.

Cuando Irene reconoció, en el transcurso de la terapia, que estaba siendo utilizada por el hombre con quien mantenía relaciones en aquel momento, estalló en cólera. Golpeó el diván con una raqueta de tenis para descargar la cólera que le provocaba la traición del hombre. Al mismo tiempo empezó a sentir irritación contra todos los hombres, los que la habían utilizado y los que la habían abandonado. Incluso se enfadó con su padre por haber muerto en un momento en que ella lo necesitaba.

La tensión que había en la espalda de Irene y alrededor de sus hombros era una clara indicación de la cantidad de cólera que retenía. Irene tenía literalmente la espalda levantada. Pero la conciencia de que la irritación existía y la voluntad de expresarla ayudaron mucho a Irene. El hecho de ventilar su enojo redujo su sentimiento de culpabilidad e hizo que pudiera ceder más plenamente a su sexualidad.

Irene tuvo la suerte de poder sacar su cólera a la superficie antes de caer enferma de gravedad. Otro paciente mío, al que llamaremos Paul, no fue tan afortunado. Paul acudió por primera vez a mi consulta a causa de su impotencia siete años después de divorciarse y nueve después de sufrir un ataque al corazón. En el momento del ataque era una típica personalidad del tipo A: competitivo, dinámico, trabajaba en exceso y comía en exceso. Fumaba, su nivel de colesterol era alto y su presión sanguínea iba subiendo. Como trabajaba todo el tiempo en dos empleos, había llegado a un estado de agotamiento absoluto. Por una ironía del destino, el ataque tuvo lugar cuando estaba a punto de abandonar el trabajo, convencido de que finalmente había triunfado. Sin embar-

go, el estrés que le ocasionaba su trabajo era poca cosa comparado con el de su vida familiar.

Paul describió a su esposa como una mujer dominante que siempre se salía con la suya. A lo largo de los años su relación amorosa fue deteriorándose y el sexo se convirtió para ellos en un arreglo ocasional y relativamente formal sin pasión alguna. En la época en que sufrió el ataque rara vez hacían el amor. No obstante, Paul era fiel a su mujer. Y, lo más sorprendente, nunca se masturbaba. Explicó este hecho diciendo: «Mi padre me hizo coger miedo al infierno.» Incluso cuando hacía el amor con su mujer, Paul nunca eyaculaba hasta después de que su mujer tuviera un orgasmo. «Tenía que aguantarme mucho tiempo», dijo. «Era un maestro aguantándome.» Fue durante la última parte de su matrimonio cuando se volvió incapaz de mantener la erección.

El hecho de aguantarse era una necesidad para Paul, pues sabía que tenía mal genio. Lo supo poco después de su boda. Una noche, poco después de regresar de la guerra, la suegra de Paul, que era alemana, lo había acusado de matar a sus parientes. Paul perdió la cabeza, se dirigió hacia su suegra y, cuando se dio cuenta de lo que hacía, ya la estaba estrangulando. Después de este incidente juró no volver a perder el control nunca más —y no lo hizo—. A pesar de tener muchas discusiones con su mujer, nunca explotó.

Paul describió su relación con sus padres como sigue: «Estaba apegado a mi madre, y ella me mimaba. Mi hermana pequeña era la favorita de mi padre. Él y yo nunca fuimos amigos y nunca hablábamos de cosas. Si yo le replicaba con insolencia me daba un bofetón, hasta que, cuando tenía dieciséis años, peleando con los puños, le golpeé. Después de esto nunca volvió a pegarme. Sin embargo, cuando era pequeño solía castigarme regularmente con zurras y azotes. Decía que trataba de hacer de mí un hombre.» En ciertos aspectos lo consiguió. Paul practicaba todos los deportes



competitivos y se dedicaba a la caza y a la pesca. Durante toda su vida demostró que podía ser duro. Pero también tenía otro aspecto, que había aprendido a suprimir: un lado blando y tierno vinculado a un sentimiento de vulnerabilidad.

Cuando le pregunté cuándo había llorado por última vez, Paul relató un incidente ocurrido unos veinte años antes. Había sido policía auxiliar en la población donde vivía. Un día tuvo que acudir al escenario de un accidente de automóvil en el que dos niños pequeños habían resultado gravemente heridos. La visión de su dolor hizo que se le saltaran las lágrimas. También recordaba haber sollozado al recibir la noticia de la muerte de su madre y, asimismo, que, estando de pequeño en un campamento, se iba al bosque solo para llorar. Había sido un niño infeliz, y, ya de adulto, la infelicidad de los niños pequeños podía ponerle muy triste.

La lucha de Paul se desarrollaba entre las dos caras de su personalidad: el exterior, duro y viril, y el interior, blando, infantil y triste. Mirándolo, parecía seguro de sí mismo y relajado. No obstante, cuando abandonaba su fácil sonrisa, su rostro adquiría un sombrío aire de tristeza, y en sus ojos yo veía una rabia violenta. Por lo que se refiere a su cuerpo, era musculoso y bien formado, pero tenía una barriga que quería eliminar. Cierta acumulación de grasa en torno a la pelvis indicaba un aspecto femenino en su personalidad. Su pelvis estaba tensa y echada hacia atrás. La mitad superior de su cuerpo parecía fuerte; la mitad inferior, débil. Esta escisión entre las partes superior e inferior del cuerpo se encuentra habitualmente en hombres que sienten la obligación de ser «machos».

Pero esta misma necesidad de proyectar una imagen viril procede de un sentimiento interior de insuficiencia. La verdadera hombría reside en la identificación de una persona con sus sentimientos sexuales, no en su actuación sexual.

La virilidad de Paul había sido minada por su padre, cuya forma de tratarlo cuando era niño equivalió a una castración psicológica. Éste era el significado de la tendencia a la configuración femenina de su pelvis. El trauma más grave, sin embargo, era la traición de su madre. No es posible saber todas las razones por las que dejó de defenderlo y protegerlo contra su padre, pero una de ellas tenía que ser un sentimiento de culpabilidad por su relación seductora con Paul. El propio Paul no era consciente de que la intimidad con su madre había provocado los celos y la rabia de su padre y de que su madre lo había utilizado contra aquél. Si bien Paul sentía una gran cólera contra su padre por las humillantes palizas que había sufrido, albergaba una rabia aún mayor contra su madre. El ataque asesino contra su suegra sólo se puede entender como la proyección de una cólera largamente contenida contra su madre por su seducción y su traición. Pero Paul nunca pudo expresar su cólera directamente contra su madre porque se sentía culpable en relación con el interés sexual que sentía por ella. La culpabilidad también le hizo negar su odio. Sin embargo, en algún nivel profundo, siguió amando a su madre. Así al igual que John, cuyo caso vimos en el capítulo primero, Paul quedó atrapado en una ambivalencia entre amor y odio.

Con el tiempo, transfirió todos los sentimientos ambivalentes que sentía por su madre a su esposa, que lo dominaba al igual que lo había hecho su madre y a quien era sumiso sexualmente. ¡Cómo debía haber odiado a su esposa! Pero él se contenía y negaba su odio así como la tristeza y el dolor que sintió con la pérdida del amor. Al final el sentimiento de culpabilidad le hizo impotente. En último término, la angustia que sintió y la cólera que reprimió fueron los responsables de su ataque al corazón.

En este capítulo hemos hecho hincapié en la importancia de una sexualidad sana para prevenir un ataque al corazón. Lo previe-

ne manteniendo blando el pecho y permitiendo que la tensión acumulada en éste a lo largo de una existencia competitiva se descargue de forma natural. El orgasmo es como un nuevo nacimiento o, más literalmente, un rejuvenecimiento. No sólo los músculos se ablandan y se relajan, sino que este ablandamiento se extiende profundamente por los tejidos del cuerpo, incluidas las arterias.

Un orgasmo pleno, el que deja el cuerpo totalmente satisfecho, calmado y contento, es un movimiento convulsivo del cuerpo en el que la pelvis se balancea involuntariamente al ritmo de la respiración. El mismo movimiento convulsivo se da cuando una persona solloza profundamente. Cada sollozo es una pulsación u oleada que recorre el cuerpo y echa la pelvis hacia adelante cuando la ola llega a la cavidad pélvica. El sollozo es un desahogo vocal sobreimpuesto a la ola espiratoria. Entre los sollozos hay breves intervalos inspiratorios durante los cuales la pelvis se mueve hacia atrás. En el llanto profundo el movimiento de la pelvis es involuntario, al igual que en el orgasmo. Esta similitud entre ambas reacciones explica en parte por qué muchas mujeres rompen a llorar cuando experimentan un orgasmo. Su llanto es una expresión del paraíso encontrado y refleja la tristeza del paraíso perdido. La convulsión orgásmica abre el camino a este llanto profundo, que comparte los mismos movimientos corporales. Del mismo modo, si una persona cede al llanto profundo y deja que las oleadas de tristeza recorran su cuerpo, también podrá entregarse a los movimientos convulsivos del orgasmo.

Por desgracia, para la mayoría de las personas este abandono no es fácil. Con el objeto de descubrir por qué no lo es, en el capítulo siguiente examinaremos el proceso del crecimiento en la cultura moderna.

### 3 En el fondo del corazón aún somos niños

El niño es todo corazón.

Proverbio alemán

Al igual que un leñador puede leer la historia vital de un árbol en la sección de su tronco, también es posible leer la historia de la vida de una persona en su cuerpo. Sin embargo, el crecimiento del organismo humano procede por etapas, no por años. A diferencia de los anillos del tronco de un árbol, estas fases no están claramente delimitadas, pero, no obstante, las reconocemos porque cada una tiene una cualidad especial: el desamparo del bebé, la curiosidad del niño y así sucesivamente. Estas etapas son como capas; todas ellas siguen vivas y funcionando en la persona adulta, añadiendo su cualidad particular al conjunto.

Las cualidades que cada etapa o capa añade a la vida se pueden resumir como sigue:

Bebé edad 0-2 = amor y felicidad

Niño edad 3-6 = espíritu juguetón y alegría

Muchacho edad 7-12 = aventura, desafío

Joven edad 13-19 = ideas románticas, éxtasis

Adulto edad 20 ... = responsabilidad, cumplimiento

El crecimiento que estamos considerando es el desarrollo y la expansión de la conciencia. Cada capa representa un tipo de concien-

cia diferente de uno mismo y del mundo. Sin embargo, la conciencia no es una parte aislada de la personalidad. Es una función de todo el organismo, un aspecto del cuerpo vivo. Se desarrolla así en relación con el crecimiento del cuerpo física, emocional y psicológicamente. Se basa en la experiencia, gana profundidad mediante la adquisición de habilidades y se confirma en la actividad.

El hecho de identificar determinadas cualidades de la conciencia con etapas del crecimiento no significa que cada nueva dimensión del yo surja plenamente formada dentro de un determinado período de edad. El carácter juguetón en realidad empieza en la primera infancia, pero no se convierte en una actividad consciente hasta la niñez. Y no termina en ésta. En la medida en que nuestro crecimiento es libre y sin perturbaciones, conservamos la capacidad de jugar a lo largo de toda la vida, aunque las ganas de jugar no sean el modo dominante en nuestros años de madurez, como lo fue en la infancia. Esto vale también para las otras cualidades de la lista. La aventura nos atrae durante toda la vida, pero si de adultos hemos aceptado la responsabilidad de la familia, del liderazgo y de una tarea creativa, nuestro deseo de aventura queda subordinado a nuestro papel más maduro.

Pero empecemos por el principio. El bebé se caracteriza por un intenso deseo de ser sostenido y alimentado por su madre. Este deseo es una expresión de su amor por ella. La proximidad física entre los dos es más íntima en el acto de amamantar, que satisface las necesidades biológicas básicas tanto del bebé como de la madre. La satisfacción de la necesidad de contacto y nutrición que siente el bebé le proporciona una sensación de contento lleno de dicha. Todo sentimiento de amor en un adulto procede de esta etapa infantil de su personalidad. El deseo de contacto íntimo (como el que se da en el acto de amamantar, en el beso, en el abrazo genital, etc.) determina todo sentimiento de amor. Si una persona está

en contacto con su corazón, lo está con el bebé que lleva dentro. Esto puede explicar por qué los bebés enternecen tan fácilmente a la mayoría de las personas. Una persona se ve impedida de experimentar la plenitud del amor en la medida en que esté separada del bebé que contiene su personalidad. Esto puede ocurrir fácilmente, como veremos más adelante, cuando un bebé se ve privado de la proximidad y el afecto que necesita.

Cuando un bebé pasa a ser niño, la necesidad de proximidad constante da paso a la de investigar el mundo que entonces se abre ante él; de explorar las personas, las cosas, el espacio y el tiempo, de modo que pueda construir una imagen de la realidad en su mente. En este proceso, el niño también explora su propio ser en relación con el mundo y desarrolla un sentimiento consciente de sí mismo. Durante la infancia se desarrolla el yo. Éste se convierte en una estructura definitiva hacia los seis o siete años. Hasta ese momento la imaginación del niño corre libremente y la realidad no es percibida como algo asentado y concluso. El niño puede jugar a ser padre, madre o incluso bebé. En su juego y su ficción aprende la sensación de vivir.

Dado que el niño no es consciente de ninguna consecuencia grave que pueda tener su juego, puede entregarse a él de todo corazón, con toda inocencia. Un niño cuya primera infancia ha estado llena de satisfacción y que ahora tiene libertad para jugar sin ser molestado por los adultos tiene un sentimiento de alegría. Sin embargo, si la inocencia del niño se rompe por la intromisión de sentimientos y preocupaciones adultos, esta alegría se convierte rápidamente en tristeza.

Un niño se lanza con amor a un mundo más amplio que el de un bebé, cuyo mundo se limita a las personas inmediatamente responsables de su bienestar. Además de la familia, el niño tiene amigos a los que ama tiernamente. Sabemos que los niños juegan a

cosas de la casa, a médicos y otros juegos en los que exploran sus cuerpos. Dado que el sexo es una de las realidades de la vida, también debe ser investigado en el juego si ha de ser integrado en el conocimiento del mundo que tiene el niño. Los niños sienten una gran excitación con este juego sexual y, aunque éste es enteramente inocente, es un tipo de juego que los adultos condenan a menudo. Proyectando sus propios sentimientos en los niños, los adultos introducen en su espíritu conceptos como los de vergüenza y culpabilidad y destruyen la alegría que estas actividades sexuales de juego proporcionan. Una vez que los niños toman conciencia de la sexualidad, inevitablemente sienten curiosidad por la sexualidad de los adultos que los rodean. Tanto la niña con su padre como el niño con su madre experimentan la excitación de la carga sexual. Pero todo esto es inocente todavía, pues está ante todo al servicio del conocimiento del mundo. El deseo que tiene el niño pequeño de casarse con su madre y el de la niña pequeña de casarse con su padre es una actividad de ficción. Los padres que la toman en serio, ya sea respondiendo o desaprobando, hacen un daño real a sus hijos. Para los niños, los padres son siempre objetos de amor, lo que no excluye los sentimientos sexuales.

Puede decirse que la infancia termina cuando el niño posee una imagen coherente de su mundo personal y de sí mismo. Tras haber dado este paso, empieza a investigar el mundo más grande de fuera del hogar y de su círculo de compañeros de juego de la infancia. La escuela se convierte en un centro de actividad secundario, el lugar donde aprender sobre el mundo real, objetivo, en contraste con el mundo en gran parte subjetivo del niño pequeño. Los juegos que realizan los muchachos durante estos años son reales, y las consecuencias son importantes; los juegos les permiten probarse a sí mismos en relación con los demás y al mismo tiempo les enseñan a cooperar en actividades de grupo. A medida que las habilidades se

perfeccionan se van estableciendo las jerarquías. Un chico puede ser el mejor corredor, otro el que mejor juega a fútbol, etc. Las chicas pasan por un proceso similar de formación de rangos. Estos muchachos ya no son inocentes, pero, como no tienen la carga de responsabilidades, son libres de gozar de los desafíos y la excitación de la preadolescencia. Las amistades son también más profundas y el amor que se invierte en ellas es más objetivo.

La adolescencia comienza con la madurez sexual en el plano biológico. El fuego que ha estado latente durante tanto tiempo estalla en una llama resplandeciente y cálida. Había llameado brevemente durante el período edípico, pero esto eran simples fuegos de leña menuda; ahora arden los troncos. La pasión puede ser intensa, pero, como la madurez todavía no ha llegado, los adolescentes tienden a idealizar el objeto del amor. Para ellos, la excitación del amor romántico es arrolladora. El romanticismo de la juventud combina el deseo de proximidad del bebé, el carácter juguetón del niño y el gusto por la aventura del jovencuelo. Lo que falta es el sentido de responsabilidad por las consecuencias graves del amor. Cuando uno está preparado para asumir estas responsabilidades ha llegado a la fase de adulto.

Un adulto sano es el total integrado de las distintas etapas: un bebé en el fondo del corazón, un niño en su imaginación, un muchacho en su espíritu de aventura y un joven en sus aspiraciones románticas. Como adulto, también es consciente de las consecuencias de sus actos y está dispuesto a asumir su responsabilidad. No obstante, si ha perdido el contacto con las capas anteriores de su personalidad, será una persona estéril, compulsiva y rígida, cuya asunción de la responsabilidad representa una obligación impuesta más que un deseo natural.

Sólo los individuos satisfechos en cada etapa anterior llegan a la edad adulta con una personalidad integrada. Si una etapa anterior



no ha quedado colmada, de ello resultan fijaciones que constriñen parte de la personalidad mientras el resto pasa, disminuido, a la etapa siguiente. La personalidad se escinde: aunque en un plano una persona puede funcionar como un adulto, en otro se comporta como un bebé o un niño. El ejemplo más dramático que he conocido de esta escisión fue el de un hombre de más de cuarenta años que vino a la consulta porque todavía se chupaba el dedo. Tenía un puesto de responsabilidad e hijos mayores, pero en situaciones de tensión se ponía el dedo en la boca, ocultando la acción con la otra mano. Otro ejemplo bastante extremo era el de una joven de cerca de treinta años que tenía dificultades en su matrimonio. Iba bien vestida y parecía una persona madura e inteligente, pero, cuando se quitó algo de ropa para que yo pudiera examinar su cuerpo, vi que parecía una niña de once años. Su cuerpo estaba tan insuficientemente desarrollado que no era sorprendente que tuviera problemas en su matrimonio.

La personalidad tiene un aspecto dual: uno psicológico y otro físico. En una persona sana ambos son congruentes. Si no lo son, es señal de alguna perturbación en el desarrollo de la personalidad. Cuando una persona es más avanzada intelectualmente que emocionalmente madura, aparecerá y actuará de modo muy sofisticado sin la profundidad de sentimiento necesaria para sustentar tal actitud. Es difícil encontrar el caso contrario, en el que la persona es emocionalmente madura pero le falta comprensión y sentido común, puesto que la madurez emocional sólo aparece cuando hay comprensión de la vida.

¿Qué ocurre cuando los bebés se ven privados del amor, el sostén y la crianza que necesitan? He aquí un caso. Jim era un hombre de cincuenta y tres años que vino a la consulta por ciertos problemas que tenía en su relación con una mujer más joven. Dijo que la amaba mucho y que ella respondía a su afecto. Sin embargo, ella le

negaba el placer y la satisfacción de la intimidad sexual. Habían tenido intimidad al iniciarse la relación pero durante los dos últimos años no había habido actividad sexual entre ellos. Jim no podía entender por qué, pues ella proclamaba su amor hacia él y disfrutaba en su compañía. También le preocupaba el compromiso que había adquirido de ayudarla mientras ella consolidaba su carrera, compromiso que resultó ser caro, aunque Jim podía permitírselo.

Se puede adivinar fácilmente la razón de la falta de sensibilidad sexual por parte de la amiga de Jim. Estaba siendo ayudada por un hombre considerablemente más viejo que ella. Si bien hay muchas mujeres a quienes no les preocuparían las implicaciones de una relación sexual de este tipo, esta joven no podía negar su carácter incestuoso. Jim era para ella una figura paternal, pero él no podía ver el problema bajo esta luz.

Para aconsejar a Jim había que entenderlo. Y el mejor modo de hacerlo era estudiar su cuerpo. Empecé por su rostro, tradicionalmente la parte más expresiva del cuerpo. La expresión habitual del rostro de Jim era una sonrisa angelical. Lejos de ser una mueca de simpatía fingida, era la sonrisa de un niño. Sin embargo, cuando Jim abandonaba la sonrisa y relajaba el rostro, adoptaba una expresión de profunda tristeza, casi un aspecto de desesperación. Jim no dejaba que esta expresión apareciera a menudo. En realidad, ni siquiera la reconocía como suya. Cuando vio su rostro en un espejo con su aspecto triste, dijo: «Soy un hombre feliz. Todos mis amigos piensan que soy una persona alegre.» Era cierto que él era una persona que siempre veía el lado más agradable de las cosas. Esta misma cualidad se reflejaba en su voz, que tenía un tono más alto que la voz masculina normal. Jim levantaba su ánimo y también levantaba su cuerpo. Echaba hacia arriba los hombros, y su pecho estaba levantado y se mantenía en un estado de hinchazón excеси-

va. El aspecto de este tórax sugería que el hombre padecía un enfisema, estado en que la respiración es difícil y dolorosa porque la hinchazón excesiva de los pulmones ha dado como resultado la destrucción de tejido pulmonar. El enfisema se asocia generalmente con el hecho de fumar mucho, pero Jim no fumaba y no tenía ningún síntoma de enfisema. Cuando le pregunté acerca de problemas respiratorios, dijo que había padecido asma cuando niño, pero que, de mayor, no había sufrido ningún ataque. No obstante, su respiración era muy superficial, casi sin ningún movimiento del pecho.

La mitad inferior del cuerpo de Jim parecía débil y en cierto modo poco desarrollada. Su pelvis era estrecha; alrededor de sus genitales había la misma acumulación de tejido graso que se observa en los niños gordos. Sus piernas y sus pies parecían demasiado débiles para sostenerlo bien. Todo esto apuntaba a una profunda inseguridad en su personalidad, que compensaba aguantando a base de pura fuerza de voluntad. No era casual que levantara los hombros y tuviera un tono de voz alto. Si abandonaba, si disminuía su tono de voz, bajaba los hombros y deshinchaba el pecho, liberaría un grado de tristeza intolerable.

Este caso es particularmente pertinente, porque Jim tenía exceso de peso y sufría un alto nivel de colesterol, que tendía a permanecer en torno a los 300 mg. a pesar del tratamiento médico y los cambios de dieta. Dados estos factores de riesgo y su pecho hinchado, Jim podía haberse considerado candidato a un ataque al corazón. Sin embargo, la suya no era una personalidad típica del tipo A, a pesar de que tenía éxito en los negocios y con frecuencia trabajaba muy duro. Su trato era fácil, al menos en apariencia y no parecía estar sometido a una sensación de prisa ni a un impulso de triunfar. Sí dijo, no obstante, que quería ser muy rico, lo que se podía conseguir con dinero. En una fase muy posterior del análisis

iba a descubrir que el dinero no podía comprar el amor de su amiga, aunque le proporcionara una falsa sensación de seguridad.

¿De dónde procedía esta inseguridad de Jim? ¿Cuál era la base de la tristeza que él se esforzaba en negar? La respuesta a ambas preguntas estaba en su cuerpo, sobre todo en su pecho excesivamente hinchado, lo cual estaba relacionado con su asma. Jim dijo que su primer ataque tuvo lugar cuando tenía seis meses, aunque no guardaba ningún recuerdo de ello ni tenía idea de lo que podría haberlo causado. Sugerí a Jim que tal vez había sufrido un trauma en aquella edad y le aconsejé que consultara a su padre, que todavía vivía, para ver si él podía arrojar algo de luz sobre los sucesos de aquella época. Yo imaginaba que a Jim le habían dado el pecho hasta los seis meses y que después lo destetaron, lo que para él significó una abrumadora pérdida de su madre. Imaginé también que después de haber llorado con toda su alma inútilmente, había aspirado aire y había retenido su respiración para detener el llanto en interés de la supervivencia.

Jim quedó sorprendido e impresionado cuando preguntó a su padre acerca de su infancia y de los hechos que rodearon a su ataque de asma, y se enteró de que había sido amamantado durante seis meses y después destetado porque su madre sufrió una depresión. Su padre no recordaba la reacción de Jim ante el destete ni tenía conciencia de que hubiera alguna relación entre éste y el ataque de asma de Jim. No todos los bebés reaccionan violentamente al ser destetados. Algunos incluso abandonan el pecho voluntariamente por el biberón, en general porque no encuentran el hecho de mamar muy excitante ni satisfactorio. Jim, sin embargo, reaccionó ante la pérdida como si se acabara el mundo. No es infrecuente que el pecho adquiriera tal significación para un bebé. La pérdida del mismo se convierte entonces en un acontecimiento catastrófico ante el cual el bebé reacciona gritando y llorando. El esfuerzo para

restablecer esta conexión vital continúa hasta que el niño está exhausto y tiene que parar por falta de energía. En este punto los músculos torácicos están tan contraídos que el pecho queda encerrado en una posición hinchada.

Al ser un niño asmático, John no participó en actividades atléticas, lo que podía explicar la falta de desarrollo de sus piernas. Sin embargo, en mi opinión, los factores emocionales desempeñaron un papel más importante. Jim describió a su madre como una mujer enfermiza y con tendencia a la depresión, y declaró que cuando era niño sentía que tenía que cuidar de ella. La incapacidad de la madre para darle el sostén y la nutrición que necesitaba lo obligó a sostenerse con su voluntad, cosa que siguió haciendo durante toda su edad adulta. Si aflojaba, daría paso al sentimiento de abandono que, al parecer, con tanto esfuerzo había vencido de niño. ¿Podría sobrevivir a una nueva experiencia de la pena intolerable que sintió cuando era un bebé y perdió el pecho? Jim nunca se había hecho esta pregunta, pero su cuerpo indicaba claramente su sentimiento de que no podía correr el riesgo. Mas el hecho de aguantarse y contener su pena planteaba otro riesgo, a saber: la posibilidad de un ataque grave al corazón. Dos años más tarde, Jim sufrió, en efecto, un ataque al corazón tras la muerte de una hermana a la que tenía un profundo cariño.

¿Hay alguna relación entre el asma y la enfermedad del corazón? Esta relación vale la pena investigarla, sobre todo porque una función respiratoria alterada es común a todas las víctimas de ataques al corazón. Hace algún tiempo me consultó un hombre de cerca de cincuenta años que padecía un asma grave. Reconoció la importancia de los factores emocionales en su enfermedad y tenía la esperanza de que la terapia pudiera mejorar su estado. Los ejercicios de respiración que realizó durante la consulta parecieron hacerle sentir mucho mejor. Sin embargo, debido a unas vacacio-

nes pendientes, el inicio de su terapia tuvo que posponerse durante un mes. No acudió a la cita. Su esposa llamó para decir que había muerto de un ataque al corazón.

El destino intervino en la vida de Jim, como lo hace en la vida de todos nosotros, para bien o para mal. Quince años antes de que viniera a verme, sufrió otra gran pérdida con la muerte de la que fue su amada esposa durante veinte años. Jim quedó destrozado por este hecho y pasó por una agonía de la que creyó no poder sobrevivir. Permaneció solo en su habitación durante días, llorando desconsoladamente. La idea de que tenía que vivir por sus dos hijos lo sostuvo cuando sintió que no podría soportar más el dolor. Después, poco a poco, su dolor fue disminuyendo y él reanudó su vida normal. Se volvió a casar al cabo de unos años, pero su segunda esposa sufría una grave depresión y el matrimonio terminó en divorcio dos años más tarde. Cuando lo conocí estaba metido en otra relación insatisfactoria, como hemos visto.

Otro paciente mío, una mujer de cuarenta años llamada Marta, sufría depresiones. Su cuerpo, como el de Jim, revelaba algunas de las causas de su depresión. La mitad superior de su cuerpo se sostenía hacia arriba como por un esfuerzo consciente; tenía los hombros levantados y el pecho alto e hinchado. En cambio, su abdomen y su pelvis estaban encogidos y echados hacia adentro. Sus piernas eran rígidas y delgadas, con los músculos tan contraídos que las piernas tenían aspecto de palo. Parecía que tuvieran poca capacidad de sensación y que funcionaran como meros apoyos mecánicos. Esta falta de apoyo, que apuntaba a un profundo sentimiento de inseguridad, se podría explicar por el hecho de que ella, al igual que Jim, había sufrido un trauma en su primer período de vida. Este trauma fue una ruptura en la conexión amorosa con su madre, ocurrida, como veremos, cuando Marta tenía dos meses de edad. El efecto de esta ruptura fue socavar el sentimiento de que

su madre estaría presente para ayudarla en caso necesario. Esta inseguridad se transfirió a la madre tierra, dando lugar a la sensación de que ni siquiera el suelo estaría allí para sostenerla. No era extraño que sus piernas estuvieran poco desarrolladas. Marta tenía que sostenerse por los hombros porque no podía sentir el suelo con los pies.

Marta refirió lo siguiente: «Cuando tenía dos meses de edad, mi madre y mi abuela me mecían y me cuidaban hasta que me dormía. Entonces, un día, mi madre decidió que yo ya estaba bastante crecida y que sus mimos debían terminar. Cuando me puse a llorar me dejó sola para que llorase hasta cansarme. Estuve llorando durante horas. Mi abuela estaba como loca, pero mi madre se negaba a dejarla entrar en mi habitación para cogerme. Al final dejé de llorar, y mi madre dijo: “Veamos.” Abrieron la puerta y vieron que yo estaba amoratada. Había vomitado y me estaba ahogando con el vómito.»

Marta relató otros horrores similares de su infancia: historias que su madre contaba con orgullo.

Cuando el llanto es bastante intenso como para plantear la amenaza del asma o del ahogo, no es extraño que el niño los suprima, junto con el anhelo de alcanzar amor. La compresión de la garganta bloquea el impulso de llorar; el echar los hombros hacia atrás bloquea el impulso de alargar los brazos. Comprimiendo también la pared del pecho, uno impide eficazmente que cualquier sentimiento de dolor y tristeza llegue a la conciencia. Tanto Marta como Jim mostraban señales inequívocas de haber hecho exactamente esto, pero si bien Marta tenía una grave depresión, Jim no la tenía. El sostén que se proporcionaba a sí mismo era más eficaz que el de ella, pues, a pesar de sus hombros levantados, Marta no podía mantener el ánimo levantado, quizá porque su madre era cruel, mientras que la de Jim simplemente no estaba disponible.

La rigidez de la pared del pecho descrita anteriormente constituye lo que Reich denominó «blindaje». Como la armadura que llevaban los caballeros de antaño para proteger el corazón contra lanzas y flechas, su objeto es proteger al individuo contra el peligro de que la flecha del amor atraviese su corazón. El hecho de atravesar esta defensa liberaría sentimientos de angustia reprimidos durante mucho tiempo. La persona bien blindada teme inconscientemente encontrarse en la misma situación por la que pasó cuando era un bebé o un niño —incapaz de respirar a causa del dolor y la angustia—. El niño —y más tarde el adulto— siente pánico ante su incapacidad de obtener aire suficiente. Detrás del pánico está el miedo a morir por asfixia.

Así es la crisis que sufre el niño con la pérdida de su madre. Por lo general el bebé sobrevive a la pérdida, pero nada se ha resuelto. Aunque la crisis pueda pasar, el miedo al abandono, el sentimiento asociado de pánico y el dolor del anhelo insatisfecho persisten en el inconsciente —en muchos casos, no lejos de la superficie—. La supresión de estos sentimientos puede inspirar una sensación de seguridad, pero si se despierta el anhelo de amor, los sentimientos subyacentes de abandono y pánico se activarán. No es extraño que esta persona tenga miedo de abrir plenamente su corazón y de tender los brazos al amor.

Si el llanto es el principal mecanismo de desahogo de los sentimientos de angustia, no llorar es la principal defensa. La inhibición inconsciente de llorar se realiza sobre todo aguantando la respiración. Cuando una persona viene a buscar una terapia por algún desequilibrio emocional como la depresión o la ansiedad, es importante hacer que respire más profundamente. En tanto el paciente respira superficialmente, cualquier discusión de los problemas de la persona no va más allá de un ejercicio intelectual y no afecta a sentimientos más profundos. Una de las maneras de ayudar



a una persona a respirar más profundamente es hacer que se tienda sobre lo que he denominado el taburete bioenergético (figura 8). El estirón hacia atrás que el taburete facilita abre el pecho y estimula el proceso respiratorio.

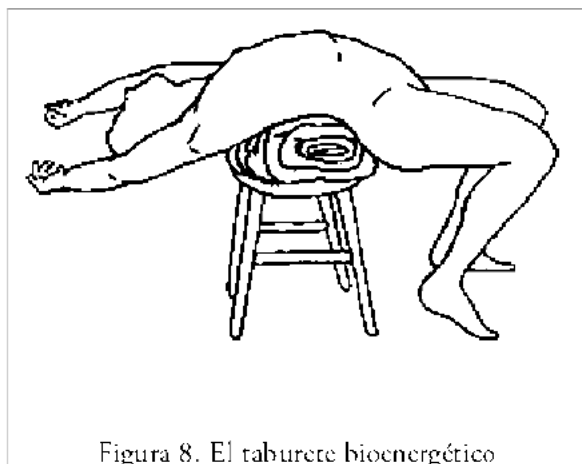


Figura 8. El taburete bioenergético

El caso siguiente ilustra el uso del taburete para hacer más profunda la respiración y, con ello, sacar a la luz los sentimientos asociados con la pérdida de amor. Una joven llamada Ruth, que acudió en busca de terapia porque se quejaba de sufrir depresiones y ansiedad, estaba tendida sobre el taburete con la instrucción de respirar con facilidad y libertad. Así lo hizo durante un par de minutos, y después gritó con voz jadeante: «¡No puedo respirar, no puedo respirar!» Con estas palabras, se levantó del taburete, cayó al suelo y rompió a llorar del modo más desesperado. Lo que ocurrió fue esto: la respiración más profunda había despertado su anhelo; conmovió su tristeza y abrió la compuerta de sus lágrimas. Sin embargo, cuando intentó bloquear este torrente de sentimiento ahogando sus sollozos, también ahogó la entrada de aire, lo que le provocó pánico.

co. Por suerte, el torrente de lágrimas era demasiado fuerte para resistirlo, y la joven se derrumbó y lloró profundamente, lo cual alivió el dolor y le permitió respirar de modo más pleno. La historia que Ruth contó después fue muy reveladora. Era la primogénita de dos mellizas; ella era la más fuerte de las dos. La madre las criaba a ambas, lo cual era una tarea difícil, ya que ambos bebés querían mamar al mismo tiempo. Ruth era más agresiva, lo que provocaba una reacción airada en su madre, que la consideraba un monstruo. Además, las dos niñas sostenían una intensa rivalidad de hermanas no sólo por el afecto de su madre, sino también, más adelante, por el de su padre. Ruth fue rechazada en ambas relaciones, lo que la hirió profundamente.

Hemos visto que la primera etapa de la vida, el estado de bebé, para muchas personas no es un período de satisfacción, sino de privación. Algunas experimentan una pérdida del amor que tiene efectos devastadores sobre la personalidad. En la mayoría de los casos, sin embargo, las experiencias de la primera infancia no impedirán que un niño se lance con toda inocencia en busca del amor que tan desesperadamente necesita. Durante el período edípico se dirigirá hacia el padre del sexo opuesto.

Durante la segunda etapa del crecimiento, la infancia, es cuando el niño adquiere una conciencia aguda de su sexualidad, gracias, en parte, a un incremento temporal de la producción de hormonas sexuales durante este período. Pero el niño pequeño que se acerca con sentimientos sexuales al progenitor del sexo opuesto está buscando una conexión amorosa, no genital. En esta actividad, como en tantas otras, el niño juega con la genitalidad.

Para comprender los problemas que surgen en la vida adulta es esencial entender la dinámica sutil de la relación entre padres e hijos durante el período edípico. He subrayado la necesidad de amor que tiene el niño, pero de importancia casi igual es su necesi-

dad de reconocimiento. Entre los tres y seis años el niño adquiere un sentimiento consciente de sí mismo. Hacia los seis años adquiere una identidad que tiende a perdurar, con pequeños cambios, a lo largo de toda su vida. Este proceso está relacionado con el crecimiento y el desarrollo del yo, que en gran parte se completa en sus aspectos esenciales durante este período. La identidad de una persona está íntimamente relacionada con su naturaleza sexual. Un niño sabe muy bien que es un niño o una niña y tiene una aguda conciencia de que su papel y su posición en la vida estarán determinados por su sexo. Ésta es la pauta del desarrollo normal, pero depende de si el niño es visto, reconocido y aceptado como una persona sexual por parte de ambos progenitores. Si lo es, la identidad del niño tendrá sólidas raíces en su sexualidad. En la edad adulta, la identidad de una persona se basa en lo que es y no en lo que hace.

Por desgracia, en muchas familias este reconocimiento respetuoso del niño como persona sexual está ausente. Con demasiada frecuencia, los niños y las niñas son humillados por cualquier manifestación o expresión abierta del sentimiento sexual. Al mismo tiempo, se les seduce disimuladamente para que manifiesten alguna expresión de sentimiento sexual por la que serán humillados. Los problemas edípicos no existirían, si los padres no utilizaran a sus hijos para sus necesidades y juego personales. Algunos buscan excitación sexual en sus hijos para compensar su propia falta de sentimiento; otros buscan proximidad e intimidad a causa de su soledad interior. Muchos padres quieren que sus hijos realicen sus sueños, que tengan éxito donde ellos han fracasado, o simplemente que mantengan la imagen que tienen de sí mismos como padres buenos y dignos. En todas estas maniobras la independencia y la individualidad del niño se trastocan.

Para utilizar a un niño de este modo, un padre tiene que hacerle

sentir culpable. Los padres tienen muchas maneras de inculcar el sentimiento de culpabilidad en un niño, pero todas ellas se filtran en la culpabilidad acerca de la sexualidad. La razón de ello es que la sexualidad está asociada con la libertad y la independencia. Si minamos la independencia, minamos la sexualidad, y viceversa. Pocas personas, en nuestra cultura, están libres de algún sentimiento de culpabilidad por su sexualidad, aunque este sentimiento sea inconsciente en la mayoría de los casos y se manifieste tan sólo en una incapacidad de abandonarse plenamente al sentimiento sexual.

También los padres se sienten culpables respecto a la sexualidad, sentimiento que niegan y racionalizan en forma de moralidad y respetabilidad. Pero una moralidad basada en el sentimiento de culpabilidad no es una moralidad auténtica. No todas las personas «respetables» se han mantenido dentro del recto y estrecho sendero de la virtud, y suavizan sus sentimientos de culpabilidad proyectándolos en su hijos. Otros sentimientos pueden influir también en la actitud de un padre hacia la sexualidad de un niño. La envidia y los celos pueden inclinar a un padre contra el placer inocente de un niño en su sexualidad. La actitud de algunos padres se podría expresar así: «A mí no me dejaron gozar de mi sexualidad; tú no puedes hacer lo que yo no pude.» Estaríamos ciegos si, como estudiosos de la naturaleza humana, no viéramos la hostilidad disimulada, y a veces abierta, que existe entre algunos padres y sus hijos. Muchas veces esta hostilidad puede remontarse hasta los sentimientos del padre acerca de su propia sexualidad —sentimientos que le fueron inculcados mucho tiempo antes por sus propios padres—.

¿Cómo afectan estas experiencias infantiles al individuo cuando éste se hace mayor y sale de su hogar para vivir en el mundo? La respuesta a esta pregunta se puede encontrar en el trabajo psicoanalítico con los pacientes. El análisis del origen del miedo de un

paciente al amor y a la proximidad, a la relación abierta y directa, siempre nos remite a los sucesos de la infancia. El análisis es necesario porque muy pocos pacientes recuerdan estos hechos lejanos. En realidad, la mayoría de las personas tienen pocos recuerdos de los primeros años de su vida, aun cuando estos sucesos, dado que fueron experimentados con mucha intensidad, deberían proporcionar los recuerdos más vivos. Esta amnesia respecto a las experiencias de los primeros años de la vida era bien conocida por Freud y los demás psicoanalistas de su tiempo. Si esta pérdida de la memoria fuera debida a un desarreglo fisiológico no sería posible recordar nada. Pero, mediante el análisis y el trabajo con el cuerpo, se pueden devolver a la conciencia muchos sucesos significativos.

En la amnesia psicogénica, como Arthur P. Noyes llama a este fenómeno, «la ausencia de memoria es un proceso activo, defensivo; el paciente se niega a recordar ... La conciencia es protegida de recuerdos desagradables o incómodos». Esta pérdida de memoria denota una negación inconsciente de la realidad. Esta conclusión viene apoyada por la observación de que muchos pacientes afirman que su infancia fue una época feliz hasta que el análisis revela que sus padres eran indiferentes, insensibles y a veces crueles. Han bloqueado sus primeros recuerdos, porque son demasiado dolorosos y demasiado aterradores para aceptarlos. Pero cuando la infancia está perdida para la conciencia madura, también lo está el amor abierto y de todo corazón del bebé y la inocencia del niño. En realidad, ni las etapas ni los recuerdos se han perdido; están secuestrados y encerrados.

La confusión de identidad que resulta cuando la sexualidad de una persona no es aceptada ni respetada aparece claramente en el caso siguiente. Jenny, una mujer muy brillante de treinta y pico de años, y ella misma terapeuta, me consultó porque le resultaba muy difícil relacionarse con la gente. Creía que las personas no eran

abiertas y directas con ella. Por otra parte, ella no podía mostrarse abierta y directa porque temía que cualquier autoafirmación, cualquier manifestación de sentimientos, provocara un ataque. Como autodefensa, adoptaba una actitud negativa —no los quiero ni los necesito— que no era sincera pero servía para protegerla de un temido rechazo o humillación. Estaba escindida entre su anhelo de reconocimiento y aceptación y su negación de estos sentimientos, lo que a veces la hacía enloquecer. Cuando lloraba en medio de un grupo era penoso verla, porque nadie podía establecer contacto con ella.

¿Quién era Jenny? Ella no lo sabía porque estaba muy confusa. No obstante, su cuerpo revelaba el origen de su confusión. Tenía la cabeza y la cara pequeñas, y un cuerpo grande y bien desarrollado. Su rostro estaba retorcido en una expresión de dolor, tristeza y amargura. No era un rostro atractivo. Lo sorprendente era lo atractivo de su cuerpo: grande, bien formado y femenino. Sus piernas eran fuertes y parecían poder sostenerla. Era una persona independiente, tanto económica como psicológicamente, pero no emocionalmente. Había zonas de tensión visible en su cuerpo, sobre todo alrededor de los hombros y el pecho y en la pelvis.

La falta de armonía entre la cabeza y el cuerpo de Jenny se pueden interpretar del modo siguiente: su cabeza y su cara representaban su yo, la parte de su cuerpo que ella presentaba al mundo. El pequeño tamaño de su cabeza y el aspecto torturado de su rostro significaban que su yo había recibido graves heridas y mucho daño. La plenitud, vitalidad y fuerza del resto de su cuerpo indicaban que de muy pequeña había estado bien cuidada. El daño a su yo y la destrucción de su sentido de sí misma debieron tener lugar en una edad posterior, probablemente durante el período edípico, cuando su yo estaba desarrollándose.

Jenny era la única niña de una familia de siete hijos. En tal si-

tuación uno podía imaginar que ella era el centro de atención de siete pares de ojos masculinos. El interés que los chicos sentían por ella como hembra podía haberla hecho sentirse admirada y deseable. Por desgracia, no fue de esta manera. Contó un incidente que me impresionó. Dijo que en una ocasión sus hermanos la rodearon y orinaron encima de ella. Creía que su madre sabía estas cosas, pero que no hacía ningún esfuerzo para ponerles fin ni para disciplinar a los chicos. Su padre no pasaba en la casa mucho tiempo y no le era de ninguna ayuda. Lo describió como un hombre pasivo, pero dijo que percibía en él sentimientos afectuosos hacia ella. Estos sentimientos afectuosos hacia ella y su aceptación de la niña como persona sexual hicieron que ella tuviera sentimientos sexuales positivos. No obstante, el interés sexual del padre por la niña despertó los celos de su madre. Por desgracia para Jenny, su padre no la protegió contra los celos de su madre.

Ésta, por otra parte, la aterrizzaba. Nunca podía hacer nada para complacer a su madre, que constantemente la criticaba y a menudo la abofeteaba. Cuando hablamos de su madre, Jenny se dio cuenta de que ésta tenía algo de loca. Describió un incidente reciente: ella, su madre, su hermano y la familia de éste viajaban en automóvil por Suiza. La madre hizo que el hijo detuviera el coche, tras lo cual se puso al volante y condujo por carreteras alpinas a tal velocidad que Jenny estaba segura de que iba a perder el control y se produciría un desastre. Sin embargo, esta madre consideraba a Jenny como si la loca fuera ella, y así la llamaba a veces.

No es extraño que la propia Jenny pensase que debía de estar loca. En cierto modo lo estaba, porque se encontraba confundida respecto a su realidad y a la realidad que la rodeaba. A un niño muy pequeño le resulta imposible ver y reconocer la locura en una madre, a menos que ésta sea hospitalizada o su locura sea reconocida por el resto de la familia. Un niño pequeño carga con la culpa

del comportamiento de su madre, ya que ésta es la base y la realidad de su ser, y cuestionar esta realidad parece loco. Cuando era niña Jenny también percibía que su feminidad provocaba excitación en sus hermanos; sin embargo, éstos la trataban con hostilidad y desprecio. Su comportamiento sólo se podía explicar en el supuesto de que estaban representando lo que percibían que era el sentimiento de la madre hacia la niña. Al mismo tiempo descargaban sobre Jenny la cólera que sentían contra su madre, a quien ellos también temían. Jenny era el chivo expiatorio.

Esta madre no podía aceptar la sexualidad de Jenny, porque no podía aceptar la suya propia. Si una madre considera su propia sexualidad como algo sucio o repugnante, también verá a su hija bajo esta luz. La mayoría de las madres proyectan inconscientemente sobre sus hijas los sentimientos que tienen de sí mismas.

En el transcurso de la terapia, Jenny expresó un odio contra su madre que la horrorizó. Una y otra vez gritó «te odio» con una vehemencia que revelaba una rabia asesina. Un sentimiento tan intenso puede hacer sentirse loca a una persona si no se entiende y se acepta. Para aceptar tal sentimiento hay que expresarlo, pero no representarlo, dado que pertenece al pasado. El lugar adecuado para esta expresión es una situación de terapia. Cuando Jenny expresó su odio hacia su madre en la terapia, se dio cuenta de que su madre la había odiado en el plano sexual, aunque había sido capaz de amarla y aceptarla como bebé no sexual.

Cuando la naturaleza sexual de Jenny se desarrolló y ella respondió inicialmente al interés de sus hermanos por ella, su madre empezó a considerarla mala. La escisión de la madre creó la escisión de la niña.

Jenny era una persona sexual, pero sólo desde los hombros hacia abajo. Dijo que le gustaban los hombres y que disfrutaba con el sexo, pero que le resultaba muy difícil establecer una relación.



Había en ella una grave escisión entre sus deseos sexuales, su miedo a abrir su corazón, y su pensamiento negativo. Cuando esta imagen apareció con claridad en el transcurso de la terapia, Jenny sintió la luz de la comprensión y el calor del reconocimiento y la aceptación. Dijo: «Creo que podría ser bonita. Me siento la cara más suave y menos tensa ahora.» Y añadió: «Me gustaría tener un hombre.» Curar la escisión de la personalidad de un paciente es la tarea principal de la terapia.

Hemos visto que, como resultado de las experiencias edípicas descritas anteriormente, la infancia queda como encerrada en una cápsula: es decir, expulsada, hasta cierto punto, de la conciencia. Otra forma de describir la situación es diciendo que la persona pierde contacto con el niño que fue. Al mismo tiempo, su corazón queda rodeado por un blindaje protector que, en efecto, lo encierra en una jaula (fig. 9). Deja de ser libre de responder al mundo exterior. El crecimiento proseguirá a lo largo de las siguientes tres etapas, pero la persona quedará separada de sus sentimientos primeros

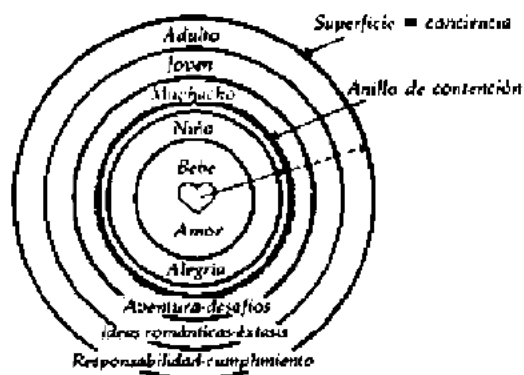


Figura 9. El aislamiento de las experiencias infantiles en la personalidad total. El impulso de comunicarse con amor desde el corazón es refrenado por el blindaje y sólo puede emerger de modo vacilante

y más profundos.

El efecto consiste en romper la unidad de la personalidad. En vez de ser un individuo integrado que es cariñoso, alegre, amante de la aventura, romántico y responsable, la persona tiene dos centros del ser antitéticos, cada uno con su modo de ser y actuar.

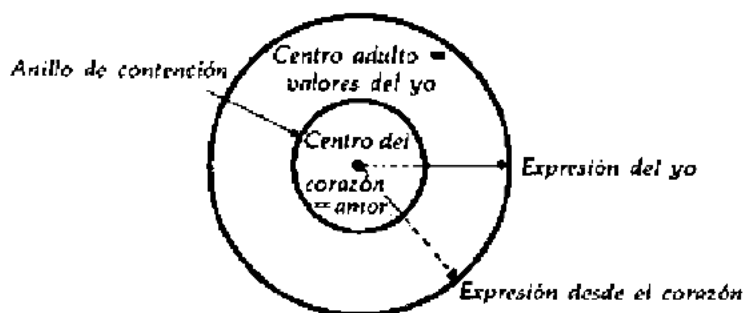


Figura 10. Escisión de la unidad en un centro del yo (adulto) y un centro del corazón (bebé—niño). Todos los impulsos de salir hacia afuera surgen del corazón. Cuando existe una escisión, si el sentimiento de amor es fuerte, el componente adulto (yo) es débil. Si el sentimiento del yo (adulto) es fuerte, el sentimiento de amor es débil.

La figura 10 ilustra esta idea. Uno de los centros está alrededor del corazón y sus sentimientos asociados: amor, espíritu juguetón, inocencia, alegría. Es el centro profundo de cada individuo. El segundo centro, dominado por el yo, está en la superficie, donde se establece el contacto con el mundo. Los sentimientos que le están asociados son el deseo de reconocimiento y *status*, el impulso de actuar y triunfar, y el deseo de autoexpresión. En una persona sana, los sentimientos del corazón y los impulsos del yo no están en con-

flicto. El impulso de actuar es la extensión madura del placer del juego en el niño, y el deseo de autoexpresión está en relación con la alegría del niño en el movimiento corporal y la actividad creativa. Esta personalidad integrada se representa en la figura 11.

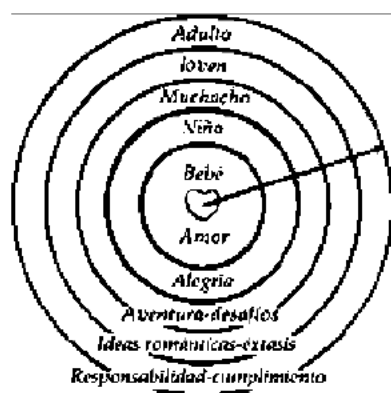


Figura 11. La personalidad unificada. Hay una comunicación libre y plena entre todos los aspectos de la personalidad

En el individuo escindido, el impulso hacia el amor posee una cualidad infantil que se manifiesta en el deseo de ser cuidado, de ser sostenido y protegido, de ser alimentado. El impulso emana de un vacío, no de la plenitud. No obstante, cuando el impulso de la persona surge de su segundo centro, el del yo, aquélla se presenta como alguien superindependiente, superagresivo y aparentemente con dominio de sí mismo. Esta actitud cubre y esconde al niño necesitado y vulnerable que lleva en su interior con la creación de una fachada que es su opuesto exacto.

El hecho de negar la propia vulnerabilidad no la elimina; simplemente la transfiere de la superficie al centro, del yo al corazón,

que se vuelve susceptible de sufrir un ataque. Clancy Sigal, un escritor de Hollywood, ha descrito cómo muchos hombres triunfadores se predisponen a sufrir un ataque cardíaco con esta negación. Sigal descubrió que, después de su ataque, se convirtió en miembro de un grupo de hombres que compartían un mismo defecto y una misma búsqueda de algo perdido. «El ataque al corazón puede convertirse en el primer paso hacia la recuperación de un sentido del juego, cuya pérdida condujo antes al ataque», escribió. «Cuando aquel paisaje especial de un corazón de niño se empañó, cuando me volví duro y “realista”, estoy seguro de que inicié el proceso que acabó llevándome a la unidad de cuidados intensivos».

## 4 La pérdida del amor y la pérdida de la esperanza: «No puedo vivir sin ti»

En el capítulo primero vimos los efectos positivos que tiene el amor sobre el corazón. El amor hace que el corazón lata más deprisa y con más fuerza, enviando más sangre a la superficie del cuerpo, dando brillo a los ojos y cargando las zonas erógenas. En el amor la persona se proyecta hacia afuera en busca de proximidad y contacto esperando encontrar placer. Si nada perturba la relación con el objeto del amor, este impulso es pleno y libre y la persona se siente ligera y alegre. Cuando se establece el contacto, nace un sentimiento de placer, de contento y de paz. La excitación remite, el corazón se aquieta, uno se siente lleno de una sensación de bienestar. Pero ¿qué ocurre cuando un movimiento para establecer contacto con otro encuentra el rechazo, cuando la persona amada no está a nuestro alcance o incluso la hemos perdido? En vez de placer, se siente dolor; en vez de plenitud, se siente un vacío; en vez de la paz y el contento que sigue al desahogo de la excitación, uno se siente tenso e inquieto.

Muchos de nosotros hemos experimentado en una u otra ocasión el dolor que acompaña a la pérdida del amor. Una joven cuya madre se estaba muriendo se puso la mano sobre el corazón y dijo: «Me duele mucho. Siento que se va a romper.» Este dolor es una sensación física real localizada en la zona del corazón. ¿Qué lo provoca?

Cuando una persona experimenta una pérdida del amor, la san-

gre que había sido enviada a la superficie del cuerpo con la esperanza de la proximidad (incluso la idea del contacto o la proximidad de la persona amada puede excitar el corazón y enviar sangre a la superficie) se retira súbitamente al interior, al propio corazón. Este queda congestionado, con más sangre de la que puede expeler con facilidad. Aumenta la presión, y el corazón se siente como si fuese a estallar. Al mismo tiempo, los músculos del pecho se contraen. En realidad, todo el cuerpo entra en un estado de contracción como reacción a la pérdida del amor. Esto es lo opuesto al estado de expansión que el amor produce.

En la mayoría de los casos, la persona estalla realmente —en sollozos o, a veces, en gritos—. Esta reacción ocurre a menudo cuando muere un ser querido. Los gritos y el llanto son tan intensos que la persona parece llorar como si su corazón se hubiera roto. Lo que se rompe es la rigidez que se produce a consecuencia de una pérdida. Se puede ver claramente este proceso de ruptura cuando un bebé empieza a llorar tras sufrir algún daño o desilusión. Su primera reacción es ponerse rígido. Un adulto puede mantener este estado, pero un bebé no. Unos momentos después del choque, la mandíbula del bebé empieza a temblar, lo que conduce inmediatamente al llanto. Llorar es, en un bebé, una reacción convulsiva que abarca el cuerpo entero y da lugar a fuertes sonidos de angustia al ser expelido el aire de los pulmones.

Llorar es la forma más básica de desahogo que tiene a su disposición el organismo humano para descargar la tensión que resulta del dolor. El llanto de un bebé es también una llamada de ayuda, una llamada a su madre y, por tanto, una reacción ante la pérdida de amor. El sollozo, o el llorar continuo, es privativo de la especie humana. El llanto de otros mamíferos toma la forma de sonidos únicos. La efusión de lágrimas es algo limitado también a los seres humanos. Estas reacciones especiales indican que las personas

pueden experimentar no sólo un mayor grado de pena que los demás mamíferos, sino también sentimientos de amor más intensos, en parte porque el cerebro humano está más capacitado para percibir estados sutiles de sentimiento y sensación, pero sobre todo porque el cuerpo humano es más excitable. Donde es más evidente la mayor excitabilidad del animal humano es en su sexualidad. Mientras que casi todos los mamíferos limitan su capacidad de respuesta sexual a períodos de celo específicos, la del animal humano adulto es en gran medida independiente del ciclo reproductivo. Al ser mayor la frecuencia del deseo sexual, también el deseo de proximidad e intimidad es más apremiante y produce intensos sentimientos de amor y, cuando se produce la pérdida, de aflicción.

Para enfrentarse con la pérdida, la naturaleza afortunadamente ha creado un potente mecanismo de desahogo en los sollozos. Aunque las lágrimas que corren por el rostro son también una expresión de tristeza, esta expresión no proporciona el alivio corporal que da el sollozar. El flujo de lágrimas sirve para aliviar la tensión de los ojos, lo que se ve claramente en el hecho de que los ojos de la mayoría de las personas están más blandos y brillantes después de haber llorado. Pero la rigidez del cuerpo, en especial el blindaje del pecho producido por el tormento de la pérdida de amor, sólo se puede aliviar sollozando.

En un bebé la tensión resultante de la experiencia del dolor es aguda y puede aliviarse rápidamente. Pero en muchos adultos la tensión es crónica y el alivio de esta tensión mediante el llanto no es fácil. Esto es especialmente cierto por lo que respecta a los hombres, a algunos de los cuales les resulta casi imposible llorar. Puede ser necesario un tratamiento considerablemente largo para ablandar a un individuo hasta el punto de que pueda reaccionar emocionalmente ante la pérdida de amor. Jack estuvo bajo tratamiento durante varios años antes de poder llorar. Tuvo un conflicto

con su novia, que le dijo que no estaba dispuesta a vivir con él, y su reacción, tal como él la describió, fue la siguiente: «Sentí que mi corazón se rompía. No dije nada. Me fui y aquella noche lloré profundamente. Me dolió el pecho toda la semana. Y yo sentía: ya está, se ha terminado. Era el mismo sentimiento que tuve cuando mi primera novia y yo rompimos. Aquella semana la pasé solo, pero también tenía el sentimiento muy fuerte de que quería a alguien con quien compartir mi vida y mi amor. Volvimos a vernos al final de la semana, y de nuevo me anunció su deseo de independencia. Mi dolor volvió a aparecer. Me había dolido el pecho durante toda la semana. Era doloroso. Me sentía agotado. Dije: “No puedo soportarlo” y me puse a llorar. Creo que lloré más profundamente de lo que recuerdo haber llorado nunca. Grité, grité y grité con ella delante, lo que creo que era importante. Mientras lloraba, sentí que se me rompía el corazón. Sentí realmente dolor en el corazón. ¡Quién lo hubiera creído! Cuando terminé, me sentía el pecho despejado. Ya no me dolía. Me sentía más libre y generoso con Helen. Antes siempre sentía que el dolor me era impuesto. Ahora lo sentía como *mi* angustia. Al confesarla, pude expulsarla. ¿Sabe? Trato de dárme las de valiente, pero veo lo muy vulnerable que soy al sentimiento de abandono por esta angustia que hay en mí. Soy vulnerable al rechazo sexual.»

El dolor de un corte en el dedo se limita estrictamente a la zona de la herida. Pero el dolor emocional, a diferencia de una herida puramente física, implica a todo el cuerpo. La gente habla de un peso en el pecho, de dificultades para respirar y de una sensación de constricción, además del dolor específico en el corazón. Pero no todo el mundo experimenta una pérdida de amor con la misma intensidad. Muchas personas se han creado unas defensas tan poderosas contra las lesiones y los dolores emocionales que la ruptura de una relación amorosa las deja frías, deprimidas o sin sentimien-



to. Estas son personas que no sienten tampoco la alegría de vivir.

La angustia que hacía vulnerable a Jack al rechazo tenía su origen en experiencias de la primera infancia. Después de otra crisis con su novia, el propio Jack estableció la relación con la pérdida del pecho de su madre: «Sentí de modo muy intenso la pérdida de contacto físico con mi novia, de tocarla y abrazarla, de la excitación del contacto erótico. El sentimiento de esta pérdida es un recuerdo físico: la pérdida de todo el contacto físico nutritivo, vivificante, reconfortante y satisfactorio con mi madre. Era un sentimiento de frialdad y vacío. Cuando mi llanto se hizo más profundo, empecé a jadear para tomar aire y pude percibir el pánico que este sentimiento de pérdida evocaba.»

Cuando tiene lugar en la infancia, la pérdida del amor deja al individuo con un persistente pánico subyacente. Pero, al igual que el dolor de la angustia se reprime, la sensación de pánico se suprime y sólo aflora a la conciencia cuando la persona trata de respirar profundamente y encuentra que no puede aspirar bastante aire. Esta reacción se produce siempre que una persona se siente atrapada en una situación que pone en peligro su vida. Hará todos los esfuerzos posibles para escapar, pero, si el pánico se apodera de ella, sus esfuerzos serán caóticos y, por tanto, inútiles. Cuando la gente se siente atrapada por un fuego, se lanza ciegamente hacia la salida más próxima y acaba bloqueándola, con lo cual el escape es imposible. A menudo hay otras vías de escape, pero el pánico imposibilita el ejercicio de cualquier juicio racional. Todos sabemos que el pensar con claridad es esencial en una situación de peligro, pero para ello es necesario que el cerebro reciba un suministro adecuado de oxígeno. Si se retiene la respiración, como ocurre en un estado de miedo, el suministro de oxígeno al cerebro disminuye de golpe y resulta imposible pensar con claridad.

Todo miedo afecta a la respiración. Nuestra reacción instintiva

es sorber nuestro aliento, encoger los hombros y abrir mucho los ojos. Esta reacción, conocida como la reacción de susto, se puede observar en los niños pequeños cuando les asusta un ruido fuerte o la amenaza de caer cuando les falta de golpe el apoyo. No todos los adultos sienten pánico en las mismas circunstancias. Cuanto más segura está una persona, más conserva una respiración relativamente libre y fluida, y menos propensa es al pánico. El sentido interno de seguridad proviene de las experiencias infantiles de sentirse amado y aceptado. En cambio, la persona que ha sufrido una falta de aceptación carece de este sentimiento de seguridad.

Una cuestión importante es la de saber por qué una pérdida de amor en la infancia hace que un individuo se sienta inseguro toda su vida, a pesar de que pueda tener una relación amorosa con su esposa o compañera. La respuesta es que la inseguridad está estructurada en su cuerpo en un nivel inconsciente. Aunque pueda tener cierta conciencia general de ser inseguro, no relaciona su inseguridad con su garganta apretada o su pecho hinchado. Ni siente realmente hasta qué punto se sostiene a sí mismo por los hombros en vez de dejar que lo aguanten las piernas y los pies.

Dado que nuestras piernas son nuestras raíces funcionales, que nos conectan con el suelo cuando estamos de pie o nos movemos, es fácil ver por qué a esta persona le falta el sentimiento de seguridad. Puede que sus piernas parezcan fuertes, pero, si están tensas y rígidas, la sensación en ellas disminuye, y le será difícil tener una sensación de soporte. Esta rigidez se ha de ver como una defensa contra el miedo de caer. Este miedo aparece cuando un niño pequeño siente que le falta soporte. Cuando es adulto todavía siente inconscientemente que, si se cayera, no sólo no habría nadie allí para ayudarlo a levantarse, sino que el propio suelo podría hundirse debajo de él.

Para un niño, su madre es la verdadera tierra. Si su apoyo es

insuficiente, en el niño crecerá el sentimiento de que no puede contar con nadie más que consigo mismo y que tiene que sostenerse a sí mismo mediante un esfuerzo consciente. Con el tiempo este esfuerzo se vuelve inconsciente. Mientras el niño —y posteriormente el adulto— se sostenga a sí mismo tensando los hombros y apretando las piernas, se sentirá inseguro en la vida.

Cualquier pérdida de amor o seguridad, cualquier situación de temor o de peligro, puede agravar esta inseguridad subyacente y evocar un intenso sentimiento de pánico. Muchas mujeres sufren agorafobia, miedo a estar solas en un lugar abierto. Agora es una palabra griega que significa plaza del mercado; detrás de esta reacción se encuentra el miedo de estar separado de la madre en un lugar atestado de gente. El hecho de que el salir de casa provoque la misma reacción en una mujer adulta está relacionado con un miedo inconsciente a la separación o el abandono. Este problema es difícil de tratar porque los agorafóbicos rara vez son conscientes de que el origen de su pánico está en experiencias infantiles con su madre.

La jaqueca es otro síntoma que se puede relacionar con la pérdida del amor y el miedo al abandono. Una de mis pacientes vino en busca de tratamiento precisamente porque sufría jaquecas tan intensas que a veces quedaba incapacitada. Mary era una joven atractiva de edad próxima a los treinta años, de trato alegre y animado y con una pronta sonrisa, excepto cuando su rostro se retorció a causa del dolor atroz de un ataque grave. El llanto profundo aliviaba el dolor de cabeza; si tenía lugar bastante pronto, a veces abortaba el ataque. Cuando lloraba, parte de la tensión parecía salir de su cuerpo, especialmente alrededor de los ojos y la cabeza. Los gritos eran aún ‘más eficaces para disminuir el dolor. Sin embargo, y a pesar de todo su dolor, a Mary no le resultaba fácil romper en lágrimas y sollozar. Formaba parte de la estructura de su personalidad el controlarse, el ser alegre y animada y el ser eficiente en el

mundo. Sin embargo, dado que su control se basaba en la negación, no sabía manejar sus sentimientos, especialmente los sexuales, cuando aparecían, y por esto se encontraba en un conflicto constante. Con frecuencia le venía un dolor de cabeza en el momento antes de acudir a una cita y tenía que cancelarla, aunque esto no hacía cesar el dolor. También se medicaba constantemente contra la jaqueca, pero sin grandes resultados. Con la terapia llegó a comprender los conflictos de su personalidad que creaban la tensión subyacente a sus dolores de cabeza.

Mary procedía de una familia católica irlandesa en la que el sexo y las cuestiones con él relacionadas se ocultaban y se consideraban pecaminosas. Tenía mucho cariño a su padre, cuya muerte, ocurrida cuando ella tenía diez años, le produjo una gran conmoción. Sin embargo, no lloró. Como su padre murió en un hospital, su madre, tratando de evitarle el disgusto, no le comunicó el hecho inmediatamente, y Mary aprovechó este retraso para negar que su padre se hubiera ido sin remedio. Imaginó, en cambio, que estaba en el cielo mirándola todo el tiempo, y ella creía que, si era buena (lo que significaba no tener nada que ver con el sexo), él de un modo u otro volvería junto a ella. De adulta, Mary ya no creía que volvería, pero en el transcurso de la terapia se hizo evidente que, en un nivel inconsciente, no había aceptado del todo el hecho de la muerte de su padre. El resultado de todo ello era su incapacidad de reaccionar emocionalmente. ¿Por qué?

Mary veía en su padre un protector contra su madre, a quien consideraba una persona hostil y competidora por el afecto de aquél. La pérdida de su padre la dejó en un intolerable estado de vulnerabilidad e indefensión. Para compensar esta situación, lo imaginaba en el cielo, donde aún podía verlo como su protector. En realidad, el dolor de su pérdida fue demasiado grande para que ella pudiera soportarlo y, por tanto, reconocerlo. Como dijo Mary algún

tiempo después: «No podía soportarlo. Me habría muerto si hubiese admitido que él estaba muerto.» El que Mary se hubiera muerto o no, no hace al caso; simplemente no podía actuar contra un sentimiento tan intenso.

La negación de la muerte de su padre transfirió el dolor a su cabeza. El mecanismo de esta transferencia se apoyaba en los intentos de Mary de negar y controlar su sexualidad. En su mente inconsciente, Mary responsabilizaba de la pérdida de su padre a sus sentimientos sexuales hacia él. Era una niña mala, y la pérdida del padre fue su castigo. Si ella no tuviera sentimientos sexuales todavía podría estar cerca de su padre y así ahorrarse la angustia de su pérdida. Este control del sentimiento sexual se llevó a cabo desviando la sangre de los genitales a la cabeza, lo que derivó en la congestión y pulsación de las arterias del cerebro. Esta visión de la psicopatología de la jaqueca se vio confirmada por la fuerte reducción en frecuencia e intensidad que experimentaron los dolores de cabeza de Mary cuando, en la terapia, penetramos en su sentimiento de culpabilidad sexual y en la negación de su pérdida<sup>22i</sup>. Pero Mary sólo era capaz de aceptar su pérdida si podía desahogar su dolor llorando profundamente la muerte de su padre con sollozos y llanto.

Nunca insistiremos bastante en la importancia del llanto para desahogar la tensión y aliviar el dolor de la angustia. La pérdida de una persona amada hay que llorarla si uno quiere reanudar la vida normal después de la pérdida. Desde Freud, los psicólogos saben que dejar de llorar una pérdida importante dispone al individuo a la depresión y la melancolía<sup>^</sup>. Todas las reacciones depresivas tienen sus raíces en una pérdida de amor que no ha sido adecuadamente llorada. La depresión crea posteriormente la ilusión de que el amor perdido puede volver a obtenerse mediante un «buen» comportamiento.

La negación de la muerte de un progenitor amado no es muy habitual, ya que introduce un elemento de irrealidad en la vida del niño que perturba su relación con las demás personas. Ocurre cuando el apego a este progenitor es tan fuerte que la pérdida no puede aceptarse. Por otra parte, la negación de la pérdida del amor es bastante frecuente. Pocas personas están dispuestas a reconocer que de pequeñas no fueron amadas. Incluso los pacientes sometidos a terapia tienen dificultades considerables para aceptar esta posibilidad. En general, sólo después de haber experimentado el dolor de su angustia están dispuestos a reconocer que uno de los padres, o los dos, fueron considerablemente hostiles hacia ellos. Si describen actos de insensibilidad o dureza por parte de uno de los padres, justifican esta conducta dándose la culpa a sí mismos, o la excusan compadeciéndose del dolor y el sufrimiento de dicho padre. A menudo, cuanto más maltratado ha sido un niño, menos capacidad o disponibilidad tiene para ver estos malos tratos como una expresión de aversión. Para un niño, aceptar el hecho de la aversión paterna es cuestionar el orden natural. Y, sin embargo, la realidad, como la vemos los adultos, es que los padres son ambivalentes con respecto a sus hijos. Por una parte, desean lo mejor para ellos; por otra, sin embargo, toman a mal sus exigencias. También tienen envidia del niño, que parece tener más que ellos cuando eran pequeños.

Esta ambivalencia se ve en el grado en que el amor paterno está condicionado a los logros y realizaciones del niño. En nuestra cultura, en la que el éxito se ha convertido en la «virtud» más importante, muchos padres ven las realizaciones de sus hijos como una señal de su propia superioridad. Con demasiada frecuencia su yo está implicado en el prestigio y las realizaciones de sus hijos dentro y fuera de la escuela. Pero un amor condicionado a las realizaciones no es amor en absoluto. El verdadero amor rodea a una

persona de calor y afecto por lo que es y no por lo que hace. «Mamá te querrá si te acabas la sopa» no es una afirmación de amor, sino de rechazo. Lo mismo vale para frases como «eres tan sucio ... ¿cómo puede quererte alguien?» El niño cuando nace es un pequeño animal, y, si el amor de su madre está condicionado a que aprenda a vivir civilizadamente, su naturaleza básica es rechazada. Todos los niños tienen que adaptarse a la vida en sociedad, pero este proceso no requiere amenazas ni castigos. Así como los niños aprenden a hablar espontáneamente y de forma natural, también aprenden con el tiempo a ser bien educados y corteses. Aunque es cierto que no siempre están quietos y tranquilos, cosa que irrita a los padres incapaces de soportar la vivacidad de sus hijos.

Los psicólogos son conscientes de que los niños de hoy están sometidos a una enorme presión para que crezcan deprisa, hecho que atribuyen a la naturaleza competitiva de nuestra cultura. Pero otra razón para presionar a los niños para que se hagan mayores es la de liberar a los padres agobiados del peso de tener que dedicar su tiempo y energía a las necesidades de aquéllos. ¿Cuántas madres encuentran satisfacción criando a sus bebés? ¿Cuántos padres tienen el tiempo, la paciencia y la energía de mecer a un bebé para que se duerma? La angustia inicial sobreviene cuando el bebé percibe que sus deseos y necesidades son secundarios y que por mucho que llore no obtendrá la atención y el cuidado que quiere.

Los niños aprenden pronto que apoyando emocionalmente a sus padres obtienen cierto grado de aprobación y de afecto. «Tuve que ser una madre para mi madre» es una observación que se oye a menudo en la terapia. Los niños son sensibles al sufrimiento de sus padres y hacen todo lo posible para aliviarlo. Como dijo un paciente, «no podía llorar porque no podía agobiar a mi madre con mi tristeza; ella ya tenía bastante con la suya». El niño reprime sus deseos y trata de ser la clase de persona que puede hacer feliz al

padre. Primero, esto significa ser bueno y obediente, actitud que se refuerza en la escuela. No es difícil ver la progresión que va de complacer a los padres hasta obtener buenos resultados en la escuela y después triunfar en la propia carrera. Este compromiso de complacer a los demás puede no tener otra base que la esperanza y la creencia de que ello procurará amor a la persona y le hará superar la angustia que experimentó en los primeros años de su vida.

Sin embargo, este comportamiento, al igual que no funcionó para el niño, tampoco funciona para el adulto. Por supuesto, el adulto no es consciente de que con sus acciones trata de recibir amor, dado que ha suprimido su anhelo de amor. Pero este anhelo emerge de vez en cuando, junto con el sentimiento de estar atrapado en una situación sin salida. Ambos sentimientos, anhelo y desesperanza, amenazan con minar la defensa de la persona contra el sentimiento de angustia y abren la puerta a un torrente de tristeza en el cual teme ahogarse. No obstante, el impulso de salir y buscar el amor, por muy doloroso que sea, brotará inevitablemente, y con él un sentimiento de pánico ante la perspectiva de ser abandonado de nuevo. (La relación entre el ataque cardíaco y la irrupción del pánico se investigará en un capítulo posterior.)

La ambivalencia de los padres hacia sus hijos no sólo se manifiesta en una actitud de tibieza o en una falta de crianza suficiente. Hay padres que sienten abierta hostilidad hacia su progenie. El efecto de esta aversión en un niño es diferente del efecto del narcisismo paterno, como se ha descrito anteriormente. Una cosa es sentir pánico ante la perspectiva del abandono y otra muy distinta es estar aterrorizado por la hostilidad de un padre. Los malos tratos a los niños —fenómeno bien conocido hoy en día— puede incluir golpes físicos que llegan hasta poner en peligro, o incluso destruir, la vida de un niño, o bien puede significar un tipo de guerra más psicológico. Recuerdo una cena con una familia en la que la madre



prohibió a su hijo que tocara su plato favorito de carne hasta que se hubiera comido toda la verdura que tenía en el plato. El niño, que por alguna razón tenía aversión a la verdura, se esforzó en cumplir la severa orden de su madre, pero fue incapaz de comer nada. Sentí compasión por el muchacho e intercedí por él ante su madre. No olvidaré la mirada de odio que me dirigió por mi, al parecer, injustificada injerencia. El niño acabó teniendo graves problemas emocionales.

En otra ocasión me consultó una madre acompañada de su hija, que también tenía problemas graves. Mientras la muchacha hablaba conmigo, miré por casualidad a la madre y la descubrí mirando a su hija con ojos severos y llenos de odio. Sin embargo, al hablar, negó todo sentimiento hostil hacia la niña. Evidentemente no tenía conciencia de sus sentimientos interiores, pero estoy seguro de que la hija había visto su mirada ceñuda muchas veces y le había infundido terror.

El terror es un tipo de miedo distinto del pánico. Cuando un predador amenaza a un rebaño de animales, éstos huyen en desorden y corren frenéticamente para escapar. Pero una vez que el predador captura a su presa, el animal generalmente está tan aterrorizado que no puede hacer un esfuerzo consciente para escapar. El terror no sólo paraliza al animal, sino que lo insensibiliza, con lo que disminuye el dolor de su agonía.

Los niños que están aterrorizados por sus padres pierden la capacidad de defenderse y sólo pueden someterse, impotentes, a la situación. Dejan de sentir nada porque cesa todo movimiento espontáneo de acercarse o alejarse del padre. Un niño así puede apearse como un esclavo al padre odioso, pero este apego tiene su origen en el miedo, no en el amor. El efecto del terror en el cuerpo también es diferente del efecto del pánico. En vez de rigidez, hay una tendencia hacia la flaccidez; en vez de un pecho hinchado, en-

contramos un pecho deprimido; y en vez de la agresividad asociada con el comportamiento del tipo A, encontramos mucha pasividad en la personalidad. Una vez dicho esto, advertiría al lector contra el hecho de clasificar a los individuos en tipos, dado que pocas personas crecen experimentando terror o pánico exclusivamente. En una ocasión, un niño puede sentir pánico si sus lloros no consiguen atraer a su madre; en otra, puede sentir terror si su llanto provoca una reacción hostil de su padre. El comportamiento de los padres rara vez es constante, ya que varía según el humor del progenitor. Hasta el padre más lleno de odio tiene sentimientos positivos de vez en cuando.

Es raro que la conexión amorosa entre un padre y un hijo se rompa completamente. Pueden ocurrir rupturas grandes y pequeñas de duración diversa. Cada ruptura puede ocasionar cierta angustia al niño, pero la intensidad de esta angustia variará de una familia a otra y de un niño a otro en la misma familia. De modo similar, un niño no encontrará una cantidad fija de hostilidad u odio en un padre. Por lo general, la hostilidad estalla de vez en cuando. No obstante, en otros casos el niño puede tener conciencia de una hostilidad persistente que rara vez cesa.

Dado que la mayoría de las personas tienen mala memoria para el dolor que experimentaron de niños, es raro el paciente que puede describir su infancia con detalle. En la mayoría de los casos, los pacientes niegan los aspectos negativos de la infancia, pero de todos modos las experiencias de la infancia están estructuradas en el cuerpo. El pecho hinchado y blindado es una defensa contra el pánico presente y la angustia pasada. El grado de rigidez revela la gravedad del trauma infantil. El pecho deshinchado o hundido denota el efecto del terror en el corazón, un golpe aplastante contra el cual no hay defensa posible. En tales casos el cuerpo muestra una ausencia de rigidez.

Vimos en el capítulo tercero que la pérdida del amor escinde la unidad de la personalidad creando dos centros, el centro del yo y el centro del corazón. Este último está separado del sentimiento consciente de sí mismo. Durante el proceso, el yo se debilita, pero sigue siendo lo bastante fuerte como para mantener un sentimiento de sí coherente a pesar de la existencia de graves conflictos internos. Un individuo así está decidido a evitar la posibilidad de la angustia obteniendo amor mediante el servicio, el trabajo duro y las realizaciones, o mediante el atractivo del poder y el éxito. La rigidez global de su cuerpo sirve para crear una unidad superficial en su personalidad. Esta unidad no se da en el individuo esquizoide, que ha sido aplastado. Durante el proceso se ha roto su espíritu, pero no su corazón, por lo que es menos vulnerable a las dolencias cardíacas que el individuo rígido. Su corazón también está más abierto al amor, pero el amor que busca tiende a ser infantil o pueril. Al mismo tiempo, no se concentra tanto en el éxito.

Las figuras *12a* y *12b* son útiles para ilustrar las diferentes dinámicas de estas estructuras de la personalidad. La figura *12a* representa la estructura rígida (personalidad narcisista), que está asociada al pánico subyacente. Como demuestra el diagrama, el centro del yo (zona oscura) domina la personalidad, mientras que el centro del corazón está encerrado y aislado. La línea doble que rodea el conjunto indica que los límites de la personalidad están bien definidos y defendidos. En la superficie del cuerpo hay una carga relativamente intensa que asegura un contacto bueno y estable con el mundo externo. Por otra parte, el contacto con el corazón y sus sentimientos se reduce.

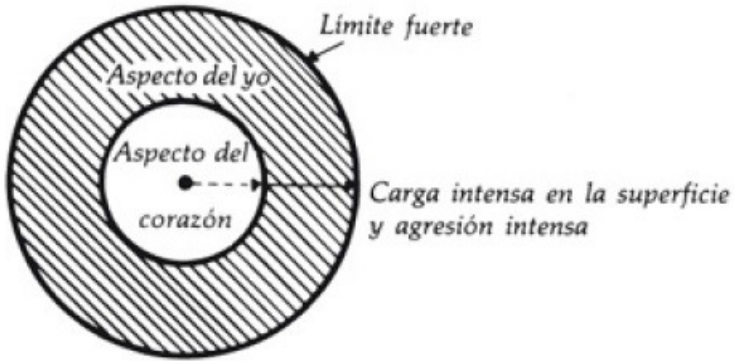


Figura 12a. La personalidad rígida o narcisista

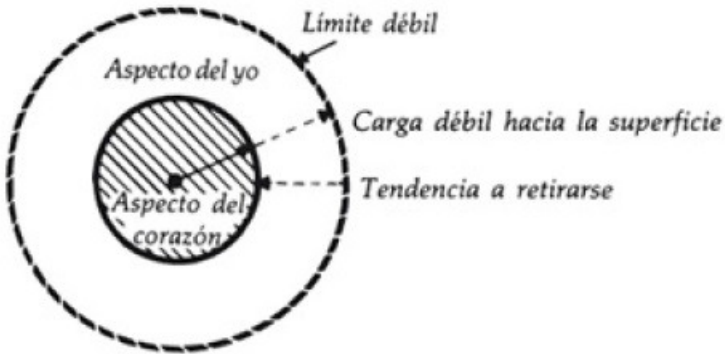


Figura 12b. La personalidad oral o esquizoide

La figura 12b representa la estructura de la personalidad oral o esquizoide, que está asociada al terror subyacente. En esta estructura

se da la condición contraria, a saber: un yo débil con intensos sentimientos del corazón. El centro oscuro denota el dominio del corazón. A causa de una carga de superficie reducida, el límite del yo de la estructura esquizoide es débil y sin defensas, con el resultado de que la persona es hipersensible, fácilmente lastimable y más propensa a la huida que a la lucha en respuesta a las ofensas o traumas.

Tony era una persona que mostraba rasgos de ambas condiciones, aunque dominaba el pánico inconsciente. Su queja — depresión y falta de sentimiento— es muy común hoy en día. Según Tony, la vida no le ofrecía ningún estímulo; reconoció que era capaz de pasarse todo el día en la cama mirando la televisión. La ejecución de casi todos los movimientos necesitaba en él alguna intervención de la voluntad, ya que había inmovilizado su cuerpo hasta tal punto que no podía producirse ningún movimiento o emoción espontáneo. Estaba bien formado y era musculoso, pero un grado inusual de tensión de sus músculos voluntarios había dado rigidez a su cuerpo. Como sus hombros estaban encogidos y rígidos, tenía mucha dificultad para extender los brazos sobre la cabeza. Su pecho estaba extremadamente hinchado; en consecuencia, su respiración era muy limitada. Por supuesto, era incapaz de llorar, aunque la expresión de su rostro cuando se relajaba era triste y desgraciada.

Tony era hijo único. Casi no tenía recuerdos de su infancia y podía recordar muy pocos casos en los que sus padres hubieran expresado algún afecto hacia él. Como su madre solía jugar a cartas todos los días con sus amigas, cuando él llegaba a casa de la escuela nunca había nadie para recibirlo. Su padre lo había llevado en ocasiones a ver algún partido de béisbol, pero también le pegaba siempre que desobedecía o se portaba mal. Tony no podía recordar las palizas con mucho detalle, salvo el hecho de que solía escon-

derse de su padre debajo de la cama y que se ponía libros dentro de los pantalones para que los azotes dolieran menos. Mencionó a menudo el tamaño de las manos de su padre, como para decir que lo habían atemorizado, pero no expresó ningún miedo ni ningún otro sentimiento durante sus explicaciones. Fue un niño solitario, casi sin amigos ni compañeros. Cuando era adolescente robaba dinero de su padre para salir con sus amigos, a fin de no estar tan solo.

Era posible detectar señales de la relación de Tony con sus padres en su cuerpo. Como reacción a la hostilidad de su padre se había vuelto rígido, como para decir: «No me romperás. No lloraré por mucho que me pegues.» Y no lloraba cuando su padre le pegaba. En respuesta a la indiferencia y la ausencia de su madre, había endurecido su corazón como para decir: «No te necesito. No necesito a nadie. No me importa si nadie me ama.» Pero Tony no era duro de corazón. En realidad, era muy bondadoso y era sensible al dolor y al sufrimiento de sus hijos y de sus amigos, pues él también había sufrido mucho. La dureza estaba en la superficie, un blindaje para protegerse a sí mismo de la frialdad y hostilidad del mundo y del sufrimiento interior. Pero también estaba insensibilizado y paralizado por el terror que sintió por su padre, lo cual aumentaba su dificultad para abrirse y buscar el amor.

Cuando Tony hizo un ejercicio de respiración profunda no rompió a llorar, como habían hecho otros. Ni sintió pánico, ni mucho dolor. Se sentía incómodo y los hombros le dolían bastante como para no poder seguir mucho tiempo con el ejercicio. Por consiguiente, su respiración no se hizo mucho más profunda y no apareció ninguna emoción. Era evidente que Tony tenía miedo de soltarse. Por fortuna, era consciente de que estaba demasiado tenso, como se manifestaba especialmente en los espasmos de sus músculos, y reconocía que esto era una forma de resistencia. Una parte de

él estaba decidida a no dejar que se rompiera su resistencia en la terapia, al igual que no lo hacía cuando era niño y su padre le pegaba. El saberlo hizo posible que siguiera con el tratamiento, a pesar de que los progresos eran muy lentos. El proceso de ayudar a llorar a Tony fue largo, pero la alternativa era la muerte en vida de la ausencia de sentimiento. Esto último era tan angustiioso que en varias ocasiones Tony exclamó: «¡Ojalá estuviera muerto!»

La rigidez y la tensión del pecho de Tony lo señalaban como candidato a un ataque al corazón. Estaba sometido a un enorme estrés físico, originado en la tensión de los músculos de su cuerpo. Si el estrés fuera el único factor determinante de un ataque cardíaco, Tony habría tenido pocas posibilidades de evitarlo, pero tenía una manera de minimizar el estrés que lo había salvado hasta aquel momento. No se obligaba a sí mismo ni se forzaba. Como él dijo, podía pasarse todo el día en la cama. Su desesperanza subyacente le impedía tratar de buscar el triunfo y de obtener el amor. A pesar de su indiferencia hacia el éxito, había montado un negocio muy próspero, gracias a su inteligencia agudísima y a su habilidad para hacer que los demás trabajaran para él. La rigidez e insensibilidad extremas de su cuerpo le dejaban la mente libre de funcionar objetivamente en el mundo. Incapaz de sentir y de actuar, Tony recurría al pensamiento. Vivía en su cabeza, haciendo un crucigrama todos los días. Por suerte, era lo bastante inteligente como para saber que necesitaba cambiar y que esto sólo podía conseguirlo haciendo que su cuerpo tuviera más vida. Lo logró con la ayuda del trabajo corporal que es parte de la terapia bioenergética.

Después de varios años de terapia, Tony tuvo un sueño breve y fuera de lo corriente. «Soñé que iba a morir de cáncer al cabo de una semana», explicó. «Con mucha calma hice planes para disponer de mis bienes.» Una semana después de este sueño Tony se enamoró. La conexión está clara para mí. Tony había expresado

varias veces el deseo de morir, pero nunca lo había aceptado. Era un superviviente y no necesitaba amor ni a nadie. Creía que su supervivencia dependía de la negación de sus sentimientos, pero gracias al sueño se dio cuenta de que la negación era el camino que llevaba a la muerte. Vivir es amar. Negar el deseo de amor es una muerte en vida que terminará inevitablemente en una enfermedad mortal. En el sueño, Tony reconoció que moriría si no se abría al amor.

¿Era Tony excepcional en su identificación de la supervivencia con el hecho de no amar, de ser indiferente? La suya era una actitud extrema, pero el miedo al amor está muy extendido, a pesar de que muy pocos negarían su importancia. Dado que este miedo está en la raíz de la predisposición a las dolencias cardíacas, lo examinaremos con cierto detalle en el capítulo siguiente.



He descrito la escisión de la personalidad entre el niño y el adulto, entre los sentimientos del corazón y los impulsos del yo. Esta escisión caracteriza al individuo rígido, que se identifica ante todo con el yo y con la persona adulta que ha llegado a ser. Como hemos visto, la rigidez es una defensa contra el dolor de la angustia de los primeros años de la vida y contra la posibilidad de que el corazón pueda romperse otra vez. Asociado con ella, existe un miedo inconsciente al abandono, lo que equivale a tener miedo al amor. Si no amamos, no nos arriesgamos a perder el amor y no podemos ser abandonados. Pero quedamos atrapados detrás de nuestras defensas, que con su propia existencia aseguran que nuestros peores temores estén justificados.

La defensa del individuo rígido está incrustada en la estructura de su yo. Abandonarla implica una regresión del adulto al niño y una aparente pérdida de la autoestima que tanto trabajo le ha costado conseguir. Una paciente mía describió este dilema de una manera muy clara. Era una mujer divorciada de treinta años que había estado manteniendo una relación insatisfactoria con un hombre durante dos años. Todo este tiempo se había quejado de la falta de interés serio del hombre por ella. Un día, contó, él declaró que estaba dispuesto a tomar un compromiso serio. «Había cesado de quejarme y sentía cierto amor por él cuando dijo que quería más, que quería estar más cerca», dijo. «Me asusté y empecé a sollozar. Si me dejaba ir, me haría daño. Si él me dejaba, quedaría destrozada. Si no me dejaba, me mezclaría con él y perdería mi identidad.

No sería nadie.»

¿Cómo podía sentir que no era nadie si se entregaba al amor? Todas nuestras canciones y poemas nos dicen que abandonarnos al amor, más que rebajarnos, nos ennoblece. Sólo podemos entender esta aparente contradicción si nos damos cuenta de que, si bien el sentimiento de estar enamorado es un estado positivo y excitante, la perspectiva de enamorarse puede atemorizar a algunas personas porque implica un abandono del control del yo. En la medida en que el sentimiento de sí misma de esta paciente dependía de su yo, se sentiría como si no fuese nadie si abandonaba esta actitud. Por otra parte, si su sentimiento de sí se hubiera basado en las sensaciones de su cuerpo, el abandono del control del yo habría intensificado su sentimiento de sí misma, y ella habría sentido que era verdaderamente alguien. Los individuos que han cortado el sentimiento corporal como defensa contra el dolor de la angustia basan su identidad en su capacidad de controlar el sentimiento. Este control les da una sensación de poder que suple al verdadero sentimiento de sí. El poder crea la ilusión de que son alguien. Es, como veremos en este capítulo, el recurso de las personas que tienen miedo al amor.

La idea de que el amor trae consigo una fusión de dos personas sólo vale para la relación simbiótica de un bebé con su madre. A medida que el niño crece y se hace más independiente, la relación cambia. La independencia significa que el niño es alguien por derecho propio. Si bien la independencia plena no queda establecida hasta la madurez, el sentimiento de ser alguien por parte del niño empieza muy pronto y ya está bastante bien establecido hacia los seis años de edad. El proceso depende, sin embargo, de la crianza, el apoyo y el amor de los padres del niño. Una falta o una pérdida de amor perjudica o incluso bloquea al niño. En esta situación, el desarrollo normal no se produce y el niño permanece fijado emo-

cionalmente en un nivel anterior a pesar de que continúa creciendo y con el tiempo llega a la madurez sexual. En un nivel profundo — esto es, en su corazón— esta persona sigue siendo un niño que no se ha separado completamente de su madre para convertirse en alguien viable. En la superficie, parece ser madura e independiente, pero estas características no tienen una base en una plenitud del ser ni raíces en la seguridad del amor. El abandono de esta actitud amenaza con retornar a este individuo al estado emocional de la infancia, perspectiva verdaderamente aterradora para alguien que ha crecido sintiéndose desamparado, dependiente y carente de un sentimiento seguro de sí mismo.

Dado que necesita el amor pero tiene miedo de abrirse plenamente a él, esta persona establece arreglos con sus parejas en los cuales ambos se utilizan mutuamente. Puede muy bien ser que sientan cierto afecto el uno por el otro, pero el arreglo sirve fundamentalmente para enmascarar el miedo a entregarse. Estos arreglos no son conscientes; reproducen el arreglo que una persona tenía con su madre o su padre. Mientras funciona, aquieta el temor al abandono, pero no satisface profundamente porque no puede suplir el amor.

Sólo necesitamos rascar un poco en la superficie de la mayoría de las relaciones para encontrar el arreglo que hay debajo. La mayoría de veces es algo así: si tú me ayudas en mis necesidades, yo te ayudaré en las tuyas. Un paciente expresó sucintamente esta idea al decir de su matrimonio: «Yo hago el papel de padre de su niña, y ella hace el papel de madre de mi niño.» Un arreglo así puede parecer válido, pero de hecho este paciente albergaba una tremenda hostilidad contra su madre por hacerle seguir siendo un niño, hostilidad que transfirió a su esposa. No había reconocido que su matrimonio se sostenía por un arreglo hasta que aquél se descosió. Le ofendía ser tratado como un niño por una mujer que era emocio-

nalmente inmadura. Sin embargo, no podía dejar a su mujer, porque el saber que ella lo necesitaba le daba cierta sensación de seguridad. En general, la gente protege sus relaciones de esta manera por miedo al abandono. Sólo encarándose con el pánico subyacente es posible hacer frente al problema.

Paul, un médico de cuarenta años, lo descubrió durante una sesión terapéutica. «Hay tensión en mi pecho», me dijo. «Hay algo ahí dentro que quiere salir.» De pronto se le ocurrió que ese sentimiento que había en su pecho era de tristeza. «Tengo miedo de mi tristeza», reconoció. «Me doy cuenta de lo solo que he estado. No me atrevo a abrir mi corazón.» Cuando el sentimiento de tristeza se hizo más profundo, exclamó: «¿Cómo pudiste hacerme esto? Me rompes el corazón.» Paul hablaba en presente porque estaba reviviendo la experiencia de angustia. Mientras hablábamos del sentimiento de su pecho, observó: «No hay nada aquí dentro, ningún sentimiento. Parece vacío. No me siento el corazón.» Interpreté esta afirmación en el sentido de que no sentía amor en su corazón. Para alcanzar el amor que había bloqueado en una edad temprana para protegerse, Paul tenía que regresar a la fase de la primera infancia. Tendido en el diván, echó suavemente los labios hacia fuera como un niño que quisiera mamar. Al hacerlo sintió el anhelo por su madre, a la que había reprimido, y empezó a llorar. «Te quiero», dijo, y añadió: «Estoy asustado.»

La infancia de Paul es similar a la de otros casos que he expuesto. Cuando murió su padre, Paul se convirtió en el hombrecito de la casa. Su madre era seductora con él y lo invitaba a tener una relación íntima, pero cuando él expresaba algún interés sexual por ella, lo humillaba y lo controlaba. Esta relación estaba pervertida, porque Paul siempre tenía que anteponer los deseos y necesidades de su madre a los suyos. Impulsado por un sentimiento de culpabilidad por sus sentimientos sexuales y por el miedo de ser abando-

nado, prometió ser bueno.

En la terapia, Paul pudo reconocer su tristeza y hablar de su relación con su madre. «Siento por primera vez lo que sentía de niño», observó. «Pobre chiquillo. Me vuelve loco.» y sacó fuera un poco de su rabia dando un golpe a la cama.

Este incidente de la terapia de Paul no fue sino uno de los varios episodios dramáticos que le permitieron conocer su personalidad. Antes de empezar la terapia ignoraba que no era una persona amorosa, ya que había tenido muchas relaciones con mujeres por las que sentía cariño. No obstante, estas relaciones reproducían la relación con su madre, por la que aún sentía apego. Cuidaba de ellas, las ayudaba y, a cambio, ellas lo ayudaban sexualmente. Estas relaciones no se basaban en la pasión o en un sentimiento o necesidad profundos. Paul necesitaba sexualmente a sus amantes, y ellas necesitaban su interés y su apoyo. Hay personas que utilizan esta clase de dependencia mutua como base del matrimonio, pero Paul buscaba algo más profundo y más rico: el amor. Por consiguiente, nunca se había casado. De cualquier modo que lo intentara, no podía encontrar el amor, esencialmente porque no estaba abierto a él.

Paul se veía a sí mismo como un hombre que podía y quería cuidar de una mujer. Le daba una sensación de poder y superioridad que compensaba su sentimiento interior de ser un «pobre chiquillo». Cuando era un pobre chiquillo se había sentido desamparado e impotente contra la seducción y las amenazas de su madre. Sin embargo, los mecanismos compensatorios sólo cambian la apariencia de la realidad; en el nivel sexual Paul era todavía el pobre chiquillo al que su madre había castrado psicológicamente. Esta castración era visible en su incapacidad de luchar por una mujer sobre la base de su atractivo sexual más que de su capacidad de servirla. El papel compensatorio que representaba servía a un obje-

tivo: mantenía su potencia erectiva disminuyendo su miedo a la humillación y al rechazo. Por desgracia, también sirvió para reducir su potencia orgásmica.

Estos arreglos se basan en lo que las partes creen que son sus necesidades. Una mujer, por ejemplo, puede necesitar ser admirada por su encanto, su viveza y su sexualidad coqueta, al igual que lo fue de niña. Pero estas cualidades son más admirables en una niña que en una mujer. Y, sin embargo, muchos hombres admiran estas cualidades en las mujeres: no sólo son atractivas para el niño que hay en ellos, sino también para su necesidad de sentirse viriles y superiores. Este encaje de personalidades podría parecer un arreglo ideal, pero en la práctica nunca funciona porque no satisface las necesidades de ninguno de los miembros de la pareja. A un hombre puede excitarlo una mujer que representa el papel de una niña seductora, pero la falta de madurez de ésta, especialmente en el nivel sexual, acabará por dejarlo insatisfecho. Le molestará la dependencia de ella, al igual que a ella le molestará su actitud de superioridad, especialmente cuando revele hasta qué punto necesita su confianza y su apoyo. Después de todo, si en él hay un niño, ¿cómo puede cuidar de ella? Tarde o temprano, lo que parecía una relación amorosa tan perfecta se desintegrará en recriminaciones y hostilidad.

Sentir que nos necesitan, en una relación, puede hacernos sentir poderosos y más seguros, pero esta seguridad es ilusoria, ya que el poder y el amor son valores opuestos y antagónicos. El poder nunca nos procura realmente amor, y de modo especial el poder basado en el dinero o el atractivo sexual. El poder sólo actúa para intensificar la imagen de uno mismo, dándonos más conciencia de nuestro yo; el amor exige un abandono del yo, al tiempo que intensifica nuestro yo corporal. No podemos controlar a otra persona y decir que la amamos. Siguiendo esta misma línea de razonamiento,

no podemos afirmar que estamos enamorados y que tenemos un control total de nosotros mismos. El control de sí mismo sólo es un elemento importante en las relaciones en que el poder es un factor. Por desgracia, los padres utilizan frecuentemente el poder —en forma de castigos— en relación con sus hijos.

Por lo que se refiere al castigo, lo de menos es si se aplica a criminales o a niños; en ambos casos es un ejercicio de poder. Aunque se pueda justificar como una manera de corregir el comportamiento, su verdadero objeto es hacer saber a la otra persona quién es el que manda. Puede favorecer la disciplina, pero con la misma facilidad puede fomentar la rebelión. Su utilización con los niños es altamente discutible. En primer lugar, son inocentes de mala intención; en segundo lugar, ven a los padres como protectores, no como castigadores. Un niño pequeño experimenta el acto del castigo físico como una traición a su amor y confianza. ¡Cómo no iba a hacerlo! Por supuesto, se le dice que es por su propio bien. Al final puede incluso llegar a creérselo. Si lo hace, se traiciona a sí mismo al volverse contra sus propios sentimientos. Los adiestradores de perros evitan el castigo porque saben que hay sistemas mejores para conseguir lo que quieren. Dado que los perros están ansiosos de complacer, la recompensa de su buen comportamiento es mucho más eficaz. Como sabe todo adiestrador, adiestrar a un perro requiere paciencia —cosa que muchos padres poseen en pequeña cantidad por lo que respecta a sus hijos—.

Como los niños carecen de todo poder real contra sus padres, tienen que someterse cuando se usa el poder contra ellos. Sin embargo, esta sumisión sólo es superficial. Interiormente desarrollan un núcleo duro de resistencia. Las más veces no llorarán cuando se los pega o lastima. Como ya hemos visto, los hombres a quienes de pequeños pegaron sus padres tienen muchas dificultades para llorar, por mucho que los lastimen. Cuando en la terapia se habla de

esta cuestión, ellos lo explican como una forma de defensa. «No voy a darle la satisfacción de ver que me ha afectado», dicen, como si su padre estuviese en la habitación. Esta defensa se estructura en el cuerpo en forma de rigidez y se generaliza a los demás. «Nadie va a afectarme» se convierte en su divisa.

Hay adultos que impiden que sus sentimientos lleguen a la superficie como reacción a malos tratos que recibieron de niños. Una joven, que enmascaraba en extremo su expresión facial, explicó este hecho diciendo: «Mi madre siempre me estaba observando, siempre estudiaba mi rostro. Parecía sentir un placer perverso adivinando todo lo que sentía. Tuve que ocultarle mis sentimientos.» El hecho de no mostrar los propios sentimientos puede darle a uno una sensación de poder en sus relaciones, pero al mismo tiempo socava la posibilidad de la confianza. De este modo, el autocontrol, que parece una cualidad tan admirable, representa un miedo al amor.

La mayoría de las relaciones entre hombres y mujeres empieza con algunos sentimientos de amor mutuos, y la mayoría naufraga por las luchas de poder que se producen cuando la relación se hace más íntima. Se dice que la familiaridad fomenta el desprecio. Cuando dos personas dejan de ser novios y empiezan a vivir juntos, descubren las debilidades y defectos del otro, lo que pueden aprovechar para obtener una posición de superioridad. Pero la crítica da lugar a una actitud defensiva y alimenta como respuesta una actitud asimismo crítica. Cuando esto ocurre, la emoción que primero los llevó a unirse disminuye, pero pueden seguir juntos por conveniencia. Sin embargo, este arreglo lleva al resentimiento. Se encuentran atrapados en una situación que recuerda en muchos aspectos su infancia. Pueden salirse de la relación, luchar con ella, o resignarse a la pérdida de su esperanza de amor y gozo. Pero la resignación puede conducir al cáncer, mientras que la lucha a menudo termina



en un ataque cardíaco. Salirse de la relación tampoco arregla nada, ya que una segunda relación a menudo resulta tan mala como la primera. Para salir de esta trampa, la pareja debe enfrentarse con su miedo al amor.

En el nivel más profundo, el miedo al amor es idéntico al miedo al sexo opuesto. Inconscientemente todos los hombres identifican a las mujeres con su madre, al igual que las mujeres identifican a los hombres con su padre. Esta identificación es natural. Si nuestro progenitor del sexo opuesto hubiera sido bondadoso, cariñoso y fuerte, todos tendríamos pocas dificultades con nuestra pareja. Por desgracia, rara vez se da el caso. La mayoría de las personas recuerda la relación con este progenitor como algo conflictivo. Su experiencia fue la de ser utilizados, y su expectativa, la de ser traicionados y heridos. La supervivencia exigía un *modus vivendi*, un arreglo gracias al cual podamos vivir con cierta seguridad negando muchos de los aspectos negativos de estas relaciones y reprimiendo la mayoría de nuestros sentimientos negativos. Pero la represión sólo empuja estos sentimientos a un nivel situado por debajo de la conciencia; siguen operando en la personalidad de manera sutil e insidiosa.

Peter, al igual que Tony en el capítulo anterior, vino en busca de terapia porque estaba deprimido. No disfrutaba con su trabajo ni con su vida familiar, y estaba en constante conflicto con su mujer, que lo acusaba de estar cerrado a ella y de no querer tener relaciones sexuales. El reconoció que su esposa no le excitaba y que no podía responder sexualmente cuando ella se le acercaba en busca de intimidad. También se quejaba de que ella no lo aceptaba y le hacía sentirse culpable por su falta de interés. Peter también encontraba defectos en ella: estaba gorda, era un ama de casa descuidada y aceptaba demasiado pocas responsabilidades. Peter se sentía desgraciado, pero cuando le sugerí que podía dejar a su mujer, se re-

sistió a la idea. Tenía afecto a su mujer, dijo, ya veces lo pasaban bien. Además no quería estar solo. Se daba cuenta de que estaba encerrado en sí mismo y de que le sería difícil hacer que marchara bien cualquier relación con una mujer. Esta cerrazón también se interfería con sus relaciones en el trabajo. Peter reconoció que se sentía atrapado, lo cual aumentaba su depresión, pero hacerlo salir de ésta no era tarea fácil; había que entender y liberar todas las fuerzas enmarañadas originadas en su infancia.

Peter era el más joven de tres hermanos. Cuando tenía cinco años sus padres se separaron y los chicos se quedaron con su madre. Aunque Peter veía a su padre de vez en cuando, en realidad no se sentía cerca de él.

La madre hablaba mal del padre constantemente, lo que hizo que Peter se mantuviera alejado de él. Sus dos hermanos eran varios años mayores que Peter, quien tenía poco contacto emocional con ellos. Pero ellos conservaban un mayor afecto hacia su padre y lo veían más después de su marcha del hogar familiar. Peter se quedó con su madre, que trabajaba todo el día. La describió como una mujer triste, algo deprimida, constantemente cansada, que tenía poco que darle y que tomaba a mal cualquier exigencia del niño. Sin embargo, Peter se compadecía de ella e intentaba confortarla, como cualquier niño hubiera hecho en esta situación. No lo consiguió, pero Peter se quedó con el sentimiento de que se le exigía algo que él no podía ofrecer.

La cerrazón de la personalidad de Peter era visible en su cuerpo, que estaba extremadamente tenso. Tenía la mandíbula apretada y los ojos entrecerrados. Lo más significativo, sin embargo, era su pecho excesivamente hinchado, que parecía contener una gran pena. Por suerte, cuando Peter hizo los ejercicios de respiración enseñada rompió en sollozos. Sintió la cualidad trágica de su vida, así como de la de su madre. El llorar le hizo desahogar parte de su tris-

teza; se sintió mejor por ello, pero no resolvió sus conflictos. Peter mantenía encerrada en la tensa parte superior de su espalda una hostilidad enorme hacia las mujeres. Se sentía agobiado por la tristeza y el desamparo de éstas, y criticado por su incapacidad. Le animé a golpear el diván de la sala de terapia y a expresar algo de su cólera contra su esposa y su madre. «Déjame en paz», decía. «No soy tu esclavo, no puedo mantenerte, estoy irritado contigo, podría matarte.» Cuanta más cólera expresaba, mejor se sentía. Ello permitió que sintiera que podría ser libre, que podría ser un hombre y que no estaba obligado a ser un «semental» para su mujer. El respondería a sus peticiones cuando tuviera el deseo de hacerlo.

Es cierto que la falta de interés de Peter por su esposa puede haber sido una manera de rehusar el afecto. Este comportamiento es similar al del niño que no quiere comer para fastidiar a su madre. La conducta rencorosa es una expresión indirecta de cólera y se utiliza cuando la expresión directa está prohibida. Peter a veces tenía una erección estando junto a su mujer en la cama, pero, cuando ésta respondía con interés, la perdía. El hecho de que él reconociera la naturaleza rencorosa de esta acción no la eliminó. Para poner fin al resentimiento tenía que expresar la cólera subyacente. Lo animé a que se enfrentara con su esposa, cosa que hizo de vez en cuando. Y lo extraño era que cada vez que se peleaban, la potencia sexual de Peter aumentaba y la relación mejoraba. No obstante, se sentía culpable por su agresividad y su cólera. Este sentimiento de culpabilidad tenía un origen sexual.

Peter contó que su madre, cuando volvía de trabajar, tenía la costumbre de tumbarse en el sofá de la sala de estar con las piernas separadas y mostrando la entrepierna. Cuando pasaba delante de ella, los ojos de Peter se dirigían invariablemente a esa parte de su cuerpo. Pero cuando su madre veía que la miraba, le dirigía una

mirada tan malévola que él se retiraba interiormente. Esto ocurría bastante a menudo, pues él no podía resistir la tentación de mirar. Estaba avergonzado de sí mismo, sobre todo después que se dedicó a imaginar fantasías sádicas y pornográficas a consecuencia de su excitación reprimida. Estas fantasías le hicieron sentirse sucio y confirmaron la mirada de desaprobación de su madre. Pero no podía enfadarse con ella, porque dependía de ella, la compadecía y creía que él era el transgresor. Estaba atrapado y se encerró en sí mismo para ocultar su vergüenza. Incapaz de vengarse de su madre por excitarlo y luego humillarlo, se desquitó con su mujer conteniendo el sentimiento sexual.

Este análisis ayudó a liberar la cólera de Peter, que expresó de modo más intenso en la terapia y de modo más abierto en su casa. La reacción de su mujer fue positiva. Decidió someterse también a la terapia para solucionar algunos de sus problemas; antes daba a su esposo toda la culpa de su infelicidad. Su relación siguió mejorando a medida que Peter fue abriéndose. Su situación en el trabajo también mejoró extraordinariamente.

En mi opinión, la mayoría de los hombres tienen miedo a las mujeres. Por lo general no son conscientes de este miedo, como tampoco lo son de su hostilidad. Quizá dicen que disfrutan del sexo, pero, si tienen sentimientos negativos inconscientes contra las mujeres, no serán capaces de darse totalmente en el sexo y su placer estará limitado.

Muchos hombres entablan luchas de poder con su pareja.

Consideran que las mujeres son exigentes y controladoras, y creen que comprometerse en una relación de amor implica una pérdida de la libertad personal. Estos hombres justifican las aventuras extramatrimoniales considerándolas una afirmación de su libertad. En algunos casos, estos sentimientos pueden estar justificados, pero, con todo, son los sentimientos de un niño que veía a su madre

como una persona controladora. Habiendo reprimido el recuerdo de esas experiencias infantiles, los hombres proyectan en su esposa la cólera que sintieron contra su madre. Todo esto tiene lugar en un nivel inconsciente, y por esto los conflictos entre marido y mujer son tan difíciles de resolver.

Es inútil señalar que un hombre de verdad no puede ser dominado o controlado por una mujer. ¿Acaso no son iguales? Si lo son, ¿por qué no puede mantenerse firme? La incapacidad de un hombre para enfrentarse a una mujer indica que la ve como una figura materna. Si se queja de que lo castra, podemos dar por seguro que su madre ya lo castró antes. Una mujer puede castrar a un niño, pero no puede castrar a un hombre de verdad.

En casos así, vale la pena estudiar la historia de la infancia de un hombre para averiguar por qué y cómo sufrió una pérdida de virilidad. Inevitablemente su miedo a las mujeres puede referirse a la angustia que experimentó de niño en relación con su madre. El proceso de análisis pretende ayudarlo a liberarse de las fijaciones que lo atan al pasado a fin de que pueda vivir con mayor plenitud en el presente.

Algunos hombres tratan a las mujeres de un modo abiertamente cruel y sádico. En vez de retener sus sentimientos negativos y coléricos, los expresan. Por lo general, tienen una explosión de rabia por cualquier pequeña frustración. Podría parecer que semejante explosión es una expresión de cólera, pero hay una diferencia importante entre la cólera y la rabia. La expresión de cólera es una acción constructiva, cuyo objetivo es restablecer los buenos sentimientos en una relación. La rabia, en cambio, tiene un efecto destructivo; su objeto es controlar a otra persona. Procede de la frustración, no de sentimientos heridos, y a menudo implica una negación del poder, lo que explica por qué con tanta frecuencia se descarga en un inferior.

Pocos hombres pueden enfrentarse a una mujer de un modo directo y autoafirmativo. Tales hombres son capaces de sentir profundo afecto y seguridad en sus relaciones, actitudes que expresan en el acto sexual no eyaculando prematuramente ni reteniéndose. El hombre pasivo, por otra parte, tiende a ser prematuro. La tensión de su cuerpo, que resulta de la necesidad de reprimir sus sentimientos negativos, reduce su capacidad de permanecer con su excitación mientras ésta crece. Es tan incapaz de ceder a su excitación sexual como a la cólera que conserva hacia su madre y todas las demás mujeres. ¿Es la eyaculación precoz una manera que tiene este hombre de vengarse de su pareja robándole su satisfacción? Tal vez, pero su propia satisfacción se reduce igualmente. Es más correcto interpretar la eyaculación precoz como una expresión de miedo, el miedo de enfrentarse a una mujer cuando la excitación aumenta.

El hombre hostil, en cambio, mantiene la potencia eréctil al tiempo que retrasa su eyaculación, lo que le da una sensación de poder. En esta maniobra inconsciente, el falo erecto se ve como un arma con la que dominar y castigar a la mujer. El retraso del clímax también se ve como una manera de no ceder. El efecto de esta maniobra es la reducción del placer y de la satisfacción del hombre. También reduce el placer de su pareja, ya que la excitación de ésta se adapta y en parte depende de la de él.

Muchos hombres intentan retrasar deliberadamente la eyaculación para permitir que su pareja alcance el clímax. Esto a menudo se realiza distrayendo el pensamiento del sexo, con lo cual la excitación disminuye. Esta maniobra raramente resulta satisfactoria para ninguna de las partes. Por lo general, una mujer en esta situación tiene que esforzarse para conseguir su clímax, porque el nivel global de excitación es bajo. El hombre, por su parte, obtiene poca cosa de este acto sexual, aunque pueda pensar, a menudo equivocadamente, que ha satisfecho a su pareja. De modo inconsciente el

hombre ve a la mujer como un monstruo que, si no está satisfecho, podría aniquilarlo. Retener la eyaculación es como retener los sentimientos. Añade una enorme tensión a la relación y predispone al hombre a la enfermedad del corazón. También es paralelo al acto del *coitus interruptus*, en el que el hombre debe refrenar su excitación para poder controlar su respuesta.

Amar a una mujer es gozar de ella. Volvamos la frase al revés y será igualmente cierta. Gozar de una mujer es amarla. Pero ningún hombre puede gozar de una mujer si le tiene miedo, si siente la necesidad de controlarla o dominarla, o si tiene sentimientos coléricos y hostiles hacia ella. Si un hombre teme a una mujer, servirá a su pareja; si es hostil y sádico, exigirá que lo sirva. Pero el amor no es un acto de sacrificio. Ni es algo que uno da. En lugar de esto, el amor procede de lo que uno es: una persona que ama.

Las mujeres temen el amor tanto como los hombres. De niñas, están sujetas a la misma angustia que los chicos y quedan igualmente atrapadas en el juego de poder de sus padres, que las arrastran a un bando o al otro en función de sus necesidades. Las más veces, como hemos visto, la niña es seducida por su padre para establecer una alianza contra la madre. La niña se ve colocada así en una posición competitiva con su madre, que es más fuerte que ella. En consecuencia, busca protección en su padre. Si se la da, quedará atrapada en una relación de dependencia y terminará como «la niñita de papá». Si éste no la protege porque tiene miedo de su mujer y se siente culpable por su comportamiento seductor, la niña se sentirá traicionada. En este caso, se volverá hacia su madre y se convertirá en la niñita de mamá.

De adultas, las niñitas de papá son seductoras con los hombres y sensibles a sus necesidades, al igual que lo fueron con su padre. Su papel, tal como ellas lo ven, es el de «estar ahí» para los hombres. Las niñitas de mamá representan el papel opuesto. Al haber

sido traicionadas por su padre, sienten cólera y hostilidad contra los hombres. No obstante, estos papeles pueden cambiar, y lo hacen. La mujer que desempeña el papel de hermana sensible y cariñosa con el hombre que parece fuerte y paternal puede volverse denigradora y crítica cuando el hombre revela el aspecto de niño pequeño que hay en su naturaleza. También puede prestar un gran apoyo a un hombre que lo necesita, pero sólo sintiéndose superior. Pobre muchacho — puede pensar—, necesita que lo cuiden. Del mismo modo, la hembra dura y agresiva puede actuar como una niña cuando necesita afecto.

Sally era una atractiva mujer de unos cuarenta años cuando vino a verme, inducida por unos amigos. Había probado diversas modalidades terapéuticas en busca de algo que no sabía definir. Era propietaria de un negocio próspero y varios hombres estaban interesados en ella. Podría haberse casado con muchos hombres, a los que en realidad no quería. Los hombres a los que sí quería no tenían interés en casarse con ella.

Conociendo a Sally en su negocio o en la vida social, a uno no se le ocurriría pensar que tenía un problema. Era vivaracha, parecía feliz y se relacionaba fácilmente con la gente. Pero, si se la observaba con atención, resultaba evidente que su conducta era una fachada. Cuando no sonreía ni estaba alegre, su cara aparecía contraída y sus ojos carecían de sentimiento. Daba la impresión de ser una persona perdida, cuya fachada pretendía ocultar su gran tristeza a los demás y a sí misma. Su cuerpo revelaba una gran escisión en su personalidad. Tenía una cintura tan estrecha, que dividía su cuerpo en dos mitades desemejantes. La parte inferior del tronco era llena y bien formada, pero poco cuidada, por lo que parecía pasiva. Su respiración no se extendía al vientre. La mitad superior de su cuerpo era estrecha y pequeña, con pechos bien desarrollados. El cuello era más bien delgado y tan largo que su



cabeza no parecía estar bien conectada con el tórax. Era claro que su cabeza no estaba conectada con su corazón, y su corazón no estaba conectado con sus genitales. La relación de Sally con los hombres era bastante inusual. Se entregaba a ellos sexualmente, los llenaba de regalos y los ayudaba en todo. Como resultado de ello, los hombres la utilizaban. Pero esto no la irritaba, porque era lo que ella esperaba. ¿Era su comportamiento amor o una especie de sacrificio? Para responder a esta pregunta tenemos que examinar la relación con su padre, hacia el cual había sentido mucho cariño. Según sus propias palabras, habría hecho cualquier cosa por él. Lo admiraba muchísimo. Había sido herido de gravedad en la guerra, pero se había recuperado notablemente y llegó a ser un abogado de éxito. Cada uno era la niña de los ojos del otro. Sin embargo, de adulta, sus ojos carecían de brillo. ¿Qué había pasado realmente entre ellos?

Sally tenía un hermano mayor que estaba muy apegado a su madre, pero menos que Sally a su padre. Ella y su madre no eran íntimas. Sally la consideraba inmadura y dependiente y se sentía superior a ella en casi todos los aspectos. En el transcurso de su análisis afirmó muchas veces que su madre no la había ayudado. Pude observar que la cara de Sally estaba tensa, su respiración era poco profunda y su voz constreñida, todo lo cual indicaba una privación de crianza por parte de su madre durante los primeros dos años de vida. El hecho de tumbarse en el diván y de extender los brazos provocó la aparición de algunos sentimientos muy dolorosos. Sally hizo la siguiente observación: «Es inútil. Nunca lo conseguiré», donde «lo» se refería al amor. A continuación empezó a llorar suavemente. En un nivel profundo, Sally sentía desesperación. A medida que avanzaba la terapia el sentimiento de desesperación se hizo aún más intenso. En varias ocasiones exclamó: «No quiero vivir.» Su fachada se había derrumbado. Por doloroso que

fuera, era un paso necesario en su lucha por reconquistar su yo.

Sally afirmaba que su padre la amaba, lo que explicaba su apego hacia él. Pero si su interés por ella no hubiese sido egoísta, Sally habría tenido un sentimiento positivo de sí misma como persona. Por desgracia, el amor de su padre estaba corrompido por el interés sexual. Cuando exploramos este aspecto de su vida, reconoció haber sido consciente de este interés. Aunque amara tanto a su padre, nunca había querido quedarse sola con él en la casa. Varias veces él intentó besarla en la boca y en una ocasión trató de meterse en la cama con ella, lo que la asustó muchísimo. Al hacerse mayor y empezar a salir con chicos, su padre se enfadaba con ella. Las chicas que se mostraban fáciles con los chicos, le había dicho, eran prostitutas.

¿Cómo podía Sally manejar su sexualidad cuando ésta era estimulada por el interés de su padre y condenada por el puritanismo de éste? Lo que hizo fue dissociarse de su sexualidad. A resultas de ello, no podía identificarse con la parte inferior de su cuerpo. Era compulsivamente limpia y decía muchas veces que la parte inferior de su cuerpo era sucia. Y, sin embargo, Sally resultaba ser una mujer muy sexual; la mayoría de los hombres se sentían fuertemente atraídos por ella. La belleza de formas de la parte inferior de su cuerpo denotaba su potencial para la sexualidad, mientras que el hecho de mantenerla tensa y pasiva y sin sensibilidad manifestaba su miedo a abandonarse. Aunque Sally tenía muchos hombres, nunca había experimentado un orgasmo. Al hablar de su vida sexual, dijo: «Soy una prostituta virgen.»

¿Amaba Sally a los hombres? Sí y no. Su relación con los hombres era paralela a la relación con su padre. El estaba disponible para ella en cuanto a educarla y criarla, y ella estaba disponible para él en lo referente a la excitación que había entre ambos. Pero no estaba «disponible» para sí misma sexualmente. Esto era tabú

porque la convertiría en una verdadera fulana, no en la prostituta que todavía era virgen. Amaba a los hombres porque eran una fuente de excitación y de vida, pero también los odiaba porque la utilizaban, la manchaban y la humillaban, como había hecho su padre. Y como dejaba que la utilizaran, e incluso lo había favorecido cuando era niña y, más adelante, cuando ya era mujer, también se odiaba a sí misma.

Sally no era del tipo rígido. Su pecho era relativamente blando; su cuerpo, flexible. No sólo tenía partido el corazón; estaba oprimida hasta el punto de que casi no tenía ningún sentimiento de sí misma ni de que tuviera el derecho de exigir, o ni siquiera pedir, lo que quería. En términos psiquiátricos se podía describir como una personalidad en el límite. Su sentido de sí era muy tenue y se podía perder fácilmente. También se podría decir que el corazón de Sally estaba abierto. Por consiguiente, no era propensa a las enfermedades coronarias como las personas del tipo rígido, blindado. No luchaba para obtener el amor, pues no creía que pudiera ser amada nunca por sí misma. Sin embargo, necesitaba realmente algún contacto con los hombres; de otro modo se hubiera sentido profundamente sola.

Dado que el corazón de Sally estaba abierto, podemos afirmar con seguridad que en su corazón tenía cierto amor por los hombres con quienes se relacionaba. Pero este sentimiento se limitaba a su corazón y no se extendía a su cuerpo. Si hubiera amado a estos hombres con su cuerpo además de con su corazón, habría gozado del contacto sexual con ellos y habría experimentado un grado u otro de placer orgásmico.

El problema del carácter rígido es abrir plenamente su corazón al amor. El problema de Sally era llegar a ser una persona con el sentimiento de sí misma. Esto suponía un planteamiento doble: se trataba de sacar a la luz su anhelo, lo que le permitiría descargar su

tristeza llorando, y de ayudarla a sentir y expresar su cólera por la traición de su padre. Esta cólera también se manifestaba contra los hombres que la utilizaban de adulta. El que la utilizaran con su permiso no alteraba la cólera subyacente. Al expresarla, empezó a recuperar su sexualidad y a infundir vida a la parte inferior de su cuerpo, proceso que fomentó mediante la respiración profunda y los ejercicios apropiados. Sólo cuando su sexualidad fue una realidad en su ser pudo ella decir que amaba verdaderamente a los hombres.

Las mujeres que aman a los hombres no tienen ningún sentimiento de inferioridad o de superioridad con relación a ellos y no guardan respecto de ellos ningún resentimiento ni hostilidad. Todas las experiencias con el sexo opuesto que han tenido durante su crecimiento han sido positivas. No sólo su padre, sino también sus hermanos y otros parientes varones las trataron con respeto y afecto, y sus padres se abstuvieron de utilizarlas como instrumentos. Semejante actitud respecto al niño o la niña sólo es posible cuando en el hogar no hay luchas de poder, cuando el amor y el respeto son las actitudes dominantes hacia todos los miembros de la familia, y cuando el clima general es de placer y bienestar. Por decirlo de un modo sencillo, los hijos sanos son producto de padres cariñosos. Pero no es suficiente que los padres amen a sus hijos; es más importante aún que se amen entre sí. Estos padres se satisfacen sexualmente uno al otro. Las niñas que crecen en hogares donde los padres se satisfacen sexual mente uno al otro se convierten en mujeres que responden orgásmicamente a los hombres que aman.

Una de las consecuencias desafortunadas del movimiento feminista ha sido que con frecuencia ha incitado a las mujeres a culpar a los hombres de su falta de satisfacción y de su sentimiento de inferioridad. Este reproche al sexo masculino no está justificado. Hemos visto a lo largo de este libro que los hombres no hallan más

satisfacción que las mujeres en el amor y la sexualidad. Desde el punto de vista de su vulnerabilidad a las dolencias cardíacas y a la muerte prematura, ellos son el sexo más débil. No se puede negar que tienen más fuerza en terrenos como la política, los negocios y las profesiones, todos los cuales implican la adquisición y el uso del poder. Este poder a menudo se ha utilizado contra las mujeres. Pero es importante reconocer que la posesión del poder y su utilización no ha fomentado el bienestar de los hombres. No han amado más, no han vivido más tiempo ni han estado más alegres por el hecho de tenerlo. En cualquier relación, el uso del poder perjudica tanto al que lo usa como a la persona que está sometida a él. Como ya hemos visto, el poder destruye el amor.

De lo que se trata en la relación entre los sexos es de que ambos tengan el mismo respeto, no el mismo poder. Esto significa que una mujer debe ser tratada con la misma consideración que un hombre. La misma paga por el mismo trabajo es su derecho natural como persona. Por desgracia, la expresión el *mismo trabajo* es engañosa. Estamos familiarizados con la idea de que una mujer ejecutiva debe recibir la misma paga que un hombre en la misma posición. Pero, ¿qué decir de la mujer encargada de una escuela de párvulos? ¿Es su trabajo menos importante? ¿No debería ser pagada igual que cualquier otra persona que asume responsabilidades importantes? ¿Y qué decir de la mujer que se queda en casa criando una familia? ¿Es inferior su trabajo? Si medimos el valor únicamente en términos de dinero, estamos introduciendo el poder en todas las relaciones humanas.

Si las mujeres persiguen el mismo grado de poder que tienen los hombres, heredarán las mismas enfermedades que han acortado la vida de aquéllos. Afortunadamente las mujeres están protegidas hasta cierto punto de este peligro por su función natural de tener hijos. Hasta el momento, en nuestra historia, el impulso de tener

hijos ha sido más fuerte en las mujeres que el impulso de adquirir poder. Pero la satisfacción de una mujer no reside sólo en tener hijos, sino en amarlos. También en esto la naturaleza le ha dado una ventaja sobre el sexo masculino, ya que puede expresar el amor por sus hijos más directamente que un hombre, mediante el acto de dar de mamar. Al igual que las mujeres que amamantan a los bebés son menos propensas a tener cáncer de mama, se cree asimismo que son menos vulnerables a las dolencias cardíacas.

En términos generales, las mujeres tienen menos miedo al amor que los hombres. No tienen tanto miedo de mostrar sus emociones, de ser tiernas, están menos preocupadas por su imagen. Las mujeres lloran con mayor facilidad que los hombres, en parte porque, cuando niños, a los hombres se los instaba a ser fuertes. La prohibición de llorar podía tener sentido cuando los hombres eran cazadores y guerreros cuya función principal era la de proteger a la tribu. Pero la rigidez ante una pérdida no es lo mismo que la valentía en una situación de peligro. Retener las lágrimas y los sollozos cuando muere un ser querido no es un acto de valor, sino de auto-destrucción.

Por naturaleza y condicionamiento, los hombres siempre han sido el sexo físicamente más fuerte. Pero la fuerza no tiene que significar dureza o rigidez. La ternura es un valor positivo para un hombre, como lo es para una mujer, aunque a él pueda serle más difícil conseguirlo. Con todo, el hombre que no puede derribar las defensas que ha erigido para protegerse nunca amará. Además, como estudiaremos con cierto detalle en la sección siguiente, esa falta de amor es la que causa las enfermedades del corazón.

En los capítulos anteriores hemos estudiado la naturaleza del amor y hemos examinado su relación directa con el corazón. Hemos visto que muchas personas, en nuestra cultura, sufren una pérdida de amor en su infancia que las deja con el corazón partido. En interés de la supervivencia, reprimen el dolor blindándose a sí mismas — en otras palabras, dando rigidez a los músculos del pecho—. Esta rigidez restringe y limita la respiración, el movimiento y los sentimientos, e impone una tensión continua al cuerpo y al corazón. La existencia de esta clase de tensión es, en mi opinión, lo que predispone a tantas personas a las dolencias cardíacas.

En la segunda mitad de este libro exploraremos la relación existente entre la angustia y las enfermedades del corazón. Prestaremos especial atención al ataque cardíaco en un intento de comprender por qué se produce. Para el psicólogo o el psicoanalista que examina la vida de una persona, una enfermedad importante no es un hecho casual, sino que está relacionado con el estilo de vida del individuo. Investigaremos algunas de las fuerzas que configuran este estilo de vida y sugeriremos cómo hay que hacerles frente a fin de crear una vida relativamente libre de estrés grave. La idea básica, como veremos, es ésta: sólo la persona que no tiene miedo de amar puede estar razonablemente segura de que su corazón permanecerá sano.

## Parte segunda

# La angustia y la enfermedad del corazón

## 6 El amor, el estrés y el corazón

Hoy en día la mayoría de las personas aceptan la idea de que un estrés excesivo puede ser causa de enfermedad. Sin embargo, una idea tan general no es de mucha ayuda para explicar una enfermedad específica como la de las arterias coronarias. ¿Por qué el estrés perjudica gravemente el corazón en una persona, mientras que en una segunda produce artritis y, en una tercera, cáncer? Por decirlo de otro modo, ¿cuál es la naturaleza del estrés que afecta negativamente al corazón, y qué clase de personas son particularmente vulnerables a las dolencias cardíacas si se ven sometidas a este estrés? Meyer Friedman y Samuel Rosenman se aplicaron a resolver la segunda parte de este problema cuando empezaron su investigación pionera de las causas de la enfermedad de las arterias coronarias. Esta investigación, tal como la describieron, quería responder a dos preguntas: «Primera: ¿Pueden tener alguna influencia en la aparición de enfermedades de las arterias coronarias los sentimientos o pensamientos de una persona? Segunda: Si esta relación existe, ¿cómo funciona?»

Como primer paso, estos cardiólogos estudiaron a sus pacientes cardíacos para ver qué características los distinguían de las demás personas. «Cuando examinamos a nuestros pacientes de esta



nueva forma, como individuos que poseían otros órganos, además de un corazón enfermo, y también una personalidad», dijo Friedman, «se hizo evidente que no era tan sólo su corazón lo que iba mal. Había algo en la manera en que sentían, pensaban y actuaban que también estaba en un desorden alarmante». Observaron que casi todos los pacientes coronarios mostraban una semejanza en su expresión facial, sus gestos corporales y su manera de hablar. La mandíbula apretada y los músculos de la boca tensos eran detalles característicos, junto con una postura tensa del cuerpo, un rápido golpeteo con los dedos o movimiento de las rodillas, los puños apretados durante la conversación ordinaria, el rechinar de dientes, los movimientos rápidos del cuerpo, la manera rápida de hablar y la impaciencia con la manera de hablar lenta de los demás; también una mueca como de gruñido en las comisuras de los labios, que descubre parcialmente los dientes.

Estas personas también reaccionaban de un modo similar frente a los hechos de la vida cotidiana: eran muy competitivas, con un intenso impulso de ganar; se irritaban con mucha facilidad cuando otros no estaban de acuerdo con ellos; tenían opiniones fijas, que defendían airadamente; se impacientaban cuando el tráfico los detenía o tenían que hacer cola; querían ver las cosas terminadas, por lo que comían y andaban deprisa; y no podían tolerar la inactividad.

Friedman y Rosenman clasificaron a las personas que mostraban todos o algunos de estos rasgos como individuos del tipo A, y a las que estaban libres de ellos, individuos del tipo B. Describieron al individuo del tipo A como una persona extremadamente tensa, afectada de un sentimiento de urgencia temporal, que albergaba una hostilidad fluctuante de la que no era consciente y que luchaba contra una autoestima reducida, que compensaba con los éxitos.

Friedman y Rosenman aplicaron esta clasificación a cincuenta

y cinco hombres sanos —es decir, hombres sin antecedentes de dolencias cardíacas—, a los que siguieron durante un período de ocho años y medio. Al finalizar el estudio observaron que los hombres del tipo A eran siete veces más propensos a tener enfermedades de las arterias coronarias que los del tipo B. También fumaban más, tenían niveles de colesterol más altos y eran tres veces más propensos a sucumbir a ataques al corazón. El estudio era tan convincente que dispó todas las dudas respecto a la existencia de una relación directa entre las actitudes, la conducta y las dolencias cardíacas. Estudios posteriores realizados por otros investigadores han dado resultados similares. A continuación Friedman dio otro paso adelante. Hizo el razonamiento de que, si la conducta del tipo A se pudiera modificar, ello afectaría a la vulnerabilidad del individuo a un ataque subsiguiente. Este resultado constituiría la prueba definitiva de que la conducta del tipo A es en sí misma un factor causante de las enfermedades coronarias. Este segundo estudio, realizado a lo largo de un período de tres años, se hizo con varios pacientes con enfermedades coronarias que habían sufrido un infarto de miocardio. Los sujetos se dividieron en tres secciones: los de la sección primera fueron aconsejados y seguidos por cardiólogos; a los de la sección segunda se les dieron consejos continuados sobre la conducta del tipo A en pequeños grupos, además del tratamiento que recibían los de la sección primera; y a los de la sección tercera simplemente se les hizo un seguimiento.

Cuando los datos con los porcentajes de repetición se analizaron sobre una base anual, se descubrió que la «diferencia en los porcentajes de repetición entre los sujetos de las secciones primera y segunda el primer año fue del 48 por ciento; el segundo año fue del 62 por ciento, y el tercer año fue del 372 *por ciento*», Al cabo de tres años, la diferencia estaba más allá de cualquier objeción estadística. Friedman explicó estos resultados por el hecho de que

los sujetos de la sección segunda mostraban una reducción del 30 por ciento de la conducta del tipo A.

Y así la primera de las dos preguntas que Friedman y Rosenman habían planteado recibió una respuesta afirmativa: los sentimientos y pensamientos de una persona influyen realmente en la evolución de las dolencias cardíacas.

Este estudio sólo tuvo en cuenta a la población masculina, ya que en la época en que se realizó la incidencia de las enfermedades del corazón era muchísimo mayor en los hombres. Investigaciones recientes han mostrado, sin embargo, una incidencia creciente de las dolencias cardíacas en las mujeres, especialmente en la última década. La conducta del tipo A se ha convertido en un hecho también para las mujeres.

La segunda pregunta de Friedman y Rosenman, acerca del mecanismo de la relación entre el estado subjetivo de una persona y la evolución de la dolencia cardíaca, ha sido más difícil de responder. Sus estudios han mostrado que los individuos del tipo A tienen dificultades para metabolizar la grasa de su sangre, tanto si están sanos como si ya están enfermos del corazón. También se ha demostrado que los individuos del tipo A tienen niveles más altos de norepinefrina, la «hormona de la lucha», en la sangre. Además, secretan más ACTH, la hormona que estimula la producción de las hormonas corticosteroides del estrés en la glándula suprarrenal, y menos de lo normal en cuanto a hormonas pituitarias del crecimiento, mientras que reaccionan de modo exagerado al azúcar produciendo excesivas cantidades de insulina. (Esto concuerda con la observación de que la aparición de diabetes en la madurez es un factor de riesgo en las enfermedades coronarias.) Los experimentos con ratas también han sugerido que la hostilidad puede desempeñar un papel. Cuando su estado emocional pasa de ser pacífico a ferocemente hostil mediante la estimulación eléctrica de una zona del

hipotálamo, los animales reaccionan exactamente igual que los individuos del tipo A: con niveles más altos de colesterol en la sangre, una mayor producción de norepinefrina y una mayor presión sanguínea.

Varios otros estudios han sugerido que la hostilidad puede ser el factor determinante de la aparición de enfermedades del corazón. Dombroski y otros autores, al analizar nuevamente los datos de entrevistas estructuradas con pacientes coronarios en una única muestra angiográfica, descubrieron que «los niveles altos de potencial de hostilidad y “cólera interna”» —en otras palabras, cólera reprimida— «estaban en estrecha correlación con una mayor gravedad de la arteriosclerosis coronaria (CAD)». Según un estudioJM de 255 médicos, que habían completado el Inventario polifásico de la personalidad de Minnesota mientras estaban en la facultad de medicina, aquellos individuos cuyo nivel de hostilidad estaba por encima de la media tuvieron una proporción de ataques al corazón y de mortalidad total cinco o seis veces mayor a lo largo de un período de seguimiento de veinticinco años. Pero si aceptamos que la hostilidad o la cólera interior pueden ser el principal elemento causante de las enfermedades coronarias, todavía nos encontramos con el problema de explicar por qué afecta al corazón, que no es un órgano implicado directamente en las emociones de hostilidad y cólera. Aunque estas emociones produzcan un exceso de norepinefrina, ¿por qué el corazón se convierte en su blanco específico en algunos individuos?

Para responder a esta pregunta debemos saber que la norepinefrina actúa para movilizar a todos los órganos del cuerpo, incluido el corazón, para hacer frente a una amenaza o una crisis. Si una persona actúa de forma adecuada para enfrentarse a la crisis, la hormona, tras cumplir su cometido, no tiene efectos perjudiciales para ninguna parte del cuerpo. Pero la cólera contenida mantiene a

una persona en situación de crisis *todo* el tiempo, cosa que ninguna cantidad de norepinefrina puede descargar. El corazón es puesto en la situación de ser estimulado constantemente mas con imposibilidad de actuar.

Pero la mayoría de las personas de nuestra cultura tienen un grado u otro de cólera reprimida. ¿En qué punto se convierte en una amenaza para la vida? Para contestar a esta pregunta necesitamos enfocar de un modo diferente el problema de la dolencia cardíaca, pues los estudios que se han hecho, aun siendo válidos, dejan demasiadas lagunas en nuestra comprensión del trastorno. Al fin y al cabo, no todos los individuos del tipo A padecen enfermedades coronarias, ni todos los del tipo B escapan a ellas. En el Western Collaborative Group Study, del que Friedman y Rosenman extrajeron sus datos, sólo ello por ciento de los sujetos diagnosticados como del tipo A sufrieron un ataque cardíaco durante los ocho años y medio que duró el estudio. Sin duda, con el tiempo otros habrían sufrido un ataque, pero, si el tiempo es un factor, necesitamos saber cómo opera.

¿Por qué un ataque ocurre cuando ocurre? Además de los factores de predisposición como la conducta del tipo A, el hábito de fumar y la tensión arterial alta, también debemos tener en cuenta las causas que lo precipitan. En otras palabras, ¿qué tensión inmediata en una vida individual puede desencadenar un ataque? ¿Y cuál es la relación entre la causa que precipita y los factores que predisponen? Se ha dicho que la pérdida de un empleo con frecuencia actúa como causa precipitante de un ataque cardíaco. La pérdida de un ser querido a causa de la muerte también puede desencadenar un ataque cardíaco mortal, incluso en personas sin antecedentes de dolencias cardíacas. Dado que el corazón está implicado en el amor, pero no directamente en la hostilidad y la cólera, es razonable pensar que los trastornos en el amor están en la

base de la enfermedad del corazón. En este caso, una crisis inmediata en la vida amorosa de una persona puede ser un factor central para precipitar un ataque cardíaco. Creo que, al estudiar el problema global de la enfermedad del corazón, necesitamos trasladar nuestra atención al papel crítico que el amor —o la ausencia de amor— desempeña en la salud del corazón.

El propio Friedmanüil ha llegado a la conclusión de que la falta de amor es responsable de la conducta del tipo A. «Creemos ahora», ha escrito, «que una de las causas que más contribuyen a fomentar la inseguridad es el hecho de que la persona del tipo A no recibiera, en los primeros años de su infancia, *amor incondicional*, afecto y estímulo por parte de uno de sus padres o de ambos.» En esta situación, el individuo del tipo A no tiene más que una salida: embarcarse en «una lucha continua, en un intento incesante de realizar o triunfar, cada vez más, en cada vez menos tiempo».

James Lynch también ha sugerido que una falta de amor puede causar la enfermedad del corazónüü. En su libro *The broken heart*, Lynch cita estadísticas que demuestran claramente que las personas casadas tienen una menor incidencia de ataques cardíacos que las solteras, divorciadas o viudas. «En todas las edades, en ambos sexos y en todas las razas de los Estados Unidos», escribe, «las personas no casadas siempre tienen índices de mortalidad más elevados, a veces hasta cinco veces superiores a los de los individuos casados.» Si bien esto es cierto para todos los tipos de muerte, tiene una validez particular para las muertes por enfermedad cardiovascular. Lynch se refiere a estudios que muestran un marcado aumento de los índices de mortalidad durante los primeros seis meses que siguen a la muerte de un ser querido. En el 75 por ciento de los casos estudiados, la muerte fue causada por enfermedades coronarias, hecho que documenta el efecto perjudicial que la pérdida del amor puede tener en el corazón.

No era raro que el impacto de la pérdida produjera una muerte repentina, a menudo a causa de un fuerte ataque cardíaco o de una fibrilación ventricular. Examinaremos el fenómeno de la muerte repentina en un capítulo posterior.

Lo que impulsó a Lynch a estudiar las «consecuencias médicas de la soledad» fue la observación por parte de otros y de él mismo de que el contacto humano puede tener un efecto positivo en el corazón de animales estudiados en el laboratorio, así como en el corazón de los pacientes de las unidades coronarias. Se ha demostrado, por ejemplo, que la entrada de un hombre en una habitación de laboratorio excita a un perro e incrementa su ritmo cardíaco, mientras que las caricias sosiegan al animal y reducen significativamente su ritmo cardíaco. El contacto humano también afecta a la circulación de la sangre en las arterias coronarias. Se ha demostrado que en algunos perros el contacto humano era una influencia casi tan potente como el ejercicio intenso. También se ha demostrado que el tomar el pulso —un contacto humano aparentemente anodino— tiene un gran efecto en los pacientes coronarios. Lynch refiere que «en algunos pacientes ... la toma del pulso tenía el poder de suprimir completamente las arritmias que se habían estado produciendo ». Ciertos estudios han mostrado asimismo que acariciar a un perro puede reducir la presión sanguínea de la persona que hace las caricias.

La conclusión inevitable de estos estudios es que los seres humanos necesitan algún tipo de contacto amoroso. Muchas personas buscan este contacto en el matrimonio, pero no todas lo encuentran. A causa de su miedo al amor, los cónyuges con frecuencia se tratan uno al otro como adversarios y se enzarzan en luchas de poder. Por esto encontramos que, si bien los individuos casados no son tan vulnerables a las dolencias cardíacas como los que viven solos, no se ven libres de los ataques al corazón.

Como observa Lynch, «disponemos de pruebas suficientes para poder establecer una conexión entre las discordias maritales y la aparición de enfermedades coronarias y la muerte prematura». Lynch se refiere a un estudio de J. A. Medalne, el cual durante un período de cinco años hizo un seguimiento de diez mil varones israelíes sin señales de enfermedad cardíaca. Los que más tarde sufrieron un ataque al corazón declararon haber tenido más problemas e insatisfacción en su vida matrimonial que los otros. No obstante, todo cuanto nos dice un estudio como éste es que la discordia matrimonial es un factor de riesgo, no un factor determinante. No todos los hombres del estudio cuyo matrimonio era difícil sufrieron ataques al corazón. Es lícito suponer, por tanto, que unos hombres supieron enfrentarse mejor que otros a la tensión de la discordia matrimonial.

Un estudio llevado a cabo por Stewart Wolfl, cardiólogo, en los habitantes de la población de Roseto (Pennsylvania) en la década de 1960 demostró que la inestabilidad de las relaciones emocionales crea un estrés que puede tener un efecto perjudicial sobre el corazón. Roseto es una población de unas 1630 personas, la mayoría italianos, situada a unas sesenta millas de Nueva York. Wolf se fijó en este pueblo en primer lugar porque sus habitantes sufrían un 75 por ciento menos de ataques al corazón que la gente de las poblaciones de los alrededores, aunque su dieta y su nivel de colesterol eran más o menos iguales. ¿Qué protegía a esta gente de las dolencias cardíacas? Wolf observó que la diferencia más significativa era la calidad de la vida comunitaria de Roseto. La familia era el centro de la vida cotidiana, y los habitantes de la población todavía vivían de acuerdo con las costumbres y tradiciones sociales que antaño imperaban en su país de origen. Esta conservación de la integridad de las relaciones familiares favorecía un estilo de vida que evitaba el conflicto y la discordia matrimonial.



Por desgracia, la población sufrió un cambio espectacular en las dos décadas posteriores al estudio. Se instalaron industrias, se construyeron nuevas casas, y Roseto gozó de una prosperidad desconocida hasta entonces. El efecto de ello en la vida de la mayoría de las personas fue que el hogar pasó de ser el centro de la vida a ser una base de la que partían por la mañana y a la que regresaban por la noche. No pasó mucho tiempo hasta que las estadísticas demográficas de salud y enfermedad mostraron que Roseto era ahora igual que sus vecinos, con una incidencia de enfermedades cardíacas y ataques al corazón no diferente de la de aquéllos.

La estabilidad familiar que antaño caracterizó a Roseto es muy infrecuente hoy en día y no se puede crear a voluntad o por decreto. Muchos de nosotros vivimos con las tensiones del conflicto matrimonial y con la realidad o la amenaza de la ruptura de relaciones como un hecho de la vida moderna. Es importante comprender la naturaleza de estas tensiones si queremos hacerles frente con eficacia.

Por los estudios que hemos descrito, parece que hay dos tipos distintos de estrés que pueden afectar al corazón. Uno es consecuencia de las situaciones agitadas del mundo, las más veces del lugar de trabajo, y se asocia con la conducta del tipo A. El otro procede de situaciones del hogar, donde se asocia con la discordia matrimonial y una falta o pérdida de amor. Pero, estas situaciones ¿no están relacionadas? Hemos observado que la conducta del tipo A está motivada por la necesidad de una mayor autoestima, necesidad cuyo origen puede remontarse a una falta de amor incondicional en la infancia. Sin embargo, necesitamos amor incondicional incluso cuando somos adultos. Parece improbable que los que experimentan la riqueza de este amor sucumban tan fácilmente al estrés como los que no lo hacen. Teniendo en cuenta el papel central del amor en nuestra vida, es una lástima que Friedman y Ro-

senman no investigaran la vida amorosa de sus sujetos de un modo tan completo como investigaron su comportamiento externo.

Aunque las situaciones de discordia marital lleven con tanta frecuencia a la hostilidad, no tienen por qué hacerlo necesariamente. La alternativa es que los cónyuges tengan una buena pelea. Ciertos conflictos se pueden discutir y resolver con calma, pero no los que tienen que ver con las cuestiones más profundas del poder y el amor propio que perturban a la mayoría de los matrimonios. Una mujer puede sentir, por ejemplo, que su esposo la utiliza, no hace caso de sus sentimientos o la humilla. Un hombre puede sentirse agobiado por la dependencia de su esposa, humillado por sus comentarios críticos o rechazado por su falta de deseo sexual. Los resentimientos de este tipo conducen a la hostilidad si no se expresan. Pero la expresión de sentimientos negativos generalmente provoca cólera, lo cual está muy bien si los cónyuges están dispuestos a pelearse. No todos lo están. Muchas parejas tienen miedo de expresar su cólera, porque ello trastorna la relación. Un marido decía: «No puedo expresar nada de cólera, porque mi mujer se siente demasiado amenazada.» Algunas mujeres han referido que, cuando se enfadan, sus esposos se retiran. A otras personas incluso les cuesta encolerizarse, porque la emoción fue reprimida tan profundamente en la infancia que, de adultos, está fuera de su alcance. Si, por una parte, sus padres se peleaban constantemente, como hacían los míos, tienden a evitar las disputas y las confrontaciones por el ambiente desagradable que crean sin resolver necesariamente nada. Mis padres nunca desahogaban su cólera entre sí, y por esto sentían una hostilidad perpetua. En consecuencia, tuve que trabajar duro en mi propia terapia para hacer más accesible mi cólera.

¿Es estresante por sí misma la expresión de la cólera? Muchas personas creen que todas las emociones lo son y que el mejor modo de evitar la tensión es permanecer en calma, no permitir que la

emoción nos domine y dejar que las situaciones perturbadoras pasen como se desliza el agua por el lomo de un pato. Pero no reaccionar requiere un esfuerzo, puesto que la tendencia natural es hacerlo. Los seres humanos son organismos sensibles cuyas reacciones ante su entorno están motivadas por sus sentimientos y guiadas por sus pensamientos. En la mayoría de los casos, el comportamiento se puede controlar mediante el pensamiento y la razón que operan a través del yo, pero cuando los sentimientos resultan muy intensos pueden anular el control del yo y provocar acciones que de otro modo se podrían refrenar. Por ejemplo, un empleado podría encolerizarse tanto por un insulto de su jefe que expresara su cólera a pesar de la amenaza que ello supondría para su puesto de trabajo. En tal caso, retener la expresión requeriría un considerable esfuerzo de voluntad, lo que significaría un estrés para el cuerpo.

Sólo podemos reducir el sentimiento amorteciéndonos o endureciéndonos, lo cual no sólo reduce el impacto del ambiente, sino también nuestra capacidad de responder o de salir de nosotros mismos. Naturalmente esto se convierte en una insensibilidad hacia las fuerzas positivas así como hacia las negativas, hacia el amor así como hacia la hostilidad. Podría parecer que semejante maniobra protectora nos aparta de las tensiones corrientes de la vida; de hecho, lo cierto es lo contrario. Este blindaje nos abruma y, al agotarnos, nos hace aún menos resistentes al estrés.

Para apreciar esta paradoja, consideremos lo siguiente: un hombre que transporte cien libras de harina o carbón sobre sus hombros tiene que tensar los músculos apropiados para soportar la carga. Esta tensión es visible en sus hombros encogidos y en la musculatura tensa, y puede medirse con un electromiógrafo, que registra la cantidad de tensión del músculo. Para mantener su equilibrio, la tensión debe ser igual a las cien libras de presión ejercidas

por la carga. Pero el estrés no está en el peso en sí, sino en la tensión de los músculos del cuerpo.

Muchas personas se quejan de sufrir cargas emocionales; su cuerpo muestra tensiones similares a las que imponen los pesos físicos. Sus hombros están encogidos, su espalda, curvada y sus músculos están fuertemente contraídos, a veces hasta un punto doloroso. Las cargas emocionales son agentes estresantes tan poderosos como las cargas físicas y actúan de modo muy similar. Por desgracia, a menudo es más fácil librarse de una carga física que de una carga emocional. El estrés producido por esta última es, por lo general, de mayor duración y más perjudicial para el cuerpo.

El cuerpo puede arreglárselas muy bien con cierta cantidad de estrés. Podemos cargar un determinado peso, soportar cierto grado de carga emocional y refrenar conscientemente nuestras acciones e impulsos sin ninguna dificultad. No obstante, cuando la carga es incesante o el refrenamiento crónico, el estrés se vuelve perjudicial. El daño más grande se produce cuando dejamos de ser conscientes de los pesos que llevamos o de las restricciones que nos hemos impuesto, porque ya no sentimos la tensión en nuestro cuerpo.

No afirmo que el control consciente del comportamiento sea innatural o perjudicial. Todo lo contrario. A menudo controlamos o modificamos conscientemente nuestra conducta para adecuarla a la situación inmediata. La capacidad de reaccionar eficazmente de este modo es una función del dominio de sí mismo. Pero antes de poder controlar conscientemente nuestras acciones debemos conocer los sentimientos que motivan una respuesta determinada, y debemos tener la capacidad de expresarlos. Así, pues, el dominio de sí mismo depende del autoconocimiento y de la autoexpresión. Las personas que son relativamente sanas tienen por lo general un gran dominio de sí. En las neuróticas, el control inconsciente de la con-

ducta actúa de forma que reduce su dominio de sí mismas. Este control inconsciente se manifiesta en su dificultad para decir «no», para pedir ayuda, para llorar cuando los hieren o para enfadarse cuando los insultan. También es visible en la cantidad de tensión muscular crónica o de rigidez en el cuerpo.

La rigidez es el principal mecanismo del control inconsciente del sentimiento. Se efectúa tensando los músculos voluntarios del cuerpo, de modo que a los impulsos se les niegan sus canales de expresión. Para bloquear un impulso de llorar, el rostro está tenso; para reprimir un impulso de golpear, los hombros y la espalda se ponen tensos. Cuando estas tensiones se vuelven crónicas, el impulso bloqueado no llega a la superficie del cuerpo o de la conciencia. El conocimiento de sí mismo se ha limitado. La rigidización equivale a un amortecimiento del cuerpo. Con el tiempo nos convertimos ya en «cadáveres». Como digo a mis pacientes, los hombres muertos no tienen sentimientos. Cuando no hay ningún movimiento espontáneo en el cuerpo, no hay nada que sentir. Las emociones son actividades involuntarias del cuerpo. Nos vienen. No deseamos amar a alguien, nos enamoramos. Sentimos el impulso de llorar o de encolerizarnos. Las emociones y los sentimientos no son funciones del yo, que controla las acciones voluntarias, las que están sujetas a nuestra voluntad. Las emociones son impulsos que surgen en el centro de nuestro ser, estrechamente conectadas con el corazón. Veremos, no obstante, que la rigidez puede extenderse hasta las profundidades de un organismo, afectando a los músculos blandos, involuntarios. Se encuentran estos espasmos en los músculos lisos de los intestinos, los bronquios y las arterias. La rigidez en los vasos sanguíneos periféricos causa hipertensión, que impone un esfuerzo enorme al músculo del corazón y es un factor de riesgo reconocido para las enfermedades de las arterias coronarias. Cuando aparece en los propios vasos coronarios, donde se

asocia a la formación de placas ateromatosas que estrechan estos conductos de abastecimiento vitales, existe un riesgo grave de ataque cardíaco mortal.

Si queremos comprender el papel que desempeñan las emociones en la producción del estrés, tenemos que examinar otro mecanismo del control inconsciente del sentimiento. Este mecanismo es conocido con el nombre de negación. La negación no opera amorteciendo el cuerpo, sino bloqueando la percepción de un impulso. Un caso típico de negación es la persona que en una discusión empieza a gritar, pero que, cuando se le pregunta si está enfadada, niega airadamente que lo esté. La negación actúa disociando las funciones de percepción de la cabeza y el yo respecto de las funciones centrales de formación de impulsos. En realidad, ambos mecanismos, la negación y la rigidez, existen en la mayoría de los individuos en grados diversos.

La negación explica el hecho de que muchas personas que reprimen sus sentimientos también tengan una fuerte tendencia a reaccionar con desmesura. Antes observamos que, cuando se reprime la cólera, se crean resentimientos. Cuando también éstos se reprimen, la cólera subyacente arde sin llama como un volcán inactivo, manifestando su existencia con pequeñas bocanadas de vapor —en forma de irritabilidad o de comentarios críticos— que se escapan por las grietas de la corteza. Pero en muchas de estas personas las frustraciones continuadas pueden incrementar la energía del fuego interno hasta un nivel explosivo, del que puede brotar una respuesta irracional y exagerada. El hecho de expresar su rabia no libera a estas personas, porque su reacción es tan arbitraria que las hace sentirse culpables, lo cual aviva de nuevo las llamas de su hostilidad.

Cabría preguntar qué relación tiene la rabia con la enfermedad del corazón, o, para el caso, por qué la retención de la cólera es tan

perjudicial para el corazón. La respuesta es que la cólera es una reacción constructiva, que incluye cierto sentimiento de afecto y amor, mientras que la rabia contiene un elemento de odio. Cuando expresamos nuestra cólera damos a entender que nos interesa una persona y que queremos restablecer la relación en un nivel en que el amor y la amistad se puedan sentir y expresar. Tendemos a no enfadarnos con personas que significan poco para nosotros porque, si su comportamiento nos perjudica, podemos apartarnos de ellas.

Uno de mis pacientes informó sobre este aspecto positivo de la cólera. Se había casado con su esposa porque se sentía solo. Ella lo hizo por despecho de un anterior fracaso amoroso. Por razones obvias, su relación nunca prosperó, y mi paciente sufría depresiones. Huyó de esta situación desgraciada sumergiéndose en su trabajo. La cantidad de cólera que albergaba era enorme, pero nunca la expresaba. Se sentía culpable, y su auto estima era tan baja que creía que no tenía derecho a exigir amor. Fue necesario más de un año de labor terapéutica para que su cólera saliera a la superficie. La tensión muscular de su cuerpo era también enorme, igual a la cantidad de cólera reprimida. Hubo que liberar mucha de esta tensión antes de que pudiera entrar en contacto con sus sentimientos. Al mismo tiempo hubo que hacer un análisis minucioso para que pudiera librarse de su sentimiento de culpabilidad al comprender cómo su madre había creado este problema al tratarle como a un niño. Su madre se había divorciado de su padre porque éste no había logrado estar a la altura de sus esperanzas. Mi paciente se convirtió en su criado.

Cuando emergió su cólera por primera vez, sintió deseos de destrozarse mi consultorio. Le dejé golpear mi diván (que era un colchón de espuma de 15 centímetros de grueso) estando de pie, lo que le permitió descargar parte de su rabia sin hacerse daño a sí mismo ni a nadie más. Aporreó el diván durante varios meses. Un

día vino y me dijo que se había enfadado con su mujer. Esta llegó a casa por la noche e inmediatamente se puso a mirar la televisión. El le dijo airadamente que si prefería mirar la televisión a estar con él, se iría. No sé qué rumbo tomó la discusión, pero el hecho es que aquella noche hicieron el amor, lo cual no era habitual en ellos, y que, según mi paciente, fue agradable.

En el transcurso de los años he oído relatos similares de muchos pacientes en el sentido de que una pelea limpia, con expresión abierta de cólera entre una pareja, a menudo termina en un acto de amor. En cambio, cuando hay cólera inexpresada entre los amantes, es casi imposible consumir una unión sexual. La cólera abre el corazón porque dice, en efecto: «Me importa.» La hostilidad, en cambio, cierra el corazón y lo enfría con respecto al otro.

El individuo hiperactivo es idéntico en muchos aspectos a la personalidad del tipo A. Reacciona ante toda situación de conflicto y crítica como si ello fuera una amenaza para su seguridad y su autoestima. Siempre está a la defensiva, cosa que oculta con una pseudoagresividad. El tratamiento de Friedman para estos problemas de conducta consiste en hacer que la persona sea consciente de su estado de tensión, de su hiperactividad y de su impulso apremiante de triunfar. Friedman señala con razón que este impulso apremiante mina la creatividad y obstaculiza tanto cualquier esfuerzo productivo que al final no consigue aumentar la autoestima del individuo. En la medida en que responda a este tratamiento, la persona hiperactiva se sentirá más relajada y menos impelida, lo que aliviará parte del estrés del corazón. Pero este planteamiento tiene sus problemas. No sólo no reconoce las tensiones musculares crónicas de que sufre el individuo hiperactivo, sino que no va a lo esencial del problema.

Lo esencial del problema es el amor, y el lugar del problema es el hogar. Las tensiones del trabajo pueden ser grandes, pero se pue-



den controlar cuando una persona tiene una relación segura, estable y amorosa. Lo que ocurre en el hogar es lo que crea el estrés que afecta más seriamente al corazón.

Esto lo sé por propia experiencia. Mi esposa me ha acusado a menudo de serle hostil, y yo lo he negado otras tantas veces. Yo he sostenido que la amo, y realmente la amo, pero me ofendía su renuencia a declarar su amor incondicional hacia mí. En ocasiones en que la hería con algún comentario que yo calificaría de inintencionado, se apartaba de mí y a veces amenazaba con poner fin a nuestro matrimonio. Esta amenaza me asustaba y me hacía consciente de que tenía un miedo profundo al abandono. Me sentía herido por su rechazo, lo cual me hacía más hostil contra ella. Pero yo no podía enfadarme porque quisiera dejarme si yo sentía que mi conducta la hería y la hacía desgraciada. Pero, al igual que yo la hería con algunos comentarios críticos o negativos, ella también me hería con sus críticas. Me sentía humillado cuando ella me denigraba señalándome algún ejemplo de debilidad o negligencia. Sentía que me trataba igual que mi madre, que por una parte me había admirado, pero, por la otra, me daba a entender que yo no estaba a la altura de lo que ella esperaba. Cuando se lo indiqué a mi esposa, ella contestó que yo la trataba como si fuera mi madre.

Mi problema, tal como lo veo ahora, era que no me daba cuenta de mi hostilidad. Cuando se me acusaba de ello me ponía a la defensiva, lo que no hacía sino aumentarla. Pero ¿cómo podía ser hostil a la persona a quien amaba y cuyo amor quería, ya que reconociendo mi hostilidad destruiría —éste era mi miedo— la posibilidad de obtener dicho amor? Me sentía atrapado en esta situación. Por suerte no me entró el pánico ni me hice más rígido como auto-defensa. Al contrario, intenté captar mis sentimientos. Lloré cuando reconocí en mí una profunda tristeza. Nunca había sentido el amor incondicional que quería tan desesperadamente, y pude darme

cuenta de lo colérico que estaba. También me di cuenta de que no quería vivir en un estado de ambivalencia. Si no podía conseguir el amor que quería, tomaría mi dolor y me iría. No iba a quedarme atrapado. Tenía que ser libre.

Ser libre significaba que tenía que ser fiel a mí mismo. No podía seguir jugando al juego de «tú me ofendes y yo te devuelvo la ofensa». Decidí que no iba a dejar que mi mujer me denigrara por ningún motivo. Yo tenía mis debilidades como ella tenía las suyas. Cuando ella me criticaba se convertía en mi madre, y yo me enfadaba, tanto si su crítica estaba justificada como si no. La mayoría de las veces lo estaba, pero esto no excusaba el que me lo dijera de un modo que me hacía sentir miserable. Una noche, durante una de nuestras disputas, mi cólera estalló y le dije que la pegaría si volvía a humillarme. Mi cólera era tan intensa que no me importaba lo que ocurriera con nuestra relación. Es difícil tener miedo cuando uno está tan encolerizado. Pero ello no rompió nuestra relación. Me sorprendí al ver que mi mujer reaccionaba de manera positiva a esta expresión de cólera. Y tuve un intenso sentimiento de liberación. El estar libre de aquellos sentimientos negativos me dio tal sensación de ligereza que me di cuenta de la carga y la tensión que habían sido para mí.

Creo que todos queremos ser libres, amar incondicionalmente, darnos enteramente en el amor y el sexo. Teniendo en cuenta las experiencias de nuestra infancia, no es fácil conseguir este estado. La cólera que sentí contra mi madre por algunas de las cosas crueles que me hizo había sido reprimida. Recuerdo un incidente de cuando tenía tres años. Me cogía de mala manera mientras me vestía y yo empecé a pegarla con los puños. Se volvió hacia mí y, con una mirada de reproche, me dijo: «¿Cómo puedes pegar a tu madre?» Me hizo sentir tan mal que nunca volví a pegarla, ni a nadie salvo en defensa propia. La amenaza implícita en sus palabras era

que pegar a alguien a quien se ama es un grave crimen. Sé que me sometí, y mi rebelión se hizo pernicioso. Pero ¿qué otra cosa puede hacer un niño pequeño? Con el tiempo, cuando reprimí mi cólera, experimenté progresivamente una fuerte tensión en la parte superior de la espalda y alrededor de los hombros. Al final me convertí en el típico candidato a un ataque cardíaco: un individuo rígido, blindado, con la cabeza un poco inclinada y la respiración limitada. Pero esto lo he cambiado mediante el trabajo que he llevado a cabo conmigo mismo, del que doy una breve descripción a continuación.

Permítaseme decir que he realizado bastante terapia para ser consciente de las tensiones de mi cuerpo y de los temores asociados con ellas. Mi temor más grande era el de ser abandonado si no satisfacía las esperanzas de mis padres. Había un elemento de pánico en este miedo, que traté de no sentir manteniendo mi cuerpo tenso y rígido. También percibí una profunda tristeza relacionada con la pérdida del pecho de mi madre en una edad temprana. Esta tristeza se ve en mis primeras fotografías. Aun cuando tenía conciencia de este sentimiento, llorar era difícil. Para mí, llorar significaba derrumbarme y sentirme desamparado, sentimiento al que me resistía con fuerza. La resistencia se manifestaba en la rigidez de mi espalda y mi cuello. Trabajé de modo intensivo con mi cuerpo para ablandarlo a fin de que el llanto pudiera irrumpir con mayor facilidad. Hice ejercicios especiales de tocar el suelo para reforzar mis piernas, de modo que pudiera sentirme seguro en ellas. Liberé gran parte de la tensión de la zona superior de mi espalda golpeando regularmente la cama con los puños mientras verbalmente daba expresión a la cólera. (Describiré estos ejercicios en el capítulo 10.) Quiero subrayar que en la mayoría de los casos es necesario trabajar con el cuerpo así como con la mente para lograr los cambios que asegurarán la salud del corazón.

En este capítulo examinaremos los acontecimientos inmediatamente anteriores a un ataque cardíaco a fin de determinar el estado emocional de la víctima. Sabemos que el estrés asociado a la conducta del tipo A hace vulnerable a la persona a las dolencias cardíacas y al ataque al corazón. Este estrés proviene de la represión de sentimientos tales como la hostilidad, el anhelo, la tristeza y el miedo, todos los cuales están asociados con la experiencia de la angustia en la primera infancia. Se manifiesta en tensiones musculares crónicas, que provocan un pecho hinchado, una tendencia a contener la respiración, una respiración poco profunda y una rigidez general. El estrés también provoca un aumento de la producción de hormonas adrenales, alteraciones en el metabolismo de los ácidos grasos y una reducción en la producción de prostaciclina. Examinemos estos cambios bioquímicos con cierto detalle.

Normalmente, cuando una persona se enfrenta a una situación de estrés o de peligro, el cuerpo moviliza su energía para hacer frente al estrés o eliminar el peligro. Muchos sistemas actúan juntos para estimular esta movilización. El cerebro tiene dos redes nerviosas principales que regulan y controlan las reacciones del cuerpo; son el sistema nervioso voluntario y el sistema autónomo. El primero rige de modo predominante las acciones de los músculos estriados o voluntarios, que están sometidos en gran parte al control consciente. El segundo, el sistema autónomo, rige las operaciones de los órganos, glándulas y músculos lisos, todos los cuales están normalmente fuera del control consciente. El sistema

autónomo tiene dos partes opuestas, el parasimpático y el simpático. El parasimpático coordina la respuesta del organismo a los estímulos agradables. Actúa para relajar y dilatar el cuerpo. Cuando los estímulos son amenazantes o dolorosos, el sistema simpático actúa para contraer el cuerpo y movilizar sus defensas. Un ejemplo de esta acción antagonista lo vemos en el efecto que tienen estos dos sistemas sobre el corazón: el parasimpático modera el ritmo cardíaco y el simpático lo acelera. Esta última acción ayuda al corazón a proporcionar más sangre a los músculos cuando éstos están haciendo frente activamente a una situación amenazante.

Además de esta regulación nerviosa, diversas glándulas secretan hormonas que desempeñan un papel activo en la movilización de las defensas del cuerpo. Entre las más importantes se encuentran las glándulas suprarrenales, que secretan unas hormonas conocidas como catecolaminas. Dos de estas hormonas, la adrenalina y la norepinefrina, aumentan la actividad cardíaca, elevan la presión sanguínea y constriñen los vasos sanguíneos periféricos, aportando más oxígeno y nutrimento al cerebro, al corazón y a otros músculos. Todos sabemos qué estímulo proporciona la adrenalina a alguien que está sometido a un gran estrés. Las catecolaminas también influyen en el metabolismo de la grasa, la reserva de energía del cuerpo, produciendo ácidos grasos libres que en el hígado se transforman en triglicéridos. Pero la acción de estas hormonas también se ha relacionado con las dolencias cardíacas. Las lipoproteínas que resultan pueden depositarse en las paredes de las arterias formando placas ateromatosas, que estrechan las arterias y reducen o bloquean el flujo de la sangre. Cuando este estrechamiento tiene lugar en las arterias coronarias se convierte en uno de los factores responsables del ataque cardíaco. El otro factor es el espasmo coronario, que, actuando sobre una arteria esclerótica, cortará completamente el flujo de sangre al músculo del corazón.

Este sencillo análisis plantea una importante pregunta. ¿Por qué un mecanismo que la naturaleza ha creado para ayudar a un organismo a reaccionar ante una amenaza a su integridad resulta ser una de las causas de la enfermedad? La respuesta es que el daño se produce cuando el cuerpo se moviliza para actuar pero no puede hacerlo porque está petrificado por el miedo. Cuando un organismo reacciona ante una amenaza luchando o huyendo, la actividad física incrementada consume la energía suplementaria que el metabolismo de la grasa proporciona. Pero en una situación de estrés o de peligro, en la que ninguna de estas dos acciones es posible, el exceso de lipoproteínas quedará depositado en las paredes arteriales.

Dos situaciones ilustran claramente lo que ocurre en el nivel metabólico cuando una persona está atrapada y no puede reaccionar eficazmente ante el estrés. Se ha descubierto que el nivel de colesterol de la sangre de los contables sube considerablemente con la tensión que acompaña a la preparación de las declaraciones de renta y que va aumentando a medida que se acerca la fecha límite. No pueden luchar ni huir, sino que tienen que permanecer sentados en su escritorio hasta que terminan su trabajo. Los mismos niveles elevados de colesterol se han encontrado en estudiantes de medicina durante los períodos de exámenes. También ellos están atrapados temporalmente en una situación que exige someterse al estrés. Tanto para los contables como para los estudiantes de medicina, el grado de estrés experimentado depende del estado del individuo. Los que están más relajados sentirán menos estrés, mientras que los que tienen miedo sufrirán un estrés más intenso. Hay otro sistema que tiene relación con nuestro estudio. Este sistema incluye la producción de compuestos que controlan la viscosidad de la sangre. Estos compuestos son el tromboxano (TXA2) y la prostaciclina (PG12), ambos derivados del ácido araquídico, que está presente en

las paredes de los vasos sanguíneos y en el plasma sanguíneo. La acción de estos compuestos es antagónica; el tromboxano causa la agregación de las plaquetas de la sangre y es el agente más potente de los que provocan la contracción de los vasos sanguíneos. La prostaciclina inhibe la agregación de plaquetas y dilata los vasos sanguíneos. En condiciones normales, la sangre fluye libremente por las arterias. Para facilitar este flujo, la prostaciclina recubre el interior de las arterias para que nada se pegue. Pero cuando la pared de una arteria está dañada, el tromboxano, producido a partir del tejido dañado, hace que las plaquetas se peguen como un coágulo al mismo tiempo que la arteria se contrae. Esta acción impide o disminuye la hemorragia y es un importante mecanismo de defensa del cuerpo. Las catecolaminas, u «hormonas de la lucha», favorecen la producción de tromboxano. Pero, si el cuerpo produce un exceso de éste, se pueden formar coágulos en paredes arteriales no dañadas. Un exceso de tromboxano significa una deficiencia de prostaciclina.

El investigador polaco R. Cryglewski ha ampliado nuestro conocimiento de estos complejos mecanismos demostrando que la prostaciclina se produce en los pulmones. Cuando los sujetos de su estudio fueron estimulados farmacológicamente a respirar más, el nivel de prostaciclina de sus vasos sanguíneos aumentó. Otros investigadores han confirmado este descubrimiento. En vista de esta conexión entre la respiración y la producción de prostaciclina, J. Santorski describe la siguiente secuencia de hechos: estrés ► limitaciones respiratorias ► menos prostaciclina ► esclerosis. (No es casualidad que el oxígeno sea lo primero que se administra a la víctima de un ataque cardíaco. Si hubiera inhalado bastante oxígeno durante su vida podría haberse ahorrado el ataque.)

La acción continuada de todos estos factores durante años daña las arterias coronarias, produciendo un grado u otro de arterioscle-

rosis. En este estado, las arterias coronarias adquieren rigidez y su lumen (o anchura funcional) se estrecha, con lo que reduce el flujo de sangre que llega al músculo del corazón. Si este estado es grave en cualquiera de las arterias, el individuo que lo sufre sentirá dolor en la zona del corazón al hacer un esfuerzo, por ejemplo, al subir escaleras. Este dolor, llamado angina, es un síntoma claro de enfermedad de las arterias coronarias, pero un individuo puede sufrir angina durante mucho tiempo sin tener un ataque cardíaco. Por otra parte, puede tener un ataque cardíaco grave sin ninguna experiencia previa de dolor anginal.

Se produce un ataque al corazón cuando una de las arterias coronarias se cierra completamente, privando del oxígeno necesario a una parte del músculo del corazón. Las fibras musculares privadas de oxígeno mueren en un proceso conocido como infarto de miocardio. Si el infarto es extenso, el corazón puede sufrir un *shock* o una fibrilación ventricular, y la persona puede morir. Si la persona sobrevive al ataque, el corazón se cura hasta cierto punto. Las células del músculo muerto son sustituidas por tejido fibroso, que forma una cicatriz. Un corazón con cicatrices es un corazón dañado, pero el grado de este daño depende de la situación y la extensión del infarto. Tras recuperarse de un ataque cardíaco, la mayoría de las personas pueden llevar una vida relativamente normal, y muchas de ellas no sufren más ataques. No obstante, si las presiones y el estrés que culminaron en el primer ataque no se reducen, hay grandes probabilidades de que se produzca un segundo o un tercer ataque, de desenlace fatal.

Aunque para que se produzca un infarto de miocardio sólo es necesario que esté cerrada una de las arterias coronarias, por lo general las demás también están enfermas. Los cardiólogos utilizan angiogramas —fotografías de rayos X tomadas tras inyectar en los vasos sanguíneos un tinte opaco para determinar en qué medida se



han estrechado las arterias coronarias. Si la enfermedad ha progresado hasta el punto de que las arterias tienen dificultad para llevar a cabo su función, puede ser recomendable una operación de *bypass* a fin de que las arterias enfermas puedan ser reemplazadas por venas limpias. De este modo se restablece un flujo sanguíneo más normal hacia el músculo del corazón. Pero si las condiciones que provocaron el problema persisten, estas «arterias» sustituidas también quedarán dañadas con el tiempo.

Todo el mundo da por sentado que tiene lugar un ataque cardíaco cuando el corazón está sometido a una tensión abrumadora. Todos conocemos el hecho de que a veces los hombres de edad sufren ataques cardíacos cuando quitan nieve con una pala. Los tenistas, los corredores de maratón y otros entusiastas del deporte a veces los sufren también. Un ejemplo clásico es el caso de James Fixx, autor de varios libros populares sobre el deporte de correr, que murió mientras corría. Posteriormente se supo que sufría una enfermedad coronaria. Es evidente que hizo un esfuerzo demasiado grande y su corazón no pudo aguantarlo. Pero ni el quitar la nieve con una pala ni el correr son cosas peligrosas en sí. Los hombres de edad, como yo mismo, a menudo quitan nieve con una pala sin sufrir daño alguno, al igual que muchos hombres corren o juegan al tenis regularmente sin que les pase nada. Lo peligroso es forzarse y extremarse porque ello con mucha frecuencia va acompañado de cierta retención de la respiración.

Las acciones que resultan de impulsos espontáneos por lo general se hacen sin esfuerzo. Cuando un movimiento brota del sentimiento que lo inspira tiene una cualidad unificada: todas las partes del cuerpo están coordinadas libremente en la acción y nunca hay una falta de oxígeno. No necesitamos hacer ningún esfuerzo, por ejemplo, para correr a recibir a alguien que no hemos visto desde hace mucho tiempo. Sin embargo, lo más corriente es que

nuestras acciones y movimientos tengan una finalidad y que a menudo requieran cierto ejercicio de la voluntad para alcanzarla. El esfuerzo o el uso de la voluntad tensa los músculos, lo que dificulta la respiración. Cuando estamos intensamente concentrados en un objetivo, podemos sentirnos bajo tal presión para conseguirlo que no nos detengamos para respirar. En cambio, concentrándonos en nuestra respiración, podemos disminuir en gran medida el estrés de cualquier actividad. Al quitar nieve con una pala, por ejemplo, es esencial detenerse para respirar regularmente. Tratar de vencer las sensaciones de agotamiento o cansancio es buscarse problemas.

James Fixx podría haber salvado la vida si hubiera dejado de correr cuando notó cierto agotamiento. Sin embargo, dejarlo habría significado reconocer el fracaso, lo que evidentemente era inaceptable. Cuando el fracaso se identifica con una pérdida de autoestima y, por tanto, del derecho de ser amado, puede ser lo bastante abrumador como para suscitar sentimientos de impotencia y desesperanza, que pueden acabar en un colapso.

En muchos hombres de nuestra cultura, la necesidad de demostrar su virilidad es un impulso poderoso. Ser débil o impotente implica una tremenda pérdida de autoestima. Pero mantener una imagen de poder, fuerza y competencia exige una tremenda inversión de energía en una postura particularmente perjudicial. Sacar el pecho, encoger el vientre, enderezar los hombros, apretar la mandíbula y poner rígida la espalda tal vez dé a un hombre un aspecto «macho», pero limita gravemente su respiración, al tiempo que lo vuelve insensible a las tensiones físicas y emocionales a que se somete.

Pero éstos son casos especiales. La mayoría de los ataques al corazón no ocurren durante una actividad física enérgica. Un estudio de 1347 ataques determinó que sólo el 2 por ciento de ellos tuvo lugar durante un esfuerzo físicotía.

La cuestión de la relación del esfuerzo con las dolencias cardíacas se plantea muy a menudo cuando un médico aconseja a un paciente que ha sufrido un infarto sobre su capacidad para realizar el coito. Estos pacientes temen por lo general que este esfuerzo pueda agotar al corazón y provocar otro ataque. Pero esta ansiedad no se limita a los hombres que han sufrido un infarto. Aunque hay chistes sobre el «morir en la silla de montar» que sugieren que un ataque cardíaco durante la actividad sexual es el modo ideal de salir de este mundo, la verdad es que rara vez se produce la muerte durante la relación sexual. En un estudio japonés sobre treinta mil muertes, sólo se supo de treinta y cinco que hubieran ocurrido durante la actividad sexual. De estas treinta y cinco, veintiocho tuvieron lugar mientras el hombre tenía relaciones con una mujer distinta de su esposa. Lo que se desprende de ello es que lo que mató no fue la actividad sexual, sino el sentimiento de culpabilidad. Un inspector médico observó que la muerte en estas circunstancias ocurre por lo común en un medio no familiar y después de una gran comida acompañada de la ingestión de alcohol. Si el hombre en cuestión es un hombre de edad, puede que apenas sea capaz de hacer nada. El hecho de forzarse para evitar el fracaso lo somete a un estrés emocional y físico enorme.

Uno puede «excederse» en muchos niveles simultáneamente. Cuando esto ocurre, el estrés muchas veces es superior a lo que el corazón puede soportar. El caso siguiente ilustra esta combinación de tensiones. Un médico, al que llamaremos Arthur, describió así los hechos que acompañaron a su ataque cardíaco:

Mi padre murió a la edad de treinta y ocho años de un infarto agudo.

Yo tuve uno a la edad de treinta y siete el día de Navidad. La ironía de este «regalo» no se me ha escapado, ni el hecho de que estaba siguiendo los pasos de mi padre, si bien un año antes.

En el momento de mi infarto hacía poco que había roto con una señorita a

quien había estado viendo de forma intermitente y acababa de volver con otra mujer con la que había tenido una relación inestable y explosiva durante cierto tiempo. Quizá el mejor modo de describir mis relaciones sexuales sería como inmaduras e inestables. Era incapaz de «sentar la cabeza» y «tomar un compromiso», y mi actitud sexual, con múltiples parejas, era más bien compulsiva. Sin embargo, siempre volvía a una relación en general insatisfactoria y emocionalmente explosiva con aquella mujer en concreto. Hasta el momento de mi infarto nunca había tenido ningún síntoma de problemas cardiovasculares (es decir, angina, disritmia, etc.), de vez en cuando me tomaba la presión en el trabajo, en la sección de urgencias, y durante unos meses antes del infarto tuve de forma intermitente altas presiones diastólicas (nivel 110).

Como internista experimentado, puedo decir que los únicos factores de riesgo (al menos los reconocidos por nuestra ortodoxia «mecanicista») eran los antecedentes familiares, el consumo de tabaco y un estilo de vida bastante sedentario. En el momento del ataque mi nivel de colesterol era de 250.

El infarto tuvo lugar después de trabajar muchas noches seguidas en la sección de urgencias (de siete de la tarde a siete de la mañana). Me fui a casa el día de Navidad por la mañana y me desperté a la una del mediodía con un dolor extraño en el pecho. Tenía la sensación de que mi pecho estaba suspendido de cables de alta tensión que tiraban de él en distintas direcciones. Era desagradable, pero no exactamente doloroso. Recuerdo que me pregunté si estaba teniendo un infarto. Noté que el dolor se extendía hacia ambos brazos y que sudaba con intensidad y sentía ligeras náuseas. Al tensar los músculos pectorales, la sensación empeoró un poco. Pensando que todo venía de una tensión muscular, traté de masturbarme, pero esto no hizo sino aumentar el dolor y fui incapaz de tener un orgasmo. Me levanté, tomé un baño y me sentí un poco mejor, pero estaba hecho polvo. Pensé que tenía un virus y me dispuse a salir a cenar, tal como había planeado, con la mujer con la que me había estado viendo y con su familia. Volví a casa temprano. Fui a trabajar el día siguiente de Navidad a las siete de la mañana, aunque me sentía muy mal y tenía un aspecto terrible. Justo antes de irme a casa, tuve el «capricho» de hacerme un cardiograma. Eché una mirada y dije: «¡Oh, mierda!» Había sufrido un infarto inferior agudo. Mi subsiguiente hospitalización fue tormentosa. Me hicieron un *bypass* en cinco vasos; mi presión del oxígeno cayó en picado en el postoperatorio, y yo me quedé —comprensiblemente— desconcertado.

Un caso más de hombre sometido a un esfuerzo excesivo, yendo hasta el fin para demostrar su virilidad y negando su cuerpo. El siguiente relato del ataque cardíaco y la muerte de un hombre de treinta y seis años presenta un argumento similar. El ataque ocurrió

mientras Joseph estaba de vacaciones en Florida con su esposa. Estas vacaciones eran la primera pausa del trabajo, un empleo de mucha exigencia y responsabilidad, desde hacía unos ocho meses. Era muy competente en su campo, pero el hecho de que fumara tres paquetes de cigarrillos al día indicaba el estrés a que estaba sometido. Además, era obeso y hacía poco ejercicio físico. El día del ataque Joseph había hecho dieciocho agujeros jugando al golf. Aquella noche él y su mujer fueron a una cena con espectáculo y él comió bastante. Según su esposa, se abstuvo de tomar postre, que normalmente comía, y se quejó de cierto malestar después de la comida.

La pareja regresó a casa cerca de la medianoche y se puso a hacer el amor. La esposa de Joseph contó que su eyaculación fue apagada y que su cuerpo se puso flácido en el clímax. Inmediatamente después volvió a quejarse de cierto malestar. Se opuso a que su mujer llamara a un médico, diciendo que el malestar pasaría pronto. Pero poco después dijo que tenía una sensación rara en la cabeza y se puso pálido. Su esposa dijo que parecía como si estuviera borracho. La mujer se alarmó seriamente cuando él dijo que creía estar sufriendo un ataque de ansiedad y llamó a una ambulancia, pero cuando ésta llegó el hombre ya había muerto.

Joseph era claramente candidato a un ataque cardíaco. Si era tan brillante como pretendía su esposa, debería haberlo sabido. Su conducta parecía indicar que hacía un esfuerzo extraordinario para desafiar su vulnerabilidad o, como veremos en un capítulo posterior, para enfrentarse a su destino. Para muchos hombres, el fumar cigarrillos se identifica con la virilidad. Dejar de fumar, por tanto, puede verse, a nivel inconsciente, como la admisión de un fracaso. Joseph estaba decidido a triunfar a toda costa. Tenía que demostrar que era un triunfador en el juego de golf, en la cena y en el sexo. Se forzó hasta el límite —y más— para satisfacer su imagen. En el

acto sexual pudo encontrarse frente a frente con su impotencia y ser presa del pánico.

La mayoría de los hombres temen el fracaso en el sexo, asociado como está con la pérdida de amor. Hasta hace poco, este miedo no afectaba tanto a las mujeres, pero la situación está cambiando a medida que cada vez más mujeres entran en un mundo laboral competitivo en el que son juzgadas por sus realizaciones. Muchas adoptan la conducta del tipo A, lo que las predispone a las dolencias cardíacas. En las últimas dos décadas la incidencia de las enfermedades coronarias y el infarto de miocardio ha crecido espectacularmente entre la población femenina. El cambio en su estilo de vida también afecta a su funcionamiento sexual. En un estudio reciente sobre la disfunción sexual entre las mujeres, 218 esposas trabajadoras y no trabajadoras fueron sometidas a un cuestionario sobre su sensibilidad sexual en el Masters and Johnson Institute. El análisis de los datos reveló que las mujeres que seguían carreras que exigían un mayor compromiso de tiempo y energía eran dos veces más propensas a buscar ayuda por la inhibición del deseo sexual que las mujeres que tenían empleos menos exigentes o que las mujeres que no trabajaban fuera de su casa. Las mujeres de carrera también se quejaban más de vaginismo que las otras dos clases de mujeres. Así, pues, tanto a los hombres como a las mujeres, este impulso de ejecutar los coloca bajo una gran presión y al mismo tiempo interfiere en su capacidad de descargar esta presión mediante el placer y la satisfacción del amor.

Una ejecutiva de sesenta años, a quien llamaremos Lucy, tenía exactamente estos problemas, pero por suerte se retiró antes de que su estado se deteriorara hasta el punto de enfermar del corazón. Lucy acudió a mi consulta afectada de una depresión después de ser rebajada de categoría en una gran empresa. Culpaba de su degradación a la envidia de su superior, pero la razón oficial que le

dieron era que carecía de juicio. Fuera cual fuera la razón, no era difícil ver que estaba tensa y apurada. Era obesa y estaba avergonzada de su figura, y comentó que su nivel de colesterol era extremadamente alto, más de 300. Vi que tenía la mandíbula apretada, lo que indicaba que había realizado un esfuerzo considerable para alcanzar su posición, y que su pecho estaba hinchado y su respiración era floja. La fuerza de voluntad que le había permitido ascender en el mundo de los negocios le faltaba en su vida privada: fumaba unos dos paquetes de cigarrillos al día, aunque había intentado muchos sistemas diferentes para dejar de fumar. Dicho en términos sencillos, su problema era la necesidad de demostrar su competencia y superioridad, un trastorno típicamente narcisista.

Creo que Lucy se libró de un ataque cardíaco porque aceptó una jubilación anticipada después de su pérdida de categoría. De este modo se vio libre del estrés de una situación competitiva. Su posterior depresión la condujo a la terapia, donde se dio cuenta de que el mundo de los negocios no era lo que le gustaba y que su verdadero deseo era tener una relación amorosa con un hombre. También dejó de fumar. Así, pues, Lucy llegó a interpretar su fracaso como una liberación. De no haberlo hecho, habría luchado para mantener su autoestima, lo cual la habría sometido a un estrés y una presión continuos.

En *The healing heart*, Norman Cousins atribuye a Arnold Hutshneves, autor de *The will to live*, la idea de que «las personas que se sienten atadas a obligaciones que con gusto dejarían a un lado son candidatas a enfermedades súbitas y graves». El propio Cousins sufrió un ataque cardíaco en su casa tras regresar de «un viaje agitado a la costa Este justo antes de Navidad». Se vio ante la perspectiva de otro viaje al Sudeste al cabo de pocos días, y pensó que podría ser superior a sus fuerzas. Al día siguiente tuvo un ataque al corazón.

«Inmediatamente después de comer —cuenta Cousins me asaltó una oleada de náusea y debilidad. Empecé a jadear. No sentía ninguno de los dolores intensos y lacerantes generalmente asociados con los ataques cardíacos, pero la opresión en el pecho y la dificultad para respirar no permitían dudar de que mi corazón estaba fallando.» La esposa de Cousins lo conectó a una bombona de oxígeno hasta que llegaron los enfermeros. A partir de este momento, Cousins se esforzó al máximo para evitar el pánico, que según él es lo que realmente mata. *The healing heart*, que describe su recuperación de lo que se diagnosticó como una «importante» destrucción del músculo cardíaco y un paro cardíaco congestivo, es una interesante explicación de la influencia de los factores psicológicos y emocionales en la enfermedad.

Pero, ¿pueden éstos provocar la enfermedad? Cousins no era un típico individuo del tipo A: creía en la risa como medio para hacer frente al estrés, no fumaba ni bebía, su presión sanguínea era baja y no era obeso. Acostumbraba a hacer mucho deporte, pero en los últimos tiempos lo practicaba menos a causa de su viajes. Dos meses antes experimentó dificultades para respirar en tiempo frío, una sensación de presión en la garganta y pesadez en la pierna derecha, y había rastros de sangre en sus esputos. Sin embargo, un electrocardiograma no reveló nada patológico, y los síntomas remitieron. No obstante, algo iba mal. Por desgracia, la mayoría de los médicos no saben ver un proceso de enfermedad hasta que llega a la patología estructural. Nadie comprobó si Cousins respiraba bien o mal, cómo estaba de rígido su cuerpo, cuán hinchado estaba su pecho, cuán tensa su garganta y su mandíbula. Si deseamos comprender la enfermedad, especialmente la enfermedad crónica, debemos utilizar un enfoque holístico y mirar la persona, además de su órganos.

La idea de que las obligaciones no deseadas pueden llevar a



una enfermedad grave es sugestiva pero incompleta. Si la situación despierta sentimientos de pánico e impotencia, podría ciertamente ser peligrosa, sobre todo si los sentimientos no son reconocidos. El esfuerzo de bloquear la expresión de estos sentimientos impone una tensión al corazón. Pero la verdadera trampa para el corazón es una situación de desamor. Cousins dijo que sentía amor por su esposa y sus hijos, pero se preguntaba si se lo había hecho saber y sentir.

No conocemos los detalles íntimos de la vida personal de Cousins, y los cardiólogos generalmente no investigan estas cuestiones cuando tratan a sus pacientes. Las estadísticas rara vez ayudan porque los investigadores no hacen las preguntas adecuadas. Sin embargo, estos detalles se pueden obtener en los informes psicoterapéuticos, y a menudo proporcionan datos que confirman estas ideas.

El paciente que relató lo que sigue era un internista que vino a la consulta después de recuperarse de un ataque cardíaco. Ralph era un hombre de edad próxima a los sesenta años, casado en segundas nupcias, y su matrimonio no era feliz. Tenía una hija de su primer matrimonio y dos hijos del segundo. Los problemas empezaron pronto, cuando, como dijo Ralph:

Descubrí que mi segunda esposa no soportaba a mi hija. Era como una bruja, rencorosa y cruel. Y después se comportaba como una niña. Fue una época muy dolorosa. Traté de ayudarla, pero no sirvió de nada. Era un infierno.

Unos dos años antes del ataque, me separé de mi mujer. Pero no pude soportar el dolor de un segundo divorcio, esta vez con mis dos hijos de por medio y volví con ella.

Más o menos un año antes del ataque, me desesperé. Era impotente con mi esposa, por lo que decidí probar con otras mujeres: jugarme el todo por el todo y tener relaciones sexuales cuando y con quien yo quisiera. Descubrí que no era impotente con otras mujeres, pero estas relaciones ocasionales no me satisfacían. No tenían nada que ver con mi vida.

Entonces me enamoré de una mujer más joven, llamada Mary, que entró a trabajar de enfermera conmigo. Una noche volví a casa tarde después de

haber estado con ella y encontré a mi mujer muy enfadada. A pesar de su furor, le conté lo de esta nueva relación. Pero no pude enfrentarme con ella. Me amedrentó y me hizo renunciar a Mary, cosa que no estaba dispuesto a hacer, por lo que seguí viéndola a escondidas.

El día del ataque fui a tomar una copa con Mary antes de volver a casa.

Aquella noche mi mujer quiso hacer el amor, y lo hicimos. Tuve que esforzarme. Aunque eyaculé, no tuve ninguna sensación de desahogo ni de ligereza. No podía acostarme. Sentía tirantez justo debajo de las costillas. Fui al baño pensando que si podía hacer de vientre desaparecería. El dolor pareció remitir, pero cuando volví a la cocina apareció de nuevo. Era un dolor constante y parecía ir en aumento. Duró unos diez minutos, pero no era un dolor abrumador. Con todo, pensé que podía ser un ataque cardíaco. Mi mujer se levantó de la cama y le dije que me llevara al hospital. Durante el trayecto vomité varias veces involuntariamente.

En la sala de urgencias me conectaron a un electrocardiógrafo, pero, sorprendentemente, todo el dolor había desaparecido. Me sentí decepcionado por haber hecho un diagnóstico equivocado. Pero luego volvió el dolor y me dieron morfina. Me dormí, y mientras dormía sufrí un paro cardíaco. Los médicos restablecieron el ritmo cardíaco, pero se produjo una fibrilación ventricular y tuvieron dificultades para estabilizar el ritmo. Al despertarme y observar la irregularidad de la pantalla, tuve un arranque de humor negro. No me importaba en absoluto si vivía o moría. No sentía ningún pánico. Me había quedado desconcertado cuando pensé que había hecho un mal diagnóstico, y me alivió que descubrieran que se trataba de un ataque cardíaco. Era un infarto de la pared posterior.

Pensé: «¿Podré vivir bastante para sobrevivir a este matrimonio?» Tuve la sensación de que el contacto sexual de aquella noche con mi mujer, el primero desde que había renunciado a Mary, era la traición final a mí mismo.

Otro hecho doloroso había precedido al ataque. Junto con varios socios, habíamos hecho planes para construir una clínica. Inmediatamente antes del ataque, la empresa había desembocado en un desastre financiero. Hube de renunciar a mi sueño y separarme de mi gente. Me sentía derrotado. Tenía la sensación de que mi mujer me tenía acogotado.

Podemos aprender mucho de este relato, que muestra claramente las poderosas fuerzas que engendran un ataque cardíaco. La última observación indica cuán atrapado se sentía Ralph en su matrimonio. Pero el hecho de estar atrapado no puede considerarse el factor determinante que precipita el ataque. La gente ha estado atrapada

en matrimonios insatisfactorios y otras situaciones durante años sin que sucediera nada dramático. En mi opinión, el elemento desencadenante es el fracaso del impulso súbito de estallar. El fracaso del impulso deja a la persona con una sensación de impotencia. Uno puede tolerar el hecho de permanecer atrapado en una situación dolorosa mientras haya algo de esperanza en el corazón. Existe un dicho según el cual hay esperanza mientras el corazón late. Esto implica que el paro cardíaco equivale a una pérdida de la esperanza. El ataque cardíaco de Ralph fue como un toque de difuntos y debió ir asociado con una pérdida de esperanza. Sufrió realmente un paro cardíaco.

¿Cómo encajan la esperanza y el amor en nuestra idea del corazón? ¿No es la esperanza básicamente una esperanza de amor, una esperanza de una conexión significativa y placentera con la vida, con el mundo que nos rodea, con una o varias personas determinadas de este mundo? La prisión perpetua no es una sentencia de muerte si el prisionero establece esta conexión significativa con sus compañeros de prisión y con este mundo particular. Pero la mayoría de los condenados a cadena perpetua tienen alguna esperanza de liberación. Volveremos a estudiar este aspecto del sujeto en el capítulo siguiente. Lo que aquí nos interesa es el papel que desempeñan el miedo y el pánico en el desencadenamiento del ataque cardíaco. ¿Por qué Ralph no podía salirse de su matrimonio? ¿Qué lo detenía? (¿De qué tenía miedo?) Más tarde me enteré de que finalmente se había divorciado de su mujer. Debemos darnos cuenta de que la verdadera trampa está dentro, de que el corazón está aprisionado en una jaula rígida y ansia ser libre para buscar el amor. Pero evadirse de esta prisión evocará el dolor de la angustia y el miedo al abandono que pueden hacer que la persona sea presa del pánico y reprima el impulso. Aplastar el impulso de buscar el amor y la libertad es, en efecto, apretar las clavijas al corazón, lo

que puede producir un espasmo de una de las arterias coronarias.

El espasmo, en mi opinión, es la clave para comprender el ataque cardíaco. La enfermedad de las arterias coronarias en forma de placas ateromatosas y de engrosamiento de la pared arterial predispone a la arteria a un ataque, pero raramente es en sí responsable de su oclusión total. Dos observaciones apoyan esta opinión. Las personas pueden sufrir una grave enfermedad coronaria durante años sin que se produzca un ataque. Y, por otra parte, una persona puede sufrir un infarto de miocardio sin tener antecedentes de enfermedad coronaria. Debemos preguntarnos, pues, qué causa el espasmo. Los espasmos tienen lugar en tejidos musculares distintos de la arteria coronaria. Cuando se produce un espasmo en un gran músculo estriado lo llamamos un calambre. Todos hemos experimentado estos calambres en los músculos de las piernas cuando hacemos un movimiento súbito, rápido o infrecuente. Estos espasmos no se producen en músculos que están completamente relajados o en los que están muy contraídos. En este último caso no es posible ningún movimiento inusual, mientras que en el primero, todos los movimientos son libres. Un movimiento inusual se produce cuando el músculo tenso empieza a relajarse, esto es, a moverse libremente. La momentánea pérdida de control provoca una reacción de miedo en el músculo tenso, que sufre un espasmo. Por suerte, estos espasmos o calambres no son peligrosos y desaparecen con un poco de relajamiento. La situación es más grave cuando esto ocurre en una arteria coronaria.

La víctima de un ataque cardíaco rara vez es consciente de esta sucesión de hechos. Puede darse cuenta de que está atrapado, pero a menudo no siente el pánico abrumador que provoca el deseo de estallar. Este pánico es el mismo que experimentó en la infancia en respuesta a la angustia, y, al igual que hizo entonces, reacciona ante la amenaza que le plantean sus sentimientos reteniendo la res-

piración e inmovilizando el cuerpo en su nivel más profundo, el corazón.

El ataque cardíaco de Cousins ilustra esta sucesión de hechos. Según su relato, el ataque ocurrió el día después de darse cuenta de que no deseaba hacer otro agitado viaje de negocios, a pesar de que tenía previsto partir al cabo de pocos días. Su deseo de retirarse de sus obligaciones no parece haber sido particularmente intenso, ya que ni protestó ni expresó cólera por sentirse atrapado. Ni siquiera, cuando tuvo lugar el ataque, fue presa del pánico ni gritó de dolor. Al contrario, aceptó la situación con su típico buen humor. Pero su ecuanimidad estaba en la superficie; interiormente, algo se había roto en su corazón.

El psiquiatra e internista George Engel ha escrito con cierto detalle sobre los hechos que precedieron a su propio ataque cardíaco, que ocurrió casi exactamente un año después de que su hermano gemelo, Frank muriera de un ataque al corazón a la edad de cuarenta y nueve años. Su relato arroja luz sobre el papel de la culpabilidad y la hostilidad inconsciente en el desencadenamiento de un infarto de miocardio.

El padre de los gemelos murió de un ataque cardíaco dos días antes de su cincuenta y nueve aniversario. Murió en su casa, dejando a George, que tenía quince años, con «fuertes sentimientos de irrealidad» y con la convicción de que él, al igual que su padre, no llegaría a cumplir cincuenta y nueve años.

De niños, Frank y George eran tan parecidos que sus padres tenían dificultades para distinguirlos. Su relación, en el parecer de George, era «estrecha, intensa, pero también de extrema rivalidad». Ambos muchachos fueron a las mismas escuelas y siguieron la misma carrera. Frank llegó a ser profesor de medicina y patología en la Universidad de Duke, y George fue profesor de medicina y psiquiatría en la Universidad de Rochester.

La muerte de Frank a los cuarenta y nueve años fue totalmente inesperada. Unas horas después de enterarse de la muerte de su hermano, el propio George experimentó dolor en el pecho. Un examen médico realizado una semana más tarde reveló indicios de enfermedad cardíaca. Algunos de sus sueños de aquella época estaban marcados por la confusión de si era él o su hermano el que había muerto. George estaba convencido de que no podría vivir mucho tiempo después de la muerte de su hermano. Pero, a medida que pasaban los meses, George empezó a pensar que, si para el 10 de julio no había tenido un ataque, se libraría de él. Su ataque tuvo lugar el 9 de julio.

El día del ataque, George tenía previsto enfrentarse con alguien a quien identificaba estrechamente con su hermano. Este encuentro no le hacía ninguna ilusión y más adelante se dio cuenta retrospectivamente de que se había mantenido ocupado toda la semana para evitar pensar en ello. El encuentro estaba previsto para la noche del 9 de junio. Nunca tuvo lugar. A las tres y media de la tarde, George tuvo su ataque cardíaco. «Mi reacción ante el ataque fue de gran alivio —escribe—. Me sentía sereno y tranquilo. No sólo me había salvado de la cita desagradable, sino que ya no tenía que esperar el ataque.»

Esta reacción puede parecer extraña, pero se da bastante a menudo, como hemos observado, entre las víctimas de ataques cardíacos. Es evidente que la ansiedad que George sentía acerca de la posibilidad de un ataque era más estresante para él que el propio ataque. Tal vez esta ansiedad subyacente desempeñó un papel en cuanto a predisponerlo al ataque, pero este sentimiento también tenía otras raíces. Y éstas aparecieron un día en que George estaba escuchando una representación radiofónica de *Hamlet* mientras se recuperaba del ataque: «De pronto pensé que había conseguido una visión nueva y extraordinaria de la obra. El tío de Hamlet no había

matado a su hermano. Esto sólo era una fantasía de Hamlet. Me asombré de no haber apreciado este “hecho” antes, y me sentí alborozado por el descubrimiento. Por supuesto, enseguida me di cuenta de mi error y descubrí fácilmente sus implicaciones. ¡No era responsable en absoluto de la muerte de Frank!»

George abandonó el hospital, pasó un par de meses de convalecencia en su casa y volvió a trabajar a pleno rendimiento.

El lector quizá se pregunte cómo podía George sentirse responsable de la muerte de su hermano dado que no había ninguna base racional para semejante idea. Sin embargo, los que estén familiarizados con los principios psicoanalíticos reconocerán que el sentimiento de responsabilidad de George procedía del deseo inconsciente de la muerte de Frank. Como reconoce George, la rivalidad entre ambos hermanos era intensa. George recuerda que una vez, en un acceso de furor, persiguió a su hermano con un cuchillo de trinchar y tuvo que ser desarmado por la cocinera. Siendo adolescentes, decidieron no citarse nunca con la novia del otro. Sin duda esta rivalidad tenía sus raíces en la primera infancia, en el deseo de cada bebé de tener a su madre totalmente para sí. Entre los animales, esta rivalidad a menudo es una cuestión de supervivencia cuando el alimento es insuficiente. Entre los seres humanos es con mayor frecuencia una manifestación de rivalidad sexual.

Al igual que Norman Cousins, George Engel no sabía cómo manejar unos sentimientos negativos, y los reprimió. En tales casos, la ansiedad aparece cuando estos sentimientos se acercan a la conciencia y a la posibilidad de ser expresados. Esto ocurrió en el caso de George durante la semana anterior al aniversario de la muerte de Frank. Se podría decir que el sentimiento de George era que tenía que ser castigado por desear la muerte de Frank.

Durante los años que siguieron a su ataque, George bloqueó toda toma de conciencia de sus sentimientos de culpabilidad por la

muerte de su hermano. Sin embargo, en el quinto aniversario de la muerte de Frank tuvo un sueño de ansiedad que describió como «el dolor de la culpabilidad y la pérdida por la muerte de Frank y el alivio por mi supervivencia». Otro sueño en el quinto aniversario de su propio ataque lo dejó muy deprimido, estado emocional que atribuyó al conflicto entre su anhelo de reunirse con su hermano y la rivalidad existente entre ambos. Otros dos episodios de los años siguientes —la sensación de que Frank después de todo no había muerto y un ataque súbito de fatiga extrema que ocurrió exactamente siete años después de su ataque cardíaco indicaban que George todavía sostenía una lucha en un nivel inconsciente.

George Engel llama a su miedo de no vivir más allá de los cincuenta y ocho años, la edad en que murió su padre, su «complejo de justo castigo». Estos miedos también se denominan «reacciones de aniversario». Olin, que ha realizado un estudio especial de las reacciones de aniversario, las describe como «una respuesta biológica al recuerdo, en un momento específico, de un acontecimiento estresante del pasado destinado a producir síntomas en el futuro... enfermedades físicas, como un ataque cardíaco; enfermedades emocionales, como la depresión; y enfermedades de la conducta, como el mal uso de los bienes». Olin se refiere a sus propios casos y también menciona los de algunas figuras públicas. Lo que cuenta de Elvis Presley resulta especialmente a propósito aquí. Presley también era el superviviente de dos hermanos gemelos y estaba muy unido a su hermano muerto. Además, como refiere Olin, «Elvis y su madre estaban muy apegados uno al otro. Cuando ella murió, el 14 de agosto de 1958, a la edad de 42 años, Elvis dijo: “Mi vida ha terminado.” Diecinueve años después, el 6 de agosto de 1977, murió a la edad de 42 años».

El año del justo castigo para George Engel fue el de sus cincuenta y ocho años, la edad de su padre cuando murió. Durante ese



año pensó cada vez más en su padre y se dio cuenta de lo mucho que se identificaba con él. En una fotografía que le hizo su esposa en aquella época, George adoptaba una postura tan parecida a las de su padre que podrían haber sido tomados por gemelos. El día fatídico en que había muerto su padre era el 12 de diciembre, dos días antes de su cumpleaños y dos días después del de George. En septiembre, George empezó a tener síntomas de mal agüero: debilidad progresiva, fatiga, se quedaba sin aliento cuando hacía un esfuerzo, y episodios de rápida acción cardíaca. No les prestó atención hasta que su médico, viendo su palidez, lo mandó al hospital de inmediato. Sus síntomas resultaron ser una anemia causada por la pérdida de gran cantidad de sangre debida a unas hemorroides sangrantes. La pérdida de sangre era tan grande que ponía en peligro su vida. George tuvo que recibir una transfusión de dos unidades de glóbulos rojos y tardó dos semanas en recuperarse. «Pero, ¿era sólo que negaba la enfermedad? — pregunta—. ¿O podría ser que aceptaba pasivamente la enfermedad como un destino merecido, al igual que ocho años antes también había aceptado pasivamente mi ataque cardíaco?».

Nuestro interés por este caso radica en el papel que desempeñan los aniversarios críticos en el desencadenamiento de la enfermedad. Engel escribe: «En esta situación psicodinámica, el tiempo del calendario, en la forma de los aniversarios, se convirtió en el estímulo externo siempre a punto para reanimar la lucha mortal entre la vida y la muerte». Para él, esta lucha se desarrollaba entre el amor y el odio, primero con su hermano gemelo y después con su padre por el amor de su madre. Pero, ¿se atreverá un muchacho a ser un hombre más grande que su padre? Ganar al padre significa poseer a la madre, un crimen inaceptable.

Crecemos y, en ciertos aspectos, superamos a nuestro padre, pero el niño que tenemos dentro, el niño olvidado identificado con

el corazón, sigue siendo el mismo. La escisión entre el aspecto adulto del yo de nuestra personalidad y el aspecto infantil del corazón fija nuestros sentimientos más profundos en el nivel de un niño de seis años al final de la fase edípica. En ese nivel, un niño no puede superar a su padre; ni puede sobrevivir le, ya que esto es también una señal de superioridad. Pues ser un hombre mejor que el padre significa poseer a la madre. En algunos casos, esta perspectiva es tan aterradora que no parece ofrecer otra posibilidad más que la muerte.

El complejo del justo castigo es más frecuente en los hombres que en las mujeres y se encuentra sobre todo en relación con el padre. Afortunadamente no siempre termina en muerte, aunque puede desembocar en enfermedad. En el caso de George, la amenazada ruptura de la hostilidad inconsciente que sentía hacia su hermano y hacia su padre («Estoy contento de que estéis muertos. Ahora puedo tener todo el campo de la gloria para mí») causó una reacción de pánico que terminó en un espasmo de las arterias coronarias. En mi opinión, todo ataque cardíaco debe interpretarse como una reacción de pánico en el nivel inconsciente.

La reacción de pánico que hemos descrito precede al ataque o es simultánea con él. Una vez que se produce el ataque, el pánico disminuye, al menos temporalmente. Es sorprendente ver qué pocos pacientes son presa del pánico cuando se enteran de que han tenido un ataque al corazón. De hecho, muchos tienen una sensación de alivio. Ahora la lucha ha terminado.

Una clave para prevenir ataques cardíacos es prevenir el pánico. Norman Cousins sabe muy bien de los peligros del pánico para el corazón, especialmente después que una persona ha sufrido una coronaria. «El pánico intensifica los problemas de salud latentes — escribe—. El pánico puede contraer los vasos sanguíneos, alterar los ritmos normales del corazón, e incluso provocar un infarto de

miocardio». Es posible hacer frente al pánico que siente una persona tranquilizándola y haciendo que se sienta menos sola. Pero, ¿qué podemos hacer por la persona presa del pánico que no siente pánico en absoluto?

Lo primero que debemos preguntar es cómo es posible tal cosa. Hemos visto que una escisión entre el cuerpo y la mente permite que los sentimientos existan en un nivel fisiológico sin que sean percibidos en el nivel consciente. Así, pues, una persona puede encoger los hombros, retener la respiración y abrir completamente los ojos —en otras palabras, mostrar todos los signos del miedo— sin ser consciente de que tiene miedo. Si el miedo es profundo y crónico, se extiende a los órganos y tejidos internos. Los músculos lisos de los bronquios y las arterias se vuelven espásticos, las arterias coronarias se vuelven rígidas y tenemos preparado el escenario para que se produzca un ataque cardíaco tras cualquier reacción aguda de miedo o pánico.

Si a una persona se la puede hacer consciente del miedo y el pánico que abrigo, será menos propensa a sufrir un ataque cardíaco. Las personas que están sujetas al pánico en el nivel consciente sufren emocionalmente, no físicamente, ya que, por regla general, la enfermedad emocional excluye la enfermedad física. Hay abundantes datos clínicos que apoyan esta observación. Todos los psiquiatras han trabajado con pacientes que sufrían ansiedad, a menudo grave. En ningún caso se ha referido que esta ansiedad condujera a un ataque cardíaco. Una vez traté a un joven cuya ansiedad era tan intensa que le impedía funcionar con normalidad y lo llevó a contemplar la posibilidad del suicidio. Era consciente de que esta ansiedad estaba relacionada de un modo u otro con la violenta rabia que sentía hacia su padre, pero también hacia mí como sustituto del padre. A veces se extendía a otras figuras de autoridad. Su ansiedad procedía del miedo de que su rabia estallara inesperadamente, con

consecuencias desastrosas. Sin embargo, como era consciente de su rabia, no era candidato a un ataque al corazón.

A fin de tratar este problema es necesario convertir la rabia en cólera, emoción que puede ser integrada en la personalidad y se puede manejar racionalmente. Pero primero el paciente tiene que desahogar su rabia contra una cama u otro objeto adecuado. Puede vapulear la cama a más no poder sin sentirse culpable de golpear a nadie. Luego, una vez que la presión se ha relajado, puede empezar a identificarse con su cólera y expresarla de forma apropiada en situaciones que exigen una respuesta colérica.

La terapia tiene como objetivo el autocontrol, a pesar del hecho de que el paciente a menudo se lo anima a abandonarse a sus sentimientos. No hay nada contradictorio en ello, puesto que el autocontrol supone la capacidad de abandonar el control en las situaciones apropiadas. Por ejemplo, no debemos permitirnos perder el control cuando estamos enfadados a menos que estemos en una situación protegida y controlada. Por otra parte, no debemos tener miedo de abandonar el control en las relaciones sexuales cuando estamos expresando sentimientos de amor. Para llegar a tener un autocontrol sano, necesitamos estar plenamente en contacto con nuestros sentimientos. La represión del sentimiento socava el verdadero autocontrol escindiendo la unidad de la personalidad. La represión del miedo origina aquello mismo de lo que tenemos miedo. Si no nos permitimos el sentimiento de angustia y reprimimos nuestro miedo a la soledad, nos hacemos vulnerables a un ataque que podría literalmente rompernos el corazón.

Se ha calculado que en los Estados Unidos se producen anualmente unos 450 000 casos de muerte súbita, lo que equivale a un 25 por ciento del total. Según De Silva y Lown, que han estudiado el fenómeno, «la víctima típica, que por lo general se cree que está bien antes del hecho, cae de golpe mientras realiza sus actividades habituales». De Silva y Lown definen estas muertes como las que «ocurren instantáneamente o dentro de unas seis horas aproximadamente después de la aparición de síntomas y señales agudas». El público tiende a dar por sentado que la causa es un ataque cardíaco, pero a menudo la autopsia no revela la existencia de un infarto de miocardio o la presencia de una trombosis coronaria (o embolia) reciente en una de las arterias coronarias. No obstante, la víctima de muerte súbita es similar a otros enfermos de las arterias coronarias en cuanto al predominio de factores de riesgo tales como la conducta del tipo A, la hipertensión, el hábito de fumar, los niveles altos de colesterol y la rigidez muscular asociada con un pecho hinchado.

Hoy se admite generalmente que el proceso de fibrilación ventricular es el «mecanismo terminal» de la muerte súbita en casi todos los casos. La fibrilación ventricular se define como «una despolarización electrónica caótica del corazón que termina en una actividad desorganizada e ineficaz con cesación del flujo sanguíneo». Como el ritmo cardíaco es muy caótico y rápido, el corazón es incapaz de impulsar la sangre. La muerte ocurre en cosa de minutos si no se aplica reanimación y desfibrilación cardiopulmonar.

La pregunta que vamos a tratar de contestar aquí es qué ocurre para que en un corazón que late normalmente se produzca una arritmia, o ritmo anormal, fatal. Debemos reconocer de entrada que un corazón sano no late como un reloj. Como sabemos, el ritmo cardíaco aumenta o disminuye su velocidad en respuesta a las necesidades de sangre que tiene el cuerpo. Así, cuando una persona realiza una actividad física de mucho esfuerzo, el ritmo cardíaco puede subir desde un ritmo en reposo de 70 pulsaciones hasta 130 pulsaciones. En un estado de tranquilidad y relajamiento, el ritmo cardíaco disminuye. Pero la actividad física no es la única causa de aceleración del ritmo. Todos los estados emocionales afectan directamente al corazón. El amor, así como el miedo, pueden hacer que el corazón lata más deprisa. Estas reacciones no son arritmias, sino variaciones del ritmo normal. No son, por tanto, patológicas.

La omisión ocasional de un latido es una forma habitual de arritmia. Probablemente todo el mundo la ha experimentado, ya que puede ocurrir en un corazón perfectamente normal. Sin embargo, el corazón no omite un latido por casualidad. Una palpitación del corazón denota ansiedad exactamente del mismo modo que el cosquilleo en el vientre. En el caso de la omisión de un solo latido, la ansiedad puede ser tan leve que escape a la conciencia. Por otra parte, cuando el corazón empieza a palpar es casi imposible no sentirse ansioso.

En circunstancias normales, el latido del corazón es una ola de contracción que se extiende por el músculo del corazón de una forma ordenada. Está precedida por ciertos fenómenos eléctricos que provocan la contracción de las células musculares individuales. Un electrocardiograma recoge el componente eléctrico de esta ola y nos permite saber si hay alguna perturbación en su flujo. Pero hablar de la inestabilidad eléctrica como una causa de muerte súbita es considerar el corazón en términos puramente mecánicos. Ni la

persona ni su corazón son un sistema eléctrico, aunque en el funcionamiento del cuerpo haya un aspecto eléctrico.

Mi tesis es que un corazón inestable existe en una persona inestable. Las emociones son la vida del cuerpo. Un corazón abierto y amoroso existe en una persona que ama; un corazón frío y cerrado, en una persona indiferente. Una inestabilidad de cualquier clase denota una perturbación en el conjunto de la personalidad.

La operación del desfibrilador demuestra la clave emocional de la fibrilación ventricular: el pánico. El desfibrilador es un aparato que utiliza una corriente eléctrica para aplicar un *shock* al corazón. Al igual que el bofetón que devuelve de golpe a la realidad a la persona dominada por el pánico, el *shock* detiene momentáneamente toda actividad cardíaca, lo que en la mayoría de los casos sirve para restablecer el ritmo cardíaco. En algunos casos raros hay que aplicar dos o más *shocks* para restablecer el ritmo normal.

En muchos casos hay una relación directa entre el pánico y la muerte súbita. Se sabe que personas que se han visto amenazadas por el fuego u otras catástrofes naturales han sido presas del pánico y han muerto de un ataque cardíaco. Quizá su corazón ya era menos estable anteriormente, pero esas mismas personas pueden haber sido menos estables emocionalmente que las que permanecieron en calma y sobrevivieron al suceso.

El pánico representa la lucha contra la sensación de estar atrapado en una situación que amenaza la propia vida. Si el organismo abandona la lucha y acepta su destino, el pánico desaparece. Hay pruebas experimentales, derivadas de estudios con animales, que apoyan con fuerza este punto de vista. En un estudio mencionado por De Silva y Lown, unos perros fueron sometidos a *shocks* eléctricos de los que no podían escapar. Aunque los perros tenían un corazón perfectamente normal, mostraron un incremento de más del 40 por ciento de vulnerabilidad a la fibrilación ventricular. Su

ritmo cardíaco aumentó, al igual que su presión sanguínea y el nivel de «hormonas de lucha» en su sangre. Todos estos cambios fisiológicos denotaban un incremento de la actividad del sistema nervioso simpático, la parte del sistema nervioso que prepara a un animal para luchar o huir. En los perros cuyo corazón había sido dañado previamente por arterias coronarias bloqueadas, el condicionamiento del *shock* provocó fibrilación ventricular.

Los investigadores descubrieron que estos efectos se podían anular mediante procedimientos que bloqueaban el sistema simpático. Drogas como el propranolol y el tolamolol, que son inhibidoras de la acción simpática, protegían a estos animales que sufrían oclusión de las arterias coronarias contra la fibrilación ventricular. Cortando los nervios simpáticos del corazón se obtenía un efecto similar. Y la morfina, que hace disminuir el dolor, proporcionó una protección considerable contra la fibrilación en animales conscientes que sufrían un estrés. Todos estos procedimientos tuvieron el efecto de reducir o prevenir la reacción de miedo.

El caso siguiente, referente a una muchacha de catorce años que perdió la conciencia al ser despertada una noche por un trueno, muestra de modo bien claro el papel del miedo en la producción de la fibrilación ventricular. Después de aquella experiencia, siempre que la muchacha se despertaba por el timbre de un despertador, la caída de un objeto grande u otro sonido fuerte, sufría un proceso de fibrilación ventricular y perdía la conciencia. Estos episodios eran breves y sin consecuencias, y un examen atento no reveló ninguna anomalía en el corazón. Se supuso que un corazón inestable eléctricamente la predisponía a estos episodios. Por desgracia, no se llevó a cabo ningún estudio psicológico en profundidad para determinar el estado emocional de la muchacha. ¿Era una persona atemorizada? ¿Sufría pesadillas? ¿Había experimentado algún trauma emocional durante su infancia?



Lown refiere un caso insólito en el que el miedo tuvo que ver con la muerte súbita de un hombre de treinta y nueve años cuyo corazón era estructuralmente normal. Se produjo una fibrilación ventricular durante el sueño de las primeras horas de la mañana mientras el hombre estaba en estudio en una clínica, sometido a una cura de sueño. Había ingresado en la clínica quejándose de que en aquella época tenía sueños de contenido violento. A su muerte, el electroencefalograma al que estaba conectado de modo rutinario confirmó que graves irregularidades del ritmo cardíaco habían coincidido con su sueño REM (o profundo).

En *The healing heart*, Norman Cousins califica al pánico como «el enemigo fundamental»JM, en particular el experimentado por los pacientes cuando se enteran de que tienen una enfermedad grave. Cousins dice (y estoy de acuerdo con él) que «nada es más esencial en el tratamiento de la enfermedad grave que librar al paciente del pánico y de los presentimientos». La «súbita inundación [que se produce con el pánico] de catecolamina [epinefrina] puede precipitar una amplia gama de reacciones negativas, sin excluir una desestabilización cardíaca y la constricción de los vasos sanguíneos». Todo lo que pueda mitigar el pánico —como el contacto humano, la ayuda y la confianza— es provechoso. El antídoto particular de Cousins es la risa, que le ha resultado útil en su propia vida así como en su labor con sus pacientes. Al igual que el llanto, la risa estimula la respiración y proporciona al cuerpo y al corazón el oxígeno necesario.

Cousins relata un caso que muestra gráficamente el efecto destructivo del pánico en el funcionamiento del corazón. El protagonista del caso era un joven a quien se hizo un cardiograma como parte de un examen físico regular. Con gran sorpresa para el joven, el cardiograma reveló indicios de un ataque cardíaco anterior. El joven, que creía tener una salud excelente, negó saber nada de tal

hecho. Sin embargo, aquella noche empezó a sentir dolores en el pecho por primera vez y fue presa del pánico. Los tres días siguientes fueron una pesadilla. Perdió más de ocho kilos y lo atormentaron pensamientos de muerte. Una prueba de estrés reveló una debilidad cardíaca y el angiograma mostró una lesión en una de las arterias coronarias. Se recomendó una operación de *bypass*.

Cousins cuenta cómo ayudó al joven a vencer el pánico asegurándole que con confianza y práctica su corazón funcionaría bien. En una prueba de estrés posterior el joven no mostró ningún indicio de dificultades cardíacas o respiratorias. Seis meses después, tras practicar una forma de vida prudente y un programa de cuidado de la salud, un segundo angiograma no reveló ningún rastro de la lesión. Nunca tuvieron que hacerle el *bypass*.

Este caso es interesante, no sólo como ejemplo de la capacidad que tiene el corazón para curarse a sí mismo cuando se reducen o se eliminan las tensiones emocionales, sino también como ilustración del hecho de que el pánico, cuando se expresa, no mata. Ese hombre vivió en un estado de pánico continuo durante tres días sin que se produjera una fibrilación ventricular. Su experiencia consciente del pánico pudo afectar a todo su cuerpo, pero perdonó a su corazón. A lo largo de este estudio he subrayado que es la represión del sentimiento lo que produce la enfermedad somática.

Yo mismo me encontré con un caso de paro cardíaco súbito en el que la represión del sentimiento era bastante evidente. La víctima era un antiguo paciente mío llamado Benjamín, y el hecho desencadenante fue la perspectiva no deseada de la jubilación. Hay más ataques cardíacos asociados con la jubilación que con cualquier otro hecho.

Benjamín había estado en tratamiento conmigo unos treinta años antes, y habíamos mantenido contacto durante todos esos años. Nadie lo habría descrito como un individuo del tipo A. No

era competitivo ni agresivo, no estaba sometido a la presión de triunfar ni trabajaba con sensación de apremio. Ni sufría de una falta de autoestima. Al contrario, se sentía superior, sentimiento basado en una naturaleza generosa, la sensibilidad hacia las personas y un espíritu cultivado. Era autodidacta, pero su educación había sido completa. Sin embargo, yo sabía que bajo aquella fachada carecía de confianza en sí mismo y tendía a la pasividad. Tenía sesenta y seis años y estaba a punto de retirarse de su trabajo como encargado de una tienda de maquinaria cuando murió repentinamente.

Sucedió así: por la mañana de un día laborable un amigo recogió a Benjamín en su coche para llevarlo a la estación. Durante el camino, Benjamín se desmayó. Su amigo lo llevó a su casa y llamó a una ambulancia. También fue a buscar a la esposa de Benjamín, que al llegar a su casa encontró a su marido tendido en el césped con los enfermeros que trataban de reanimarlo. Sus esfuerzos fueron inútiles. La autopsia determinó que la causa de la muerte fue una fibrilación ventricular con una arteriosclerosis coronaria subyacente.

Benjamín no tenía antecedentes de dolencias cardíacas y nunca se había quejado de angina o de dolores en el pecho. Fumaba cigarrillos y llevaba una vida sedentaria, pero no era obeso. Conociéndolo bien como yo lo conocía, sabía que albergaba una cólera reprimida considerable. Era vulnerable a las enfermedades del corazón, pero esto no explicaba su muerte repentina. ¿Qué le ocurrió a Benjamín para provocar este suceso terrible? Su esposa proporcionó alguna información sobre su estado emocional en el momento de su muerte. «El día antes de morir —contó— le dije que fuera a hablar con la dirección para comunicar que iba a retirarse el día primero de año. Hacía tiempo que decía que iba a jubilarse, pero también decía que trabajaría hasta el día en que muriera, y así fue.

Su sentimiento respecto a la jubilación era ambivalente.»

La jubilación significaba para Benjamín el trasladarse a otra ciudad en que la vida era más barata. El y su mujer ya habían pagado un depósito por una casa nueva. «Unas dos o tres semanas antes de morir —me contó su mujer— visitó a varios amigos que conocían nuestros planes de traslado. Me dijeron que Benjamín les había dicho: “Nunca viviré en aquella casa. Me moriré.” Murió antes de terminar de pagarla.»

Benjamín se había vuelto profundamente religioso durante los últimos años. El traslado a otra ciudad le habría obligado a interrumpir una relación muy estrecha con el pastor de la iglesia en la que él era diácono. Al mismo tiempo, la relación con su esposa se había deteriorado. Su vida sexual se había reducido a casi nada durante este período.

Si Benjamín hubiera estado más seguro en la relación con su mujer, la perspectiva de la jubilación quizá no le habría inspirado tanto miedo. Pero tenía miedo de su mujer, como lo tenía, hasta cierto punto, de todas las mujeres. De niño su madre lo había atado a ella de tal modo que le impidió identificarse plenamente con su padre. Ella había limitado su agresión al tiempo que lo estimulaba a desarrollar su lado sensible. Aunque la relación con su madre era muy estrecha, su natural interés sexual por ella era tabú. No se sentía vinculado a ella por el amor; hasta en el momento de su muerte ella lo poseía, y él la temía. Y tampoco se sentía vinculado a su mujer. Sus conexiones verdaderas estaban fuera del hogar; sus compañeros de trabajo, los hombres que compartían sus intereses musicales y la iglesia. La perspectiva de abandonarlos y de encontrarse atado a una mujer era demasiado aterradora para poder soportarla. Sabía que no podría hacerlo, y sin embargo no podía negarse. Incapaz de huir o de luchar, estaba atrapado. Creo que el pánico provocado por esta situación lo mató.

El caso de Cari, un cronista deportivo de sesenta años, también ilustra el trauma de la jubilación. Cari era un ávido jugador de tenis y estaba en buena forma física. Si embargo, tuvo que afrontar una jubilación forzosa a la edad de sesenta años. La aceptó con dignidad, pero también sintió una cólera y un resentimiento considerables hacia sus patronos. No expresó estos sentimientos, pero se reflejaron en sus sueños. Durante varios meses después de retirarse, tuvo el sueño recurrente de ser necesitado. Otros sueños estaban llenos de anhelo y de profunda tristeza. Una mañana tuvo un ataque y fue llevado a toda prisa al hospital, donde pudieron salvar su vida gracias a un rápido tratamiento con un desfibrilador.

La historia de Paul William «Bear» Bryant, el «entrenador más victorioso» del fútbol universitario, tuvo un final menos feliz. Poco después de su jubilación murió repentina e inesperadamente de un ataque cardíaco agudo. Todo el mundo dijo que murió porque se le había partido el corazón. El fútbol era la vida que amaba, y cuando lo dejó cortó su conexión más vital.

Cuando la muerte es causada por una fibrilación ventricular, podemos describirla con seguridad con una reacción de pánico. No obstante, puede producirse un paro cardíaco sin fibrilación, quizá porque hay personas que pueden aceptar la muerte con calma. Engel describe un caso relatado en la revista «Life» en el que no había indicación alguna de pánico. El hombre de que hablaba el artículo tenía más de setenta años. Independiente y soltero, había hecho unos preparativos completos para su muerte y su entierro, hasta el punto de supervisar los arreglos del terreno de su sepultura. A todos los que lo conocían les parecía que estaba de buen humor. Una semana después de un examen médico que reveló su buen estado de salud, reunió a sus familiares y, contra las protestas de éstos, distribuyó sus bienes, diciendo: «Ya no necesito nada.» Engel refiere que «cuando el último detalle quedó arreglado, el hombre se

desplomó muerto delante de sus asombrados parientes».

Cuando la muerte llega de forma natural al final de una vida plena, la persona se duerme calmadamente, pero es un sueño sin despertar. Estas muertes son habituales en el reino animal, pero relativamente raras entre la gente civilizada, para quien a menudo se da una lucha entre un deseo de morir y la voluntad de vivir. Los pueblos primitivos, por otra parte, son más capaces de dejarse morir sin lucha o conflicto, especialmente en el caso de las llamadas muertes vudú. Varios investigadores han estudiado este fenómeno. La muerte vudú se ha observado entre los nativos de Sudamérica, África, Australia, Nueva Zelanda, Haití y las islas del Pacífico. Como dijo un observador: «Vi una anciana que hechizaba a un hombre. “Morirás antes del amanecer”, le dijo. Y el hombre murió. Al realizar la autopsia no se pudo encontrar ninguna causa de muerte».

Cuando un primitivo recibe una maldición, se cree que ha sido poseído por malos espíritus, y es excluido de la comunidad. En efecto, todas sus conexiones con la comunidad, incluso con los miembros de su familia, son cortadas. Sin ellas, es una no entidad, sin derecho a la vida. Quizá no elige morir, pero no tiene otro remedio. Sin conexiones vitales, la vida no puede seguir adelante. Sin amor, el corazón se detiene.

En cuanto personas civilizadas, podemos sentirnos menos vulnerables a semejantes creencias, pero de hecho éstas toman simplemente formas diferentes, como hemos visto en el presente capítulo. George Engel se sintió maldito por la muerte de su padre y de su hermano. Benjamín se sintió maldito por la perspectiva de la jubilación. J. J. Mathis refiere el caso de un hombre de cincuenta y tres años que murió súbitamente de un ataque agudo de asma al cabo de una hora de desafiar las «consecuencias terribles» predichas por su madre para el caso de que actuara contra sus deseos.

Los niños son especialmente vulnerables a las maldiciones procedentes de alguien a quien consideran poderoso. Si una madre dice a su hijo pequeño: «Nadie te querrá nunca; eres imposible», es probable que el niño la crea. Cuando ha crecido y su yo y su razón toman el control de su comportamiento, quizá se vea digno de amor a pesar de la maldición de su madre, pero en el fondo de su corazón siempre se preguntará si ella tenía razón. Además, como siente la exigencia de ganarse el amor con sus propios esfuerzos, siempre sentirá un grado u otro de aislamiento.

Nada es más aterrador para un niño que la sensación de estar perdido y solo en el mundo. Este miedo puede disminuir en los adultos, pero nunca desaparece por completo. Ningún animal experimenta su soledad de esta misma manera, pues se siente parte del orden más grande de la naturaleza. El miedo del hombre surge de su conciencia de sí mismo y del hecho de que al nacer es el más desamparado y dependiente de los seres. Un período extenso de amor maternal es la clave de la supervivencia humana. Como veremos en el próximo capítulo, la pérdida del amor es tan poderosa y amenazante que los que la sufren sienten el deseo de morir.

## 9 La voluntad de vivir y el deseo de morir

El comportamiento auto destructivo es uno de los fenómenos más difíciles de comprender. Este tipo de comportamiento es relativamente raro en los animales, pero bastante común en los seres humanos. Las personas que beben, toman drogas, fuman o comen con exceso saben en cierto nivel que su conducta es perjudicial. Conocí a una persona que describía cada cigarrillo como un clavo de ataúd; acabó muriendo de cáncer. La idea de que deseaba morir no se puede descartar, pero no lo explica todo. En estas personas también actúa, aunque de forma inconsciente, la cólera reprimida. El suicidio es el mejor ejemplo de ello. La mayoría de los psicólogos reconocen que el impulso de matarse contiene en su núcleo un deseo de matar a otra persona: un padre, la esposa o una antigua amante. La represión de este deseo a causa del sentimiento de culpabilidad vuelve el impulso asesino contra uno mismo.

Dado que la cólera reprimida y la hostilidad son características de la conducta del tipo A, no debería sorprendernos que los individuos del tipo A muestren marcadas tendencias auto destructivas. Friedman habla de dos altos ejecutivos triunfadores que no presentaron su declaración de impuestos, «descuido» que les costó su carrera. ¿Acaso estos hombres, por lo demás sanos y aparentemente normales, querían que los cogieran? ¿Acaso el hombre del tipo A que sufre un ataque cardíaco quiere ponerse enfermo? Sorprendentemente, algunos reconocen tener estos sentimientos. Friedman descubrió que más de la mitad de los hombres estudiados que habían sufrido un infarto no sólo esperaban tener un ataque, sino que lo



ansiaban. «Es tan fantástico esto de estar aquí tendido sin tener responsabilidades y con estas enfermeras tan guapas que me cuidan», dijo uno de ellos. Y otro dijo: «Ahora puedo retirarme de la empresa y empezar a vivir de nuevo como un verdadero ser humano. ¿Sabe usted? Quería que esto ocurriera, y no me importaba si iba a vivir o no.»

Para algunas personas, un ataque al corazón puede parecer el único modo de escapar de las tensiones y fatigas de una existencia llena de presiones. Después, algunos hacen en su vida el tipo de cambios que podrían haber evitado el ataque. ¿Hay en estas personas una necesidad de sufrir, originada tal vez en algún profundo sentimiento de culpabilidad, de modo que sólo después de haber pagado un precio son libres de tomar alguna iniciativa positiva en su vida? No cabe duda de que las tendencias auto destructivas pueden tener una poderosa influencia en la personalidad, de modo que el individuo se sienta literalmente atrapado e incapaz de dominar su vida. Dado que las fuerzas que han motivado este comportamiento son internas y en gran parte inconscientes, son resistentes a la voluntad consciente. Pero hasta que no se comprenden y se explica su origen, reducen a la impotencia a la voluntad consciente.

Los psiquiatras saben que la enfermedad a menudo proporciona compensaciones o provechos secundarios al paciente. La persona enferma recibe un grado de cuidados y solicitud del que quizá nunca había gozado y se lo complace como a un niño sin responsabilidades. Algunas enfermedades se pueden considerar como una regresión emocional inconsciente, como un intento de obtener el amor que uno no recibió de niño. Pero, en realidad, la persona enferma no es amada incondicionalmente, ya que se la cuida a causa de su enfermedad, y el cuidador inevitablemente siente cierto resentimiento por la carga que la enfermedad impone a los que están sanos. (No estoy hablando de los médicos y las enfermeras, que

aceptan esta carga al hacer la elección personal de su profesión, sino de los miembros de la familia, que, por su parte, luchan para ser libres.) Si la enfermedad es el precio que hay que pagar para recibir esta atención, se trata de un precio excesivamente alto. Además, un ataque cardíaco supone una amenaza inmediata para la vida sin ninguna garantía de supervivencia, por lo que no es una simple cuestión de desear estar enfermo para recibir atención o cuidados, sino más bien de desear morir.

Las personas a menudo expresan el deseo de morir; y algunas actúan en consecuencia. Los que albergan pensamientos suicidas tienen un deseo consciente de morir, que en realidad atribuyen al dolor y la desesperanza de su vida. Un pensamiento o una fantasía suicida representan el sentimiento de «no puedo soportarlo más». Pero el suicidio tiene también otro significado. Por lo general, si una persona no puede soportar una situación, intenta cambiarla. Pero la persona suicida cree que el cambio es imposible porque lo que quiere cambiar es el comportamiento de los demás hacia él. Quiere la aceptación y el amor incondicionales que no recibió de sus padres cuando era niño y que siente que necesita. Si no los recibe, se siente pobre y lleno de rabia. Por otra parte, esta rabia es alimentada por el sentimiento de que los demás esperan cosas de él que él no puede satisfacer. Al mismo tiempo, alberga un gran sentimiento de culpabilidad por su cólera. Como se siente incapaz e indigno de amor, vuelve su cólera contra sí mismo. Al destruirse a sí mismo, también trata de herir a los demás. Está convencido de que sufrirán, y a veces lo hacen.

Una mujer divorciada de unos cuarenta años y con dos hijos tenía una relación amorosa con un hombre que decía no poder casarse con ella mientras viviera su madre. La mujer lo creyó a pesar de los esfuerzos de sus amigos para hacerle ver que la explicación de él no era más que una excusa. La relación siguió durante varios

años, y la madre del hombre finalmente murió. Pero cuando la mujer insistió a su amante para que se casara con ella, aquél rompió la relación. Entonces ella trató de suicidarse dos veces, en un intento de hacer que el hombre se sintiera culpable por su comportamiento. Al fracasar sus primeros intentos, trató de matarse por tercera vez, y lo consiguió.

Esta conducta auto destructiva, elevada a la enésima potencia, tiene claramente su origen en la represión de la cólera. La cólera reprimida es como apuntar un cuchillo contra el pecho. Pero, ¿qué es lo que reprime la cólera? En otras palabras, ¿cuál es la base del comportamiento auto destructivo? Si respondemos que es el miedo, debemos preguntar: ¿miedo de qué y de quién? La persona que reprime su cólera no es consciente de que lo hace por miedo. En la mayoría de los casos, el miedo es reprimido igualmente, y la persona no tiene un recuerdo claro de situaciones anteriores en las que sintió a la vez cólera y miedo, en particular, miedo de ser castigado por su cólera. No podemos comprender del todo por qué se ve impulsada a tener un comportamiento auto destructivo hasta que es capaz de recordar y volver a experimentar algunos de estos sentimientos. Este proceso generalmente tiene lugar en un programa psicoanalítico, cuyo objetivo principal es ayudar a la persona a comprender y cambiar esta conducta.

Como ya reconoció Freud muy pronto, toda terapia psicoanalítica se caracteriza por la resistencia y la transferencia. La resistencia se refiere a un bloqueo inconsciente de los esfuerzos que realiza el terapeuta para ayudar al paciente a tomar contacto con los primeros años de su vida, a pesar de que el paciente sabe que su recuperación depende del conocimiento que obtenga a partir de las conexiones que establezca con su pasado. La transferencia se refiere al comportamiento del paciente con respecto al terapeuta. Como se halla en una posición subordinada y necesita ayuda, ve al tera-

peuta como un sustituto del padre o madre y transfiere o proyecta en él los sentimientos conflictivos que sintió por su verdadero padre o madre. Al mismo tiempo que espera que el terapeuta cuide de él como debe hacerlo un buen padre, lo ve como un mal padre que se aprovechará de su necesidad. En la mayoría de los casos, el paciente esconde su desconfianza y sus sentimientos negativos hacia el terapeuta, temeroso de que, si los expresa, aquél se enfadará y se negará a ayudarlo. Como dificulta el proceso terapéutico, la retención de los pensamientos negativos es otra forma de resistencia.

A consecuencia de la transferencia, el paciente recrea en la relación psicoanalítica la misma situación que produjo su neurosis. Este proceso ofrece al psicoanalista o al terapeuta la posibilidad de comprender cómo se originó la neurosis en primer lugar. En teoría, el análisis de la transferencia debería liberar al paciente de su fijación en aquella situación primitiva. Sin embargo, esto rara vez ocurre, ya que la resistencia inconsciente del paciente a revelar todos sus pensamientos y sentimientos hace que el análisis de la transferencia sea difícil de completar. El paciente está atrapado en su transferencia, y el terapeuta está atrapado, también, en su contra-transferencia (en otras palabras, en su necesidad de ayudar). El fracaso psicoanalítico o terapéutico es, por tanto, muy frecuente. El paciente sigue repitiendo su conducta neurótica a pesar de la evidente naturaleza auto destructiva de ésta. Tras observar este comportamiento una y otra vez, Freud lo denominó compulsión de la repetición: la compulsión de los pacientes de volver a representar el mismo argumento traumático y decepcionante durante toda su vida.

Enfrentado a los fenómenos de resistencia, transferencia y compulsión de la repetición, Freud postuló la existencia de un instinto de muerte, llamado *thanatos*, para explicar el comportamiento auto destructivo. Como contrapeso de los efectos destructivos del

instinto de muerte, Freud apeló a la idea de un instinto de vida llamado *eros*. Según la teoría de Freud, en el individuo sano *eros* aparta del yo el instinto de muerte y lo dirige al mundo en forma de cólera o agresión. No obstante, si el instinto de vida no es bastante fuerte para efectuar esta acción y la personalidad está dominada por el instinto de muerte, la cólera se vuelve interiormente hacia el yo, creando un estado que Freud llamó masoquismo.

Muchos psicoanalistas han aceptado estas ideas, pero yo, por ejemplo, nunca he podido aceptar el concepto de un instinto de muerte. La palabra *instinto* siempre ha estado asociada en mi pensamiento con la vida. Sin embargo, no podemos negar que algunas personas se empujan a sí mismas a la muerte. En su caso, se diría que las fuerzas de la vida no son bastante fuertes para impedir la conducta auto destructiva. Pero esto no significa que esta conducta sea natural o instintiva. Debemos examinar más profundamente la personalidad y más atentamente los hechos de los primeros años de la vida para comprender cómo se desarrollan tales fuerzas auto destructivas.

«Si respiro me moriré», dijo una de mis pacientes. La respiración, sin duda, no es auto destructiva. Y, al contrario, retener la respiración es antívida. ¿Cómo pudo, pues, la paciente asociar la respiración con la muerte?

La respuesta a esta pregunta contiene la clave para comprender la resistencia y, por tanto, la tendencia al comportamiento auto destructivo. Cuanto más profunda y plenamente respira una persona, más viva está. Cuando más viva está, más siente. Pero cuando sus sentimientos son tan dolorosos que resultan insoportables, hará todo lo posible para no tener contacto con ellos, es decir, resistirse y negar que tiene tales sentimientos y respirar superficialmente para no sentirlos. Esta es la misma paciente cuyo caso referí anteriormente. Su madre, cuando ella era un bebé, la había dejado llo-

rar durante tanto tiempo que había vomitado y casi había muerto asfixiada. Esta experiencia dejó una impresión indeleble en el joven organismo: querer el amor desesperadamente es arriesgarse a una muerte dolorosa. Un único incidente traumático puede que no constituya un obstáculo serio para un niño, pero, como ocurre en la mayoría de los casos, puede suponer una pauta en la relación entre el padre y el hijo. La parte sorprendente de esta historia es que mi paciente la escuchó de boca de su madre, que la contaba con orgullo. No había cedido ante la niña. Veía el incidente como una lucha de poder con la niña, que ella había ganado. La niña, entretanto, había perdido, no la lucha de poder, pues es imposible imaginar que un niño de dos meses tenga ninguna idea del poder, sino la fe que pudiera tener en su madre. Aunque madre e hija parecían llevarse bien después del incidente, la suya ya no era una relación franca. A resultas de ello, la paciente sufrió depresiones durante la mayor parte de su vida de adulta. Tenía que forzarse para realizar sus actividades diarias y dijo que si dejaba de afanarse, simplemente si se tumbaba, no volvería a levantarse. Este sentimiento refleja la lucha de la persona para sobrevivir a pesar del dolor angustioso de la pérdida del amor. Dado que la vida no tiene sentido sin el amor, la supervivencia exige un gran esfuerzo de voluntad para vencer el deseo de abandonar y morir.

La mayoría de las personas que han sufrido la pérdida del amor combaten este *deseo de morir* no cediendo, continuando la lucha para conseguir el amor mediante el triunfo, el servicio y la intención de satisfacer las expectativas de los demás. *Deben triunfar y triunfarán*. Tienen las mandíbulas apretadas en una inflexible determinación de no fracasar, pues el fracaso significa la muerte. En cambio, movilizan una consciente *voluntad de vivir*. La voluntad declara: «No fallaré, seguiré adelante, no os necesitaré.» Acostumbrada a reprimir los sentimientos, la voluntad es el origen

de la resistencia en la terapia y un obstáculo importante para el logro de la salud.

¿Es muy frecuente el deseo de morir? He oído a muchos pacientes que lo expresaban, y he aprendido a tomarlo en serio después que uno de ellos se suicidara. No considero a todo paciente que pronuncia estas palabras como un suicida en potencia, pero cada vez que las oigo tengo una aguda conciencia de la profundidad y la cantidad de dolor de la personalidad.

Sé también que la persona no quiere morir, que tiene el deseo de vivir. Ambos deseos, uno de vivir y otro de morir, pueden coexistir porque proceden de capas distintas de la personalidad. Al evaluar la posibilidad del suicidio, es necesario medir la fuerza de cada uno de estos sentimientos.

No creo que hubiera sabido lo extendido que está el deseo de morir si no lo hubiera experimentado yo mismo. Hace unos años, en una ocasión en que me encontraba nadando lenta y tranquilamente en una piscina, pasó por mi mente el pensamiento, mientras tenía la cabeza bajo el agua, de que no quería volver a sacarla fuera. Sacar la cabeza requería un esfuerzo, y yo estaba cansado de hacer esfuerzos. ¡Qué hermoso estar allí tendido sin hacer nada! Sería como retornar al seno materno. Pero sabía que si no sacaba la cabeza fuera del agua para respirar, moriría. Este pensamiento no era particularmente aterrador, pero me di cuenta de que quería vivir. Levanté la cabeza, inhalé aire y seguí nadando, pero la experiencia me hizo consciente de hasta qué punto la vida era una lucha para mí.

Cuando trabajo con mis pacientes veo que para todos ellos la vida es una lucha, para algunos encarnizada, que deja poco espacio para el placer y el goce verdaderos. Pero no son lo únicos. Para casi todos nosotros la vida tiene esta cualidad. Muchos de nosotros estamos profundamente cansados de la lucha interminable de nues-

tra vida. Y, sin embargo, si queremos recuperar el sentimiento del gozo de vivir, debemos abandonar la lucha. Para los adultos, la guerra ha terminado. Hemos perdido y ya no podemos obtener el amor incondicional de nuestros padres que de niños necesitábamos y deseábamos desesperadamente. Desperdiciamos nuestras energías luchando constantemente por ello. Aceptar la pérdida es doloroso y supone reconocer el fracaso, contra lo cual lucha el yo, pero la aceptación nos libera de nuestra implicación con el pasado. Sólo aceptando el pasado somos libres de avanzar hacia un futuro más satisfactorio. Como prueba de ello, a mis pacientes les hago observar que los dos países que perdieron la segunda guerra mundial son ahora los más prósperos del mundo.

En un nivel profundo, inconsciente, el paciente teme que abandonar o rendir la voluntad sea morir. Dado que ha sobrevivido mediante el uso de la voluntad, soltar la voluntad y ceder a sus sentimientos podría terminar en la muerte. Por supuesto, este resultado no es probable porque la mayoría de los pacientes desean vivir. Cuando se consigue que una persona sienta el deseo de vivir, el comportamiento auto destructivo disminuye o cesa.

La terapia pretende ayudar a una persona a establecer un contacto directo con su fuerza vital, de modo que pueda recurrir a ella para su propia satisfacción. Pero para establecer este contacto tiene que penetrar debajo de las dos primeras capas de su personalidad, a saber: la voluntad de vivir y el deseo de morir. La figura 13 ilustra la disposición de estas capas. La voluntad de vivir obtiene su energía de la fuerza vital desviando energía del objetivo de satisfacción al de supervivencia.

El primer paso, para el paciente, es ser consciente del conflicto entre su voluntad de vivir y su deseo de morir. Esta conciencia a veces puede obtenerse mediante un ejercicio bioenergético. En uno de estos ejercicios la persona se tiende sobre un taburete bioenergético



y espira lo más profundamente posible. Al final de la espiración, se le dice que no aspire aire. La manera en que el paciente se comporta en esta situación nos da cierta información sobre su personalidad. Cuando tiene que aspirar inmediatamente después de una espiración relativamente corta, ello indica la presencia de pánico. Muchos pacientes experimentan este pánico, que explican diciendo: «Necesito aire», o «tengo la sensación de que si no respiro, moriré». Pero es imposible morir de un esfuerzo deliberado por no respirar. Cuando la necesidad de aire es aguda, el cuerpo se sobrepone y respira contra todo esfuerzo consciente de impedir la respiración.



Figura 13. La voluntad de vivir y el deseo de morir

a) La palabra inglesa *core* (= núcleo) deriva de la raíz latina *cor*, que significa corazón. La palabra francesa *coeur* y la española *corazón* reflejan esta identidad. El corazón está en el núcleo de la vida. El sentir el corazón conecta fuertemente a la persona con el deseo de vivir.

- b) El deseo de morir es la capa que contiene el dolor, la tristeza y la desesperación por la pérdida del amor. Es la capa de la angustia.
- c) La voluntad de vivir es la técnica de supervivencia del yo. Basada en la edificación de defensas contra el dolor, la tristeza y la desesperación, bloquea el deseo que tiene el corazón de salir en busca del amor.

Sabemos que la respiración se puede aguantar durante períodos de tiempo bastante largos. Todo aquel que ha nadado bajo el agua sin oxígeno sabe que se puede aguantar la respiración durante varios minutos. Creo que diez minutos es lo máximo que aguanta una persona tendida inmóvil bajo el agua. Sin embargo, lo que hace nuestro ejercicio no es retener el aire dentro. Los buceadores retienen el aire *dentro* después de una profunda *inspiración*. En este ejercicio, el aire se queda *fuera* después de una profunda *espiración*. Como el cuerpo normalmente tiene una reserva de oxígeno en los pulmones y la sangre de dos a tres minutos, el pánico que siente el paciente no es resultado de una falta de aire u oxígeno, sino de la incapacidad de respirar libremente debida a una tensión crónica en el pecho. El pánico se asocia a una sensación de inseguridad y un miedo al abandono que evoca el espectro de la muerte.

Otras personas parecen retener la respiración durante un tiempo exageradamente largo cuando hacen este ejercicio. En su caso, uno tiene la impresión de que el deseo subyacente de morir es muy intenso, casi hasta el punto de aceptar la muerte, ya que aspirar el aire es una expresión del deseo de vivir. Cuando la voluntad de vivir queda inmovilizada con este ejercicio, el deseo de morir se hace más evidente. La voluntad de vivir se puede entender mejor en su forma negativa: «No moriré.» Mientras esta voluntad es operativa, la respiración de la persona es bastante regular, aunque superficial; la voluntad mantiene la respiración en un nivel en que no

se establece contacto con los sentimientos profundos como la desesperación. Al hacer que una persona respire profundamente, sobre todo en la espiración, la función defensiva de la voluntad se pasa por alto, permitiendo que la persona se acerque al sentimiento de desesperación y al deseo de morir. Esto explica el pánico de los del primer grupo, los que tienen miedo de dejar salir completamente el aire. También ellos tienen el deseo de morir, lo que los atemoriza grandemente, pero a este anhelo se le opone una intensa voluntad de vivir. En el segundo grupo la voluntad de vivir es más débil.

También hay un grupo intermedio de personas cuya voluntad no está comprometida intensamente porque el deseo de morir es débil o inexistente. Este grupo puede espirar profundamente y mantener el aire fuera durante bastante tiempo como para provocar un potente jadeo. Este jadeo es espontáneo, una acción de afirmación de la vida idéntica en todos los aspectos al primer lloro y aliento de un niño recién nacido. La intensidad con que el aire es succionado da la medida de la fuerza del deseo de vivir. Al jadear, la garganta se abre completamente para aspirar el máximo de aire posible, lo que equivale a un abrirse plenamente a la vida. Después del jadeo la persona respira con más profundidad y plenitud, y con frecuencia rompe en sollozos suaves y profundos. Este llanto es una expresión de alivio, de alivio de que uno no tenga necesidad de resistirse a la vida a causa de un miedo a la muerte o de un miedo al sentimiento.

El deseo de vivir es el lado psicológico del instinto biológico de conservación. Está en el núcleo de la personalidad y se manifiesta en todas las funciones del cuerpo que mantienen la vida: el latir del corazón, los movimientos peristálticos de los intestinos, la expansión y contracción de la respiración, más la miríada de actividades de los diferentes órganos, tejidos y células. La respiración es la más visible de estas funciones y puede servir, por tanto, de

indicación de la intensidad de la fuerza vital. La profundidad de la respiración de una persona refleja la fuerza de su deseo de vivir. ¿Se extiende la ola de la inspiración hasta el abdomen para alcanzar el fondo pélvico? ¿Es la respiración una actividad corporal total, o se limita a un segmento, el pecho o el diafragma? Lo contrario de la respiración profunda es la respiración superficial, restringida o forzada. No se trata de cuánto aire puede uno inhalar con esfuerzo, sino de cuánto inhala sin esfuerzo. Dado que *aspirar* es un proceso de succión del aire, también medimos la intensidad del impulso de succionar. Cualquier experiencia infantil que haya debilitado la fuerza de este impulso también ha reducido la fuerza del deseo de vivir. Todo ejercicio, como el descrito anteriormente, que movilice y refuerce este impulso incrementará la energía y el deseo de vivir de la persona. Si se puede provocar el llanto, se reducirá la presión que soporta el corazón y se estimulará mucho la respiración al reducir las tensiones y rigideces musculares que obstaculizan estas acciones básicas del cuerpo destinadas a promover la vida.

Las personas caracterizadas por una intensa voluntad de vivir se pueden calificar de supervivientes, término que conviene a muchísimos individuos de nuestra cultura. Su cuerpo está marcado por unas mandíbulas apretadas y una rigidez general. A pesar de su evidente capacidad para sobrevivir, permanecen en el nivel del dolor y la desesperación asociados con su pérdida de amor original, que condujo en primer lugar al deseo de morir. Este deseo se refuerza constantemente por la falta de satisfacción (amor) que corre parejas con la preocupación del individuo por la supervivencia. Viviendo en un estado constante de emergencia, aunque inconscientemente, están listos para luchar o huir, pero no hacen ninguna de las dos cosas. Su rigidez les permite aguantar y sobrevivir, pero no pueden encontrar satisfacción. Y debido a la enorme tensión

que soporta el cuerpo, el aguante no puede asegurarse indefinidamente, lo que amenaza a su propia supervivencia. T arde o temprano quedan agotados y desean abandonar. En este punto pueden ser presas del pánico (en otras palabras, pueden sentir el deseo de morir) y sufrir un ataque cardíaco.

Para evitar este desenlace, una persona debe someter su voluntad y experimentar libremente su dolor, su desesperación y su deseo de morir, de modo que pueda llorar la pérdida del amor y lamentar los años en que luchó. Esta sumisión le permite establecer contacto con su fuerza vital en el propio núcleo de ésta; el impulso de respirar y el deseo de vivir. El amor es el corazón de la vida, y el corazón es la fuente del amor. Uno debe penetrar en el núcleo de su ser para encontrar el amor, que es el sentido y la satisfacción de la vida.

Un buen ejemplo de este proceso se puede ver en el siguiente relato de una sesión terapéutica en un taller de instrucción con un joven, un psicólogo clínico que había venido a estudiar el análisis bioenergético. Durante la pausa de la hora de comer decidió hacer una prueba con el taburete bioenergético. Mientras estaba tendido sobre el taburete, pasé por allí por casualidad y vi en su rostro un aspecto de muerte. Se lo hice notar y, después de comer, se ofreció como voluntario para trabajar conmigo. De pie ante el grupo, dijo: «Me sorprendió su observación. Últimamente he estado preocupado por la muerte. Mi mujer se suicidó hace unos tres meses.» Pero la expresión de su rostro tenía una cualidad crónica. Además, su mandíbula tensa revelaba una intensa voluntad de vivir destinada a equilibrar un deseo de morir. Le sugerí que intentara el ejercicio descrito anteriormente. Estaba dispuesto a hacerlo. Por lo general se necesitan varios intentos de retener el aire fuera antes de que el paciente se atreva a permanecer sin inhalar durante bastante tiempo como para movilizar un jadeo potente. Este era el caso con dicho

paciente. La garganta se abrió y se produjo el jadeo. Empezó a sollozar profundamente: «Quiero vivir, quiero vivir», decía sin parar.

Después del ejercicio le pregunté si había estado alguna vez cerca de la muerte. «Sí —dijo—, estuve a punto de morir cuando era un bebé. De hecho, los médicos no esperaban que viviera. No comía y perdía peso constantemente.»

Le pregunté qué había ocurrido en aquella época en su vida. Dijo: «Mi madre me destetó.»

La mandíbula apretada del paciente expresaba su determinación de no alcanzar el pecho de su madre con la boca porque la frustración era demasiado dolorosa. Y expresaba también su determinación de sobrevivir sin el amor que quería. No abriéndose ni tratando de tomar contacto podía evitar el dolor del rechazo. Pero el hecho de vivir en un nivel de supervivencia lo mantenía envuelto en una lucha entre vida y muerte que se reflejaba en su rostro.

Propuse que tratara de descargar el dolor del pasado, que alimentaba su deseo de morir, tratando de alcanzar a su madre ahora, con lo cual evocaría el dolor de aquel antiguo trauma. Como ya no era un niño, podía aceptar el dolor en vez de luchar contra él. Se tendió en el diván y extendió los labios, al tiempo que levantaba los brazos y llamaba a su madre. Apliqué una presión firme a los músculos tensos de su mandíbula. Acto seguido rompió en unos sollozos tan desgarradores que todos los presentes pudimos sentir la agonía del bebé (todavía presente en el adulto) por la pérdida de su mundo, el pecho de su madre, que representaba el gozo y la satisfacción. Psicológicamente, el bebé no tenía ningún deseo de morir, pero el dolor de la pérdida era tan grande que su garganta estaba contraída hasta el punto de que le resultaba casi imposible comer.

Cuando terminó el ejercicio, el paciente dijo que se sentía mucho más libre que antes. Había conocido desde siempre la historia

de su enfermedad, pero nunca la había relacionado con la pérdida del pecho. Estoy seguro de que su madre y sus médicos tampoco lo habían hecho. A causa de ello, el bebé quedó en una situación extremadamente desesperanzada y desamparada, que el llanto no parecía remediar. El llanto en que rompió entonces el paciente, unido a la comprensión de su pérdida, eliminó el aspecto de muerte y dolor de su cara.

No todos los casos son tan dramáticos como éste. En muchos de ellos no es fácil para el paciente ir más allá de la voluntad de vivir y experimentar el deseo de morir. A menudo uno oye las palabras «quiero morir», pero el miedo a la muerte es demasiado intenso para permitir una confrontación. Con algunos pacientes hay que trabajar durante mucho tiempo antes de que consigan tener el valor de experimentarlo. Se puede asegurar al paciente que no morirá en esta confrontación. Sobrevivió a la experiencia real cuando era pequeño y desvalido, y ahora cuenta también con la ayuda del terapeuta.

Cuando una persona muere, su muerte se puede ver como una expresión de un deseo biológico de morir. En un nivel psicológico, puede sentir todavía el deseo de vivir, que representa la actitud del yo o de la mente consciente y no necesariamente los deseos del cuerpo. Se puede decir, por tanto, que cuando una persona muere por causas naturales ha vivido mientras *lo ha deseado*. La voluntad de vivir es eficaz sólo en tanto recibe energía de la fuerza vital del organismo. El hundimiento de esta fuerza vital a causa de agotamiento o el estrés socava la voluntad de vivir.

Diversos estudios han revelado que a menudo aparece un cáncer en personas mayores tras la pérdida de un ser querido.

Se cree, y con razón, que el estrés de la pérdida produce la enfermedad. Sin embargo, muchos investigadores han reconocido que esta pérdida a una edad avanzada repite un trauma similar de la

infancia, a saber: la pérdida del amor de una madre o un padre. La última pérdida activa el dolor de la primera y hace crecer el deseo de morir. En muchos casos, el deseo de morir es consciente, pues con la edad avanzada hay un sentimiento de desesperanza en cuanto a la posibilidad de encontrar más amor. Sin amor, o sin la esperanza de amor, no se puede siquiera sobrevivir.

Empezamos este capítulo con un examen de la conducta auto destructiva de los pacientes cardíacos. La forma más común es el comportamiento del individuo del tipo A, que tiene el impulso de triunfar, de demostrar que es digno de amor. La intensidad de este impulso revela su cualidad desesperada. Un paciente lo expresó de este modo: la vida es una lucha. Si abandono la lucha, abandono la vida. No sé cómo vivir para mí. Estoy ocupado en el mantenimiento de mi familia, en hacer que mis hijos se casen, en trabajar, etc. Toda mi vida ha sido un esfuerzo continuo para justificar mi existencia, porque yo no debía estar ahí. Mi madre no quería tener más hijos, pero si tenía alguno, quería que fuese una niña. Cuando nació, dijo: «Lleváoslo, no es mío ,» Es imposible saber por qué su madre contó esta historia que puso sobre él un peso enorme.

Muchos lectores conocen el libro de Norman Cousins sobre su primera enfermedad grave, *The anatomy of an illness*. Esa enfermedad resultó ser una dolencia del colágeno que apareció de forma súbita y casi resultó fatal. Cousins atribuye su curación a un régimen de risa y vitamina C, ambas a dosis muy elevadas. Su relato de los acontecimientos inmediatamente anteriores al inicio de la enfermedad revela que sufría un grado extremo de fatiga debido al estrés. Pero no podía aceptar el agotamiento porque su voluntad le exigía seguir adelante. La enfermedad aparece cuando una persona se fuerza hasta sobrepasar el punto límite. Por desgracia, no siempre reconoce el punto límite hasta que lo ha sobrepasado. El peligro no está en el estado de agotamiento en sí mismo, sino en la



creencia, consciente o inconsciente, de que ceder al cansancio es un signo de debilidad, de que es inaceptable decir «no puedo».

Lo cierto es lo contrario. Ceder al cansancio permite a una persona convalecer, renovar su energía y recobrar el ánimo. Ceder a la propia tristeza abre y libera el profundo dolor de la angustia. Este dolor reside en el cuerpo: en la mandíbula apretada, la garganta contraída, el pecho rígido y el vientre encogido de la persona que reprime su anhelo de amor y su deseo de vivir.

Tras cerrarse al anhelo de amor, la persona ya no siente el dolor. En la medida en que está cerrada, lo único que puede sentir es un profundo sentimiento de frustración y desesperanza que alimenta el deseo de morir. Salir en busca del amor, por otra parte, activa el dolor. No hay dolor en la muerte y por esto tiene un gran atractivo para mucha gente. Tampoco hay dolor en la vida, si uno está completamente vivo. Entonces el flujo de sentimiento es libre y sin trabas. El dolor está en la vivificación, en el flujo de energía y sensación que penetra en las zonas tensas o muertas del cuerpo.

El miedo de este dolor explica por qué los ataques al corazón tienden a producirse cuando un individuo vulnerable siente el deseo de amor y está a punto de dar un paso positivo para salir de la trampa de la falta de amor. Es doloroso darse cuenta de lo vacía e insatisfactoria que ha sido, y puede ser todavía, la vida de uno. Pero si esta conciencia da lugar al llanto y no a más intentos de represión, el dolor inmediatamente disminuye y se elimina.

La evocación del dolor sirve para otro fin, a saber: para despertar la cólera reprimida de modo que se pueda dirigir hacia fuera. Como la cólera retenida está relacionada, en la mayoría de los casos, con los traumas de la primera infancia, no se puede expresar contra los padres en un período posterior de la vida. Si se reprime, puede emerger en forma de rabia como reacción ante alguna frustración poco importante. Por desgracia, tales explosiones, como

hemos visto, no descargan la cólera, que entonces plantea una amenaza para el corazón. Descargarla sobre los hijos, lo cual es una práctica habitual, es «representar» y no proporciona ningún verdadero desahogo. Hay que expresarla en un ambiente adecuado, donde no pueda causar ningún daño. Los pacientes, en la terapia, pueden descargar su cólera retenida golpeando una cama en la consulta del terapeuta o en su casa. Este ejercicio reduce la tensión de los músculos de la espalda y los hombros, libera el pecho y permite que la persona respire mejor y más profundamente. El hecho de dirigir la cólera hacia fuera de esta manera reduce mucho la conducta auto destructiva, que, en último término, resulta de la cólera dirigida contra el yo.

He sugerido que el deseo de morir está relacionado con enfermedades importantes como el cáncer y el ataque cardíaco. ¿Por qué, entonces, una persona muere de cáncer mientras otra sucumbe a un ataque al corazón? El cáncer supone una muerte lenta y es provocado por una erosión gradual del deseo de vivir. Curiosamente, en los enfermos de cáncer la voluntad de vivir sigue siendo bastante fuerte hasta el final. Mientras el cuerpo se muere, el yo continúa afirmando su voluntad de vivir, afirmación que cada vez tiene menos sentido a medida que la enfermedad avanza. En efecto, el enfermo de cáncer no abandona la lucha neurótica hasta que la muerte le pone fin. Pero ¿no vale esto también para la víctima de un ataque cardíaco? Sí y no. La víctima de un ataque cardíaco es más consciente de su lucha y del deseo de abandonarla. Si no puede liberarse mediante un acto deliberado, hará algo destructivo para liberarse de su trampa, como los dos altos ejecutivos mencionados por Friedman, que perdieron su posición al olvidarse de hacer su declaración de renta. Con todo, es mejor perder una posición que perder la vida. En algunos casos, el propio ataque cardíaco es una manera de escapar de presiones intolerables. Pero no se puede de-

cir que la persona se ha dado a sí misma un ataque; tal vez lo haya invitado, pero, si lo ha hecho, ha sido de mala gana.

La víctima de un ataque cardíaco está presa en un conflicto: quiere salir, pero tiene miedo de salir. Para salir, tiene que abrirse, lo cual evoca el dolor de la angustia y el miedo al abandono. Su muerte, si se produce a causa de un ataque, no es resultado de la resignación, sino del miedo. Simbólicamente, el ataque cardíaco es como la reacción de pánico que se produce cuando un impulso de romper, salir en busca del amor y abrirse, cobra la intensidad suficiente como para desafiar la seguridad aparente del statu quo. Ni este impulso ni el pánico son conscientes. Si lo fueran, el problema sería transferido al nivel consciente, donde sería posible enfrentarse con él. La muerte por un ataque cardíaco también denota una pérdida de la esperanza, pues el corazón es tanto el órgano de la esperanza como del amor. La pérdida de la esperanza, secuela del pánico, es un sentimiento arrollador, agudo, muy diferente de la resignación emocional del enfermo de cáncer, cuya esperanza es erosionada lentamente por el deseo de morir.

Cuando estas cuestiones pueden sacarse a la luz y discutirse en la situación terapéutica, el miedo se vuelve manejable. Y, dado que este miedo va unido a la soledad, disminuye mucho cuando hay otra persona dispuesta a escuchar con comprensión. Para muchos pacientes, la relación con el terapeuta es una conexión que sostiene su vida. El encararse a los propios conflictos es siempre una experiencia dolorosa y aterradora, pero también es muy provechosa, pues contiene el potencial de una vida no corrompida por el deseo de morir.

El caso siguiente es interesante porque el paciente tenía todos los síntomas de un ataque cardíaco sin tenerlo en realidad. Creo que Morris evitó un infarto al permanecer en contacto con sus sentimientos. El incidente ocurrió cuando unos sentimientos positivos

de amor intentaban abrirse paso a través de su pecho blindado. Morris, que era un patólogo clínico de unos cincuenta y cinco años de edad, había estado practicando la terapia bioenergética durante varios años. Su lucha por abrir su corazón era uno de los puntos centrales de la terapia. Se había casado por tercera vez unos diez años antes, y la relación durante la mayor parte de este tiempo había sido tormentosa. Los períodos de ternura y cariño entre él y su esposa, Barbara, alternaban con otros de distanciamiento, frialdad, sentimientos heridos y explosiones de cólera. Era una relación complicada, que sin embargo iba mejorando lentamente con el trabajo que cada uno llevaba a cabo con sus propios problemas. Morris, por su parte, hacía un gran esfuerzo para ser una persona más autónoma y no depender de una mujer, para identificarse más con su sexualidad y tener más seguridad en ella, y para ser una persona más afectuosa. Los problemas que tenía con Barbara eran paralelos a los que había experimentado con su madre. Adoptó un papel de auxiliador y siempre estaba «ahí» para ayudarla; y se ponía furioso cuando ella no estaba dispuesta a ayudarlo a él.

El incidente, tal como lo contó Morris, nos permite comprender los sentimientos y conflictos que implica el intento de abrirse paso entre las tensiones que aprisionan los sentimientos del corazón. Empezó cuando Morris se despertó de un sueño «con una sensación terrible en la garganta y el esófago». En el sueño vio un hombre, al que conocía, que tenía los músculos del pecho desgarrados con largos cortes. Según su relato, «estaba abrumado de pena por esta visión atroz. Estaba seguro de que el hombre iba a morir y, sin embargo, tenía sentimientos maravillosos hacia él. Pero me levanté con aquel dolor en la garganta».

La interpretación del sueño es fácil. El hombre del sueño era el propio Morris, cuyo pecho y garganta se estaban abriendo, dando lugar a sentimientos maravillosos pero también a dolor y miedo de

morir. Cuando estuvo completamente despierto, el dolor era como el de una indigestión, y fue peor cuando trató de sentarse. Se asustó y se preguntó si podría estar sufriendo un ataque cardíaco. Le vino un sudor frío y pensó que quizá estaba muriéndose. En este punto despertó a Barbara y le dijo: «Puede que esté muy enfermo.» Su esposa decidió llamar a una ambulancia, a lo que Morris accedió, ya que se sentía mal, con un sudor frío y pegajoso y a punto de desmayarse. Sin embargo, ya no sentía ningún dolor en la garganta ni en el pecho. La idea de que podría estar muriéndose persistía, y Morris se dispuso a aceptar esta posibilidad.

Uno de los miembros del equipo médico de urgencias era el marido de una mujer llamada Jenny que en otro tiempo había sido ayudante de Morris. Este preguntó al hombre por Jenny y su hijo recién nacido y el hombre le dijo que estaban bien. Morris dijo: «Al pensar en Jenny, sentí mi corazón y una ola de amor hacia ella. Dije: “Dile que la quiero.” Esto me pareció muy importante.»

Cuando Morris llegó al hospital, el equipo de urgencias lo conectó inmediatamente a un monitor, le hizo un electrocardiograma y le insertó un tubo en la mano. Morris se sintió confortado por su eficiencia. El electrocardiograma reveló que el corazón estaba en condiciones normales. Sin embargo, fue ingresado en cuidados intensivos, donde pasó la noche conectado a un monitor. Al día siguiente, sintiéndose mejor y viendo que su corazón estaba perfectamente, él y su mujer discutieron la situación emocional en que se hallaban y el problema cardíaco «real» de Morris.

Refirió lo siguiente: En la ambulancia, de camino al hospital, fue muy importante para mí decir «Dile a Jenny que la quiero». Me sentí el corazón; la quiero de veras. En la sala de urgencias, mientras miraba a mi alrededor, pensaba: ¿A quién puedo amar aquí? Lo que había ocurrido es que mi mujer no me había dejado amarla durante las cuatro últimas semanas. Estaba furiosa conmigo, celosa porque creía que me gustaba otra mujer. Me mantuve apartado, guardando

mis distancias y sin deseo sexual. A medida que pasaban los días, sentía que algo se moría dentro de mí. Cuando mi mujer y yo hablamos en el hospital sentí que podría morir por ella. El significado de este sentimiento era que habría muerto por mi madre para hacerla feliz o para hacerla volver a mí. Me acordé de que, cuando niño, albergaba la idea de sacrificar parte de mi vida para que mis padres pudieran vivir cientos de años. Ello representaba el miedo a perderlos, pues por debajo percibía el sentimiento de que sin ellos me moriría. Recuerdo que, durante la temporada en que tuve problemas con mi mujer, una noche en la cama lloré con el mismo pensamiento —«sin ti, me moriré»— y sintiendo dolor en la garganta. Quería desesperadamente llamar a alguien —a Madre— y supe, con un conocimiento terrible, que ella no vendría, ni me oiría, que mi voz y mis sentimientos serían mal recibidos. Era un sentimiento terrible de soledad, dolor, desesperación, abandono, aunque la palabra no parece hacer justicia a la cualidad terrible del sentimiento de que podía morir. Una noche, en esa época, me dormí y tuve dos sensaciones terribles que parecieron durar toda la noche. Una era que mi garganta y mi esófago iban a sufrir un colapso y me moriría; la otra era el sentimiento de que, si no me disfrazaba y me escondía, me matarían. Ahora lo interpreto como que tenía que ocultar mis sentimientos y necesidades o, si no, me matarían. De algún modo, me encerré. Así es cómo me sentí cuando noté la rabia de mi esposa y su locura de acusarme de estar en relaciones con otra mujer. Ella estaba presa del pánico, y esto me comunicó el pánico a mí, lo que me hizo dar cuenta de que mi madre se hallaba más o menos en el mismo estado. Me di cuenta de cuán desesperado estaba por ayudarla, por ayudar a mi madre, pero también sentía que yo era *impotente*. El sentirme impotente me dejó libre de un modo u otro para llorar por mí y para sentir mi soledad. Ahora sentía y reconocía lo desgraciado que había sido durante la mayor parte de mi vida, algo que me avergonzaba recordar, como si no tuviera ningún derecho a ser desgraciado. Era una infelicidad por la que parecía que no podría hacer nunca nada, porque era la infelicidad de mi madre. De un modo u otro la había tomado para mí y sentía que era mía.

La identificación de un niño con los sentimientos de su madre tiene su origen en la fusión simbiótica entre ellos. No es un fenómeno psicológico. Durante los nueve meses en que se desarrolla en el útero, el cuerpo del niño tiene un contacto tan íntimo con el de su madre que siente y reacciona ante toda ola de sensación que pasa por ella. Incluso después de nacer, el cuerpo del niño está tan sintonizado con su madre que vibra en armonía con ella. Si una madre

está triste y es infeliz, su hijo se sentirá triste e infeliz. Si es entusiasta y animada, su hijo sentirá igual. Sus sentimientos determinan el humor del hogar. Si es infeliz, su felicidad nublará el ánimo tanto de los niños como de los adultos que viven en la casa.

Un adulto puede irse de casa y encontrar alguna emoción agradable en otra parte, pero un niño pequeño está atrapado. No puede sentirse bien si su madre no se siente bien, y por esto tiene que hacer todo cuanto está en su mano para levantar el ánimo de su madre. Inevitablemente fracasará y se convertirá en un niño triste y abatido. La infelicidad de su madre es ahora la suya. Esta clase de infelicidad no es de la clase que un niño puede descargar llorando. ¿Cómo puede cargar a su pobre y desgraciada madre con el peso de su tristeza cuando ella de por sí ya tiene tanta? El niño sabe intuitivamente que su madre no puede responder a sus necesidades.

Morris reconocía este dilema. Dijo: «Me doy cuenta de que ahora puedo hacer algo por mi infelicidad: puedo llorar. Esta percepción está relacionada con mi garganta. He cerrado la garganta para suprimir mi llanto, lo cual me ha dejado atrapado.»

El papel de Morris de ayudar a las mujeres era una extensión de su papel de cuando era niño. Quizá también determinó la elección de su profesión. Estar dispuesto para ayudar a la madre permite que un niño supere el terrible sentimiento de soledad y abandono que amenaza su vida. El negarse a sí mismo y asumir una responsabilidad respecto a otro se convierte en una forma de supervivencia.

Por lo que acabamos de decir podemos ver que no es difícil para un niño quedar atrapado en la relación con su madre, de modo que la separación no es fácil de conseguir. De adulto puede quedar atrapado en una relación insatisfactoria a causa del sentimiento de que su papel consiste en hacer feliz a su pareja a fin de poder satisfacerse él mismo. Pero esta explicación se queda corta. La jaula

que aprisiona al corazón no se cierra del todo hasta el final del período edípico. Un niño que está dispuesto para ayudar a su madre se halla envuelto, por lo general, en una situación que tiene matices y visos sexuales. Morris era consciente de que su madre había sido seductora con él y que su comportamiento era responsable de lo que el propio Morris denominaba su «locura» sexual. Dijo: «Mi madre jugaba conmigo, me provocaba, me tentaba, me incitaba con burlas, se ofrecía y después se mostraba inasequible. Yo notaba que casi me volvía loco con su comportamiento seductor. Ahora me doy cuenta de que gran parte de mi excitación sexual está asociada con preocupaciones, estimulaciones y juegos, y no con el acto sexual en sí.»

El efecto que esto tuvo en Morris, como en cualquier niño atrapado en una situación similar, fue crearle un sentimiento de culpabilidad en relación con su sexualidad. Cabe preguntarse por qué él —y no su madre— se sentía culpable en esta situación, ya que él era la parte perjudicada. Pero pocos padres consienten en sentirse culpables por su comportamiento seductor con sus hijos. No ven su conducta como algo moralmente malo o perjudicial para el niño. A sus ojos, se trata de una excitación inofensiva que pueden controlar de modo que no termine en incesto. Por desgracia, el niño no puede controlar su excitación. Queda sobreestimulado, lo cual resulta muy penoso puesto que él no dispone de ninguna vía para desahogar la carga, como hace un adulto. Una parte de él desea desesperadamente el contacto sexual con el padre, y otra tiene miedo ante esta perspectiva y sabe que está mal. Dado que está mal, alguien debe tener la culpa. Un padre no tiene ningún problema para hacer que el niño se sienta responsable de su apego sexual por el padre. Al proyectar la culpabilidad en el niño, el padre niega su culpabilidad. El niño no tiene más remedio que aceptar la culpabilidad, lo que destruye su inocencia y cierra la puerta tras su in-



fancia.

Ya hemos visto las consecuencias de este tipo de experiencias. En la edad adulta, el sexo se disocia del amor. El individuo puede encontrar satisfacción sexual con una pareja ocasional, pero le resulta difícil excitarse en alto grado con alguien a quien ama realmente. Tal como aprendió sobradamente de pequeño, estos sentimientos intensos hacia un objeto de amor son tabú.

Pero la disociación del sexo respecto al amor pone en peligro al corazón porque éste no puede satisfacer sus anhelos más profundos. La solución consiste en convertirse en una persona amorosa con el corazón abierto a una amplia gama de sentimientos. Para lograrlo es necesario vivir con arreglo a unos principios que mantengan la integridad de la personalidad. Examinaremos algunos de estos principios en el capítulo siguiente.

## 10 El corazón sano La persona que ama

El corazón tiene sus razones, que la razón nunca conocerá.

Pascal

Hoy en día hay una conciencia cada vez mayor de que la enfermedad cardíaca está en relación con las actitudes y pautas de comportamiento de la persona. Por consiguiente, las personas preocupadas por su salud tratan, no sólo de reducir las tensiones de la vida moderna, sino también de fortalecer el cuerpo para que pueda resistir dichas tensiones. Para muchos, la buena condición física es el quid de la cuestión. Vigilan su régimen alimenticio, hacen ejercicio regularmente, dejan de fumar, pasan revisiones médicas regulares y a veces practican la meditación u otras técnicas de relajación. Si bien son recomendables, todas estas prácticas no inciden en el problema clave que da lugar a la enfermedad cardíaca, a saber: la falta de amor. Mi tesis es que una persona cuyo corazón está abierto al amor no sufrirá enfermedades de las arterias coronarias. Esta persona no será rígida, respirará con plenitud y no se verá impulsada a triunfar o a lograr éxitos como la personalidad del tipo A. Si este juicio es válido, aquellos de nosotros que nos preocupamos por la salud de nuestro corazón deberíamos concentrar nuestro interés en cómo podemos abrirlo al amor.

El problema con que nos encontramos la mayoría de nosotros es que las defensas que erigimos para proteger el corazón se han convertido en su prisión y ahora son inconscientes. Muchas perso-

nas ni siquiera tienen conciencia de la tensión que hay en su pecho o de su incapacidad para abrir su corazón. La mayoría de las personas creen que serían plenamente capaces de amar si fuesen amadas. Confunden el anhelo de amor con el propio amor. Notan el amor en su corazón pero no pueden llegar hasta él, separados como están de su corazón por las barreras que erigieron para salvarlo.

No basta tomar una decisión para amar más. Al igual que no podemos hacernos felices mediante un esfuerzo de la voluntad, tampoco podemos forzarnos a sentir amor. Los sentimientos, por su propia naturaleza, surgen de las profundidades del organismo y, aunque podemos embotarlos o reprimirlos, somos impotentes para crearlos. Si bien es cierto que uno puede provocar un sentimiento mediante la fantasía o representándolo no se tratará del sentimiento auténtico a menos que la acción toque alguna reserva reprimida de emoción. De vez en cuando uno puede atravesar las barreras que retienen el sentimiento de amor, de modo que éste llega a la superficie, pero estas experiencias de ruptura, aun siendo importantes, no cambian la personalidad si las barreras no se entienden y se eliminan. Muchas personas, por ejemplo, han experimentado la arrolladora alegría de enamorarse. Sin embargo, en muchos casos el amor tiene una cualidad infantil o romántica y se derrumba ante la realidad adulta, dejando a la persona tan cerrada al amor como al principio.

Para abrir el corazón de modo que dé sentido a la persona y vida al cuerpo, necesitamos determinar por qué y cómo se encerró y qué fuerzas y miedos lo mantienen cerrado. Sin este conocimiento y esta comprensión, los terapeutas no podemos desmontar el blindaje ni apartar las barreras de nosotros mismos ni de nuestros pacientes. El primer paso es investigar y analizar el pasado de la persona, especialmente las experiencias de la infancia. Al mismo tiempo debemos estimular la comprensión de los procesos físicos

que crean el blindaje del individuo. Debemos ver el cuerpo, no de un modo mecánico, sino como la expresión viviente de la historia de un individuo. Como ya hemos visto, toda tensión crónica del cuerpo es señal de algún conflicto anterior que ha dejado a la persona con un miedo no resuelto. Hay que abrirse paso a través de estos miedos y eliminarlos si la persona quiere mantener su corazón abierto a la vida. Para ello, hay que aliviar las tensiones musculares y permitir que los sentimientos reprimidos lleguen a la conciencia. Ambos procesos, el analítico y el físico, se desarrollan al mismo tiempo en la terapia, al igual que en la vida.

El siguiente esbozo de una sesión terapéutica muestra estas interconexiones. Mientras la paciente, una mujer de unos treinta años a quien llamaré Barbara, estaba tendida en el diván, le sugerí que extendiera los brazos y dijera lo que quería. Dijo: «Quiero sentir amor en mi corazón.» Pensaba, según me dijo más tarde, en su marido y sus hijas. La declaración de su deseo dio lugar a un sentimiento de tristeza, pero Barbara no pudo llorar. Su mandíbula apretada e inflexible y su cuerpo tenso le hacían muy difícil el deshacerse en lágrimas. Cuando hablamos de su incapacidad de llorar, añadió: «Tengo el mismo problema cuando estoy en la cama con mi marido y empiezo a ablandarme con deseo sexual. Me pongo rígida, corto el sentimiento y me vuelvo hostil.» Y explicó: «Si dejo que mis sentimientos se muestren, siento que la gente disfrutará con ellos y obtendrá cierto placer perverso de mi desamparo.» Y luego añadió: «Si pierdes el control te roban la escena.» Y añadió para mí: «y te humillan.»

Barbara se había quejado anteriormente de una falta de intimidad en su infancia. Tenía la intensa sensación de que su madre siempre estaba vigilándola y de que su padre era muy consciente de su sexualidad. De adulta, Barbara todavía actuaba como si cualquier demostración de sentimiento fuera a exponerla a la humilla-

ción. Sabía, por supuesto, que éste no era el caso, pero su mente consciente no podía dominar la sensación de miedo, que estaba estructurada en las tensiones crónicas de su cuerpo.

La sensación, como señalamos antes, es la percepción de lo que ocurre en el cuerpo. En el caso de Barbara, la represión del sentimiento indicaba un miedo a exponerse y a ser humillada. Si lloraba, era inevitable que se sintiera humillada, ya que la humillación era el sentimiento que trataba de reprimir. Pero si no lloraba nunca, siempre tendría miedo a exponerse y recibir una humillación. ¿Era esta situación una trampa? No, si Barbara tenía el valor de poner a prueba su realidad adulta. El sentimiento de humillación que podría experimentar mientras se dejara llevar por el llanto sería momentáneo. Se transformaría rápidamente en una sensación de alivio cuando se diera cuenta de que sus íntimos reaccionaban ante su llanto con simpatía y comprensión.

Como Barbara quería este desahogo, no fue demasiado difícil ayudarla a ceder. Le pedí que volviera a extender los brazos y, esta vez, solicitara mi ayuda. A pesar de su necesidad desesperada, le era difícil hacer este gesto con sentimiento. Mientras decía las palabras: «Por favor, ayúdeme», hice un poco de presión sobre los lados de su mandíbula, lo que hizo que se relajaran. En menos de un minuto Barbara empezó a sollozar. Cuando terminó de llorar, manifestó lo buena que era la sensación de poder soltarse. Sabía que no hubiera podido hacerlo sin mi intervención.

En esto no es la única. Muchas personas se encuentran paralizadas por la tensión conflictiva del «quiero» y el «no quiero» y necesitan la intervención de un terapeuta para inclinar la balanza desde la represión del sentimiento a su expresión.

Los niños pequeños son la excepción. Cuando un bebé está asustado, herido o frustrado, su mandíbula empieza a temblar, lo que conduce de inmediato a un profundo sollozo. Este es a la vez

un grito de pena y una descarga convulsiva de la tensión.

Cuando el bebé crece, aprende otras maneras de descargar la tensión. Una es enfadarse cuando se le hiere o se le insulta. Por ejemplo, un niño asustado por un movimiento inesperado puede pegar a la persona que lo ha sobresaltado. La expresión de cólera manifestada en un ataque físico descarga la tensión. El niño también aprende a liberarse alejándose de las situaciones de tensión. Al ir haciéndose mayor, puede recurrir también a la risa.

Ninguna de estas posibilidades está al alcance de los bebés, para quienes llorar es la única forma de descargar la tensión. El llanto también es la única forma en que los adultos pueden aliviar la tensión que resulta de la pérdida del amor. El proceso del duelo es ineficaz para descargar el dolor de la pérdida si no incluye el sollozo profundo. Uno también puede encolerizarse por la muerte de un ser querido, como hacen a veces los primitivos, pero la cólera de éstos siempre va acompañada de lamentos, gritos y lloros. Uno de mis pacientes me contó que, tras la muerte de su esposa, unos años antes, lloró todas las noches durante una semana. El dolor de la pérdida era tan grande que no creyó que pudiera sobrevivir. Pero el hecho de llorar le permitió dormir, lo cual le dio la energía necesaria para seguir adelante.

Mientras que la cólera descarga la tensión de la parte posterior del cuerpo, el llanto descarga la tensión de la parte anterior. Cada sollozo es como una pulsación que arranca de lo profundo del abdomen y asciende por el pecho y la garganta, para liberarse en forma de sonido. Para emitir el sonido hay que exhalar el aire; el llanto es imposible si se retiene el aliento. El bloqueo del sonido con la tensión de la garganta y la mandíbula también inhibe el llanto. Pero si se superan estos impedimentos, el pecho se siente más ligero y la respiración es más fácil después de un buen llanto.

La risa es muy similar al llanto en su capacidad para aliviar la

tensión. Como hemos visto, Norman Cousins alienta el uso de la risa como antídoto del pánico y como ayuda a la curación. Difícilmente se pueden negar sus valores positivos; levanta el ánimo de la persona. Fisiológicamente, la risa y el llanto no son muy diferentes; ambos son reacciones convulsivas en las que se utiliza la voz y se moviliza la respiración. La descarga de la tensión resulta de los movimientos convulsivos del cuerpo, pero si bien la risa termina volviendo el rostro hacia arriba, el llanto vuelve el rostro hacia abajo.

Una buena carcajada y un buen llanto no son lo mismo desde el punto de vista psicológico. Reír cuando uno está triste no hace nada para descargar la tristeza, aunque puede significar un alivio temporal. Sólo el llanto profundo descarga la tristeza.

Muchos pacientes utilizan la risa para bloquear o reprimir su tristeza. A veces un paciente empieza a reír de forma espontánea cuando respira profundamente al doblar la espalda sobre el taburete, pero la risa es inadecuada, ya que no hay nada de divertido o cómico en la situación. Pero si se anima a la persona a que siga riendo, puede resultar que la risa se transforme de golpe en llanto. También puede ocurrir al revés. Recuerdo un incidente en el que esto ocurrió. Mi mujer se ocupaba de la tensión de mis hombros estando yo sentado en el suelo. De pie detrás de mí, apretaba los puños sobre los músculos tensos entre mi cuello y mis hombros. Era tan doloroso que empecé a llorar. Luego, de pronto, el dolor desapareció y yo me reí.

Cuando los músculos se soltaron la tensión desapareció en ellos, y lo mismo el dolor. Reía con alivio y con una sensación agradable.

A algunas personas les cuesta mucho llorar e incluso se enorgullecen de su capacidad de «encajar» sin inmutarse. Hay épocas y lugares en que tal actitud es señal de valentía. No derrumbarse ante el enemigo es meritorio, pero sostener esta actitud en la vida ordi-

naria es disparatado y peligroso. Podríamos preguntar si es que la persona trata de demostrar que está hecha de piedra. Pero en estos casos, como en tantos otros, las verdaderas razones están debajo de la superficie, en el inconsciente. No llorar fue la manera en que sobrevivieron de niños. No llorando, el niño puede negar a un padre hostil y que le castiga la satisfacción de saber que lo ha sometido. Volviéndose de piedra, el niño puede hacer que un padre se sienta impotente. Nadie es lo bastante poderoso como para doblegar una piedra a su voluntad. Por otra parte, muchos hombres sienten vergüenza de llorar. Si llegan a hacerlo, se cubren la cara con las manos. En un nivel consciente creen que llorar no es viril. Pero la dificultad que sienten para llorar tiene sus orígenes en su rigidez inconsciente, que bloquea la respiración profunda y representa conflictos reprimidos.

Antes mencioné mi propia dificultad para llorar. Supe durante muchos años que mi pecho estaba tenso y que en él se alojaba el pánico. Sabía que tenía miedo al abandono. La terapia que recibí y los ejercicios que practiqué redujeron mucho el pánico y el miedo, pero sabía que aún era un candidato a un ataque cardíaco. De hecho, soñé que tendría un ataque cardíaco y moriría. Aunque no se daba ninguna fecha para el ataque, el sueño no sugería que fuera a tener lugar en un futuro lejano. Sin embargo, no sentí ningún miedo ante esta perspectiva. Dije simplemente: «Está bien, siempre y cuando muera con dignidad.» La noche siguiente soñé que era consejero de un rey niño. Este creía que lo había traicionado y ordenó mi ejecución. Fui conducido al lugar de la ejecución, donde iban a cortarme la cabeza. Vi al verdugo de pie con su hacha junto al tajo, pero no sentí ningún miedo, pues estaba seguro de que el rey se daría cuenta de su error y me pondría en libertad en el último minuto. Pasaban los segundos, se acercaba el momento de la ejecución y no llegaba el indulto. En el último momento miré hacia aba-



jo y vi que la cadena que sujetaba mi pierna era de oropel y que podía andar libremente. En ese momento me desperté. La intensidad del sueño indicaba que era importante.

Al reflexionar sobre el sueño, vi claro su significado. El rey niño era mi corazón; el consejero era mi cabeza. Mi cabeza había traicionado a mi corazón al tomar el poder y dictar la conducta con el pretexto de que el rey, mi corazón, era infantil. El sueño representaba el típico conflicto entre el yo adulto y el corazón. Si quería salvar mi corazón, tenía que perder mi cabeza: éste era uno de los mensajes del sueño. El otro era que no existía ninguna amenaza real contra mi vida si veía la realidad de mi situación. Era libre. Simplemente tenía que reconocer la hegemonía de mi corazón. Yo había creado el conflicto y, por tanto, podía resolverlo dándome cuenta de que el papel del consejero no es tomar decisiones. Esta es la prerrogativa del rey. El papel del consejero es mantener informado al rey y ayudarlo a ejecutar sus decisiones. Describiría la relación cabeza—corazón del modo siguiente: el corazón le dirá lo que hay que hacer, y la cabeza le dirá el mejor modo de hacerlo.

Mi enfoque del problema estudiado en este libro —a saber: la incapacidad de abrir el corazón al amor— es tanto psicológico como físico. En el nivel psicológico, es necesario que la persona comprenda la naturaleza del problema y penetre en sus causas en la mayor medida posible. Esto implica un análisis minucioso que le ayude a tomar contacto con las experiencias de su infancia. Pero no creo que el solo análisis sea plenamente eficaz. El problema está estructurado en el cuerpo en forma de tensiones musculares crónicas, como he señalado muchas veces a lo largo de este libro. He descrito el blindaje de la parte anterior del pecho, que bloquea el anhelo, y la coraza de la espalda, que inmoviliza la expresión de la cólera. Estas tensiones deben ser descargadas en un grado significativo si se quiere establecer un funcionamiento sano. El primer

paso de un programa de tratamiento consiste en ver estas tensiones.

La figura 14A es un dibujo tomado de una fotografía de un paciente depresivo de cuarenta y tres años que había sufrido un infarto de miocardio dos años antes. El encorvamiento de la espalda es la característica más evidente del dibujo. Algunos animales exhiben esta especie de joroba cuando están tan encolerizados que se les eriza el pelo del lomo. Al igual que ellos, este hombre tenía la espalda levantada. Unas cuatro semanas antes del ataque su superior lo había reprendido, cosa que describió como una experiencia muy humillante. Aunque estaba encolerizado y furioso, no expresó sus sentimientos. Durante las siguientes fiestas de Navidad se sintió cansado y agitado al mismo tiempo. También experimentaba cierta dificultad para respirar. Tenía tan mal aspecto que le aconsejaron que se tomara unas vacaciones. Por las fiestas de Año Nuevo se fue de vacaciones a California, a la casa de su hermana, y un día el novio de su sobrina, un joven de veintiuno o veintidós años, le propuso jugar una partida de frontón. Perdió el primer juego con el tanteo de 21—12, y también perdió el segundo. En el tercero se empleó a fondo, pero volvió a perder. Después de la tercera paliza paseó durante quince o veinte minutos. Cuando se sentó sintió dolor en el pecho. Afortunadamente, el hospital sólo estaba a cinco minutos del lugar.

Si bien el encorvamiento de la espalda llama mucho la atención, no debemos pasar por alto el pecho hinchado y blindado, que denota angustia y pánico. A causa de su espalda encorvada, la hinchazón de su pecho quizá no será visible si el paciente estuviera vestido. Desvestido, se manifiesta claramente en el diámetro exagerado del tórax. Este paciente no se había casado nunca ni había tenido ninguna relación duradera o satisfactoria con una mujer. Al hablar de su infancia, no revelaba conciencia alguna de haber sufrido una pérdida de amor. Recordaba muy poco de su infancia,

pero no creía que hubiera habido nada fuera de lo normal en ella. El hecho de hablar de su ataque no despertaba ningún sentimiento de tristeza ni ninguna sensación de que le hubiera ocurrido algo terrible. Reconoció que sentía cólera, pero creía que estaba irritado consigo mismo por ser un fracasado. Al negar toda tristeza por la falta o pérdida de amor, no tenía ningún deseo de llorar. No se acordaba de cuándo lloró por última vez. Cuando murió su madre, hacía unos años, las lágrimas habían acudido a sus ojos, pero no rompió en llanto ni sollozó.

La figura 14B es el dibujo de una estructura corporal muy común entre los hombres de mediana edad. Muestra la espalda encogida y tensa, el diámetro exagerado del tórax y la típica barriga. Una persona con este tipo de cuerpo puede que coma con exceso y que tenga un nivel de colesterol alto. Sin embargo, estos rasgos físicos son, en mi opinión, secundarios con respecto a los factores emocionales y a los problemas respiratorios manifestados en el tórax abultado. Hay otro aspecto de estos dibujos que merece atención: el trasero hundido. En ambos dibujos las nalgas están relativamente aplanadas, posición que recuerda la de un perro con el rabo entre las piernas. En mi opinión, esta actitud corporal significa una pérdida de seguridad en sí mismo, otro factor que predispone a la enfermedad cardíaca. Como la persona es su cuerpo, éste tiene que cambiar si ha de haber un cambio seguro de la personalidad. Doy a continuación una descripción de algunos de los ejercicios utilizados para obtener este cambio.

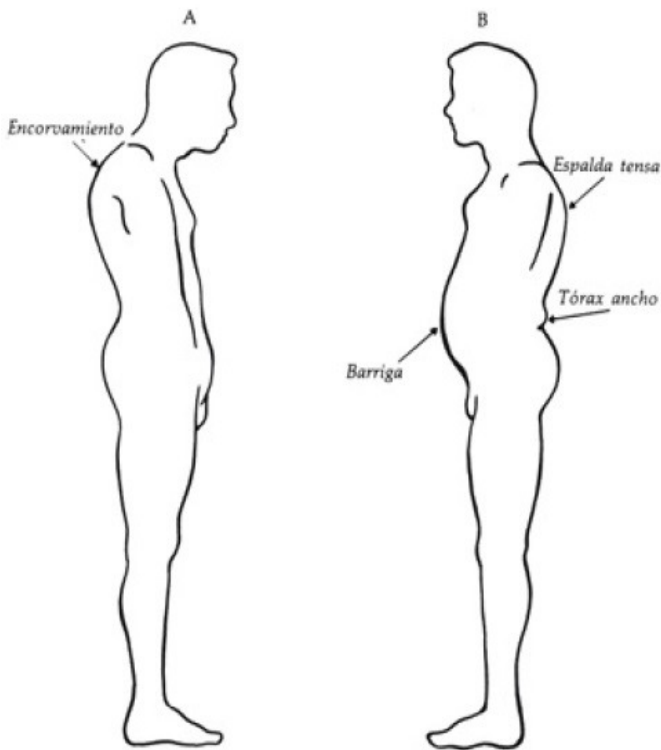


Figura 14. Pautas de tensión en individuos blindados

La técnica básica que utilizo para ayudar a una persona a desbloquear su capacidad de llorar es la movilización de su respiración y su voz. Esto puede hacerse de varias maneras, pero para tratar a personas que se han endurecido es útil emplear un taburete bioenergético. El taburete, que se muestra en la figura 15, mide unos 61 cm de altura. Encima de éste se sujeta una manta enrollada con un núcleo de papel. La persona se tiende de espaldas sobre el taburete, con los brazos extendidos por encima de su cabeza y en

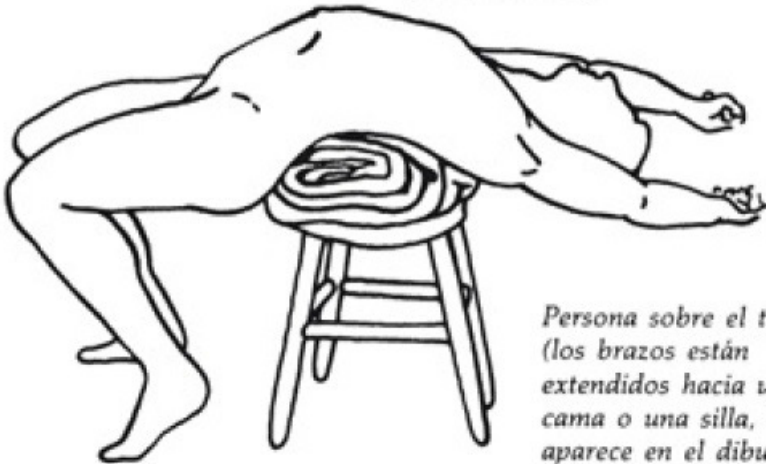
dirección a una silla. La manta tiene contacto con el cuerpo por la espalda a la altura de los pezones. Esta postura es una adaptación del estiramiento que hacen tan a menudo las personas para aliviar la tensión cuando han estado sentadas demasiado tiempo. Para hacer unas cuantas buenas respiraciones, levantan el torso y extienden los brazos por encima del respaldo de la silla. Dado que la mayoría de las personas sufren una tensión importante en los músculos de la espalda, esta posición en el taburete es incómoda. No obstante, si la persona se relaja todo lo que puede, el taburete la ayuda a respirar al estirar los músculos tensos que rodean el tórax. Es difícil aguantar la respiración mientras se está tendido sobre el taburete, y las personas que están rígidas notarán su rigidez y su incapacidad de respirar profundamente. (Una descripción más completa de cómo se puede utilizar el taburete se encontrará en el manual de ejercicios bioenergéticos)



*Taburete (visto por delante)*



*Taburete con una manta enrollada (visto de lado)*



*Persona sobre el taburete (los brazos están extendidos hacia una cama o una silla, que no aparece en el dibujo)*

Fig. 15. Taburete bioenergético y los ejercicios de respiración

Tal como hemos visto, las personas que retienen sus sentimientos retienen su respiración. El estar tendido sobre el taburete favorece la espiración y, así, ayuda a «soltarse». Si uno exhala el aire, con una profunda espiración abdominal, la tristeza suprimida no se puede retener y emergerá espontáneamente. En la mayoría de los casos, las personas no pueden respirar tan profundamente, pero esta

respiración se puede fomentar con el uso de la voz. El sostener un sonido moderado mientras se está tendido sobre el taburete hará más profunda la respiración si uno hace el esfuerzo. La incapacidad de sostener un sonido durante más de unos segundos es señal de dificultades respiratorias, aunque uno quizá no sienta esta dificultad en la vida normal. Por lo general, los problemas respiratorios se asocian a la dificultad de inspirar el aire, mientras que aquí el problema es la incapacidad de espirar profundamente. La mayoría de las personas pondrán fin al sonido cuando éste llegue al punto límite, esto es, al punto en que una espiración continuada resultaría en un sonido discontinuo como «uh, uh, uh», que fácilmente podría derivar en sollozos. En muchos casos, la tensión bronquial hace que la persona tosa. Si la tensión de la garganta es fuerte, empezará a ahogarse. En algunos casos, el paciente se tragará el sentimiento de tristeza cuando éste ascienda. Sea cual sea la forma que adopte la resistencia, yo animo al paciente a soltarse el máximo posible y a hacer deliberadamente sonidos de llanto. Con todo, a muchas personas, especialmente hombres, no les resulta fácil abandonarse y llorar. Tampoco fue fácil para mí. Tenía miedo del dolor de mi corazón, pero me di cuenta de lo importante que era para mí poder llorar. El trabajo con mi respiración a lo largo de los años me ha permitido llorar con facilidad y suavidad, casi como un bebé, de lo cual estoy muy contento.

El ejercicio sobre el taburete va seguido de otro en que se invierte el arco de la espalda. La persona se inclina hacia adelante, tocando el suelo con la punta de los dedos, con las rodillas ligeramente dobladas y los pies separados unos treinta centímetros y un poco vueltos hacia adentro. Cuando lleva de tres a cinco minutos en esta posición las rodillas empiezan a vibrar. Si su rigidez puede haber hecho que el ejercicio sobre el taburete le produjera cierta tensión, las vibraciones de este ejercicio alivian esta tensión y ayu-

dan al proceso de respiración. Esta posición consiste en bajar hasta el suelo; la llamamos el ejercicio de tocar el suelo (véase fig. 16). Cuando hicimos realizar estos ejercicios a varios pacientes cardíacos, todos ellos declararon sentirse mejor y más cómodos después de hacerlos.

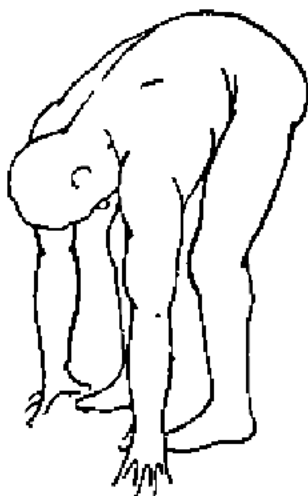


Figura 16. El ejercicio de tocar el suelo

No es necesario utilizar un taburete bioenergético para hacer más profunda la respiración. Uno puede tenderse en el suelo encima de un manta enrollada colocada bajo la parte superior de la espalda. Si bien esta posición no es tan eficaz como la de tenderse sobre el taburete, se puede provocar el llanto utilizando la voz tal como describimos antes. Incluso la utilización de la voz estando sentado en una silla puede ayudar a llorar a una persona. Es útil recordar alguna vivencia triste o alguna pérdida de la propia vida. Muchas personas afirman poder llorar mientras miran un espectáculo triste



en la televisión o escuchando música, pero en la mayoría de los casos hablan de lágrimas más que de sollozos. Aunque las lágrimas sean importantes, tanto como expresión de tristeza cuanto como agente limpiador de los ojos, no sirven para desahogar la tensión resultante de una pérdida de amor. Para esto necesitamos llorar a través de la garganta e incontroladamente.

En la terapia bioenergética empleamos otro ejercicio para ayudar a la gente a expresar el sentimiento de protesta común a todas las personas que han sufrido la pérdida de un ser querido. Muchos primitivos gritan su protesta cuando muere alguien querido, pero nosotros, personas sofisticadas y civilizadas, aceptamos la muerte y la pérdida filosóficamente, aun cuando esta actitud racional reprime los sentimientos del cuerpo y amortezca nuestra vida emocional. El ejercicio consiste en que el paciente se tienda de espaldas en una cama y la golpee rítmicamente con las piernas extendidas. Si la cama tiene un colchón de espuma de unos diez o doce centímetros de grosor, puede golpear tan fuerte como quiera sin hacerse daño ni romper la cama. Mientras golpea, el paciente grita con voz fuerte y sostenida: «¿Por qué?» Pido a los pacientes que griten tres «por qué», alargándolos hasta que se les termine el aliento, al tiempo que siguen con los golpes. En ese punto vuelven a tomar aire. A medida que el ejercicio avanza desde el primer «por qué» hasta el tercero, el ritmo de las patadas aumenta y la voz se eleva. Muchas mujeres terminan el tercer «por qué» con un chillido. El llanto y los chillidos forman parte del proceso de duelo. Este ejercicio descarga la tensión del pecho, la garganta y las piernas y hace considerablemente más profunda la respiración, de modo que uno es muy consciente de su espontaneidad. Al igual que el llanto profundo, la expresión de una fuerte protesta mediante chillidos o gritos elimina del corazón el peso de la tristeza y el dolor.

Lo importante de estos ejercicios es que su efecto sobre la respiración no se limita al período del ejercicio. Como ayudan a la persona a vencer su miedo a abandonarse a sus sentimientos, pueden producir cambios importantes y duraderos en la conducta y la personalidad. En vez de retener los sentimientos, el paciente aprende a dejarse ir, a estar más suelto, menos rígido y más libre. Esto ocurre con mayor facilidad cuando la persona recibe una forma de terapia que le permite indagar en su memoria para llegar a comprender las fuerzas que han creado su tensión. Pero hay que subrayar que la terapia no es un requisito absoluto para el crecimiento y la maduración. La vida nos ofrece muchas ocasiones de expresar nuestros sentimientos abierta y directamente, y cada vez que lo hacemos aprendemos a ser personas más abiertas y afectuosas. Pero los ejercicios de este tipo contribuyen mucho al proceso de abrir nuestro corazón y expresar nuestros sentimientos.

Ningún examen de nuestros sentimientos está completo si omite el problema de la cólera. La mayoría de las personas no son conscientes, por lo general, de su cólera contenida, a pesar de que puedan sentirse irritables o tengan explosiones de rabia de vez en cuando. Tampoco son conscientes de la enorme tensión en la parte superior de la espalda que acompaña a la cólera reprimida. Una persona puede tener la espalda encogida, pero generalmente no lo siente. Como hemos visto, esta cólera reprimida tiene su origen en las experiencias de privación, negación y necesidad de someterse a la autoridad paterna de la primera infancia. En muchos casos, estas experiencias tempranas incluyen los malos tratos físicos por parte de uno de los padres en nombre del castigo. La cólera sentida en respuesta a estos malos tratos es tan intensa que raya en una furia devastadora, a la que la mayoría de las personas no se atreven a ceder por miedo de perder el control y lastimar seriamente a al-

guien. Pero cuando estos sentimientos se reprimen, la persona los dirige contra sí misma y se vuelve auto destructiva. Esta cólera contenida también hace muy difícil que una persona pida lo que quiere o se niegue a una exigencia irrazonable. Teme explotar de rabia en caso de encontrar resistencia.

Y así soporta esta cólera en forma de tensión muscular crónica, como si llevara un mono en la espalda. Si quiere afrontar serena y racionalmente las situaciones de tensión, debe dar rienda suelta a la cólera. Y la manera lógica de hacerlo es golpear una cama con toda su furia, empleando las palabras que parezcan apropiadas. Si bien este ejercicio proporciona un desahogo catártico, su objetivo principal es liberar los hombros y los brazos para que puedan extenderse suavemente en petición de amor. La cólera que ha estado retenida durante años no se puede descargar con un solo ejercicio. Mientras el «mono» esté sentado en su espalda, la persona será un individuo colérico. Dos cosas son necesarias para conseguir una liberación plena: uno, la persona debe sentir su cólera e identificarse con ella; y, dos, debe continuar con los golpes como ejercicio regular en su casa hasta verse libre de la tensión de su espalda y hombros. (Para instrucciones sobre el modo de realizar este ejercicio véase *The way to vibrant health.*)

Todos los días, después de lavarme y antes de desayunar, tengo por costumbre tenderme sobre el taburete durante unos minutos a fin de que mi cuerpo se estire y mi respiración se haga más profunda. Me tiendo en posiciones distintas, bajando desde la parte superior de la espalda hasta la parte inferior. Estas posiciones son incómodas a pesar de los años que llevo trabajando con el taburete. No pueden ser cómodas en tanto haya algo de tensión en los músculos de la espalda o en los hombros. Sin embargo, para muchas personas son francamente dolorosas a causa de la tensión de los músculos de la espalda. Algunas personas pueden tener miedo de

que se les rompa la espalda, cosa que no ocurrirá, pero nadie debe permanecer en una posición dolorosa si le da demasiado miedo.

El dolor, sin embargo, no es una señal negativa, pues representa el conflicto ente el deseo de soltarse y el miedo de hacerla. El dolor siempre puede reducirse mediante gemidos o quejidos, que alivian algo la tensión al hacer más profunda la respiración.

Después de practicar con el taburete hago el ejercicio de tocar el suelo, que he descrito anteriormente.

Después que las piernas empiezan a vibrar, todo mi cuerpo se siente más cargado y vivo. En este punto doy algunos golpes o hago algún otro ejercicio con los brazos y los hombros. Y de vez en cuando lloro al darme cuenta de lo rígido que he estado y de hasta qué punto mi vida ha sido una lucha. Mientras puedo llorar sé que mi cuerpo está blando y mi corazón, abierto. Esta costumbre me ha ayudado a alcanzar el punto en que puedo descargar mi cólera contenida y dejar de ser un hombre colérico.

El resultado sorprendente de todo ello es que tengo un acceso más fácil a mi cólera. Puedo sentir cómo se agita cuando alguien se aprovecha de mí. Puedo expresarla con los ojos, de modo que la gente ve que estoy enfadado sin tener que atacarla. El hecho de tener acceso a mi cólera me ha hecho sentir más persona, y dado que cada vez más me tratan como tal, tengo menos necesidad de encolerizarme. También tengo menos miedo, ya que soy menos vulnerable y estoy menos a la defensiva al estar más abierto de mente y de corazón.

Si hablamos de un corazón sano debemos darnos cuenta de que éste sólo existe en una persona sana. Si queremos curar un corazón roto debemos aclarar el papel que el amor desempeña en la vida. Para ello puede ser útil una analogía. He descrito el corazón como el cubo de una rueda en la que los radios representan los impulsos de amor que parten del corazón. Estos impulsos, como los radios,

soportan el aro o límite del individuo. Al igual que una rueda no puede funcionar sin aro, una persona no puede funcionar sin un límite que demarque el yo.

Cuando trabajo con una persona para ayudarla a abrir su corazón no le sugiero que abandone todas sus defensas. Hacerlo la reduciría al nivel de un bebé, que puede ser todo corazón, pero también es dependiente y desvalido. Por esto es tan importante ayudar a una persona a sentir su cólera y a identificarse con ella. Si tiene manera de defenderse, no necesita encerrarse en una fortaleza a modo de protección. Ni necesita permanecer en una situación dolorosa.

En el capítulo 3 examiné las fases del crecimiento y describí cómo la persona se escinde en dos centros, el corazón y el yo. Volveremos a examinar esas fases (véanse fig. 9 y 10, p. 90s) desde el punto de vista de la cualidad de amor que representa cada una de ellas.

Amor = deseo de proximidad y contacto.

- a) Amor de bebé ..... necesita afecto, nutrición, ayuda y protección; a cambio ofrece conexión con el futuro más allá de uno mismo; renovación y renacimiento
- b) Amor de niño..... necesita apoyo, protección y aprobación; a cambio comparte la alegría del juego
- c) Amor de muchacho, necesita ayuda, aprobación y guía; a cambio comparte la emoción de la aventura y ofrece amistades profundas
- d) Amor de joven..... necesita guía y libertad; a cambio ofrece la excitación y la emoción del amor romántico y el sexo
- e) Amor de adulto..... necesita un compañero para compartir la vida; a cambio da afecto, respeto y ayuda

Lo que antecede es una representación bastante adecuada de cómo evoluciona el amor a medida que la persona se desarrolla y madura. Cuando este desarrollo es obstaculizado por acontecimientos angustiosos de la infancia, el impulso de amar queda restringido y

se manifiesta de manera vacilante, poco confiada y tibia. El grado de restricción varía según el momento y la gravedad de esas experiencias infantiles. En consecuencia, el impulso de amar lleva consigo necesidades insatisfechas de fases anteriores. Las palabras «te amo» pueden significar: a) «necesito tus cuidados»; b) «necesito tu apoyo»; c) «necesito tu aprobación»; d) «necesito tu respuesta sexual»; o e) «quiero compartir mi vida contigo». Para algunas personas el amor tiene un fuerte elemento infantil; para otras, contiene un importante elemento romántico. Cuando estos elementos anteriores tienen fuerza, el elemento maduro queda reducido. Así, cuando un paciente habla de sentimientos de amor hacia una esposa o pareja, yo quiero saber desde qué capa de la personalidad está hablando. Valoro la manifestación de amor desde el punto de vista del grado de madurez del individuo.

Al tratar a una persona por cualquier problema emocional no basta concentrarse sólo en el corazón. Si nos concentramos en el conjunto de la persona, comprendiendo que el amor es esencial en su problema, podemos ayudarla a abrir su corazón y a encontrar la satisfacción que busca en el amor. Uno de mis pacientes, un hombre de poco más de cuarenta años, a quien llamaré Michael, tuvo varias experiencias decepcionantes y frustrantes con mujeres a pesar de que su principal objetivo en la vida era encontrar el amor. Michael era un hombre fuerte, vital y bien parecido por el que muchas mujeres se sentían atraídas. El respondía con afecto, ya que creía que la vida sin el amor de una mujer era vacía. No obstante, su matrimonio había fracasado y otras tres relaciones prolongadas habían ido mal. Buscaba una mujer ideal, una que satisficiera todas sus necesidades insatisfechas. Pero cada vez que poseía el amor de una mujer, sólo veía que ella no estaba a la altura de su ideal. Por otra parte, si una mujer se negaba a comprometerse totalmente con él, se obsesionaba con ella y experimentaba sentimientos muy do-

lorosos. ¿No podría ella, después de todo, haber sido la mujer ideal? La inaccesibilidad de una mujer provocaba los mismos sentimientos de tabú que había tenido por su madre.

Este análisis, aunque válido, no fue el factor que ayudó a cambiar a Michael. Era consciente de su apego por su madre. Lo que no sabía era que lo había fijado en un nivel infantil. Indiqué a Michael que su problema era convertirse en un hombre, no encontrar el amor. Con el tiempo llegó a comprender cómo se había traicionado a sí mismo en su relación con las mujeres, al igual que había sido traicionado por su madre, que hizo de él su «hombrecito». Esta conciencia dio lugar a la cólera contra su madre y contra todas las mujeres y al intenso sentimiento de que no necesitaba nada de ellas. El hecho de no necesitar le permitió amar como un hombre: de todo corazón.

Llegar a este punto exige un análisis considerable. Después de las angustias de la infancia, la personalidad se desarrolla con muchos recovecos. Los adultos rara vez son directos y abiertos; las más veces son indirectos y están a la defensiva, son sumisos y están resentidos. Hay que penetrar a través de todo esto. Uno de los ejercicios que utilizo pretende ayudar a una persona a decir «no». Estando tendido en un diván con las piernas extendidas, el paciente recibe la orden de dar patadas lo más fuertes posible. Al mismo tiempo, lo animo a decir «no» lo más fuerte y durante el máximo de tiempo posible. El sostener la palabra «no» de este modo tiene un poderoso efecto sobre la respiración y también ayuda a liberar el sentimiento. Si una persona no está bloqueada o inhibida en su agresividad, el «no» sale fuerte y claro. Pero éste no es siempre el caso. A la mayoría de las personas les resulta difícil expresarse enérgicamente sin antes ser provocadas. No se les permitió afirmarse cuando eran niños y tienen dificultad para hacerlo de adultos. Este ejercicio es una manera de enfrentarse al problema y,

mediante la práctica, aprender a superarlo. Uno también puede decir «no» estando de pie, bien a un terapeuta, o bien a un grupo, como forma de entrenamiento para la afirmación de sí mismo.

La capacidad de decir «no» es la marca del individuo seguro. El individuo inseguro representa su «no» dejando de hacer lo que se le ha pedido que haga y luego excusándose diciendo que se le olvidó hacerlo. Su olvido puede ser real, pero es un síntoma de hostilidad. Lo mismo vale para la persona que dice «sí» de modo sumiso. Aunque puede tratar de ocultar su resentimiento, éste se revelará en muchos pequeños detalles que la otra persona notará. Por otra parte, decir «no» abierta y directamente indica confianza en la otra persona. Sin la creencia de que el otro comprenderá y aceptará nuestros sentimientos es imposible compartir el yo. Por lo general, un «no» sincero se acepta más fácilmente. Tal vez a la otra persona no le guste nuestra negativa, pero apreciará el respeto y la confianza que este «no» expresa. Un «sí» o un «te quiero» procedente de la misma persona tiene un impacto mucho mayor. Con demasiada frecuencia la expresión «te quiero» se utiliza para evitar un conflicto o para ocultar la hostilidad. A muchas personas lo que las mantiene en una relación no es el amor, sino el miedo al abandono. En tal contexto, la frase «te amo» no significa lo que dice.

Lo que hemos dicho aquí sobre el decir «no» abierta y directamente se aplica a cualquier relación que implique confianza. El hombre que no sabe decir «no» a su jefe no recibe confianza ni respeto porque su sumisión se basa en el miedo. Por otra parte, la negación del yo inherente a una actitud sumisa mina la capacidad de una persona para ser creativa o innovadora. Los hombres serviles pueden ser hábiles para ejecutar órdenes, pero se encuentran perdidos si se les exige pensar por sí mismos.

En una relación no se trata de conseguir lo que uno quiere, sino de decir lo que uno siente. Todos reconocemos que la falta de co-



municación es un problema en las relaciones. Pero, al igual que no hablamos claro y no expresamos nuestros verdaderos sentimientos, tampoco oímos lo que los demás tienen que decir. Oímos las palabras, pero demasiado a menudo las tomamos como un ataque personal, no como la afirmación de los sentimientos de otra persona. Al cerrar nuestra mente, también cerramos nuestro corazón. En este caso, la situación degenera en un conflicto que sólo el uso del poder puede resolver. La otra persona puede someterse a nosotros, o nosotros a ella, para mantener la relación. Sin embargo, al comportarnos de este modo estamos perpetuando la pauta existente en nuestro hogar cuando éramos niños, donde el «no» de la madre o el padre era siempre la última palabra.

Evidentemente, una mente abierta, un corazón abierto y la disposición a escuchar son esenciales para la persona que ama. Así es una personalidad que integra la cabeza y el corazón con la sexualidad (véase la fig. 11, en la pág. 92). En el capítulo 1 vimos que la conexión íntima entre estos segmentos está rota en muchas personas, de forma que el pensamiento está dissociado del sentimiento y la sexualidad lo está del amor. Esta ruptura destruye la integridad de la personalidad, de forma que el modo en que uno se comporta en los negocios no tiene ninguna relación con el modo en que trata a su familia. El amor al prójimo puede ser una doctrina llena de sentido el domingo en la iglesia, pero es improcedente el lunes en la oficina. De modo similar, cuando la vida de un hombre está dividida en compartimientos, una aventura con una secretaria o una colega de modo alguno contradice el amor que profesa por su esposa. Pero ser una persona distinta en situaciones distintas significa no ser una persona completa en ninguna de ellas. Uno puede tener sentimientos amorosos, pero son limitados e imperfectos.

¿Qué significa ser una persona completa, amorosa? Por lo general, en cuestiones de amor, la cabeza no puede dar órdenes al

corazón. Uno no puede decidir a quién amar o ni siquiera cuándo se enamorará. En muchos casos, la cabeza no elegiría el mismo objeto de amor que el corazón, pero ¿quién escucha a su cabeza cuando se trata de amor? La fría razón nunca prevalece en el calor de la pasión. ¿Significa esto que cometeremos un error si seguimos el deseo de nuestro corazón? Creo que no. Es cierto que en el punto culminante de la pasión tendemos a idealizar a la persona que amamos, pero hay algo extraordinario en el hecho de que ésta pueda elevarnos hasta semejantes alturas. Por desgracia, cuando bajamos a la tierra podemos encontrarnos con una realidad distinta: problemas, defectos y toda clase de fragilidades humanas. ¿Significa esto que el amor era ciego? No necesariamente.

En el capítulo 3 vimos que la personalidad se escinde en dos centros separados, el corazón y el yo, a resultas de la temprana pérdida de amor. Como gesto defensivo, el yo encierra al corazón en una jaula protectora y examina con ojos críticos y cínicos a todos los que podrían llegar hasta él. Pero entretanto el corazón busca a alguien a quien amar, alguien que lo libere. Cuando encuentra a esta persona, destruye a su apresador y escapa de su prisión. Como el ojo del corazón es infalible, siempre encuentra a la persona adecuada, pero no siempre permanece libre. Cuando termina el vuelo nupcial, cuando los amantes deben enfrentarse a la realidad de la vida cotidiana, el yo toma el mando y vuelve a establecer el estado de custodia protectora.

El fracaso del amor erótico en mantener su intensidad inicial no disminuye su importancia en la vida humana. Aunque el fuego encendido entre dos amantes puede que no arda con tanto resplandor al cabo del tiempo, no por ello se extingue. Arde con intensidad en el núcleo, y todavía pueden verse sus destellos en los ojos de los amantes después de toda una vida de estar juntos. Y tampoco debemos olvidar que explota en momentos de éxtasis, cuando ambos

se unen sexualmente. No, no es la naturaleza del amor erótico, sino la escisión de la personalidad humana lo que explica el fracaso de las relaciones amorosas. La noción de que el amor puede liberarnos es una ilusión, que tiene sus raíces en la creencia infantil de que si nuestra madre nos amara de forma incondicional la vida sería un paraíso. De hecho, el raro niño que es objeto del amor incondicional de su madre goza realmente del equivalente humano de la bienaventuranza celestial. La mayoría de nosotros ansiamos este amor, pero nunca lo recibimos. Con todo, el anhelo que sentimos de niños sobrevive en nuestro corazón y subyace a nuestra creencia de que el amor nos hará libres. El hecho de que pueda hacerlo temporalmente es un tributo al poder del amor. Pero sólo podemos ser libres, verdaderamente libres, cuando el amor llena todo nuestro ser, cuando nos hemos convertido, de hecho, en una persona amorosa.

Para llegar a ser personas amorosas tenemos que poner remedio a la escisión entre el yo y el corazón. Esto no significa que el yo tenga que abdicar de su posición de árbitro de la realidad, ni que la cabeza tenga que abandonar su hegemonía en la jerarquía de la personalidad, sino que la cabeza y el corazón deben trabajar juntos para fomentar la salud y la felicidad de la persona. Hemos de reconocer que el poder y el amor son objetivos y valores antitéticos. El poder crea desigualdades; su uso exige una suspensión del sentimiento. El amor, por el contrario, se basa en un reconocimiento de la igualdad. Incluso la relación de una madre con su hijo tiene que incluir la aceptación de que el niño es tan persona como ella. Sin ello, el niño desarrollará una estructura de carácter narcisista y no será capaz de ver a los demás como iguales.

El poder a menudo contamina las relaciones íntimas de los adultos, socavando la confianza que es esencial para que florezca el amor. Su símbolo más corriente es el dinero. Muchas personas utilizan el dinero para controlar y dominar a los demás, dándolo o

reteniéndolo con el fin de imponer sus exigencias. Muchas personas también creen que el dinero puede comprar el amor. Pero el amor nunca es una de las ventajas que da el dinero; al contrario, el dinero con frecuencia se interpone en el camino del amor.

La posesión de dinero o poder no impide necesariamente que una persona ame en el sentido pleno de la palabra, y tampoco la obtención del éxito o la fama. No obstante, si la búsqueda de estos fines domina la personalidad, el yo está escindido del corazón y la persona es incapaz de amar con todo su ser. El impulso de conseguir el poder, el éxito o la fama requiere la canalización de una cantidad excesiva de energía hacia estos fines. Pero la canalización de la energía da rigidez al cuerpo, y el cuerpo rígido no se funde fácilmente con el amor. La vulnerabilidad a las enfermedades cardíacas de la personalidad del tipo A está directamente relacionada con la rigidez asociada con el impulso de triunfar. También se asocia, como hemos visto, con la hostilidad, el pánico y la angustia. Podemos concentrarnos en uno u otro aspecto de este problema, pero las consecuencias para el cuerpo son prácticamente las mismas.

De esto no se desprende que si una persona está orientada al placer no pueda tener dinero, éxito o fama. El placer es inherente al proceso creativo, y una persona que ama es creativa en alto grado simplemente porque su corazón está en todo lo que hace. Puede obtener poder, fama y éxito, pero estos valores no la dominan. Y tampoco les sacrificará su integridad.

Determinados valores del yo —respeto, dignidad, sinceridad, imparcialidad— armonizan con los valores del corazón y contribuyen a fomentar la integridad de la personalidad. El respeto es esencial en cualquier relación de amor entre adultos maduros. En ausencia del respeto de sí mismo, el sentimiento de amor tiene una cualidad infantil o añorada y expresa más la necesidad de apoyo y

crianza que la experiencia compartida de buenos sentimientos. En ausencia del respeto por la pareja, la relación degenera en una relación de conveniencia. Sólo el individuo para quien el respeto es importante puede ser una persona amorosa. Esto no quiere decir que dicha persona no vaya a enfadarse nunca con su pareja. En el capítulo 1 señalamos que los sentimientos ambivalentes son bastante frecuentes en las relaciones amorosas. Pero la ambivalencia siempre desemboca en una pérdida de respeto de una persona por la otra, lo que a la larga socava la relación. El respeto de sí mismo y el respeto al otro exigen que uno haga frente a la situación y exprese su cólera de modo que la relación pueda restablecerse sobre una base sólida.

La dignidad, expresión externa de la auto estima, es otro valor del yo que mantiene rico al amor. Proporciona un alto grado de carga a la personalidad, la cual resulta atractiva. Como el individuo digno se mantiene orgullosamente erguido, muchas personas confunden la dignidad con la rigidez, pero no son lo mismo. La persona rígida se sostiene a sí misma por miedo de derrumbarse. La persona digna no tiene miedo de derrumbarse: no está tiesa ni envarada y es capaz de llorar. Su comportamiento merece nuestro respeto y asegura que nosotros también seremos tratados con respeto.

Dado que representa un estado de integridad interior, la sinceridad es otra característica de la persona amorosa. La persona cuya cabeza y corazón están divididos tiene un lenguaje doble. Cualquier declaración de amor que haga es desmentida por la desconfianza y el recelo que irradia. Tampoco es sincera consigo misma. Al contrario, disimula su actitud negativa o la justifica dando la culpa a los demás. Pero cada mentira que dice aumenta la escisión de su personalidad, puesto que su corazón sabe la verdad. Cada mentira desgasta, asimismo, su relación con las otras personas, ya

que no puede abrir el corazón y mentir al mismo tiempo.

Por desgracia, pocos de nosotros han escapado a los traumas de la infancia, que nos han obligado a aislar nuestro corazón y a acozarnos contra el amor. No obstante, todos ansiamos el amor, aunque no podamos abrir plenamente nuestro corazón hasta sentirnos seguros. No encontraremos esta seguridad en el amor de otro, sino tan sólo en el amor que sintamos por nosotros mismos. Este amor de sí no es narcisismo, como he señalado en un estudio anterioriza. Y tampoco es egoísmo. Cuando el sentimiento de amor, de salir en su busca, se extiende por todo el cuerpo, lo experimentamos como amor a nosotros mismos porque nos procura placer. Cuando este sentimiento toca a otra persona conocemos el gozo de amar a otro, o lo que los psicólogos denominan «amor del objeto». Pero los dos son en realidad uno solo, como dice Erich Fromm: «Nosotros mismos somos el “objeto” de nuestros sentimientos y actitudes; las actitudes para con los demás y para con nosotros mismos, lejos de ser contradictorias, son básicamente *conjuntivas*.» Por tanto, observa, «se encontrará una actitud de amor hacia sí mismos en todos aquellos que son capaces de amar a los demás». Pero sólo podemos amarnos a nosotros mismos si el respeto, la dignidad y la sinceridad son los valores que guían nuestra vida.

La conexión de cabeza y corazón es sólo la mitad de la tarea de llegar a ser una persona amorosa. La otra mitad consiste en conectar el corazón con los genitales, de modo que la actividad sexual llegue a ser sentida profundamente. En realidad, hay una conexión sanguínea entre el corazón y los genitales; de no ser así, no se nos podría despertar la excitación sexual. Pero, como no sentimos el flujo de sangre, no tenemos un conocimiento consciente de esta conexión. El hecho de sentirla depende, en cambio, de la profundidad de nuestra respiración. Si no podemos conectar el amor y el sexo, limitamos nuestra respiración a la parte superior del cuerpo y

retenemos el aliento. Para entregarnos a la sexualidad es un requisito previo que soltemos completamente el aliento. Cuando nuestra respiración se extiende hasta la profundidad de la pelvis y alcanza el fondo pélvico es cuando sentimos la conexión entre el tórax y la pelvis. En este caso, el despertar de la excitación sexual, cuando ocurre, no se limita a los genitales, sino que incluye un calor amoroso y sensaciones de fusión en la pelvis. Cuando los sentimientos sexuales no se limitan a los genitales, implican a todo el cuerpo y, por tanto, a todo el corazón. Algunas personas creen que la excitación sexual decrece de forma natural con una mayor intimidad, pero yo creo que esto sólo se aplica a la excitación del juego erótico que precede al acto sexual. El placer final, o la satisfacción del orgasmo, crece con la intimidad porque uno puede entregarse más plenamente en la seguridad del amor.

El hecho de haberme centrado en el amor y la sexualidad puede inducir a algunos lectores a preguntarse si no he pasado por alto el aspecto espiritual del amor. ¿Qué decir del amor a Dios? ¿Acaso no es a Dios a quien amo si encuentro un motivo de gozo en su creación? ¿Puede separarse el amor a Dios del amor a sus criaturas?

A lo largo de todo este libro he hecho hincapié en la importancia del ser integrado. Hablar de la espiritualidad como de algo separado de todas las demás funciones humanas es escindir la unidad de la personalidad. En mi opinión, la espiritualidad es la otra cara de la sexualidad; ambas surgen del corazón. Mirando hacia arriba, llegamos al cielo; mirando hacia abajo, tomamos contacto con la tierra. Pero, como en los árboles, nuestro impulso hacia arriba no puede ser más fuerte que nuestro contacto con la tierra. ¿Podemos ser verdaderamente espirituales si no somos sexuales? Creo que no.

Si los grandes místicos y maestros religiosos están en lo cierto, Dios reside en el corazón. Si ponemos nuestro corazón totalmente

en cualquier actividad, ésta se convierte en una expresión espiritual, una expresión de nuestro espíritu. Vista bajo esta luz, la sexualidad, cuando es una expresión directa del amor, es un don de Dios y es divina. Por la misma razón, la unión con Dios o una fusión con la conciencia cósmica puede tener un sentimiento sexual. Cuando una mujer entra en una orden católica, consagrando su vida a la devoción religiosa, se convierte en esposa de Cristo. Me gusta pensar que, cuando nuestro corazón está completamente abierto, somos espirituales en nuestra sexualidad y sexuales en nuestra espiritualidad.

Empecé este libro con un examen de la naturaleza del amor, del que dije que está en el corazón de la vida. Al crecer y desarrollarnos, nuestro amor cambia, abarca una mayor parte del mundo y madura cuando asumimos más responsabilidad hacia los que amamos. Una persona amorosa ama la vida, todo lo que vive y todas las cosas que sostienen la vida. Este amor es lo que promueve el proceso continuo de la vida, humana, animal y vegetal. La responsabilidad no significa recibir una carga o estar obligado. Significa responder con amor, pero nunca como un deber. El deber y el amor son incompatibles, ya que el amor es la respuesta de un hombre libre cuyo deber es, quizá, ser una persona que ama.