

¿Qué es la Paruresis o Síndrome de la Vejiga Tímida? Una investigación transdisciplinar

Loriente Zamora C.

Trubia, Oviedo

Actas Urol Esp. 2007;31(4):328-337

RESUMEN

¿QUÉ ES LA PARURESIS O SÍNDROME DE LA VEJIGA TÍMIDA? UNA INVESTIGACIÓN TRANSDISCIPLINAR

Este trabajo revisa los aspectos clásicos de la *Paruresis* o *Síndrome de la Vejiga Tímida*, afección que se define como la imposibilidad o dificultad de orinar en lugares públicos; analizamos la definición, grados, diferencias, naturaleza, etiología, terapias tradicionales, mitos del origen, etcétera; pero las aportaciones más novedosas de esta investigación transdisciplinar son dos: primera, la descripción de la vida cotidiana del parurético, cuyo eje principal es el encubrimiento de la paruresis; y segunda: ofrecemos una alternativa a la comunidad parurética que es beneficiosa para otros colectivos estigmatizados, *La Salida del armario*, proceso que se inicia en los grupos de autoayuda.

Palabras clave: Encubrimiento. Estigma. Grupos de autoayuda. Paruresis. Salida del armario. Síndrome de la Vejiga Tímida.

ABSTRACT

WHAT IS PARURESIS OR SHY BLADDER SYNDROME? A TRANSDISCIPLINARY RESEARCH

This paper checks typical aspects of *Paruresis* or *Shy Bladder Syndrome*, disease defined as the impossibility or difficulty to urinate in public toilets. We analyze the definition, differences, degrees, nature, etiology, traditional treatments, myths about the origin, and so on; but two are the main contributions of this transdisciplinary research: first, the description of the paruretic's daily life, which main core is the concealment of paruresis; and second: we offer an alternative to paruretic community, that is beneficial to other stigmatized groups, *Coming out of the closet*, process that starts in self-help groups.

Keywords: Concealment. Stigma. Self-help groups. Paruresis. Coming out of the Closet. Shy Bladder Syndrome.

La bibliografía actual en castellano carece de libros o artículos científicos dedicados exclusivamente a la paruresis o *Síndrome de la Vejiga Tímida* -en adelante SVT-; por lo que esta investigación tiene la intención de cubrir esta laguna y exponer los aspectos básicos de esta afección; está dirigida a clínicos y afectados que posiblemente acusen esta carencia bibliográfica, habida cuenta de que el porcentaje de paruréticos no es nada despreciable: las encuestas indican que el 7% de la población americana presenta paruresis.

La complejidad del SVT trasciende la mirada disciplinar y exige un tratamiento transdisciplinar que creemos satisfacer en esta investigación, empleando conceptos de ciencias vecinas como la antropología, sociología y la psicología social, conceptos como salida del armario, estigma, encubrimiento u ocultación, grupos de autoayuda, etcétera; consideramos que la transdisciplinariedad enriquece la perspectiva científica, imprescindible en la investigación un fenómeno como el SVT en el que las propuestas existentes son insuficientes para la comprensión y terapia clínica.

Esta investigación no ha sido becada o financiada por entidad alguna. Dedicado a los cuatro pires.

Comenzamos este trabajo exponiendo conceptos básicos de la perspectiva clínica como definición, naturaleza, etiología y tratamientos de la paruresis; posteriormente, aplicamos la teoría del estigma social a la comunidad parurética, y examinamos la idoneidad de alternativas *emancipadoras* que colectivos de similares características han propuesto, como la salida del armario y la participación en grupos de autoayuda.

DEFINICIÓN

1. La paruresis, también denominada *Síndrome de la Vejiga Tímida*, *Vejiga Vergonzosa*, *Timididad Vesical*, o *Urofobia*, se define como la dificultad o imposibilidad de orinar en urinarios públicos o en situaciones en las que otras personas están o pudieran estar presentes¹; por lo que la paruresis admite diversos grados de severidad: en un extremo los más severos, que no son capaces de orinar *fuera* de casa e incluso a veces tampoco dentro, cuando otras personas están esperando al parurético; y los más leves, que pueden orinar en cualquier sitio siempre y cuando tengan *suficiente* intimidad como la que ofrece la *cabina individual* de un mingitorio, siempre y cuando esté cerrada a cal y canto, pero no pueden evacuar en un urinario público en el que son vistos, hay gente esperando o merodeando por el recinto.

El *Síndrome de la Vejiga Tímida* incluye un amplio abanico de situaciones y circunstancias y situaciones; Vythilingum, Stein y Soifer² informan que según la bibliografía al uso, la mayoría de paruréticos -el 84,1%- manifiesta dificultad para orinar en mingitorios con un sumidero común en forma de canalillo (*through*), un 58,7% en un retrete público que esté concurrido y un 39,7% refiere dificultad para orinar en un mingitorio que esté tranquilo; y por último, un 15% revela que orinar en casa podría ser problemático.

Hammelstein, Pietrowsky, Merbach y Brähler³ indican que se desconoce la epidemiología de la paruresis y que las estimaciones de prevalencia dependen de la severidad con la que se apliquen los criterios establecidos a este efecto; Kessler, Stein y Berglund⁴ estiman que la prevalencia en EE.UU. es del 6.7% y Soifer, Zgourides, Himle y Pickering⁵ indican que la paruresis puede afectar

al 7% de la población americana, por lo que en este país habría cerca de 20 millones de afectados aproximadamente; de los cuales un 10% son severos, lo que supone 2 millones de americanos, nada menos⁵; en España ignoramos el número de afectados, pero si extrapolamos el porcentaje americano a la población española, obtenemos cerca de 3 millones de paruréticos y 300.000 afectados severos.

2. La barrera entre paruréticos y no paruréticos es difusa porque la micción está sujeta a condicionantes externos e internos; respecto a los primeros, la investigación de Middlemist, Knowles y Matter⁶ es muy reveladora porque señala que en los urinarios públicos la duración de la micción disminuye y su inicio se retrasa entre cuatro y ocho segundos, a consecuencia de los cambios fisiológicos asociados a la excitación (*arousal*) de sus usuarios, originados -según estos autores- por la invasión del espacio interpersonal que se produce en los mingitorios.

Respecto a los condicionantes internos, exponemos dos; el primero es la pléyade de sentimientos que la paruresis provoca y que articula la realidad subjetiva de los paruréticos, entre los que destacamos dos: la vergüenza -que analizamos más adelante- y el miedo: "La razón número uno que la mayoría de los paruréticos no discutirían con nadie, incluyendo clínicos, es el miedo"⁵; este afecto justifica el diagnóstico oficial de *Fobia social* porque sus tentáculos asfixian la vida cotidiana: "miedo a ser juzgados negativamente, miedo a que se rían, miedo a que les perciban como personas inferiores (en los hombres: menor masculinidad), miedo a ser rechazados, o miedo a ser vistos como locos"⁵. El miedo se transforma en frustración e incompetencia²; sentimientos que sacuden la identidad personal del parurético, a diferencia del no parurético para quien la eventual incompetencia no suscita *perturbación sentimental* sino extrañeza, incomodidad y en algunos casos, es motivo de consulta clínica.

El segundo condicionante interno consiste en la *interpretación* del *acto* que paruréticos y no paruréticos efectúan antes y después de la tarea; antes: los primeros *anticipan* consecuencias y los

segundos acuden a orinar sin inquietud; y después del *acto fallido*: los primeros califican el episodio como una tragedia que les marca y limita socialmente, y los segundos interpretan el incidente como una incomodidad circunstancial y secundaria que se resuelve en el siguiente urinario o en casa; la limitación del parurético se deriva de su rechazo sistemático a permanecer fuera de su domicilio estancias prolongadas, porque su deseo íntimo es disponer de un baño seguro como a continuación desarrollamos.

3. La paruresis es sinónima de limitación: condiciona y limita la vida cotidiana del afectado porque la necesidad de disponer de un baño *seguro* restringe los movimientos cotidianos, independientemente del grado de afección.

Vythilingum *et al.*² abordan las limitaciones de la paruresis y afirman que: “La paruresis tiene consecuencias significativas en la vida de los afectados. Los autoinformes indican que el 15,9% de los sujetos limita la bebida de líquidos, el 38,1% evita viajar, el 25,4% limita o evita acudir a acontecimientos deportivos o fiestas, el 36,5% limita o elude invitaciones y el 33,5% limita o evita citas”; efectivamente, los paruréticos organizan su vida diaria teniendo en cuenta los urinarios *seguros* que pueden frecuentar, sin atreverse a romper la rutina porque temen alcanzar extremos difícilmente soportables.

Igualmente Vythilingum *et al.*² señalan: “Los síntomas también habían tenido consecuencias adversas para las posibilidades profesionales: para el 30,2% de los sujetos, la paruresis tenía consecuencias en las oportunidades de promoción, al 55,6% les limitaba el tipo de trabajo que escogían, y el 50,8% habían rechazado trabajos por la paruresis (...)”; en suma, el SVT limita seriamente las posibilidades de promoción laboral y profesional e impide el crecimiento personal y social.

A pesar de que los clínicos conocen las limitaciones que sus pacientes padecen, son incapaces de resolverlas fehacientemente en la mayoría de los casos, porque la clínica biomédica no conoce a ciencia cierta la naturaleza, etiología y tratamiento de esta afección, como a continuación explicamos.

NATURALEZA, ETIOLOGÍA, TRATAMIENTOS CLÍNICOS Y MITOS DEL ORIGEN

1. Los investigadores y clínicos coinciden en la descripción fenomenológica de la paruresis pero discrepan respecto a la *naturaleza* de la misma: la concepción más extendida y defendida es la expuesta en el DSM IV-TR que la cataloga como *Fobia social* -código 300.23-⁷; sin embargo acreditadas investigaciones cuestionan esta clasificación, como las de Williams y Degenhardt⁸ o Heimberg, Holt, Schneier, Spitzer y Liebowitz⁹; recientemente Hammelstein y Soifer en un excelente artículo¹ reabren el debate dada la evidencia empírica acumulada en los trabajos de los últimos años, evidencia que aconseja clasificar la paruresis como un desorden funcional de la micción (*functional disorder of micturition*) pero con importantes matices; estos autores admiten la existencia de diferentes manifestaciones o expresiones de la paruresis: unas se asemejan más a una fobia social y otras tienen una naturaleza más urológica¹.

Watson y Freeland¹⁰ recopilan las clasificaciones más empleadas para la paruresis, entre las que destacan aparte de las mencionadas: la paruresis como desorden psicossomático, fobia a la micción o retención urinaria psicógena; el motivo que subyace a la disparidad de concepciones es el desconocimiento de la etiología del SVT, lo que impide la clasificación nosológica y posibles tratamientos.

2. Hammelstein y Soifer son taxativos: “Cincuenta años después de la primera descripción sistemática, todavía hay poco conocimiento acerca del origen y rasgos específicos de este desorden”¹; desconocimiento resultante del hecho de que las exploraciones orgánicas nada aportan al conocimiento de la etiología porque la anatomía y fisiología de la vejiga del parurético *rara vez* presenta diferencias, lo que induce a sospechar que la causa es de carácter psicológico: “Entonces el problema del SVT es principalmente mental y no físico”⁵; la dinámica psíquica origina unos síntomas que el DSM IV-TR clasifica como fobia social: “El fondo psicológico de este desorden es evidente: tiene características de una fobia social”¹¹.

Aparte de los factores psicológicos, destacamos los *genéticos* porque intervienen como factores predisponentes, de acuerdo con la literatura al uso: un 16% de los sujetos de la muestra de Vythilingum *et al.*² informan de la existencia de familiares directos con paruresis; en este sentido, Soifer *et al.*⁵ matizan: "Parece haber una incidencia mayor de fobia social en general y de paruresis en particular, entre parientes biológicos, como los hermanos".

La psicología es incapaz de determinar *a ciencia cierta* las causas que originan los fenómenos psíquicos, si bien propone correlaciones entre variables que de alguna manera intervienen, pero sin demostrar una relación causal *consistente y fehaciente* entre ellas; la heterogeneidad de factores causales obedece a la variedad de paradigmas, por lo que la convergencia teórica y práctica es sencillamente imposible: cada modelo teórico establece su propia etiología y tratamiento, desestimando resultados y evidencias ajenas, al igual que sucede en otros fenómenos complejos como la tartamudez^{12,13}.

3. La historia de las causas del SVT demuestra la incompatibilidad teórica de dos paradigmas -el psicodinámico o psicoanalítico y el conductual-, que han sido los más recurridos en el siglo XX: hasta mediados de la década de los sesenta dominan las explicaciones psicodinámicas y psicoanalíticas como el trabajo de Wobus¹⁴, la investigación de Braasch y Thompson¹⁵ que examina mujeres afectadas de paruresis sugiriendo la presencia de factores psicodinámicos, lo que motiva que seis años más tarde Menninger¹⁶ conciba la micción como una *expresión* de impulsos agresivos y sexuales. En la década de los setenta proliferan trabajos de corte conductual como el de Lamontagne y Marks¹⁷ por ejemplo, quienes concluyen que la paruresis es un tipo especial de *Fobia Social* porque los pacientes ansiedad y vergüenza durante y después del *acto fallido*, afectos que se refuerzan con las conductas de evitación que aparecen posteriormente; los conductistas aplicaron técnicas terapéuticas basadas en el condicionamiento clásico y operante, como la desensibilización sistemática, reorientación orgásmica, exposición gradual e *in vivo*, intención paradójica y similares, con resultados en general

poco fiables dada la precariedad del diseño de sus experimentos, con una muestra muy reducida y sin grupo de control: por ejemplo, el trabajo de Watson y Freeland¹⁰ analiza la eficacia de técnicas de condicionamiento clásico aplicadas solamente a un sujeto.

La psicofarmacología ha experimentado con una gran variedad de sustancias como: *Atenolol*, betabloqueante selectivo en combinación con la *Fenelzina*, un inhibidor de la MAO¹⁸; *Propranolol*, un betabloqueante¹⁹; *Doxazosina*, un bloqueante alfa-adrenérgico⁵; *Paroxetina*, un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina⁵; *Clonazepam*, una benzodiacepina de acción prolongada y *Fluoxetina*, un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina²⁰; etcétera; sin embargo la experimentación farmacológica no ha conseguido resultados terapéuticos significativos^{20,21}.

4. Dado el desconocimiento de la *naturaleza* de la paruresis y de la variedad de factores causales implicados, la propuesta de Zgourides²² tiene vigencia en la comunidad científica veinte años después, propuesta que consiste en *el tratamiento multidisciplinar*: recomienda aplicar técnicas de corte cognitivo conductual, como la exposición *in vivo*, intención paradójica o terapias de reestructuración cognitiva como la racional emotiva; paralelamente, suministrar sustancias parasimpaticomiméticas como el *Betanecol cloruro*, para neutralizar los efectos de las terapias psicológicas⁵. Igualmente la propuesta de Soifer *et al.*⁵ goza de buena reputación: consiste en la exposición gradual de un acompañante (*peebuddy*) que actúa como estímulo ansiógeno, acatando las pautas de la exposición *in vivo*.

Respecto a la eficacia de las terapias combinadas, la investigación de Vythilingum *et al.*², en la que se utilizó medicación, terapia conductual y otras formas de psicoterapia, refleja los siguientes resultados: la paruresis permaneció estable en un 28,6% de los sujetos, 27% mejoraron, 7,9% empeoraron y un 36,5% permaneció intermitente; por lo que creemos que la paruresis es bastante refractaria a los tratamientos existentes -como analizamos en el último epígrafe-, y en ningún caso se demuestra una relación consistente y fehaciente entre causas y efectos -como especificábamos con anterioridad.

5. Consideramos que el desconcierto de los investigadores obedece al carácter multicausal de la paruresis y a la interacción *caótica* de los factores que intervienen, algunos de ellos desconocidos, que *perturba* la aplicación del modelo biomédico basado en la teoría bacteriológica, que establece una relación unicausal y lineal entre causa y efecto: Almendro²³ en un excelente trabajo expone la imposibilidad de explicar los fenómenos psicológicos mediante la *causalidad lineal*, característico de los dos paradigmas de la psicología del siglo XX, porque la interacción de los factores causales obedece a las fluctuantes, caprichosas y poco predecibles leyes del caos; el *incipiente* paradigma de las ciencias del caos se extiende no sólo a las ciencias naturales sino a otras, como la medicina²⁴ o la psicología social²⁵.

Otra de las limitaciones de la investigación de la paruresis es el tamaño insignificante de las muestras que impide validar o refutar hipótesis experimentales de la etiología o eficacia terapéutica: las investigaciones más relevantes rara vez poseen una muestra de más de cincuenta sujetos, salvo la de Hammelstein y Soifer¹ que examina 226 sujetos; por ejemplo, Barrett²⁶ realiza un estudio con tres mujeres paruréticas; Ascher²⁷ aplica la intención paradójica a cinco paruréticos; Bird²⁸ descubre un patrón de sentimientos sádicos y agresivos en dos pacientes; etcétera.

6. El hecho de que las exploraciones orgánicas no aporten conocimiento efectivo a la etiología y que las causas psicológicas no se puedan determinar con certeza *desata* la especulación, por lo que cada parurético tiene su particular *mito del origen*; un parurético español de 22 años nos describía recientemente el inicio de su problema: *Era un niño de siete años que robaba en los vestuarios de la piscina de mi pueblo; un día estaba robando y noté que alguien me observaba, inmediatamente fui al urinario a disimular, y me puse a mear, hasta que un señor me cogió del hombro y dijo mirándome los genitales: "Mea, ladrón, mea" pero fui incapaz de mear. Desde entonces soy incapaz de mear con gente cerca.*

Los mitos del origen obedecen a una necesidad del sujeto para estructurar y delimitar el problema, necesidad a menudo satisfecha en consulta clínica porque la paruresis es un secreto

nunca confesado salvo a terapeutas y pocos más, en el mejor de los casos; en este sentido las comunidades virtuales son espacios de interacción social²⁹, que contribuyen a que el participante reorganice sus creencias y construya su propio *mito del origen*.

La mayoría de estos mitos atribuye el origen de la paruresis a eventos *traumáticos* como: la represalia paterna por orinar a destiempo originando infortunios en casas ajenas; risas y burlas adolescentes desatadas a raíz de un rendimiento escaso en *competiciones urinarias*; contratiempos imprevistos en campamentos infantiles que impiden orinar en el espacio y tiempo estipulado; eventualidades insospechadas que entorpecen la micción provocando indignación a quien pacientemente espera; etcétera.

Los mitos del origen marcan el comienzo de una vida jalonada de adversidades, con sentimientos dañinos que deterioran la identidad e incitan al encubrimiento de la paruresis, como a continuación exponemos.

LA VIDA COTIDIANA DEL PARURÉTICO: EL ENCUBRIMIENTO

Hemos complementado la escasa bibliografía existente al respecto con la lectura de mensajes en varios foros virtuales para describir el eje que articula la vida cotidiana del parurético: el encubrimiento de la paruresis.

1. Los paruréticos son un colectivo estigmatizado porque presentan un atributo desacreditado *socialmente*, que condiciona la realidad subjetiva de los afectados y en concreto, provoca la aparición de sentimientos tan devastadores como la vergüenza, sentimiento que Heller³⁰ califica de "afecto social por excelencia"; otros colectivos estigmatizados también lo padecen como por ejemplo la comunidad intersexual³¹, la transexual^{32,33} o la tartamuda¹³; para estos últimos la vergüenza constituye la médula del carácter porque *siempre* lo experimentan habida cuenta de que su estigma es visible y audible.

El atributo desacreditador suscita una respuesta social que avergüenza a su portador: "Nos sentimos avergonzados de nuestros defectos físicos, aunque sepamos que no implican ningún *pecado*, que no somos responsables de ello", advierte

Heller³⁰; y la vergüenza deteriora la dignidad e identidad del portador: “La vergüenza nos pone siempre alerta ante cualquier afrenta a la dignidad humana. Es el fundamento experimental que promueve necesariamente el desarrollo de la conciencia y el sentido de la identidad”³⁴.

Las comunidades con un estigma visible como la tartamuda padecen vergüenza con gran intensidad y alta frecuencia, por lo que lentamente se distancian de la vida social y se refugian en la soledad para protegerse de este devastador sentimiento: “Vivir con vergüenza es experimentar la esencia misma del yo como algo que está necesitado. La vergüenza es inevitablemente alienadora, aisladora y altamente perturbadora”³⁴; los paruréticos presentan un atributo parcialmente visible pero perfectamente disimulable, lo que permite el encubrimiento de la paruresis, estrategia cotidiana de los colectivos estigmatizados³⁵; el encubrimiento obliga a la ocultación sistemática de determinadas prácticas y a diseñar costumbres encaminadas a satisfacer el deseo más íntimo del parurético: tener a mano un baño seguro para posibles *emergencias*.

La encuesta de Vythilingum *et al.* a sujetos paruréticos² confirma que la vergüenza y el encubrimiento son constantes en esta población; estos autores indican que más de un 60% de la muestra siente vergüenza de su paruresis y además: “un número significativo de pacientes escondieron los síntomas, el 25,4% no lo contó a su pareja, el 44,4% no lo contó a su familia y el 58,7% lo escondió a sus amigos”.

En suma: el encubrimiento de la paruresis es una necesidad o quizás mejor, una exigencia que el parurético se impone y que rige sus costumbres, actitudes y gestos, porque consideran más beneficioso mantener una vida paralela y secreta antes de que el estigma sea público y origine consecuencias demoledoras como la vergüenza y el deterioro del orgullo; consecuencias que el parurético intuye porque conoce el carácter *cómico* de su estigma. Encubrir el estigma obliga a alternar costumbres comunes con otras más íntimas y clandestinas, extraña alternancia que sólo los más próximos advierten, si acaso. *Orgullo obliga*.

2. Como hemos expuesto, el SVT limita las costumbres diarias del parurético porque la nece-

sidad de disponer de un baño seguro restringe los movimientos cotidianos; y el encubrimiento del SVT, estrategia común en este colectivo, añade inconvenientes a esta limitación, como muestra este clarificador ejemplo extraído de un foro virtual²:

“Tengo 39 años, tres hijos y una mujer; nunca he ido de vacaciones y apenas he salido de casa. Mi mujer y yo hemos salido quizás tres veces en dieciocho años de matrimonio. Pues bien, puede que la pierda pronto; no me aguanta más. Se queda esperando a que vayamos a cenar o al cine... Es tan angustiante que me vuelvo loco y a veces la digo cosas que no quiero decir..., pero no he sido capaz de decirla por qué”.

El autor de este mensaje es incapaz de confesar a su mujer los motivos que explican sus extrañas costumbres porque romper la inercia de dieciocho años de matrimonio resulta difícil y comprometido; revelar un secreto que acompaña la biografía conyugal *como una sombra* significa confesar una muralla de mentiras, un pozo de falsedades, aparte de la vergüenza que supone exponer el asunto *de buenas a primeras*; por tanto, el parurético se arrastra por la inercia y recurre a un foro virtual para desahogarse anónimamente, habida cuenta de que intuye que su matrimonio corre serio peligro: su mujer está sencillamente harta.

Las costumbres clandestinas del parurético desconciertan a los más próximos porque ignoran los motivos que las rigen, costumbres de quien posee una biografía *común* y una personalidad que no destaca salvo en la resolución de las necesidades íntimas: “Los paruréticos son especialmente tímidos para orinar aunque en otros aspectos de su personalidad pueden o no pueden ser tímidos”².

El encubrimiento de la paruresis es factible en personas solitarias o con poca relación social porque nadie advierte *extrañeza* o acusa descontento, pero la ocultación es más complicada e incluso imposible en quienes mantienen trato social permanente, independientemente de su estado civil, porque la interacción prolongada ofrece pistas que a menudo despiertan *sospecha*.

En suma, aparte de las limitaciones inherentes a la paruresis, el encubrimiento añade inconvenientes que deterioran *todavía más* la vida coti-

diana del parurético; por lo que proponemos para esta comunidad el proceso denominado *La Salida del armario*, que a continuación desarrollamos.

LA SALIDA DEL ARMARIO DE LA COMUNIDAD PARURÉTICA

1. En este epígrafe examinamos la idoneidad y posible aplicación a la comunidad parurética de un proceso *emancipador*, que ha resultado válido en otras comunidades estigmatizadas y que se denomina *La Salida del armario*, cuyas características emanan del contenido simbólico de lo que se oculta en el *armario*.

Coincidimos con el significado que Eichenberg³⁶ confiere al armario: "El armario no es el lugar en el que se esconden los homosexuales -es el lugar en el que la verdad se esconde hasta que la sacamos a la luz-"; si concebimos el armario como sinónimo de ocultación o encubrimiento entonces la salida del armario consiste en desvelar la verdad oculta, profanar el secreto que vertebra la vida íntima o en términos goffmanianos: alumbrar la trastienda (*backstage*) del sujeto. Por ejemplo: el armario representa para los tartamudos el rechazo a su condición y vivir *como si nada pasara*; ¿qué simboliza el armario para los paruréticos?.

El armario representa para los paruréticos lo que con tanta obstinación encubren: la imposibilidad de orinar en lugares públicos; salir del armario significa dinamitar la estrategia del encubrimiento y hacer público el atributo que tanto avergüenza; o en otras palabras: exteriorizar el estigma parcialmente visible cuando las circunstancias así lo aconsejen.

Como muy bien indica Eribon³⁷ "El coming out es una conversión"; una metamorfosis que sella una nueva etapa biográfica caracterizada por la *transparencia identitaria*; un hito en la trayectoria vital que destierra costumbres clandestinas y abre las puertas de la vida auténtica; en suma: un proceso que compromete todas las facetas del sujeto y que reporta beneficios psicosociales encomiables derivados de la transparencia y la vida auténtica, como manifiestan quienes se encuentran fuera del armario. Por tanto, la salida del armario es el "proyecto de toda una vida: porque siempre se plantea la cuestión de saber dónde, cuándo y ante quién es posible no

ocultar lo que se es"³⁷; proyecto biográfico regido por un ideal regulador que orienta costumbres que comprometen al sujeto *de por vida*.

Consideramos que la salida del armario es la *llave* del laberinto de la paruresis, el hilo de Ariadna que rompe el círculo vicioso de la vida cotidiana del parurético: "Irónicamente, cuanto más esconden los paruréticos el problema, más se perpetúa la condición"²; el encubrimiento mantiene e incluso refuerza la presencia del SVT, aparte de las perjuicios que origina: incomprensión, sospecha, extrañeza, conflicto y aislamiento, entre otras.

Tres son los argumentos que presentamos para sostener que la salida del armario es una estrategia idónea y efectiva para la comunidad parurética: la poca eficacia de las terapias clínicas, los paralelismos entre miembros de distintos colectivos estigmatizados *antes* de la salida del armario, y los beneficios psicosociales de quienes han satisfecho parcial o plenamente este proceso. A continuación desarrollamos los tres argumentos.

2. La psicología, psiquiatría y psicofarmacología se han empleado a fondo para anular, modificar o extirpar los atributos que desacreditan socialmente a los sujetos como paruresis, tartamudez u homosexualidad, con resultados poco o nada alentadores; por ejemplo, el trabajo de Vythilingum *et al.*² revela que la eficacia de las terapias combinadas de la paruresis es poco significativa como ya hemos expuesto, eficacia que puede estar provocada por el efecto placebo o la remisión espontánea, fenómenos que contaminan los experimentos clínicos salvo que los resultados se contrasten con un grupo de control, que no es el caso; igualmente, la clínica de la tartamudez indica que esta afección es muy refractaria a los tratamientos^{38,39}; los clínicos han abandonado la terapia de la homosexualidad porque según el DSM-IV-TR ya no es una enfermedad; etc.

En suma: sospechamos que la paruresis es un rasgo corporal o del carácter, tanto da, pero en cualquier caso de difícil anulación, extirpación o modificación clínica, como sucede con otros atributos estigmatizados; en suma: *la clínica de los estigmas* apenas es efectiva, por lo que la salida

del armario se vislumbra como la alternativa más idónea para eliminar las consecuencias de la estrategia del encubrimiento y reducir la intensidad de los sentimientos perniciosos asociados a la paruresis.

3. Las personas estigmatizadas que están fuera del armario diferencian el período biográfico antes de la salida, en el que la vergüenza, el miedo y el encubrimiento presiden las vivencias cotidianas, y después, etapa en la que superan estos sentimientos y prácticas; las coordinadas básicas que articulan las vivencias de las comunidades con un estigma antes de la salida coinciden con las referidas por los paruréticos porque la problemática es la misma: la posesión de un atributo estigmatizador. Como hemos expuesto los sentimientos son la vergüenza y el miedo, y la estrategia dominante es el encubrimiento.

Respecto a la vergüenza -afecto social por excelencia-, el trabajo de Vythilingum *et al.*² revela que la comunidad parurética manifiesta este sentimiento a consecuencia de su condición; Preves³¹ destaca que los intersexuales sienten vergüenza de su cuerpo hermafrodita; y Bloodstein, conocedor de la radiografía sentimental de los tartamudos, escribe: “el corazón de la tartamudez es la vergüenza”⁴⁰. Por tanto, la vergüenza que deteriora la identidad personal y el orgullo se derivan de la posesión de un atributo estigmatizador. Concluimos que las comunidades estigmatizadas acusan una vergüenza desmedida que conduce al encubrimiento del estigma³⁵.

El miedo, sentimiento que los paruréticos padecen sobremanera⁵ también atenaza al tartamudo, hasta el extremo de que los clínicos proponen como terapia que los afectados eviten evitar las situaciones temidas -la *non-avoidance tradition*-, porque “La tartamudez es un problema de miedo”⁴¹.

Las clasificaciones tradicionales emparentan los sentimientos de vergüenza y miedo porque conciben el primero como un miedo social; por tanto: las comunidades estigmatizadas comparten sentimientos similares y la estrategia del encubrimiento, eficaz a corto plazo pero destructora a medio o largo plazo porque deteriora las relaciones sociales, como no puede ser de otra manera.

4. El tercer argumento resalta los beneficios psicosociales encomiables que miembros de comunidades estigmatizadas gozan porque han salido del armario parcial o íntegramente, como homosexuales³⁷, transgeneristas³³, intersexuales^{31,42} y tartamudos¹³; constatamos que las características del atributo desacreditador apenas influyen en el proceso por lo que la salida del armario es similar en estas comunidades, como avalan los testimonios de tartamudos que son homosexuales (o transexuales) y han salido del armario en dos ocasiones de su vida (*passingtwice*); es más, declaran que es prácticamente idéntico.

La salida del armario de estas comunidades consiste en revelar gradualmente la verdad oculta en la trastienda del sujeto (*backstage*), proceso que los teóricos dividen en varios estadios; aplicamos a la comunidad parurética el modelo de Preves³¹ porque la paruresis es un estigma parcialmente visible como la intersexualidad; este modelo consta de cinco estadios³¹:

- a) Reconocimiento del malestar de uno mismo.
- b) Reconocimiento de la diferencia de uno mismo con respecto a los demás.
- c) Buscar y socializarse con otros en idéntica situación marginal.
- d) Estar orgulloso de la propia identidad marginal.
- e) Integrarse en el contexto cultural predominante.

Al igual que en la comunidad tartamuda, el cuarto estadio es improcedente porque las limitaciones inherentes a la propia condición -tartamuda o parurética, tanto da- impiden sentir orgullo: nadie se enorgullece de lo que limita su libertad.

Los grupos de autoayuda son escenarios idóneos para satisfacer los tres primeros estadios: reconocer el malestar, la diferencia, y socializarse con otros en idéntica situación marginal; de hecho, los colectivos marginales han impulsado el crecimiento y la proliferación de grupos, por lo que: “La historia de los grupos de autoayuda es, sin lugar a dudas, una historia de éxito”⁴³.

Los grupos de autoayuda representan el primer escalón de la vida auténtica: el ingreso y la participación en un grupo es un acto de afiliación grupal (*community joining act*) que modifica sustancialmente la identidad personal del participante⁴⁴.

Precisamos que los grupos de autoayuda son un arma de doble filo porque pueden convertirse en el refugio secreto de los participantes, habida cuenta de que el grupo protege la identidad⁴⁵; por tanto, es imprescindible satisfacer la quinta etapa -integrarse en el contexto cultural predominante-, para que desaparezcan los tres pilares que sostienen el armario: el encubrimiento, la vergüenza y el miedo.

La transparencia identitaria es garantía de equilibrio psicológico sea cual fuere el estigma o la afección padecida, con beneficios insospechados incluso de cara a la reducción de síntomas: “cuando los paruréticos comienzan a hablar a familiares y amigos de su “pequeño secreto embarazoso” (como un parurético lo describió), los síntomas disminuyen”⁵.

Concluimos que los grupos de autoayuda se perfilan como una oportunidad única para salir del armario: los participantes *estrenan* un modo de ser y actuar auténtico porque el estigma desaparece en el grupo, iniciando una vida libre de estrategias como el encubrimiento y de sentimientos alienantes como el miedo y la vergüenza; el ingreso y la interacción prolongada en un grupo de autoayuda supone implícita y explícitamente el *reconocimiento* de la identidad grupal y la propia, con beneficios psicosociales encomiables como la reducción de los síntomas. Soifer⁵, presidente de la IPA (*International Paruresis Association*), recomienda grupos de apoyo (*Support Groups*) porque “Los grupos de apoyo funcionan”, aunque reconoce que apenas existen por el carácter secreto de la condición parurética.

Dado el carácter vergonzoso y marginal de la paruresis y la inexistencia de grupos de autoayuda en España, que sepamos, proponemos a la comunidad parurética española que participe en los foros virtuales que actualmente existen, y en concreto el auspiciado por la Asociación Internacional de Paruréticos, dedicado a la comunidad española.

REFERENCIAS

- Hammelstein P, Soifer S. Is “shy bladder syndrome” (paruresis) correctly classified as social phobia?. *Anxiety Disorders* 2006;20(3):296-311.
- Vythilingum B, Stein DJ, Soifer S. Is “Shy Bladder Syndrome” a subtype of social anxiety disorder? A survey of people with paruresis. *Depression and Anxiety* 2002;16(2):84-87.
- Hammelstein P, Pietrowsky R, Merbach M, Brähler E. Psychogenic Urinary Retention (‘Paruresis’): Diagnosis and Epidemiology in a Representative Male Sample. *Psychother Psychosom.* 2005;74(5):308-314.
- Kessler RC, Stein MB, Berglund P. Social Phobia Subtypes in the National Co-Morbidity Study. Boston: Department of Health .1997;.Policy, Harvard Medical School.
- Soifer S, Zgourides G, Himle J, Pickering NL . Shy Bladder Syndrome. Your Step-by-Step Guide to overcoming Paruresis. 2001; Oakland: New Harbinger Publications.
- Middlemist RD, Knowles ES, Matter C F. Personal space invasions in the lavatory: Suggestive evidence of arousal *J Pers Soc Psychol.* 1976 May;33(5):541-546.
- American Psychiatric Association. (APA) Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV-TR (Text Revision). 2000; Washington: APA.
- Williams G.W, Degenhardt ET. Paruresis: A survey of a disorder of micturition. *Journal of General Psychology.* 1954;51:19-29.
- Heimberg RG, Holt CS, Schneier FR, Spitzer RL, Liebowitz MR. The issue of subtypes in the diagnosis of social phobia. *Journal of Anxiety Disorders.*1993;7, 249-269.
- Watson TS, Freeland JT. Treating paruresis using respondent conditioning. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2000 Jun; 31(2):155-162.
- Rosario DJ, Chapple CR, Tophill PR, Woo HH. Urodynamic assessment of the bashful bladder. *J Urol.* 2000 Jan;163 (1):215-220.
- Jonas G. Stuttering: The disorder of many theories. Farrar, Strauss and Giroux. 1976; New York.
- Lorient C. La tartamudez como fenómeno sociocultural: Una alternativa al modelo biomédico. Tesis doctoral. Universidad Nacional de Educación a Distancia. 2006. Madrid: Inédita.
- Wobus RE. Notes on the psychic influence on bladder disturbances in women. *Journal of the Missouri State Medical Association* 1922;(19):111-113.
- Braasch WF, Thompson GJ. Treatment of the atonic bladder. *Surgery, Gynecology and Obstetrics.* 1935;(61):379-384.
- Menninger KA. Some observations on the psychological factors in urination and genito-urinary afflictions. *Psychoanalytic Review.* 1941;(28):17-129.
- Lamontagne Y, Marks, IM.:. Psychogenic urinary retention: Treatment by prolonged exposure. *Behavior Therapy.* 1973;(4):249-252
- Hatterer JA, Gorman, J.M. Fyer A.J, Campeas R, Schneier FR, Hollander E, et al. Clinical and research reports: Pharmacotherapy for four men with paruresis. *American Journal of Psychiatry.* 1990;(147):109-111.
- Zgourides GD, Warren R. Propranolol treatment of paruresis (psychogenic urinary retention): a brief case report. *Percept Mot Skills.* 1990 Dec;71(3 Pt 1):885-886.
- Labbate LA. Paruresis and urine testing. *Depress Anxiety.* 1996-1997;4(5):249-252.
- Bohn P, Sternbach H. Current knowledge and research directions in the treatment of paruresis. *Depress Anxiety.* 1997;5(1):41-42.
- Zgourides GD. Bethanechol chloride as a suggested adjunct to prolonged in vivo exposure therapy in the treatment of paruresis. *Percept Mot Skills.* 1988 Feb;66(1):319-322.
- Almendro M. *Psicología del caos.* Vitoria: La Llave. 2002.
- Gleick J. *Caos.* Barcelona: Seix Barral. 1994.

25. Munné F. La teoría del caos y la psicología social: un nuevo enfoque epistemológico para el comportamiento social. En I. Fernández Jiménez y M. F. Martínez García (Eds.), *Epistemología y procesos psicosociales básicos* (pp. 37-48). Madrid: Eudema. 1993.
26. Barrett DM. Psychogenic urinary retention in women. *Mayo Clin Proc.* 1976;51(6):351-356.
27. Ascher LM. Paradoxical intention in the treatment of urinary retention. *Behav Res Ther.* 1979;17(3):267-270.
28. Bird JR. Psychogenic urinary retention. *Psychother Psychosom.* 1980;34(1):45-51.
29. Mayans J. Género Chat o cómo la etnografía puso pie en el ciberespacio. Barcelona: Gedisa. 2002.
30. Heller A.. Teoría de los sentimientos. Barcelona: Fontamara. 1982.
31. Preves SE. Intersex and identity: the contested self. New Jersey: Rutgers University Press. 2003.
32. Anderson BF. Therapeutic Issues in Working with Transgendered Clients. En D. Dallas (Eds), *Current Concepts in Transgender Identity* (pp. 215-226). New York: Garland Publishing Inc. 1998.
33. Mejía N. Transgenerismos. Ensayos de Etnografía Extrema. Barcelona: Bellaterra. 2006.
34. Kaufman G. Psicología de la vergüenza. Teoría y tratamiento de sus síndromes. Barcelona: Herder. 1994.
35. Goffman E. Estigma. La identidad deteriorada. Buenos Aires: Amorrortu. 1970
36. Eichenberg R. Coming out: an act of love. New York: Plume. 1991.
37. Eribon D. Reflexiones sobre la cuestión gay. Barcelona: Anagrama. 2001.
38. Santacreu J. Tratamiento conductual de la tartamudez. Valencia: Promolibro. 1991.
39. Ladouceur R, Saint-Laurent L. Stuttering. A multidimensional treatment and evaluation package. *Journal of Fluency Disorders* 1986;11:93-103.
40. Murphy B. A preliminary look at shame, guilt, and stuttering. En N. Berstein, C. Healey et al. (Eds.), *Stuttering research and practice: Bridging the gap* (pp. 131-143). Mahwah, New Jersey: Erlbaum. 1999
41. Martyn MM. Onset stuttering and recovery. *Behav Res Ther.* 1968 Aug;6(3):295-307.
42. Nieto JA. La intersexualidad y los límites del modelo dos sexos/dos géneros. En O. Guasch y O. Viñuales (Eds.), *Sexualidades. Diversidad y control social* (pp. 69-104). Barcelona: Bellaterra. 2003.
43. Schäfers K. Self help and the emancipated client. En C. W. Starkweather y H. F. M. Peters (Eds.), *Stuttering: Proceedings of the First World Congress on Fluency Disorders* (pp. 477-478). Munich, Germany: The International Fluency Association. 1995
44. Rappaport J. Narrative studies, personal stories and identity transformation in the context of mutual help. *The Journal of Applied Behavioral Science.* 1993;29(2):237-254.
45. Allué M. Discapacitados. Barcelona: Bellaterra. 2003.

Correspondencia autor: Dr. Cristóbal Loriente Zamora
Trubia. Oviedo
E-mail autor: cristobaloriente@ozu.es
Información artículo: Revisión
Trabajo recibido: enero 2007
Trabajo aceptado: marzo 2007