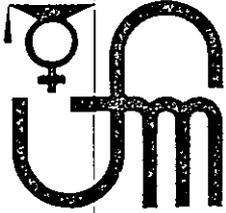


302925



UNIVERSIDAD FEMENINA DE MEXICO

ESCUELA DE PSICOLOGIA

INCORPORADA A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

"PERFIL DEL FUNCIONAMIENTO YOICO EN PACIENTES
CARDIOPATAS. DURANTE EL PROCESO DE
HOSPITALIZACION POR CIRUGIA Y AL AÑO DE ESTA,
ANTE LA PRESENCIA DE NUEVOS ELEMENTOS DE
ENFRENTAMIENTO A LA VIDA".

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADAS EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N :
LAZARO DE LA CRUZ, LAURA ESTELA
QUIÑONES VACA ODETTE GUADALUPE

DIRECTORA DE TESIS:
LIC. MARIA DE LOS ANGELES FIGUEROA AYEON

MEXICO, D.F.

2001



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



**Un postulado básico del hombre
no es encontrar el placer o evitar el dolor,
sino encontrarle un sentido a la vida,
razón por la cual el hombre está dispuesto
incluso a sufrir a condición de que ese sufrimiento
tenga un sentido.**

Victor E. Frankl



AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer a todas las personas cuya colaboración hizo posible la realización de la presente tesis, en general a todos aquellos que amablemente cooperaron y especialmente:

A nuestros Padres y hermanos:

Por habernos inculcado las bases hacia el estudio, por recibir siempre de ellos cariño, entrega, paciencia, comprensión y el apoyo necesario para seguir siempre adelante. A nuestros seres queridos que están ausentes físicamente, los llevamos vivos en nuestro corazón.

A la Universidad Femenina de México.

Por habernos proporcionado los medios para prepararnos profesionalmente.

A nuestros maestros.

Por sus sabias enseñanzas, por ser cimientos de nuestra formación.

A nuestra asesora. Lic. María de los Angeles Figueroa Aeyón.

Con nuestro más sincero agradecimiento por su valiosa asesoría, ayuda e invaluable estímulo.

A los directivos y médicos del Hospital Regional Primero de Octubre, ISSSTE, así como a los miembros de consulta externa y hospitalización del departamento de cardiología y psiquiatría, muy especialmente a la Dra. Rosa María Rodríguez por su apoyo incondicional; y a los pacientes de dicha institución que colaboraron amablemente.

INDICE

INTRODUCCIÓN	1
---------------------	----------

.....

CAPITULO I

TEORÍA PSICOANALÍTICA DEL DESARROLLO

DEL APARATO PSÍQUICO

1.1	METAPSICOLOGÍA	4
1.2	EL ELLO	8
	1.2.1 Teoría Instintual	10
	1.2.2 Teoría de la Libido	11
	1.2.2.1 Impulsos sexuales	12
	1.2.2.2 Impulsos agresivos	13
1.3	EL YO	13
	1.3.1 Desarrollo del YO	15
	1.3.2 La Psicología del YO	18
	1.3.3 Factores que impulsan la diferenciación entre ELLO y YO	20
	1.3.4 Mecanismos de defensa	22
1.4	EL SUPER YO	26
	1.4.1 Ideal del YO	28
	1.4.2 YO ideal	28
1.5	INDICE DE CITAS	30

CAPITULO II

FUNCIONES DEL YO

		32
2.1	PRUEBA DE REALIDAD	36
2.2	JUICIO	38
	2.2.1 Anticipación	40
	2.2.2 Adecuación del comportamiento	40
2.3	SENTIDO DE REALIDAD, DEL MUNDO Y DEL SÍ MISMO (SELF).....	41
	2.3.1. Imagen corporal	42
	2.3.2 Representaciones del Self, sentido del Self e identidad.....	43
	2.3.3 Autoestima	44
	2.3.4 Trastornos en el sentido de realidad	44
2.4	REGULACIÓN Y CONTROL DE IMPULSOS, AFECTOS E INSTINTOS.....	45
	2.4.1 Inhibición y sobrecontrol	48
2.5	RELACIONES OBJETALES	49
2.6	PROCESOS DEL PENSAMIENTO	54
2.7	REGRESIÓN ADAPTATIVA AL SERVICIO DEL YO (RASY).....	56
	2.7.1 Bases de la RASY	57
2.8	FUNCIONAMIENTO DEFENSIVO	59
	2.8.1 Precursores de las defensas	61
	2.8.2 Aspectos adaptativos y maladaptativos del funcionamiento defensivo.....	62
2.9	BARRERA A LOS ESTÍMULOS	63
2.10	FUNCIONAMIENTO AUTÓNOMO	66
	2.10.1 Desarrollo del YO autónomo	67
2.11	FUNCIONAMIENTO SINTÉTICO-INTEGRATIVO	69
2.12	DOMINIO-COMPETENCIA	71
2.13	INDICE DE CITAS	75

CAPITULO III

EL SISTEMA CARDIOVASCULAR Y LOS TRASTORNOS

CARDIOVASCULARES

3.1	EL CORAZÓN	76
	3.1.1 Hemodinamia y sangre	79
	3.1.2 Patología general del corazón	83
3.2	CARDIOPATÍAS	85
3.3	EMOCIÓN Y SISTEMA CARDIOVASCULAR	89
	3.3.1 Respuestas psicológicas	92
	3.3.2 Personalidad tipo "A"	95
3.4	INDICE DE CITAS	98

CAPITULO IV

METODOLOGÍA

4.1	PLANTEAMIENTO DEL PROBELAMA	99
4.2	OBJETIVO GENERAL	100
4.3	TIPO DE INVESTIGACIÓN	100
4.4	HIPÓTESIS	101
	4.4.1 Hipótesis nula	
	4.4.2 Hipótesis alterna	
4.5	VARIABLES	102
	4.5.1 Definición descriptiva	
	4.5.2 Definición operacional	
4.6	DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA	104

4.7	MATERIALES	105
4.8	INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	106
4.9	PROCEDIMIENTO	109
4.10	TRATAMIENTO ESTADÍSTICO	111

CAPITULO V

RESULTADOS	114
-------------------	------------

CAPITULO VI

CONCLUSIONES	140
LIMITACIONES Y SUGERENCIAS	150
BIBLIOGRAFÍA	151
APÉNDICE 1	156
APÉNDICE 2	162



INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

La teoría psicoanalítica iniciada por Sigmund Freud, ha sufrido un considerable, constante e importante cambio evolutivo, hallando dentro de dicho proceso lo que conceptualmente hoy en día se le conoce como la Psicología del YO, la cual ha sido desarrollada por valiosas aportaciones de innumerables autores. Encontrando su origen en la publicación de la obra de S. Freud, -El Yo y el Ello- (1923), marcando así el inicio del psicoanálisis como un marco teórico, psicológico y referencial, para explicar las bases del comportamiento.

Otro punto importante, es la posibilidad del encuentro de la psicología clínica con la académica, al tratar de vincular las áreas de la psicología a una psicología completa y general. Presentando así los aspectos de dicha evolución teórica, enfatizando así las aportaciones relativas al YO, desde su origen, desarrollo y funciones que intervienen en dicha estructura; limitándolos exclusivamente al punto de vista psicoanalítico y basándonos principalmente en las aportaciones e investigaciones realizadas por Bellak, Goldsmith, Kris, Hartmann y colaboradores sobre las funciones del YO.

Como es bien sabido, es imposible separar la mente y el cuerpo; las reacciones emocionales, al igual que los trastornos orgánicos, tomando como punto de referencia a las enfermedades del corazón, puesto que juegan un papel muy importante en la personalidad y en las funciones del YO. Encontrando un interés en realizar un estudio sistemático de las alteraciones que sufren las diferentes funciones del YO ante este tipo de enfermedad, aportando así un conocimiento importante para su comprensión.

A través de esta investigación pretendemos realizar un perfil del funcionamiento yoico en un grupo de pacientes cardíopatas, durante el periodo de hospitalización por haber sido intervenidos quirúrgicamente, y al año de su recuperación ante la presencia de nuevos elementos de enfrentamiento a la vida, para así valorar las diferencias existentes en dichas alteraciones.

Actualmente aún no se ha realizado este tipo de estudio para evaluar las funciones del YO en pacientes cardíopatas aquí en México; tampoco se han diseñado manuales y programas de intervención y tratamiento fundamentados de un modo más racional y que sean más específicos.

desarrollados y dirigidos hacia los pacientes, personal médico y familiares, para el mejoramiento de aspectos específicos del funcionamiento social, para mejorar su salud mental y para tener la capacidad de participar en las actividades de la vida diaria, lo que creemos que en sí, da la importancia a dicha investigación.

El presente trabajo se divide en cinco capítulos.

El capítulo 1 considera el estudio de la Teoría psicoanalítica del desarrollo del YO, abordando los puntos metapsicológicos, topográficos, estructurales (ELLO, YO y SUPERYO), dinámicos, económicos, adaptativos y genéticos.

El capítulo 2 está constituido por una serie de escritos por varios autores que analizan los fundamentos teóricos y conceptuales de las Funciones del YO, proporcionando un marco de referencia amplio para su estudio, incluyendo conceptos, trastornos y evolución de dichas funciones, siendo éstas las siguientes:

1. Prueba de realidad
2. Juicio
3. Sentido de realidad
4. Regulación y control de los instintos, afectos e impulsos
5. Relaciones objetales
6. Procesos del pensamiento
7. Regresión adaptativa al servicio del YO
8. Funcionamiento defensivo
9. Barrera a los estímulos
10. Funcionamiento autónomo
11. Funcionamiento sintético-integrativo
12. Dominio-competencia

Una vez analizadas las doce funciones del YO y sus componentes, pasaremos al capítulo 3, en el cual se analizará el aparato cardiovascular, cuyo órgano de estudio es el corazón, las cardiopatías y su sintomatología, y las respuestas psicológicas más comunes.

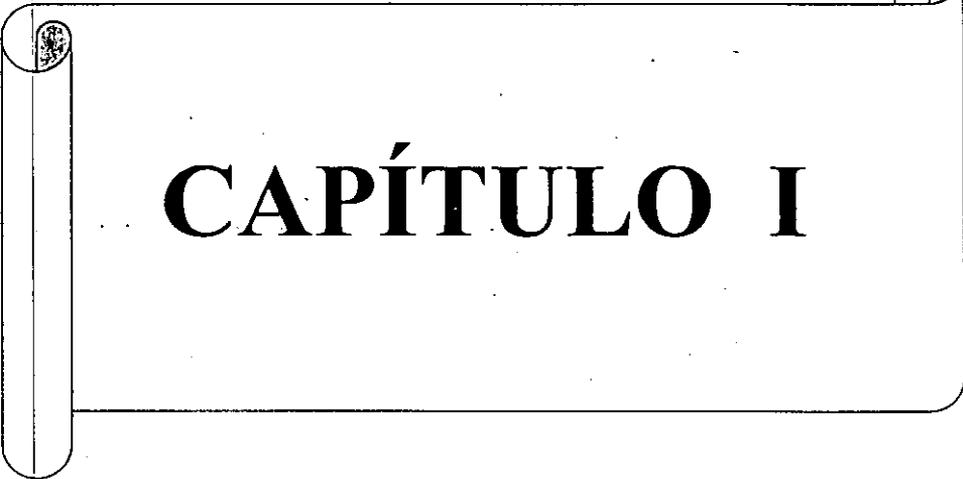
En el capítulo 4, se hará la descripción metodológica, incluyendo así el Planteamiento del problema, el objetivo general, tipo de investigación, los tipos de hipótesis, las variables, se

describirá el tipo de muestra de estudio, los materiales, el instrumento de medición, se dará el procedimiento y tratamiento estadístico.

En el capítulo 5 se dará la interpretación de los resultados.

Incluyendo características sociodemográficas de la población de estudio, tablas y gráficas

Y en el capítulo 6 encontraremos las conclusiones, el análisis de resultados, las limitaciones, las sugerencias, las aportaciones, el apéndice y la bibliografía.

A decorative graphic of a scroll with a vertical spine on the left and a horizontal body. The scroll is outlined in black and has a textured, stippled appearance. The text 'CAPÍTULO I' is centered within the horizontal body of the scroll.

CAPÍTULO I

CAPITULO I

“ TEORÍA PSICOANALÍTICA DEL DESARROLLO DEL APARATO PSÍQUICO “

La psicología del YO ha adquirido tanta importancia en años recientes, que a menudo tiende a oscurecer el hecho de que es necesaria una completa descripción Metapsicológica (tanto estructural, como dinámica, económica, genética y adaptativa), para una comprensión absoluta de la conducta humana, en la descripción de las Funciones Yoicas.

1.1 METAPSICOLOGÍA

En la época en que inició el estudio del material acumulado, Freud advirtió la necesidad de crear un esbozo auxiliar para hacer comprensible o estructurar su teoría, y al mismo tiempo mantener un orden en la investigación. Creó para esto la metapsicología, estructura hipotética, que le sirvió para ir colocando los distintos elementos estructurales de su teoría en un conjunto coordinado.

La Metapsicología es el estudio de los fenómenos psíquicos tomando en cuenta tres puntos: el Económico, el Dinámico y el Estructural.

En 1910, se inicia un nuevo enfoque que resultaría fructífero y posibilitaría la introducción de nuevas líneas de investigación y construcción teórica. Entre esos nuevos enfoques resaltan la diferenciación de dos tipos de pulsiones: "Pulsiones de Autoconservación o Pulsiones del YO, y Pulsiones Sexuales" (1). La "Introducción del Narcisismo" (2), la postulación del "Principio del

Placer y el Principio de la Realidad" (3). Muchos de estos elementos los encontramos ya en algunos de los primeros trabajos Freudianos.

Freud en sus escritos sobre la "Interpretación de los Sueños" (4) en 1900, en "El Inconsciente" (5) y en el "Suplemento de los Sueños" (6) (1915), utiliza el término topográfico para reafirmar que el aparato mental se encuentra dividido especialmente en tres sistemas dinámicos, que se distinguen uno de otro por su relación con la conciencia: Inconsciente (INCS), Preconsciente (PRCS) y Consciente (CS).

INCONSCIENTE: Se refiere a eventos mentales reprimidos que están fuera del alcance de la conciencia. Freud dice que en algún lugar de la vida mental del hombre debe existir un estado que explique cosas que la mente no puede captar en determinado momento, pero que ya ha experimentado en forma pretérita. El contenido inconsciente está formado por las representaciones pulsionales y los deseos inaceptables para las normas morales, éticas e intelectuales del individuo; contenidos organizados bajo una lógica distinta a la formal, en la que las huellas mnémicas (recuerdos) se organizan a través de formas primitivas de asociación: proceso primario.

PRECONSCIENTE: En él se acumulan los contenidos psíquicos de los que no se tiene conciencia directamente, pero que con facilidad pueden hacerse conscientes. Todo contenido mental que pase del INCS al CS deberá atravesar el PRCS.

CONSCIENTE: Es aquella parte mental del hombre de la que éste está por completo enterado. Estar consciente permite saber en dónde se está, qué sucede alrededor, quién se es, cómo hacer lo que en un momento dado se está haciendo. Se está alerta a las percepciones que vienen tanto del mundo externo, como del interior del cuerpo y de la mente (afectos y pensamientos). Estas percepciones ocupan temporalmente el campo consciente, quedando almacenadas en la memoria, en un estado preconsciente, cuyo acceso a la conciencia se logra a través de dirigir a ellas una cantidad de energía suplementaria que conocemos como atención.

En 1921 Freud formuló un nuevo modelo de estructura de la personalidad basado en consideraciones económicas, topográficas y dinámicas.

El modelo estructural presentado en su obra "El YO y el ELLO" (1923) (7) refiere que los procesos y contenidos mentales están relacionados unos con otros funcionalmente y entre los cuales consideró la existencia de tres estructuras a las que denominó: ELLO, YO y SUPERYO.

ELLO: Es la más arcaica de las estructuras; su funcionamiento se rige por el Proceso Primario y en él se localizan los instintos y sus aspectos apremiantes. Es depositario de la energía que pone en movimiento al aparato mental y contiene la expresión psíquica de las pulsiones (recuerdos, fantasías y afectos). Es irracional e inconsciente, subordinado al Principio del Placer.

YO: Estructura central del estudio de esta tesis. Siendo la estructura más coherente y organizada, regula o se opone a las pulsiones mediante diversos mecanismos defensivos y es el mediador entre aquéllas, radicadas en el ELLO, y las demandas del mundo externo para lo cual, debe cumplir las funciones de percibir las necesidades del individuo, las cualidades y actitudes del medio ambiente, evaluar e integrar estas percepciones para aliviar la tensión de las necesidades y deseos, a través de la reducción de la intensidad de las pulsiones o de modificaciones realistas de la situación externa; para lo cual es necesaria la integridad de otras de sus funciones. Obligado a servir las exigencias del ELLO, sigue al mismo tiempo al Principio de la Realidad.

SUPERYO: Es la última estructura que se forma, es una parte especializada del YO, con aspectos componentes: Ideal del YO y YO Ideal, implica la internalización de las figuras paternas y las normas de la sociedad en la que se vive, es la parte de la personalidad que realiza la función de crítico y examinador.

Otros puntos de la Metapsicología formulados:

ECONÓMICO: Destaca el aspecto cualitativo de las fuerzas que están presentes en el conflicto. Un individuo puede tener por su constitución una agresividad o una sexualidad muy poderosas; la energía del impulso puede ser modificada en distintas épocas de la vida. La fuerza relativa a los impulsos y de los contraimpulsos es decisiva en la evolución del conflicto. Esta energía puede desplazarse frente a un contenido menos peligroso.

DINÁMICO: Se van a buscar las fuerzas que intervienen en los fenómenos psicológicos, su direccionalidad y los efectos que producen en ellas al unirse para un propósito como podría ser la descarga, en la que también intervienen la capacidad de los canales de descarga y la magnitud de las fuerzas.

GENÉTICO: Como lo apuntan Rapaport y Gill (1959), no fue descrito explícitamente por Freud, pero señalan que en sus escritos incluye factores constitucionales de maduración y de experiencia

tanto interna como externa. Rapaport dice que el punto genético supone que los eventos psicológicos tienen su origen en bases innatas, su desarrollo maduracional es epigenético y además de las formas primitivas potencialmente activas, codeterminan los fenómenos psicológicos subsecuentes.

ADAPTATIVO: Este punto fue desarrollado a partir de los estudios de H. Hartmann (1939) y E. Erikson (1950) donde explicaron la importancia de la relación de los individuos con su medio ambiente, en el estudio de los eventos psicológicos. Este punto de vista supone que el proceso de adaptación tanto "Autoplástico (en el sujeto) como Alopástico (del medio ambiente)" (8), hace que los estados psicológicos de adaptabilidad se mantengan, reconstruyan o mejoren, dando solución a las demandas pulsionales como a los dictados de la realidad.

1.2 EL ELLO

La denominación ELLO fue introducida en la terminología psicoanalítica por George Groddek, quien a su vez la había tomado de Nietzsche, siendo legitimada por Freud en el año 1923 en su obra "El YO y el ELLO cuando desarrolla la Teoría Estructural del Aparato Mental" (9). Freud postuló que el niño desde el momento de nacer, está dotado de un ELLO, es decir, de pulsiones que buscan gratificación, sin embargo, el niño no tiene la capacidad de controlar o modificar estas pulsiones.

En su forma más primitiva el ELLO es un aparato reflejo que descarga por las vías motrices cualquier excitación sensorial que le llegue. Si todas las tensiones que ocurren en el organismo se descargaran mediante acciones reflejas, no habría necesidad de desarrollo psicológico. Pero como el ser humano recién nacido no está equipado con los reflejos necesarios, para satisfacer sus necesidades, sufre cierto grado de frustración y malestar, pese a los cuidados maternos. Estas experiencias estimulan que el ELLO comience a desarrollarse, lo que se conoce como Proceso Primario.

En el Proceso Primario intervienen otros elementos del aparato psíquico:

1. Sistema sensorial conformado por los órganos de los sentidos: estructuras especializadas para recibir los estímulos
2. Sistema motor: músculos que son los órganos de la acción y el movimiento
3. Sistema nervioso que transmite mensajes en forma de impulsos eléctricos
4. Sistema perceptual que recibe excitaciones de los órganos sensoriales y forma del objeto que se presenta a éstos, cuadros mentales o representaciones que se conservan como huellas mnémicas en el sistema de la memoria. Así, cuando se mira algo se forma una percepción; si se recuerda lo que se ha visto una vez, se forma una imagen mnémica.

El ELLO es la matriz dinámica de la que provienen los otros sistemas: el "YO y el SUPERYO" (10). Es un nombre colectivo que se usa para nombrar los impulsos biológicos primitivos, representa la parte innata de la personalidad. Contiene lo heredado, lo congénito y lo establecido constitucionalmente. Es una reserva de energía completamente desorganizada y primordial, derivada de las pulsiones que están bajo el dominio del Proceso Primario, es el niño malcriado de

la personalidad; la función del ELLO es encargarse de la descarga de cantidades de excitación (energía o tensión) que se liberan en el organismo mediante estímulos internos o externos, esa función cumple con el Principio del Placer cuya finalidad es reducir la cantidad de tensión a un nivel bajo y mantenerlo tan constante como sea posible a fin de no causar perturbaciones. La tensión se experimenta como dolor o incomodidad, mientras que el alivio de la tensión se experimenta como placer o satisfacción, el objetivo del Principio del Placer consiste en evitar el dolor y encontrar el placer, para así mantener su equilibrio frente a los desórdenes internos y externos.

Aunque como resultado de la frustración hubo un desarrollo en el ELLO del que posteriormente se diferenciará el YO, el resto no es modificado por la experiencia porque no está en contacto con el mundo externo y por lo mismo, no cambia con el tiempo ni puede ser modificado por la experiencia, conserva su carácter infantil toda la vida. No lo gobiernan las leyes de la razón ni de la lógica, no posee valores, ética o moralidad. Es exigente, impulsivo, irracional, egoísta y amante del placer. Omnipotente, porque posee el poder mágico de realizar sus deseos mediante la imaginación, fantasía, alucinaciones y sueños. El ELLO esta en más íntimo contacto con el cuerpo y sus procesos que con el mundo exterior, su energía esta en estado móvil. Hace uso de la condensación, del desplazamiento y la simbolización, lo que permite el libre paso y la descarga masiva de la energía psíquica en fantasías totalmente libres, así como la sustitución de una representación a otra. No reconoce nada exterior a sí mismo y únicamente lo impulsa el obtener satisfacción para las necesidades instintivas, de acuerdo con el Principio del Placer. Desea, actúa y se descarga por la formación de imágenes (realización de deseos) o por la actividad motriz impulsiva.

La energía que el ELLO emplea en esto y que es muy fluida se llama elección de Objeto porque la invierte en la imagen de un objeto o la consume en la acción de descarga sobre un objeto que satisfaga un instinto. Se considera muy fluida porque se puede desviar o desplazar con facilidad de un objeto a otro ya que el ELLO no hace distinciones precisas entre los objetos. Así, cuando un recién nacido hambriento no recibe pronto alimento, se chupa el dedo. No ha aprendido a discriminar y percibe como idénticos al pecho materno y a su mano porque a ambos los puede succionar.

Sin embargo, el Proceso Primario conduce a la persona sólo al punto en que se forma un cuadro mental del objeto que satisficará su necesidad, y por otra parte, el comportamiento impulsivo ocasiona un aumento de tensión (displacer o dolor) al provocar el castigo del exterior. El lactante que succiona su mano, sigue con su hambre. En consecuencia y bajo la influencia del

mundo externo real, parte del ELLO, sufre una transformación paulatina de la que resulta una organización que comienza a funcionar como mediadora entre la parte arcaica y la realidad, es decir, lo que existe. A este sector de la vida psíquica se le otorga el nombre de "YO".

Freud reconoce que el ELLO es la parte oscura e inaccesible de la personalidad, y que lo poco que se sabe de él se ha aprendido en el "Estudio de los sueños y los síntomas neuróticos" (11). Beres (1962) define al ELLO como la parte de la mente cuya función es expresar los deseos y los impulsos instintuales. Arlow y Brenner (1964) revisan la relación que establece Freud entre el ELLO y lo inconsciente. Una característica de lo inconsciente, que él atribuye al ELLO, es que las huellas mnémicas no son verbales sino sensoras. Esto se asume sobre la base que la experiencia clínica ha demostrado que los deseos reprimidos y los olvidos, pueden ser traídos a la memoria durante el análisis y de esta forma los síntomas desaparecen. J. Moore (1968) y Karush (1973) sostienen que el contenido del ELLO es distinto en cada ser humano, una persona tiene un ELLO mayor que otra, por consiguiente, sus problemas y sus fuerzas para la acción son mayores, esto determina en parte, la forma en que el individuo ajuste su vida.

1.2.1 TEORÍA INSTINTUAL

Freud (1915) define al Instinto desde el punto de vista biológico como un concepto límite entre lo psíquico y lo somático, como representante psíquico de estímulos procedentes del interior del cuerpo que alcanzan la mente, y como una magnitud de la exigencia de trabajo impuesto a lo afectivo a consecuencia de su conexión con lo somático.

El instinto es una condición innata que imparte instrucciones a los procesos psicológicos (pensar, percibir y recordar) hacia una meta o finalidad. Se concibe al instinto como un proceso psicosomático limítrofe, tiene un fin corporal dirigido a objetos externos concretos, tiene una representación mental que llamamos fantasía.

Lo que diferencia a los instintos unos de otros y les da sus cualidades específicas es su relación con sus fuentes somáticas y sus fines.

La Teoría de los Instintos de Freud puede desarrollarse en cuatro etapas:

1. En la primera etapa, distingue dos tipos de instintos: los instintos del YO, y el instinto sexual. Los instintos del YO se relacionan con la autopreservación, y son regulados por el Principio de la Realidad, mientras que el instinto sexual obedece al Principio del Placer.

2. Esta etapa se relaciona con la Teoría del Narcisismo. Así, se asume que el instinto sexual y los instintos del YO, tienen un origen libidinal, pero se diferencian sólo en términos del objeto hacia el que dirigen sus catexias. Freud divide a los instintos del YO en dos componentes: a) la parte libidinal narcisística, y b) una parte no libidinal, que llama los intereses del YO.
3. En esta fase, establece el instinto agresivo dentro de los instintos del YO, basándose en el hecho de que la agresividad emerge cuando los instintos del YO se ven amenazados.
4. Freud (1920) reconoció dos grandes grupos de instintos:
 - a) Los que están al servicio de la vida: Eros. Tienden a la reunión, integración, fusión, conservación y creación de nuevas ideas. Los instintos sexuales han sido considerados los más profundamente estudiados en todos los instintos de vida.
 - b) Los que están al servicio de la muerte: Thánatos. La meta final es el retorno a la constancia de la materia inorgánica. Sus derivados son la agresividad y la destrucción.

De acuerdo con H. Hartmann y Nunberg (1958), el instinto se refiere básicamente a los "elementos de índole biológica" que obligan al hombre a determinadas conductas" (12).

El Impulso o Pulsión es, por el contrario una índole psicológica: tiene como todo proceso mental de la psique humana, más movilidad, actividad y agilidad, está menos predeterminado y sus condicionantes guardan en buena parte, distancia del sustrato fisiológico (Hartmann, 1959).

1.2.2 TEORÍA DE LA LIBIDO:

En psicoanálisis el término se emplea vinculado exclusivamente con placer y deseo sexual. Freud adoptó este término que lo usa para señalar la expresión dinámica de la sexualidad. Por lo tanto, por libido debe entenderse: intensidad de la energía dinámica del instinto sexual; es decir, su elemento cualitativo.

Todo ser humano dispone de una cantidad determinada de fuerza pulsiva sexual (libido) que podrá ser aumentada o disminuida por la acción de diversos factores que pueden ser divididos intrapsíquicos (sueños y fantasías -conscientes e inconscientes) y extrapsíquicos (características del objeto detectadas a través de los sentidos, factores somáticos -estados hormonales y físicos-, farmacológicos -excitantes o depresores- y factores telúricos -estaciones del año y composición atmosférica).

1.2.2.1. IMPULSOS SEXUALES

Los impulsos sexuales tienen sus fuentes en diversas zonas corporales, las llamadas "zonas erógenas" (13). Freud propuso que los elementos básicos de la sexualidad se encuentran presentes en el recién nacido, y que la sexualidad infantil se manifiesta al chuparse el dedo y en el juego consigo mismo, que hay considerable actividad sexual durante la infancia, en donde el objeto sexual son los padres del niño, que el objeto de la sexualidad va más allá de los órganos genitales, y abarca las membranas mucosas y el ano, y que los contactos sexuales de los adultos normales tienen componentes de perversión. El impulso placentero se centra en los genitales, pudiendo dividirse la libido genital en tres partes: autoerótica, homosexual y heterosexual.

Freud (1905) formula una hipótesis de los impulsos sexuales basándose en su experiencia de análisis con pacientes que presentan perversiones, así, él hipotetiza que el instinto sexual es un compuesto que involucra componentes instintivos que operan independientemente unos de otros durante la infancia. Afirma que cada componente instintivo se caracteriza por su Fuente de origen, Fuerza, Objeto y Fin.

1. Fuente de origen: el proceso energético, fisicoquímico que se desarrolla en un órgano somático, cuyo estímulo es representado en lo psíquico por un equivalente instintivo. Una necesidad o un impulso es un proceso excitante en algún tejido u órgano del cuerpo que libera energía acumulada en el mismo. La fuente de los componentes sexuales según Freud, proviene de un número de procesos somáticos de zonas erógenas de la piel y de la membrana mucosa, estos proporcionan una sensación de placer cuando son estimulados.
2. Fuerza, intensidad o impulso dinámico: la magnitud de los obstáculos que es capaz de superar para lograr su satisfacción. Su factor motor.
3. Objeto: es algo que pertenece al mundo exterior (persona u objeto), por la cual, y con la cual, el instinto alcanza su satisfacción al suprimir la excitación o estado de necesidad. El objeto se caracteriza por ser conservador, regresivo y repetitivo.
4. Fin: de todos los impulsos instintuales es obtener gratificación, y sólo varía el objeto gratificador. Su finalidad es restablecer un estado en el cual deja de subsistir una determinada tensión instintiva, que es displacentera, para llegar al equilibrio tensional, luego de haber obtenido un placer. Hace volver a la persona a un estado de reposo mental y fisiológico.

1.2.2.2. IMPULSOS AGRESIVOS

Freud (1905) asume que el significado biológico de la agresión es la necesidad de someter el objeto sexual cuando el galanteo es inaccesible. Una hipótesis importante para la psicopatología, es que dependiendo de la cantidad de agresión libre serán los conflictos que se desarrollan.

Hartmann, Kris y Lowenstein (1949) postulan que tanto la libido como la agresión se encuentran funcionando a un nivel del Principio del Placer, es decir, buscan la descarga inmediata del impulso para obtener gratificación.

Winnicott, Mahler (1939) y Kohut; (1955) consideran que la agresión es provocada por inadecuación de los factores ambientales, relacionan la agresión con las características reales del ambiente y las experiencias traumáticas infantiles, tales como las pérdidas tempranas o las patologías de los padres.

Stone (1971) sostiene que la mayoría de las ocasiones, la agresión es motivada por circunstancias externas. Dice que la agresión puede ser considerada como un aspecto funcional del YO, pues sirve como medio para alcanzar algunas metas.

1.3 EL YO

Bajo la influencia del mundo externo real, parte del ELLO sufre una transformación paulatina de la que resulta una organización que comienza a funcionar como mediadora entre la parte arcaica y la realidad, es decir, lo que existe. A este sector de la vida psíquica se le da el nombre de YO.

En el lenguaje común, el ser emplea el término YO para designarse a sí mismo y diferenciarse de los demás. En la Psicología, el YO es una de las estructuras de la personalidad que funge como intermediario entre el individuo y su medio ambiente a través de las funciones de los Procesos Secundarios del Pensamiento y el observar el Principio de la Realidad.

El paso inicial en el desarrollo del YO se da cuando el ELLO desplaza la energía que emplea en el Proceso Primario hacia un segundo proceso que se le superpone y que Freud denominó

Proceso Secundario, cuya función consiste en descubrir o producir la realidad mediante un plan de acción por medio del pensamiento y la razón, convirtiendo los contenidos mentales en réplicas fieles de los contenidos del mundo externo. Es decir, separa el mundo subjetivo de la mente del mundo objetivo de la realidad física y no comete el error del Proceso Primario de considerar la imagen de un objeto como si fuera el objeto mismo. Cuando la idea de un objeto concuerda con el objeto en sí, Freud dice que la idea se identifica con el Objeto.

El YO está gobernado por el Principio de la Realidad, cuya finalidad es demorar la descarga de energía hasta que haya sido presentado o descubierto el objeto real que satisficará la necesidad.

El demorar la acción no significa que se rechace el placer, sino que se le suspende temporalmente en interés de la realidad.

La demora es posible porque en virtud de la relación previa entre percepción sensorial y actividad muscular, el YO se hace cargo de los movimientos voluntarios. El YO va aprendiendo a tolerar la tensión y el displacer que ésta le produce hasta que pueda descargarla en forma adecuada de comportamiento.

El Principio de la Realidad, el funcionamiento del Proceso Secundario y la importancia cada vez mayor del mundo exterior, estimulan el desarrollo y la elaboración de los procesos psicológicos superiores (percepción, memoria, el pensar y la acción).

El pensar utiliza la información almacenada en la memoria, misma que mejora por la formación de asociaciones entre las huellas mnémicas y por el desarrollo de un sistema de notación: el lenguaje.

El juicio personal se afina y es más sencillo decidir si algo es verdadero o falso, es decir, si existe realidad o no. Y, aunque puede permitirse fantasías y ensueños, son reconocidos como tales.

Además la persona va siendo capaz de manejar con mayor habilidad sus músculos y de realizar patrones más complejos de movimientos. Todo lo cual redundará en que el comportamiento resulte más inteligente y eficaz.

La función del YO es entonces autoafirmarse frente a lo externo e interno. Respecto al mundo externo aprendemos a conocer y discriminar los estímulos, acumulando en la memoria sus experiencias sobre ello.

Huye de los que son demasiado intensos, enfrenta los demorados, adaptándose, y por medio de su actividad modifica a su conveniencia lo que es posible. En tanto al ELLO conquista el dominio sobre las exigencias de los instintos y decide si tendrán acceso a la satisfacción donde y cuando las circunstancias lo permitan.

1.3.1 DESARROLLO DEL YO

El Desarrollo del YO en la Teoría Psicoanalítica iniciada por Freud ha sufrido un proceso evolutivo y constante, dentro de dicho proceso encontramos lo que conceptualmente conocemos como la Psicología del YO, producto de valiosas aportaciones de innumerables autores.

En sus primeros escritos, Freud utiliza el término YO en un concepto muy ambiguo con dos significados principales: por un lado la persona o Self (probablemente incluyendo el cuerpo) para distinguirse de otros individuos; y por otro lado lo utiliza para referirse a una parte de la mente que involucra atributos y funciones particulares.

A lo largo del desarrollo de sus escritos, Freud cambia el concepto y las atribuciones del YO:

- a) El YO en el Primer Periodo Freudiano (1880 - 1905).
Define al YO como una organización de catexias (cantidad de energía mental involucrada) permanentes más que de cambio, cuya función es inhibir los procesos psíquicos primarios. Una base importante para construir un YO sólido son las buenas identificaciones.
- b) Periodo Prepsicoanalítico:
El YO en la evolución teórica y en fundamentación del Psicoanálisis (1892 - 1900).
Freud incluye varias funciones del YO a lo largo de sus escritos. La idea del YO como una organización coherente permanece como una característica del YO. Introduce la noción de instintos del YO, cuyo objeto es ayudar a la autopreservación y reprimir los instintos sexuales. Esta noción es precursora del concepto YO.
- c) Periodo de Sus Viscisitudes (1900 - 1923).
En 1915 en sus estudios topográficos, algunas veces emplea el término sistema preconscious para referirse a lo que antes había llamado YO, por ejemplo, la prueba de realidad y la memoria consciente, las considera ahora como funciones del sistema preconscious.

Willians, J., (1890) abre el camino científico del concepto del YO, planteándolo de la siguiente forma:

- a) YO material: Es el conocimiento del mundo físico, nuestro cuerpo, la gente y las cosas que nos rodean.
- b) YO espiritual: Parte que piensa en nosotros mismos como testigos interiores de nuestros acontecimientos.

c) YO social: Son las imágenes que creamos en la mente de otros con respecto a nuestra persona.

Ferenczi (1916) considera que el YO pasa en el curso de su evolución por cuatro fases de magia y omnipotencia:

1. Fase de omnipotencia incondicional: Corresponde al estado fetal.
2. Fase de alucinaciones mágicas: Todo impulso en estado de evolución del YO es inmediatamente satisfecho por medio de las alucinaciones.
3. Fase de gestos mágicos: Las reacciones del niño frente a una necesidad corporal se ve acompañada por movimientos de brazos y piernas, llantos y gritos, que simulan muestras de malestar con la finalidad que aparezca la madre y así se vean realizadas sus necesidades.
4. Fase de superioridad del pensamiento: Al lenguaje por sonidos articulados se les atribuye una significación mágica de satisfacción.

Para Klein, Melanie (1932) la conceptualidad que girará centralmente en torno al concepto del YO, es la angustia, y que es el estímulo básico del YO. Este se enriquece mediante identificaciones mejor conseguidas con los objetos buenos introyectados, lo que enfatiza la importancia de la internalización de la imagen del seno materno del cuerpo de la madre y los efectos asociados en ésta imagen.

Mahler, Margaret (1936) divide el desarrollo del YO en tres fases: Autismo (el niño no diferencia entre él mismo y el medio ambiente), Simbiosis (el niño siente que él y su madre son lo mismo, dándose así la simbiosis) y Separación-Individuación (se presenta la diferenciación entre la representación del Self y la representación del objeto, se establece la identificación y finaliza la etapa de la separación madre-hijo).

Freud, A., (1936) desarrolla los procesos del YO tal como estos se presentan, primitivamente como defensa ante las pulsiones.

Hartmann, H., Kubie y Rof Carballo (1939) consideran al YO como un órgano cuyo fin es la adaptación. Este órgano es una parte hereditaria e innata y se desarrolla a partir de las modificaciones ejercidas por el medio ambiente sobre el ELLO.

Ya que el principio del placer no resulta adecuado para garantizar la autoconservación, es necesario el desarrollo de un órgano cuyo fin sea la adaptación y el aprendizaje; tal órgano es el YO. En 1969 Hartmann menciona que el YO, es la subestructura que se encarga de implementar mecanismos psíquicos que protegen al organismo mental de una sobreestimulación.

Rapaport, D. (1951) resume el desarrollo del YO en cuatro fases:

- a) Subraya la introducción del concepto de defensa y el rol atribuido a la realidad externa.
- b) En la segunda fase, las contribuciones principales son el desarrollo del concepto del proceso secundario, el del principio del placer y el análisis del proceso de represión.
- c) En la tercera fase cuando el YO vuelve a conceptualizarse como una organización coherente del proceso mental, basado en la identificación con objetos abandonados, y que se organiza alrededor del sistema perceptual consciente. Incluye estructuras inconscientes de las que surgen resistencias, tiene la habilidad para usar energía neutral, y también puede transformar la energía de los impulsos instintuales para su propio uso.
- d) La cuarta fase se ve influenciada por Hartmann centrándose en aquellas raíces innatas instintuales.

Spitz, R., (1959) proporciona una teoría del desarrollo del YO en el comienzo de las etapas, estando marcadas por una conducta afectiva específica. Cada estadio de desarrollo se caracteriza por la presencia de lo que llama "Organizadores de la psique" (14), siendo el organizador una modificación de la estructura psíquica, ya pase ésta de un estado de la reestructuración de una estructura ya existente en un nivel de complejidad superior.

1. El primer organizador es la sonrisa aproximadamente a los tres meses de edad, lo que indica que ya hay respuesta ante otras personas, esto supone el inicio de la formación del YO, marcando a su vez el principio de la percepción estructural y de la prueba de realidad. Esta fase recibió de Anna Freud (1936), Hartmann y Lowenstein (1946), la denominación de la "Fase indiferenciada" (15), con la especificación de que el YO y el ELLO se diferencian a partir de una "matriz indiferenciada" (16).
2. El segundo organizador aparece a los ocho meses de vida, es la manifestación de ansiedad a través del llanto, ante la presencia de personas extrañas, señal de que el bebé ya reconoce a la madre, puesto que ya esta desarrollando sus funciones de memoria, proceso de pensamiento y juicio.
3. El tercer organizador es la consecución del -no- tanto en palabra como en gestos y el uso del lenguaje en un sentido simbólico. En esta etapa el YO ha obtenido la capacidad de abstracción y reversibilidad.

Bandura, A. (1962), Libermann, D. (1971) y Franz, A. (1978) están de acuerdo en que el YO es la identidad que maneja la ansiedad, integra la personalidad, representa al mundo externo, sirve como barrera reguladora y es el que controla las situaciones que afectan a nuestra vida.

Erikson, E., (1963) refiere que el YO es el instrumento por medio del cual se organiza la información procedente del exterior, examina la percepción, selecciona los recuerdos, gobierna la acción adaptativamente e integra las capacidades de orientación y planificación.

Para Arlow y Brenner, C. (1964), todas las funciones del YO (afectos y pensamientos, control motor, percepción y memoria) comienzan en forma preliminar, primitiva y evolucionan gradualmente a medida que el niño crece, esta característica gradual es función del YO en general y los factores responsables del desarrollo progresivo del YO se dividen en dos:

- a) Factores de crecimiento físico
- b) Factores experienciales.

Tallaferro (1965), Avenburg, Kubie y Bernfeld (1968) consideran al YO como una virtud de la cual el hombre ha de hacerse cargo de sus problemas para subsistir, el YO reproduce las primeras percepciones y lo hace con todo estímulo que le llega, repite actitudes y gestos de los sujetos de su ambiente.

Michaca, P., (1984) refiere que la génesis del YO se encuentra en tres variables a considerar:

- a) El YO se desarrolla a partir del choque con la realidad.
- b) El YO presenta áreas libres de conflicto que tienen energía propia.
- c) La formación de un mundo de representaciones y del sentido del Self, se establece a partir de las relaciones de objeto tempranas.

1.3.2 LA PSICOLOGÍA DEL YO

Freud comienza a estudiar el YO en 1914 a raíz de artículo On Narcisism, publicado en 1923 su primer trabajo importante sobre el tema (El YO y el ELLO). A partir de ese momento podemos empezar a considerar el psicoanálisis como una psicología del YO. A partir de aquí se inicia el estudio de las funciones yoicas.

La psicología del YO tuvo sus orígenes durante los años 30's y su cúspide hacia los 60's en los Estados Unidos, país al que emigraron muchos analistas europeos debido a la Segunda Guerra Mundial y a la Persecución Nazi.

La noción del YO en la Teoría Psicoanalítica, adquiere una gran extensión, que se hace presente, no sólo en las distintas posturas de diversos autores sino en los métodos de abordaje con que investigan su objeto. Así la Escuela del YO, cuyos mayores representantes son: Hartmann, Kris y Lowenstein; tratan de vincular las adquisiciones psicoanalíticas con los aportes de la Psicofisiología, Psicología del Aprendizaje, Psicología Infantil, Psicología Social, en la perspectiva de constituir una Psicología General del YO. En este intento, las nociones de libido desexualizada, que se hallaría a disposición del YO como energía propia, la importancia atribuida a la función sintética del YO, y la existencia de una esfera libre de conflictos del YO, dentro de esta óptica, es la de un aparato de regulación y adaptación a la realidad, cuya génesis se explica por procesos de maduración y aprendizaje, cuyo punto de partida es el aparato sensorio-motriz del bebé.

Hartmann basándose en los últimos trabajos de Freud, en particular a la Teoría Estructural: ELLO, YO y SUPERYO, motivó la investigación teórica y práctica al psicoanálisis que entonces se dedicaba al estudio del conflicto mental y a los fenómenos inconscientes para ser como hicimos mención a una Psicología General.

Este nuevo modelo profundizó algunas de las ideas del Psicoanálisis de Freud, tomando como base la Teoría Estructural, las explicaciones de índole Económica, el estudio de las Defensas y una teorización basada en las Fases Libidinales.

Los psicólogos del YO, interesados en los aspectos adaptativos conscientes y preconscious del hombre y las funciones mentales (memoria, percepción y pensamiento) se interesaron en investigar el YO, sus mecanismos de funcionamiento y su desarrollo y la relación de éste con las demás instancias del Aparato Psíquico y con la realidad. De aquí surgieron las aportaciones teóricas sobre el YO, por Hartmann, que pasaron a constituir su principal centro de interés.

Las principales hipótesis de Hartmann (1964) fueron:

- 1.- Manifiesta su esperanza de que el psicoanálisis se convierta en una Psicología General.
- 2.- Considera que, históricamente, primero surgió la Psicología del ELLO y luego corresponde desarrollar otra que estudie el YO. Propone la existencia de aparatos innatos del YO constituidos por actividades como la memoria, percepción, capacidad de asociación y motricidad. Desde su punto de vista el YO no surge únicamente del conflicto entre el ELLO y la realidad, como se planteó inicialmente en la Teoría Psicoanalítica. Esta presente desde el nacimiento representado por algunas funciones que, por no estar inmersas en el conflicto entre la realidad interna y la realidad

externa, son autónomas y corresponden a un área libre de conflictos. Este planteamiento de Hartmann es una de las aportaciones principales de la Psicología del YO al Psicoanálisis.

3.- Ciertas funciones del YO surgidas inicialmente del conflicto entre el ELLO y la realidad pueden más tardíamente en el desarrollo independizarse del impulso o el conflicto que les dió origen, de tal manera que logran una autonomía que se designa como secundaria. Con esta noción busca explicar el hecho, frecuente en la observación clínica, de que determinado rasgo del YO, puede transformarse de defensa contra el impulso en un aspecto de carácter con posibles aplicaciones prácticas y adaptativas, por ejemplo: la capacidad de seguir una meta a través de etapas sucesivas.

4.- Piensa que el YO a su vez contiene subestructuras que se originan en distintos momentos del desarrollo, admitiendo un ordenamiento genético y jerárquico.

5.- Piensa que es muy importante diferenciar entre las "catexias del YO y las catexias del Self" (17). También propone reservar el término de narcisismo para esta última categoría.

6.- Del enfoque económico de Hartmann se desprende que la neutralización de las catexias debe involucrar no solo a las energías libidinales, sino que también a las agresivas. Hay un ordenamiento jerárquico de las funciones yoicas según el grado de neutralización de la energía que usan. Puesto que no toda la energía usada por el YO deriva de los impulsos, parte de ella es primaria y autónoma.

1.3.3 FACTORES QUE IMPULSAN LA DIFERENCIACIÓN DEL ELLO Y YO

Hartmann propone adoptar primero el término "área sin conflicto del YO" (18) para aquel conjunto de funciones que en un momento determinado, tienen efecto fuera del campo de los conflictos mentales, este punto de vista supone la existencia de una dotación individual con la cual el sujeto desde el momento del nacimiento se enfrenta a dificultades que le imponen sus impulsos como la realidad externa.

Las funciones autónomas son la base filogenética de los mecanismos de defensa que utiliza el YO, son moldes para armar las distintas modalidades defensivas.

Hartmann considera que el individuo cuenta con capacidades innatas que en el curso del desarrollo del YO pasarán a estar al servicio del YO. Estas funciones autónomas tienen el proceso de adaptación del YO a la realidad externa.

Para Hartmann los factores que diferencian al ELLO del YO son:

- 1.- Hereditario o constitucional: Capacidades innatas o autónomas del YO, este factor interactúa en el curso del desarrollo con otros tres elementos:
 - a) Las influencias de los impulsos instintivos.
 - b) Los condicionamientos de la realidad externa.
 - c) La propia imagen corporal.
- 2.- Sexualización o agresivización de la función: Los impulsos o funciones yoicas siguen un desarrollo separado, dando lugar a estructuras autónomas con relación a la esfera pulsional, pero que pueden ponerse al servicio de determinados conflictos. También es posible que estas defensas contra determinados impulsos, se liberen del conflicto que les dió origen, se desexualicen y pasen a la esfera libre de conflictos del YO. Este modelo se basa en suposiciones biológicas y se conoce como el "esquema de cambio de función" (19).
- 3.- Lo que mueve al YO a diferenciarse de los impulsos está en la necesidad de la supervivencia. En el hombre el principio del placer no asegura supervivencia. El ELLO, al desdeñar en buena medida la autoconservación en áreas del principio del placer, estimula la diferenciación y la maduración del YO, de aquí el origen del YO a partir de una "matriz indiferenciada YO - ELLO" (20).
- 4.- Las modalidades individuales pueden moldear el tipo de mecanismo de defensa que cada individuo pone en práctica, esta adaptabilidad innata debe seguir en el curso del desarrollo a fin de transformarse en la adaptación.
- 5.- A lo largo del desarrollo no solo se produce la diferenciación entre el YO y el ELLO, también se dan diferenciaciones internas en el YO. Distintas funciones yoicas pueden tener contradicciones entre sí. Por ejemplo: la diferenciación entre YO y objeto, puede contraponerse con la integración o síntesis. Dado que las distintas funciones requieren, a los efectos de una adaptación óptima, una coordinación y ordenación jerárquica que permita resolver estas diferencias de manera que no afecten la armonía interna del YO, no la existencia con otras instancias psíquicas o con la realidad. Esta conceptualización dió lugar a la diferenciación de conflictos "intersistémicos (entre distintas estructuras psíquicas) y los conflictos intrasistémicos (entre las distintas subestructuras)" (21).
- 6.- En torno al concepto de adaptación, nos cabe señalar dos formas que utiliza la adaptación:
 - a) Progresiva: es coincidente con el desarrollo mismo.
 - b) Regresivas: algunas con éxito y no solamente intentos fracasados utilizan el camino de la regresión para alcanzar sus objetivos.
- 7.- Propone distinguir las catexias del YO de las catexias del Self (sí mismo). El YO como instancia psíquica, es una subestructura de la personalidad, mientras que el Self estaría compuesto por subestructuras entre las cuales no sólo se cuenta el YO sino que también están el ELLO y el SUPERYO.

- 8.- El concepto de "neutralización" (22) fue retomado por planteos freudianos, sin embargo un aporte original a la Psicología del YO por Hartmann es el hecho de que las energías neutralizadas no son sólo las libidinales. Si la reacción defensiva contra el peligro desde fuera es posible que el uso de la energía agresiva (en este caso más neutralizada) sea más regular que el de la libido sexualizada.
- 9.- El narcisismo es una sobreestimación, una hipertrofia de imagen y representación del YO.
- 10.- Hartmann marca por primera vez la importancia de distinguir la pulsión y el instinto. Se trata de no confundir los aspectos biológicos que impulsan la conducta humana de aquellos de índole biológica que compelen al hombre a determinadas conductas. Impulso o Pulsión: es un concepto de índole psicológica, tiene movilidad y esta menos determinada y sus condiciones guardan sustrato fisiológico.
- 11.- Otro concepto importante introducido por Kris (1952) es la regresión al servicio del YO, que es una regresión que puede producirse de manera activa por el mismo YO, este concepto fue introducido por Hartmann a la Psicología del YO.

1.3.4 MECANISMOS DE DEFENSA

Ante la angustia el YO se opone a la emergencia de un impulso del ELLO ya que éste creará una situación de peligro. El YO produce ansiedad como señal de alarma, obteniendo así la ayuda del principio del placer siendo capaz de ofrecer una resistencia exitosa a la salida de los impulsos peligrosos. El YO construye barreras que le permiten rechazar ciertos impulsos o solucionar los conflictos originados por la oposición de las exigencias de cada una de las instancias psíquicas. Estos mecanismos defensivos son utilizados por el YO en su lucha contra peligros "intrapíquicos y extrapíquicos o ambientales" (23).

El término "defensa" (24), es el más antiguo representante del punto de vista dinámico en la Teoría Psicoanalítica. Aparece por primera vez en 1894, en el estudio de S. Freud sobre "Las neuropsicosis de defensa" (25), y lo emplea para describir las luchas del YO contra ideas y afectos dolorosos e insoportables. Posteriormente lo sustituyó por la palabra represión, pero en él emplea nuevamente la expresión defensa que presenta la ventaja de poder ser utilizada como denominación general de todas las técnicas diferentes que el YO emplea en su lucha contra las exigencias instintivas.

· Anna Freud (1936) introduce el término "mecanismo de defensa en su trabajo **El YO y los Mecanismos de Defensa**" (26), que introduce este último concepto en 1938, en el cual clasifica a estos mecanismos sobre una base genética y evolutiva, es decir, comenzando por los mecanismos de defensa más primitivos hasta llegar a los mecanismos de defensa finales, de relativa gran evolución. También señala que algunos de los mecanismos de defensa son capaces de dominar grandes cargas instintivas o afectos, mientras que otros, por el contrario, sólo pueden controlar cantidades reducidas.

A) MECANISMOS DE DEFENSA DEL YO CONTRA PELIGROS INTRAPSIQUICOS:

Represión: El primer mecanismo reconocido y el que ha merecido mayor atención en la literatura del Psicoanálisis es la "represión" (27). La función exclusiva de la represión es evitar, rechazar y mantener alejados del consciente pensamientos dolorosos o peligrosos, por lo cual los mantiene en el inconsciente; mediante un esfuerzo continuo y permanente. Esto significa un constante gasto de energía y es por lo mismo antieconómico.

Identificación: Consiste en la adopción total o parcial de aspectos, propiedades, modos de funcionamiento, normas y valores de los objetos significativos en la vida del sujeto. Mecanismo en el que una persona modela su forma de ser según la forma de ser de otra persona.

Introyección: Consiste en la interiorización inconsciente y simbólica de la representación psíquica de un objeto externo odiado o amado con el fin de establecer cercanía y tener la presencia constante del objeto. Se considera un mecanismo inmaduro. En el caso de un objeto amado, la ansiedad consiguiente a la separación o tensión derivada por la ambivalencia hacia el objeto, se disminuye; en el caso de un objeto odiado o temido, la interiorización de sus características maliciosas o agresivas sirve para evitar la ansiedad poniendo simbólicamente bajo control estas características.

Incorporación: Mecanismo en el que la representación psíquica de otra persona o de aspectos de otra persona son asimilados en uno mismo mediante un proceso figurativo de ingestión oral simbólica.

Intelectualización: En este mecanismo se utiliza un razonamiento o deducción a fin de evitar el enfrentamiento con un impulso intolerable, para evitar la ansiedad asociada a él. También se conoce como compulsión racionalizada o pensamiento compulsivo.

Racionalización: Consiste en justificar pensamientos, sentimientos y actos inaceptables empleando mal y distorsionando los hechos y con base en una seudológica.

Regresión: En este mecanismo, la persona retrocede a un nivel de desarrollo anterior que incluye respuestas infantiles y de ordinario un nivel más bajo de aspiración.

Proyección: Mecanismo en el que una persona atribuye a otra aquellas ideas, pensamientos, sentimientos e impulsos propios generalmente inconscientes que son indeseables o inaceptables para ella. La proyección protege a la persona de la ansiedad derivada de un conflicto interior. Exteriorizando todo lo inaceptable, la persona lo afronta como una situación no vinculada a ella.

Aislamiento: Implica la separación de una idea de la memoria de su tono emocional asociado. El contenido ideacional inaceptable se ve así libre de su carga emocional molesta o desagradable.

Anulación: Consiste en la realización de intentos mágicos de contrarrestar o revertir el significado de determinados pensamientos, palabras, gestos y acciones a través de la ejecución de otros a los que pretende dotarse un significado opuesto.

Formación Reactiva: La formación reactiva lleva al YO a efectuar aquello que es totalmente opuesto a las tendencias del ELLO que se quieren rechazar. El individuo no deja que se expresen sus deseos peligrosos; para ello hace suyas las actitudes y tipos de conducta opuestos y los usa como barreras.

Sublimación: La energía asociada a impulsos inaceptables se reorienta hacia canales personal y socialmente aceptables. La sublimación ofrece cierta gratificación mínima del impulso instintivo.

Simbolización: Mecanismo mediante el cual una idea u objeto pasa a sustituir a otra idea u objeto en virtud de algún aspecto o cualidad común en ambos.

Desplazamiento: Aquí el componente emocional de una idea u objeto inaceptable se transfiere a uno más aceptable.

B) MECANISMOS DE DEFENSA DEL YO CONTRA PELIGROS EXTRAPSIQUICOS:

Frente a las situaciones displacenteras y peligrosas que provienen del mundo exterior el YO moviliza algunos de los siguientes mecanismos defensivos:

Negación: Este mecanismo rechaza la existencia de las realidades desagradables. El término se refiere al hecho de mantener fuera de la consciencia cualquiera de los aspectos de realidad tanto interna como externa que, si fueran reconocidos, éstos producirían ansiedad.

Negación en actos y palabras: En la dramatización e inversión de situaciones de la realidad el niño opera con objetos del mundo exterior sumamente diversos. Por eso puede decirse que la negación de la realidad constituye una de las tantas motivaciones básicas de los juegos infantiles en general, y en particular en el juego del teatro, tan común en la infancia.

Negación en la fantasía: Se caracteriza porque el sujeto modifica, en su fantasía, una situación real desagradable, transformándola en otra que le resulte más placentera.

Limitación del YO: Otro medio de defensa contra factores displacenteros del mundo exterior es la limitación del YO, o abandono por parte de esta instancia de una actividad cuyo ejercicio le produce displacer por un motivo cualquiera.

Identificación con el agresor: Es un proceso en el que una persona incorpora en sí misma la imagen mental de una persona que representa una fuente de frustración del mundo exterior.

Renuncia altruista: Mecanismo que produce perturbaciones en las relaciones humanas, proyectando celos y agresiones, también se usa para establecer lazos afectivos positivos y consolidar así las relaciones interpersonales. El sujeto que utiliza este mecanismo en lugar de emplear actividad en la obtención de los propios fines, usa energía participando en el destino de sus semejantes. En lugar de experimentar la vida en sí mismo vive la vida de los demás.

1.4 EL SUPERYO

El paso del modelo topográfico al estructural fue propiciado como hemos visto, por el descubrimiento de que el sentimiento de culpa es inconsciente. Este factor es un aspecto de la estructura que llamamos SUPERYO. En la preocupación de Freud por el sentimiento de culpa (1896), los autoreproches encontrados en las neurosis obsesivo-compulsivas (1907) y por las diferencias encontradas entre la vida civilizada (1908), podemos encontrar los indicios del funcionamiento moral.

Al SUPERYO se le considero inicialmente como una porción del YO, pero se encontró que operaba independientemente de otras funciones de éste, y aún en ocasiones, en pugna con él, especialmente en situaciones de conflicto y en estados patológicos.

Para Freud, S. (1924), el SUPERYO hace su aparición cuando el niño se encuentra aproximadamente a los cinco años de edad, cuando termina de elaborarse el complejo de Edipo, y por lo tanto sería el heredero de este último. Klein, M. (1932) afirma que el SUPERYO comienza a formarse alrededor de los seis meses hasta el tercero o cuarto año de vida, cuando las frustraciones orales, permiten que se liberen los impulsos edípicos. Hartmann y Lowenstein (1962) proponen antecedentes genéticos (manifestaciones tempranas de moralidad, o lo que otros autores consideran, los precursores de la estructura) que tienen funciones semejantes a las del propio SUPERYO.

El SUPERYO se desarrolla a partir de las relaciones del niño con sus progenitores, quienes inicialmente le proporcionan juicios extremos, crítica y elogio de su conducta.

El SUPERYO es una organización de sistemas mentales cuyas funciones principales consisten en explorar la actividad del YO en todos los niveles, en proporcionar aprobación o desaprobación y permitir la autocrítica y la autoestima.

En la fase anal, el niño entra en conflicto con los padres en lo que concierne al adiestramiento de esfínteres. El temor al castigo y la necesidad de afecto y protección le obligan a aceptar los regaños paternos a internalizarlos, esto es, a considerarlos como propios. Estas prohibiciones interiorizadas y las autorestricciones son predecesoras del SUPERYO. Son débiles y cuando nadie observa, son fácilmente desestimadas por el niño, no obstante estos predecesores contienen los principales elementos del SUPERYO.

El desarrollo del SUPERYO tiene lugar hacia el final del periodo fálico. Comienza a existir cuando se resuelve el Complejo de Edipo, que conduce a una rápida aceleración del proceso de identificación con el padre del mismo sexo. En los adultos bien adaptados, el SUPERYO desempeña el papel de autoobservador y representa la conciencia y las pautas morales; constituye los puntos de referencia morales y sociales del individuo.

Para Brenner (1955), las funciones del SUPERYO son: la aprobación y rechazo de acciones y deseos que tengan consideraciones morales, autocastigo y observación, autoaprecio o autoamor como recompensa por acciones de pensamientos deseables, y por último, demandas de reparación o arrepentimiento por haber hecho algo mal.

Hartmann, H., (1962) hace dos distinciones importantes:

- a) Entre el contenido del SUPERYO (valores ideales) y su funcionamiento (procesos y actitudes sin consideración al contenido).
- b) Entre un SUPERYO fuerte que regula eficazmente la conducta moral y un SUPERYO severo que se autoreprocha incesantemente, pero no regula un comportamiento moral consistente.

Jacobson (1964) apunta entre las señales del SUPERYO, las de miedo, de guía, direccionalidad, inspiración, autocrítica, recompensa y finalmente las de evaluación.

Beres (1966) afirma que el SUPERYO es un grupo de funciones que hace posible la existencia humana, ya que internaliza las demandas de la sociedad en que se viva. Postula como función del SUPERYO, que el YO aumente su capacidad para reconocer el peligro y además, afirma que la madurez del SUPERYO está en relación con la dependencia de fuentes externas para tener autoestima, es decir, mientras más estable sea la autoestima y oscile menos de un extremo a otro, mayor será la madurez superyoica.

Bellak (1973) menciona que Freud apunta cuatro funciones básicas del SUPERYO:

- 1) Autocrítica
- 2) Prohibiciones y preceptos
- 3) Sentimiento de culpa
- 4) Sentimientos sociales.

Y añade que en 1933 lo menciona como un agente interno que reemplaza la autoridad paterna y que domina al YO.

Sobre la base de los rasgos particulares que presenta el SUPERYO, se puede clasificar en:

- a) SUPERYO heterónimo: provocando una conducta cambiante, encontrado más comúnmente en los sujetos que en su infancia fueron dirigidos por varios familiares.
- b) SUPERYO con identificación negativa: reflejo, con rasgos contrarios, de la personalidad de los padres.

1.4.1 IDEAL DEL YO

Esta expresión aparece en 1914 introducida por Freud para designar que el Ideal del YO es lo que el individuo desearía ser para aprobarse a sí mismo y amarse, en él entran identificaciones sucesivas o simultáneas con personas admiradas y la introyección de valores estimados por la cultura vigente.

El Ideal del YO es una de las principales "fuentes de insatisfacción en la vida" (28), ya que su meta es la perfección y exige una capacidad total, cosas inalcanzables. El Ideal del YO se conserva infantil incluso cuando ha cumplido sus deseos.

Para Lagache (1958), el Ideal del YO corresponde a lo que el individuo debe ser para responder a las exigencias del SUPERYO.

Tallaferro (1987) refiere que el Ideal del YO representa el criterio por el cual el YO se mide a sí mismo. Es una imagen externa idealizada, un objeto real modificado por un proceso que se denomina idealización y al cual el YO toma como modelo y meta de su estructura.

1.4.2 EL YO IDEAL

Se origina en manifestación de admiración hacia los padres a quienes el niño atribuye la perfección. Se trata de una lucha por la perfección y un esfuerzo para vivir según las expectativas de los padres. Freud dice que el YO Ideal comprende la suma de todas las limitaciones ante las que debe doblegarse el YO, y por esta razón, la revocación del Ideal constituiría necesariamente un gran regocijo para el YO, que de nuevo podría estar satisfecho de sí mismo.

Siempre se produce un sentimiento de triunfo cuando algo del YO coincide con el YO Ideal, de modo que el sentimiento de culpa -así como el de inferioridad- pueden entenderse como la expresión de una tensión entre el YO y el YO Ideal.

Lagache (1958) refiere que el YO Ideal corresponde a lo que el sujeto espera de sí mismo para responder a las exigencias de una ilusión infantil de omnipotencia y de identificación primaria con un padre todo poderoso.

Para Tallaferro (1987) el YO ideal satisface los impulsos del ELLO, hace lo que éste quiere, y como ejemplo es como un padre que hace todo lo que el niño desea.

ÍNDICE DE CITAS

1. Freud, S; Pulsión y destinos de pulsión, Amorrortu, Volumen XIV, Buenos Aires, segunda reimpresión, 1990.
2. Freud, S; Introducción al narcisismo, Amorrortu, Volumen XIV, Buenos Aires, segunda reimpresión, 1990.
3. Freud, S; Formulaciones sobre los dos principios del acaecer psíquico, Amorrortu, Volumen XI, Buenos Aires, segunda reimpresión, 1990.
4. Freud, S; La interpretación de los sueños, Amorrortu, Volumen IV y V, Buenos Aires, segunda reimpresión, 1990.
5. Freud, S; Lo inconsciente, Amorrortu, Volumen XIV, Buenos Aires, segunda reimpresión, 1990.
6. Freud, S; La interpretación de los sueños y Sobre el sueño, Amorrortu, Volumen V, Buenos Aires, segunda reimpresión, 1990.
7. Freud, S; El yo y el ello, Amorrortu, Volumen XIX, Buenos Aires, segunda reimpresión, 1990.
8. Nunberg, H; Principios del psicoanálisis: su aplicación a las neurosis, Amorrortu, Buenos Aires, 1987, pp.143
9. Freud, S; El yo y el ello, Amorrortu, Volumen XIX, Buenos Aires, segunda reimpresión, 1990.
10. Klein, M; Obras completas, Desarrollo en psicoanálisis, Volumen II, pp.17
11. Freud, S; La interpretación de los sueños y Sobre el sueño, Amorrortu, Volumen V, Buenos Aires, segunda reimpresión, 1990.
12. Hartmann, H; La psicología del yo y el problema de adaptación, Paidós, Buenos Aires, primera edición, 1987, pp.55
13. Freud, S; Tres ensayos de teoría sexual, Amorrortu, Volumen VII, Buenos Aires, segunda reimpresión, 1990.
14. Spitz, R; Una teoría genética del campo sobre la formación del yo, Fondo de Cultura Económica, México, 1980, pp.18.
15. Hartmann, H; Ensayos sobre la psicología del yo, Fondo de Cultura Económica, México, segunda reimpresión, 1987, pp.80
16. Spitz, R; Una teoría genética..., pp.10.
17. Hartmann, H; Ensayos sobre..., pp.11
18. Hartmann, H; La psicología del yo y el problema..., pp.25
19. Hartmann, H; Ensayos sobre..., pp.115
20. IBEM, pp.151.
21. IBIDEM, pp.128.

22. IDEM, pp.201.
23. Fairbairn, R; Estudio psicoanalítico de la personalidad, Paidós, México, quinta edición, 1986, pp.146.
24. Freud, A; El yo y los mecanismos de defensa, Paidós, México, 1992, pp.51.
25. Freud, S; Las neuropsicosis de defensa, Amorrortu, Volumen III, Buenos Aires, segunda reimpresión, 1990.
26. Freud, A; El yo y los mecanismos de defensa, Paidós, México, 1992.
27. Calvin S. H; Compendio de psicología freudiana, Paidós, México, 1990, 10a. reimpresión, pp.96.
28. Bellak y Goldsmith; Metas amplias para la evaluación de las funciones del yo, Manual Moderno, México, 1a. edición, 1993, pp.594



CAPÍTULO II

CAPITULO II

“ FUNCIONES DEL YO “

Muchos psicoanalistas han enumerado y discutido las funciones del YO: Nunberg y Hartmann, H., (1939), Anna Freud, (1945), Bellak, L. (1949), Stone (1954), Beres (1956); Arlow y Brenner (1964), Shuren (1967), y Aarons (1968), por mencionar a algunos.

Bellak (1952) sugirió que la fuerza del YO debería ser valorada con una escala basada en datos de historia clínica y sintomatología. Tenía como objetivo definir las funciones del YO en términos operacionales, el modelo estaba basado en un análisis de subpruebas, semejante a la prueba de inteligencia de Weschsler-Bellevue (WAIS). Pretendía elaborar subpruebas de las Funciones del YO que pudieran producir un cociente de las fuerzas del YO análogo al cociente de inteligencia.

Bellak y Rosenberg (1966); Hurvich y Gediman (1973), junto con varios colegas seleccionaron doce funciones del YO, en el contexto de un estudio de dichas funciones en individuos esquizofrénicos, neuróticos y normales.

La selección surgió de intentos por describir y clasificar la conducta a partir de entrevistas grabadas. Un grupo de evaluadores escucharon las grabaciones, formularon constructos y los clasificaron, por un prolongado proceso de ensayo y error, finalmente llegaron a las doce funciones del YO que eran necesarias como suficientes para la comprensión y la descripción de las personas.

Tomando la lista que dan Bellak, Hurvich, Geiman (1973) y Michaca (1978) las tres áreas de funcionamiento quedarían así:

a) ÁREA DE CONTACTO CON EL MUNDO EXTERNO:	
<p>Son aquellas que establecen y garantizan el contacto y manejo con la realidad externa.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prueba de realidad 2. Sentido de realidad del Self y del mundo 3. Juicio 4. Relaciones objetales

b) ÁREA DE MANTENIMIENTO DE LA ESTRUCTURA:	
<p>Garantiza el mantenimiento de la estructura, es decir, se encargan de realizar las transacciones necesarias para que el equilibrio, la coherencia y la continuidad de la estructura siga operando aun frente a presiones que provengan del exterior (estímulos ambientales) o del interior (impulsos que buscan descarga).</p>	<ol style="list-style-type: none"> 8. Función sintético-integrativa 9. Funcionamiento autónomo 10. Barrera a los estímulos 11. Pensamiento

c) ÁREA DE MODULACIÓN DE LOS IMPULSOS:	
<p>Modulan, controlan y permiten la descarga de los impulsos, conceptualizados como pertenecientes a otra estructura denominada ELLO.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 5. Regulación y control de impulsos, afectos e instintos 6. Funcionamiento defensivo 7. Regresión adaptativa al servicio del YO (RASY)

Las doce funciones (con sus diversos componentes) que fueron finalmente seleccionadas son las siguientes:

I.- PRUEBA DE REALIDAD	<p>a) Distinción entre los estímulos internos y externos.</p> <p>b) Exactitud en la percepción (incluyendo la orientación en tiempo, lugar y la interpretación de los sucesos externos).</p> <p>c) Precisión de la prueba de realidad interna (mentalidad introspectiva y conciencia de los estados internos).</p>
II.- JUICIO	<p>a) Conciencia de las probables consecuencias de la conducta (anticipar probables peligros, responsabilidades legales, censura social, desaprobación o lo inapropiado).</p> <p>b) Grado en que la conducta manifiesta refleja de la conciencia de esas posibles consecuencias.</p>
III.- SENTIDO DE LA REALIDAD DEL MUNDO Y DE SÍ MISMO	<p>a) Grado en el que los sucesos externos son experimentados como reales y dentro de un contexto familiar (grado de desrealización; dejá vu, estados parecidos al trance).</p> <p>b) El grado en el cual el cuerpo (o partes de él) y su funcionamiento y la conducta son experimentados como algo familiar y pertenecientes al individuo (o procedentes de él).</p> <p>c) El grado en que la persona ha desarrollado su individualidad, originalidad, y un sentido de sí mismo y de la autoestima.</p> <p>d) El grado en que las autorrepresentaciones de la persona están separadas de sus representaciones del objeto.</p>
IV.- REGULACIÓN Y CONTROL DE INSTINTOS, AFECTOS E IMPULSOS	<p>a) Qué tan directa es la expresión de los impulsos (en un rango que va desde el acting out primitivo, pasando por el acting out neurótico, hasta las formas relativamente indirectas de expresión conductual).</p> <p>b) La eficacia de la demora y el control, el grado de tolerancia a la frustración, y el grado en que los derivados del impulso se canalizan a través de la ideación, la expresión afectiva y la conducta manifiesta.</p>
V.- RELACIONES OBJETALES	<p>a) El grado y el tipo de las relaciones y del compromiso con los demás y de compromiso con ellos (tomando en cuenta las tendencias al aislamiento, la preocupación narcisista, la elección narcisista de objeto).</p> <p>b) La medida en que las relaciones presentes están influidas por las anteriores y resultan adaptativas o inadaptadas y sirvan a las aspiraciones presentes y maduras más que a las pasadas.</p> <p>c) El grado en que la persona percibe a los demás como entidades separadas más que como una extensión de sí misma.</p> <p>d) La medida en que la persona puede mantener la constancia de objeto (es decir, mantener las relaciones durante largos periodos de tiempo y tolerar la ausencia física del objeto como la frustración, ansiedad y hostilidad).</p>

VI.- PROCESOS DEL PENSAMIENTO	<p>a) La adecuación de los procesos quegulan adaptativamente y mantienen el pensamiento (atención, concentración, anticipación, formación de conceptos, memoria y lenguaje).</p> <p>b) La influencia relativa del proceso primario-secundario sobre el pensamiento (grado en que el pensamiento es irreal, ilógico, difuso).</p>
VII.- REGRESIÓN ADAPTATIVA AL SERVICIO DEL YO	<p>a) Relajamiento de la agudeza perceptual y conceptual (y de otros controles del YO) con un aumento concomitante en la conciencia de contenidos antes preconscientes e inconscientes (primera fase de un proceso oscilatorio).</p> <p>b) La introducción de configuraciones nuevas que incrementan los potenciales adaptativos como resultado de integraciones creativas (segunda fase del proceso oscilatorio).</p>
VIII.- FUNCIONAMIENTO DEFENSIVO	<p>a) El grado en que los componentes defensivos afectan adaptativa o inadaptablemente a la ideación y la conducta.</p> <p>b) La medida en que tales defensas han tenido éxito o han fracasado (el grado de aparición de la ansiedad, depresión y otros afectos disfóricos, que indican debilidad de las operaciones defensivas).</p>
IX.- BARRERA A LOS ESTÍMULOS	<p>a) Umbral de sensibilidad o conciencia de los estímulos sobre las diferentes modalidades sensoriales (principalmente externas pero que incluyen el dolor)</p> <p>b) La naturaleza de la respuesta a diversos niveles de estimulación sensorial en términos del grado de desorganización, evitación, aislamiento o mecanismos activos empleados para enfrentarlos y abordarlos.</p>
X.- FUNCIONAMIENTO AUTÓNOMO	<p>a) Grado en el que estén libres de alteraciones los mecanismos de la autonomía primaria (trastornos funcionales de la vista, oído, intención, lenguaje, memoria, aprendizaje o movimiento).</p> <p>b) Grado en el que estén libres de alteraciones las funciones autónomas secundaria (trastornos en los patrones habituales, en las habilidades complejas a aprendidas, en las rutinas de trajo, en los pasatiempos y en los intereses).</p>
XI.- FUNCIONAMIENTO SINTÉTICO – INTEGRATIVO	<p>a) Grado de reconciliación o integración de actitudes, valores, afectos, conducta_ y autorrepresentaciones discrepantes o potencialmente contradictorias.</p> <p>b) Grado de actividad para relacionar e integrar los acontecimientos psíquicos y- conductuales.</p>
XII.- DOMINIO – COMPETENCIA	<p>a) Grado de competencia, es decir, desempeño de la persona en relación con su capacidad para interactuar con su medio ambiente y controlarlo.</p> <p>b) El nivel del sentido de competencia; esto es, la expectativa de éxito de la persona o el lado subjetivo de su desempeño real (qué tan bien cree la persona que puede hacerlo).</p>

2.1 PRUEBA DE REALIDAD

La habilidad para diferenciar entre estímulos internos y externos implica un constante seleccionar y comparar las percepciones actuales con las percepciones e ideas del pasado. Los contextos y las normas sociales siempre resultan apropiados para hacer una evaluación de la prueba de realidad.

En esta escala se incluye la prueba de realidad interna. Aquí se refleja el grado en que la persona está en contacto con su YO interno. Dicho en otras palabras, esto implica mentalidad introspectiva o conciencia reflexiva.

Esta función es una parte integral del desempeño en el papel de la vida-real. Freud (1911) en su ensayo "Los dos principios del suceder psíquico" (29), proporciona un conveniente punto de partida para examinar y ampliar el concepto de realidad anotando como importantes para su realización los siguientes factores:

- a) Atención : es la única función consciente capaz de conocer las percepciones.
- b) Memoria : que es indispensable para preservar dichas percepciones.
- c) Juicio : al que le da un rol central en esta función ya que es necesario para determinar si una idea dada es consistente con la realidad, comparándola con huellas mnémicas de la realidad.

De las contribuciones de Freud acerca de la prueba de realidad concluimos que hay tres subfunciones importantes: a) la distinción entre ideas y percepciones, b) la decisión de si una idea está o no basada en una huella mnémica de la realidad y c) la exactitud de percepción, el proceso secundario, la atención, la memoria y el juicio.

Para Weiss (1950) los factores que componen la prueba de realidad son: percepción directa (oír, ver y tocar); percepción indirecta (información y hechos de la realidad dada por los padres, escuela y libros); pensamiento (las conclusiones lógicas de la percepción directa o de recuerdos), la experimentación y la prueba para afirmar o refutar el estado real de las cosas

Rapaport (1951) dice que una vez que se establece la diferenciación motora entre lo interno y lo externo, la prueba de realidad depende del desarrollo de las estructuras de referencia memorizadas (con dimensiones espaciales, temporales y conceptuales).

Para Schafer (1968) la prueba de realidad involucra los procesos de percibir, recordar, sentir, anticipar formación de conceptos, razonar, atención, concentración y la posibilidad de dirigir el interés hacia los eventos internos y hacia el mundo externo. Menciona que el factor crucial para el mantenimiento de la prueba de realidad es la autorrepresentación reflexiva, esto es, que la persona tenga conocimiento de que es el pensador de sus pensamientos; si esto falla no hay bases para distinguir entre un pensamiento y la realidad concreta a la que dicho pensamiento se refiere, lo que resulta en una disminución de la prueba de realidad.

Uno de los principales componentes de la prueba de realidad se refiere a la capacidad de distinción entre estímulos internos y externos. La pérdida de esta capacidad se demuestra con mayor claridad en una de sus formas más extremas, tal como es la formación de una alucinación. Se observa de modo más sutil en ilusiones u otros fenómenos donde la percepción de la realidad externa se altera significativamente por un estado afectivo interno. Freud (1911) define a las alucinaciones y a los delirios como una tentativa de restablecimiento posterior al rompimiento con la realidad. Federn (1948) por el contrario, piensa que el rompimiento de la realidad es posterior al desarrollo de las alucinaciones y delirios y no antes como menciona Freud. Arlow; Brenner (1964) y Frosh (1967) añaden que tales distorsiones están determinadas ante una situación de peligro que amenaza la integración de la personalidad, cuya finalidad es reducir la ansiedad.

Una forma más común aunque más sutil de confusión entre estímulos externos e internos ocurre cuando la realidad externa es percibida en términos del pasado interiorizado, como cuando las fantasías infantiles o representaciones de objetos determinan la respuesta en una situación de aquí y ahora. Freud (1924) se refirió a la pérdida de realidad como una base para la neurosis. Hartmann (1939) le da gran importancia a la realidad externa y cambia el enfoque que la teoría psicoanalítica tenía en la realidad psíquica a la relación recíproca entre el organismo y el medio ambiente. Sostiene que la adaptación del organismo puede evaluarse con relación a las condiciones del medio, y que la estructura de la sociedad es codeterminadora del potencial adaptativo de específicas formas del comportamiento.

Otro componente de la prueba de realidad es la exactitud de la percepción (incluyendo orientación en tiempo, lugar y la interpretación de los acontecimientos externos). Cuyo objetivo es la validación de las percepciones inter e intra personales. Dos formas en que se ve afectada esta prueba según Hartmann (1947) son por los fenómenos de inexactitud de percepción llamados: a) aglutinación (cuando la persona tiende a asociar un ítem de un comportamiento particular que ha sido valorado positiva o negativamente con otros ítems) y b) irradiación (cuando el sujeto valora un

Item positivamente y a los elementos conectados con dicho ítem comienza a valorarlos también positivamente).

Como último componente se encuentra la precisión de la realidad interna (disposición psicológica y conciencia de los estados internos). Un componente de la realidad interna requiere de un cambio en la atención de lo externo y lo interno sin perder la capacidad para separar ambos. La profundidad y precisión de la facultad perceptiva interna están relacionados con lo que llamamos "disposición psicológica" (30). Un funcionamiento deficiente, como se podría manifestar por el uso excesivo de la negación o de los mecanismos introyectivos proyectados, limita esta facultad.

Para Hartmann la realidad interna es el conocimiento de fenómenos mentales, capaces de hacerse conscientes tales como la motivación del comportamiento, reacciones afectivas, sentimientos acerca del propio comportamiento y de sus reacciones emocionales del comportamiento y características de otra gente, la imagen de él mismo y la concepción de como lo perciben otros. Lo cual podría resumirse en -insight-, disposición psicológica y conocimientos de estados internos.

Rapaport (1957) distingue al mundo interior (mapa interno que tenemos del mundo externo) del mundo interno (compuesto por estructuras del aparato psíquico: ELLO, YO, SUPER YO); cuya relación es crucial para el entendimiento del self, y el conocimiento reflexivo para la unificación y clarificación de la realidad interna.

Frosch (1966) incluye en la realidad interna los recuerdos, las fantasías, impulsos, deseos, pensamientos, afectos, imagen corporal, identidad, representaciones del self y sensaciones somáticas como dolor y ritmo cardíaco.

2.2 JUICIO

Las clasificaciones acerca de la capacidad de juicio se basan en datos que indican la comprensión y evaluación de las situaciones hipotéticas y reales, y las evaluaciones del sujeto

sobre las consecuencias de los actos u otras conductas relacionadas con estas situaciones que el sujeto crea.

La primera vez que Freud hizo referencia acerca del juicio fue en 1895, definiéndolo como un proceso que comprende la inhibición del YO, cuando la catexia de deseo de un recuerdo es comparada con la catexia perceptual con la cual está relacionada.

En 1925 repitió esta formulación en términos de perfeccionamiento a través de la percepción de un objeto que corresponde a una imagen dada en la memoria. Dice que el juicio involucra dos clases de decisiones: una es negar o afirmar que algo tiene una propiedad particular, y la otra, es decidir si una imagen en particular existe o no en la realidad. Juzga como importantes la toma de decisiones, la manipulación de los objetos y la exactitud de la prueba de realidad respectivamente.

Bleuler (1924) define al juicio en términos de asociaciones adquiridas a través de la experiencia. Hace una distinción entre el uso del juicio dentro de la lógica (forma en que se expresan las cogniciones y el pensamiento) y dentro de la psiquiatría (refleja la habilidad de llegar a tener conclusiones correctas a través de los datos adquiridos de la experiencia).

Allport (1937) menciona que el juicio refleja la capacidad de establecer cómo es la gente. Guilford (1967) enlista al juicio como un aspecto componente de la inteligencia.

Bellak (1967) dice que el juicio y la prueba de realidad se relacionan entre sí, ya que un buen juicio depende de una buena prueba de realidad, ya que si uno de los mayores componentes de ésta no están funcionando adaptativamente, el juicio se afectará secundariamente.

La función del juicio se refiere básicamente a la capacidad para darse cuenta de las posibles consecuencias de conductas que se intentan o se realizan (anticipar probables peligros, responsabilidades legales, censura o desaprobación social), y esto se refleja por el grado en que la conducta manifiesta revela tal conocimiento de esas probables consecuencias. En este sentido, el juicio es una función -social y consciente- que implica la capacidad del YO para apreciar su interacción con la realidad externa.

La lógica, que incluye darse cuenta y entender las relaciones de causa y efecto, está relacionada con el juicio. Aunque la lógica es por lo general un aspecto del funcionamiento autónomo y de los procesos del pensamiento, su relevancia para el juicio tiene que ver con la capacidad del individuo para apreciar los efectos externos de la conducta.

2.2.1 ANTICIPACIÓN

Para Freud (1926) la ansiedad está relacionada con la anticipación del peligro ya sea interno o externo y dice que cuando ésta funciona como señal, el organismo es capaz de evitar generalmente una situación traumática, esto es, una situación con la cual el organismo se siente incapaz de luchar.

Hartmann (1939) sostiene que la "anticipación" (31) es una función del YO de gran importancia para la adaptación, ya que el principio de realidad implica la función de anticipar el futuro. Menciona que nosotros dirigimos nuestras acciones anticipando las secuencias de los eventos aunque en ocasiones no podamos anticipar con certeza científica. Incluye bajo la función anticipatoria el conocimiento del mundo interno y del mundo externo.

2.2.2 ADECUACIÓN DEL COMPORTAMIENTO

La adecuación del comportamiento ha sido vista por varios autores como materia de consenso social y de esta manera la rebeldía resultante del fracaso en la aceptación de la realidad social puede resultar en un comportamiento social inadecuado.

Rapaport, Gill y Schafer (1946) sostienen que las defensas y estilos cognitivos pueden interferir con la adecuación del comportamiento, por ejemplo los obsesivos compulsivos quienes reemplazan las señales afectivas e ideacionales necesarias en la regulación del juicio y en la toma de decisiones por observaciones y análisis lógicos.

Bellak (1973) menciona que un aspecto del buen juicio es la habilidad de aprender lo que es apropiado en una situación dada, y que dicha habilidad, aunque implica cierta exactitud intelectual y lógica, depende más de la orientación emocional que el individuo tenga. Afirma que en el individuo que quiera actuar con un buen juicio debe: establecer cierta demora del impulso inicial, enumerar diversas posibilidades de acción, y por último hacer una adecuada selección de entre ellas, característica esta última que no puede ser enseñada y que solamente se adquiere a través del ejemplo y la experiencia. También señala al acting-out y a las manifestaciones psicóticas como las típicas formas de comportamiento inapropiado resultantes de una pérdida de control sobre los impulsos.

Otro aspecto importante del Juicio en su papel en el Acting Out es que los pacientes con juicio deteriorado pueden actuar de una manera socialmente inapropiada y quizá peligrosa.

Un juicio deteriorado da por resultado lo que se considera como conducta inapropiada, relacionada con una situación cultural específica.

Henderson y Gillespie (1950) enfatizan la importancia de los fenómenos emocionales en las distorsiones del juicio, dicen que al igual que las lesiones orgánicas, las intoxicaciones alcohólicas y los efectos de las drogas, los factores emocionales pueden interferir en los procesos asociativos y de esta forma distorsionarlo.

Los factores del YO que pueden interferir con el juicio son: la prueba de realidad y la habilidad para posponer y retardar las respuestas (que involucra la función de regulación y control de impulsos y afectos).

Otros factores que podrían afectar el juicio son la fuerza y estabilidad del principio de realidad ya que por ejemplo, algunos factores de la realidad tales como eventos sorpresivos y catastróficos pueden afectarlo; otro factor es la memoria, ya que una mala memoria va a hacer imposible un buen juicio puesto que no proporciona los factores relevantes para que se haga un buen juicio; y por último las operaciones defensivas, ya que estas pueden llevar a una alteración regresiva de varias funciones del YO y esto afectará secundariamente al juicio.

2.3 SENTIDO DE REALIDAD DEL MUNDO Y DEL SI MISMO (SELF)

Esta prueba evalúa las perturbaciones del sentido del sí mismo en tanto que éste se pone en contacto con el mundo exterior. También evalúa el sentido de realidad o irrealidad del mundo.

Tanto la prueba de realidad como el sentido de realidad tienen que ver con la capacidad del YO para distinguir lo interno de lo externo, así como su conciencia de los límites corporales. Es claro que ambas funciones están relacionadas. De hecho existen evidencias preliminares basadas en análisis factoriales que muestran que la prueba de realidad, el juicio, el sentido de realidad y la regulación y control de impulsos forman un grupo de funciones cuyas fuerzas y debilidades se

encuentran estrechamente correlacionadas en un paciente particular (Bellak y cols, 1973). Sin embargo, una de estas funciones se refiere a la forma en que el YO siente y experimenta la realidad, mientras que las otras, a la capacidad del YO para probar estas experiencias comparándolas con ideas y percepciones internas fijas acerca de lo que es real. Para un mayor conocimiento revisaremos los conceptos: imagen del cuerpo, límites del YO, concepto del self, identidad, y algunos trastornos mayores tales como despersonalización y desrealización.

La función del YO denominada sentido de realidad fenomenológicamente se manifiesta por el grado en que los acontecimientos externos se experimentan como algo real e integrado a un contexto familiar (grado de desrealización, dejá vu, estados parecidos al trance), así como el grado en que el cuerpo (o sus componentes), y su funcionamiento (la conducta) se experimentan como algo familiar y perteneciente a uno mismo.

El sentido de realidad está determinado dinámicamente y estructuralmente por el grado en que el individuo ha dominado la separación y la individuación, permitiendo por tanto la distinción entre "sí mismo y las representaciones objetales" (32).

En tanto esta tarea de desarrollo ha sido dominada, el sí mismo y las representaciones objetales pueden permanecer constantes y relativamente independientes de los cambios de realidad.

Al desarrollarse el niño, tiene que hacer la diferencia entre él y el resto del mundo en términos de persona, lugar y tiempo, creando en el proceso límites del YO o auto-límites. Un buen sentido de realidad se refleja en la ausencia de tener conciencia del self, al igual que no se tiene conciencia de ninguna parte sana del individuo que funcione bien. Cuando el sentido de realidad está intacto, no hay ninguna intromisión del self ni como sujeto ni como objeto.

2.3.1 IMAGEN CORPORAL

Un aspecto importante del sentido del self es la imagen que uno tiene de su propio cuerpo. Freud en 1923 caracteriza al YO como un YO-Corpóreo, esto es, que las sensaciones corporales influyen su desarrollo.

Schilder (1935), continuando con el trabajo de Freud y Head, explora y clarifica varios aspectos de las imágenes, representaciones y cuadros mentales que la gente tiene de su cuerpo interior y exterior. Incluye en la formación de la imagen corporal: bases fisiológicas (impresiones táctiles y corporales), contribuciones libidinales (factores narcisistas y zonas erógenas) y aspectos sociales (cercanía espacial con otras personas) Concluye que las interacciones con otros tienen un efecto importante en la imagen corporal de la persona.

2.3.2 REPRESENTACIONES DEL SELF, SENTIDO DEL SELF E IDENTIDAD

Freud antes de conceptualizar la teoría estructural, utiliza los términos self y YO intercambiamente. En 1914 formula al narcisismo como las catexias libidinales del YO. Steba (1942) y Hartmann (1950) lo definen como las catexias libidinales del self. Es en 1950 cuando Hartmann sugiere el término de "representación del self para oponer la representación de los objetos" (33).

Jacobson (1964) describe la emergencia de las representaciones del self y de las representaciones de los objetos de la siguiente forma: Las imágenes de los objetos amados así como las del self, se forman de las huellas mnémicas de experiencias instintuales, emocionales, ideacionales y funcionales, ya sean placenteras o displacenteras, así como también de las percepciones a las que estas experiencias se asocian. Dichas representaciones son en un principio vagas, pero gradualmente forman representaciones consistentes y más o menos realistas del mundo objetual y del self. Moore y Fine (1968) dicen que las representaciones del self definen el sentimiento de identidad.

Para Erikson (1959) el proceso de formación de la identidad, emerge como una configuración en desarrollo, configuración que se establece gradualmente por las sucesivas síntesis del YO al integrar la dotación natural, las necesidades libidinales, las identificaciones significantes, las capacidades, las defensas efectivas, las sublimaciones exitosas y los roles consistentes. Bellak (1973) señala que cualquier persona con un problema serio en la identidad mostrará graves disturbios en el sentido de realidad.

Se han formulado varias relaciones entre la imagen del cuerpo, el self, y la identidad. Greenacre (1958) refiere que la imagen corporal es de gran importancia para la formación de la

identidad, y Jacobson (1964) establece que una identidad sólida depende de límites firmes entre las representaciones del self y las representaciones de los objetos. Para Levita (1966) el self es la suma total de nuestras reflexiones sobre nosotros mismos, y la identidad es el grupo de roles que desempeñamos.

2.3.3 AUTOESTIMA

La autoestima está relacionada con el sentido de realidad y se encuentra fuertemente influenciada por factores superyoicos.

Ferenczi (1913) establece que el sentido de estima expresa el sentimiento de omnipotencia infantil narcisista.

Para Bibring (1953) una autoestima baja es central en las depresiones. Jacobson (1964) piensa que la autoestima es la expresión de una armonía entre las representaciones del self y lo deseado del self.

2.3.4 TRASTORNOS EN EL SENTIDO DE REALIDAD

Las alteraciones en el sentido de realidad van desde algunas muy insignificantes hasta otras muy graves, pero casi todas van acompañadas de angustia. Probablemente la forma más común y la que se observa con más frecuencia entre las perturbaciones en el sentido de la realidad son las experiencias disociativas, la despersonalización definida por Bellak (1973) como un estado en el cual la imagen del cuerpo suele estar involucrada. Freud dice que los pacientes sienten como ajenos a ellos y como no perteneciendo a su YO, partes de su propio cuerpo y aún porciones de su vida mental (percepciones, pensamientos y sentimientos). En la desrealización los pacientes sienten como ajenos a ellos parte de la realidad. La proyección o la extensión de la imagen del cuerpo, acompañada de pérdida de los límites del YO, es integral para muchas ideas de referencia tales como el estar influenciado por los mecanismos externos. Hay muchas alteraciones fisiológicas que propician el sentido de irrealidad; el fenómeno hipnagógico se presenta con frecuencia al despertar de un sueño producido por drogas; la sensación de ligereza de cabeza puede surgir por una fatiga excesiva o como resultado de una hiperventilación; el aislamiento emocional y físico produce perturbaciones en el sentido de realidad, y el déjà vu puede ocurrirle a personas normales bajo un estrés. Por lo general, las perturbaciones del sentido de realidad son producidas por una hostilidad inconsciente.

Otro aspecto es el fracaso en la regulación de autoestima debido a la falta de un concepto del YO constante y cohesivo. El resultado aquí es que la autoestima del individuo es bastante variable debido a su dependencia de las experiencias diarias y de la opinión de los demás.

2.4 REGULACIÓN Y CONTROL DE IMPULSOS, AFECTOS E INSTINTOS

Esta función se refiere al grado en que los mecanismos de control y demora permiten que los impulsos se expresen a través de derivados de los mismos de manera modulada y adaptativa, en forma óptima, es decir, que el control no debe ser excesivo pero tampoco no existir en grado alguno.

La prueba de regulación y control de impulsos, afectos e instintos incluye la habilidad del YO para manejar los impulsos que lo impactan. Considera qué tan directa es la expresión de los impulsos (en un rango que va desde el acting out primitivo, pasando por el acting out neurótico, hasta las formas relativamente indirectas de expresión conductual). La eficacia de la dilatación y el control, el grado de tolerancia a la frustración y la medida en que los derivados de los impulsos se canalizan a través de la ideación, la expresión afectiva y la conducta manifiesta. Esta última se relaciona de manera muy estrecha, y puede coincidir de manera parcial, con el funcionamiento defensivo.

La capacidad para regular los impulsos instintivos se desarrolla de patrones de conducta aprendidos que acompañan la socialización del niño y de las fases internas de maduración que comprenden un aumento y disminución del impulso y el control. Las diferencias observables en la intensidad del impulso pueden ser resultado de la dotación genética del individuo. A la vez, los factores del medio ambiente pueden ya intensificar o disminuir la fuerza de los impulsos. La capacidad para regular los impulsos depende de su intensidad y de los métodos adquiridos para manejarlos. Los impulsos instintivos en general van contra los requerimientos del SUPERYO, clínicamente éstos según se ha observado son en algunos aspectos muy rígidos y en otros demasiado débiles. Se convierte en tarea del YO el mediar las exigencias de los impulsos

instintivos y las contraexigencias del SUPERYO. El YO recurre a una conducta de rodeo, posponiendo la gratificación inmediata para lograr, tal vez, una satisfacción mayor.

La tolerancia para la frustración y para la angustia son rasgos importantes para el control de los impulsos instintivos. En las primeras épocas del psicoanálisis, el concepto de sublimación describía la transformación de la energía del impulso en adaptaciones a la realidad. En la teoría contemporánea psicoanalítica, a esa primera formulación se le ha añadido el concepto de "neutralización de la energía de impulso" (34). Algunos individuos recurren a la libidinización de la angustia, en la cual transforman una actividad o una situación que generalmente engendra angustia en una placentera, siempre y cuando la angustia no se incremente más allá de un nivel tolerable. Para algunos (escaladores de montañas, pilotos de prueba, cazadores, etc.) esto puede servirles como un medio exitoso para superar algunos componentes impulsivos sexuales y agresivos.

El término de tolerancia a la ansiedad fue introducido por Hartmann en 1939; el de tolerancia a la frustración fue introducido entre las funciones del YO por Bellak en 1949; y finalmente el término de regulación y control por Beres en 1956.

Bellak (1973) señala que los impulsos son urgencias difíciles de resistir, basadas en impulsos sexuales y agresivos o en culpa. Enfatiza el concepto de demora como un tema muy importante para entender regulación y control. También hace mención a que toda la gente actúa en forma impulsiva en algún momento, sin embargo varía considerablemente en la frecuencia y la habilidad para demorar impulsos de cada persona:

Así propone que hay dos extremos:

- a) Por un lado hay conciencia clara de registro de tendencias impulsivas, aunada a una señal anticipatoria de ansiedad, culpa y otras señales afectivas, por lo tanto hay una buena habilidad para demorar impulsos y...
- b) Tenemos en el otro extremo una respuesta motora rápida a cualquier percepción vaga de un estímulo interno, con poca conciencia de las señales, y por consiguiente poca habilidad para demorar o prevenir respuestas.

Freud (1911) al referirse a la demora habla sobre el principio del placer y el principio de la realidad. Dice que la presión para la descarga inmediata es central en el proceso primario, mientras que la demora de la descarga es una característica crucial del funcionamiento en el

proceso secundario. El posponer la descarga va acompañado del proceso de pensamiento permitiendo al aparato mental tolerar la tensión adicional durante la demora.

Rapaport (1950) refiere que la habilidad para demorar se deriva de una circunstancia externa llamada ausencia inicial del objeto del impulso.

Frosch (1967) presenta un esquema evolutivo del desarrollo de la demora, que lleva la siguiente secuencia: de la alucinación pasa a la descarga motora, de aquí a la formación de fantasía, posteriormente al pensamiento, y por último a la acción exitosa. Afirma que cualquier alteración posterior en la habilidad de demorar, aunado con el problema de control de impulsos, es el resultado de trastornos en el desarrollo de la demora.

Las perturbaciones en la regulación de los impulsos pueden aparecer en una historia de un control incompleto de las funciones excretorias que luego pueden pasar a posteriores formas de conducta.

Los berrinches, el orinarse en la cama, los tics, el comerse las uñas, etc., son algunas evidencias tempranas en la perturbación de control. Las neurosis, las perturbaciones del carácter, y las psicosis son sus equivalentes posteriores.

Entre los ejemplos menores que se han encontrado con frecuencia están los lapsus linguae y otras parapraxias. La impulsividad, los estados de tensión, el acting out y la propensión a los accidentes, pueden servir como otros ejemplos de las perturbaciones en la regulación de los impulsos.

Freud (1901) hizo las primeras formulaciones de lo que más tarde sería el concepto del acting out. Ana Freud (1936) analiza cómo la transferencia se intensifica, cuando el paciente empieza a actuar en su vida diaria los impulsos instintuales y las reacciones defensivas, así describe una diferencia básica entre el acting out que ocurre en la vida diaria, y el que sobreviene en la reacción con el analista.

Fenichel (1945) define al acting out como "un patrón de acción que inconscientemente aligera la tensión del mundo interior a través de una descarga parcial de impulsos desviados en la cual la energía de recuerdos reprimidos es desplazada a situaciones comunes" (35).

Bloss (1962) habla de aspectos adaptativos del acting out. Menciona que los adolescentes por medio del acting out desvían lo perjudicial, niegan los deseos pasivos y afirman un control delirante sobre la realidad. También ayuda a la síntesis del YO, pues a través del acting out se recuerda el pasado y sintetiza con el presente y el futuro anticipado. Esta es una forma por medio de la cual el adolescente se afirma a la realidad.

Bellak (1963) menciona que el acting out se transforma en un medio de recuerdo utilizado con demasiada facilidad y, como tal, en una alternativa para analizar y entender los conflictos que aparecen dentro del análisis. Al describir la psicología del acting out incluye fenómenos que tienen diversos grados de complejidad, síndromes clínicos diferentes y que pueden tener características temporales más difusas.

2.4.1 INHIBICIÓN Y SOBRECOTROL

Freud (1926) define el concepto de inhibición como una función del YO que usa energía disponible del YO. La inhibición comprende: a) la restricción normal del funcionamiento y b) puede tomar parte en una formación de síntomas patológicos. Postula que las actividades que se inhiben son:

1. Aquellas que adquieren un incremento en su significado sexual, donde el YO renuncia a la actividad para evitar conflictos con el ELLO.
2. Inhibiciones basadas en autocastigo, donde se renuncia a las ganancias para evitar conflictos con componentes del SUPERYO.

Anna Freud (1936) establece una diferencia entre restricción del YO (es cuando se evita una conducta porque recuerda un sufrimiento temprano, alguna falla competitiva en relación con alguno de sus padres. Aunque esto forma parte del desarrollo normal del YO, puede llegar a ser una forma de sobrecontrol) y b) inhibición del YO (es cuando la acción toma el significado de un impulso prohibido).

Los trastornos en la regulación de los impulsos pueden manifestarse en la debilidad de los controles, como en la promiscuidad y en fáciles accesos de rabia, o en una excesiva defensividad como en la personalidad muy obsesiva.

La depresión y la ansiedad son dos de los afectos más importantes. Zetzel (1949) refiere que para tener un desarrollo exitoso del YO, es necesario tener capacidad para tolerar la depresión y la ansiedad.

Esta autora al igual que Freud distingue dos tipos de ansiedad: la persona se siente imposibilitada para tolerar y tratar la estimulación agobiante, ya sea interna o externa. El otro tipo de ansiedad es en pequeñas cantidades que sirven como señales para prevenir situaciones traumáticas. Es una reacción adaptativa a una situación interna de peligro, permite el desarrollo de defensas sin desarrollar, fobias, bloqueos, etc.

Es en 1965 cuando dice que para tolerar la depresión es necesario tolerar la separación con los padres al finalizar el primer año de vida y al principio del periodo genital edípico. Klein (1946) llama a esto posición depresiva.

Zetzel afirma que en los adultos en quienes no se resuelve esto ocurre una pérdida de control, desajuste en la prueba de realidad y mayor susceptibilidad a psicosis, suicidio u homicidio. Para tolerar la depresión, también es necesario tener habilidad para buscar activamente gratificación y logro, en vez de verse envuelto en pasividad exagerada y sentido de desamparo.

Bellak dice que hay algunos estados orgánicos que influyen en la regulación y control; estos estados orgánicos son: defectos del cerebro, fatiga, desórdenes endocrinos y reacciones fisiológicas a drogas.

Hablando en términos generales, las discrepancias en la regulación de los impulsos son las alteraciones que con más frecuencia se encuentran entre las perturbaciones de las funciones del YO.

En la mayoría de los síntomas se pueden observar a la vez la naturaleza del impulso y la naturaleza de la defensa contra el impulso. Estas se observan en los delirios y en las alucinaciones de los psicóticos y también en su comportamiento motriz. Se observan también en muchas depresiones, en las anestias.

2.5 RELACIONES OBJETALES

Las relaciones óptimas están relativamente libres de elementos de inadaptación que sugieren la existencia de patrones de interacción que fueron más apropiados en las situaciones infantiles pero ya no en las presentes. El extremo más patológico sería esencialmente una ausencia de relaciones con cualquier persona; el siguiente serían las relaciones presentes basadas en fijaciones tempranas, conflictos no resueltos y relaciones sadomasoquistas muy hostiles. Las

relaciones óptimas serían las más maduras, relativamente libres de distorsiones y que incluyan la gratificación de las necesidades libidinales y agresivas del YO adulto.

Las relaciones objetales constituyen una función del YO, que comprende el grado y tipo de las relaciones y del compromiso con los demás (tomando en cuenta las tendencias al aislamiento, la preocupación narcisista, la elección narcisista de objetos o la mutalidad). La medida en que las relaciones presentes se adaptan o no influidas o modeladas por otras antiguas y sirven a propósitos presentes y maduros más que a otros pasados e inmaduros.

El grado en que la persona percibe a los demás como entidades separadas más que como una extensión de sí misma, así como la medida en que las relaciones presentes están influidas o modeladas por las relaciones infantiles del pasado. Y la medida en que la persona puede mantener la constancia de objeto (por ejemplo, sostener relaciones por periodos prolongados y tolerar tanto la ausencia física del objeto como la frustración, la ansiedad y la hostilidad relacionadas con el objeto).

"El principio unificador es el grado en el cual la persona ha dominado la separación y la individuación y ha logrado la constancia de objeto" (36).

En términos psicoanalíticos, la función primaria del YO es la de servir como contacto con la realidad y sus objetos, es una función derivada de la creciente capacidad del YO para la diferenciación perceptiva.

Las relaciones con los objetos usualmente se han descrito cualitativamente: oral, anal (sadista, masoquista), fálica, voyeurista, exhibicionista. Patológicamente, las relaciones con los objetos se suelen describir como fóbicas, obsesivas, histéricas, esquizoides, ambivalentes y hostiles.

Clinicamente, la intensidad de las relaciones con los objetos se pueden observar con mayor exactitud en términos de la distancia que el paciente encuentra más cómoda entre él y los otros. Algunas personas necesitan una cercanía completa, otras necesitan una gran distancia.

Estos aspectos manifiestos de las relaciones con los objetos no son guías de confianza para su naturaleza real. El diagnóstico y la comprensión de las relaciones con los objetos debe complementarse con los sueños y las fantasías del sujeto. Los recuerdos encubridores, los recuerdos perseverantes de la niñez, las fantasías masturbatorias y los temas de los sueños recurrentes son las mejores claves para la comprensión de las relaciones con los objetos.

Las perturbaciones en las relaciones con los objetos son múltiples. Spitz ha descrito las enfermedades de deficiencia psíquica de la infancia como perturbaciones tempranas en las relaciones con los objetos. Kanner y Mahler entre otros han descrito al niño autista sin-objeto. Mahler atribuye la psicosis simbiótica específicamente al fracaso en la separación del self al no desprenderse de la madre en cuanto ella es un objeto.

Freud (1895) menciona por primera vez algunos aspectos del desarrollo del placer y de la realidad. En 1914 diferencia entre el amor propio (refiriéndose a la libido del YO) y el amor al prójimo (refiriéndose a la libido objetal). Conceptualiza dos clases de objeto a escoger: la elección de objeto narcisista (en la cual la persona quiere a alguien como él es o era, quisiera ser, o una vez fue parte de sí mismo), y la elección de objeto anaclítica: (dónde involucra el ser atraído por alguien, ya sea la madre que lo alimentó o el padre que lo protegió o sustitutos).

En 1915 distingue cuatro componentes del instinto: fuente, impulso, fin y objeto, siendo el componente principal para Freud el fin del impulso, ya que refleja niveles de relaciones objetales tales como devorar, morder y ambivalencia en la fase oral; la agresión placentera en la fase anal. El objeto es visto como un instrumento por el cual un instinto puede lograr su fin, siendo importante la presencia de otras personas para que el YO introyecte los objetos gratificantes y expulse los desagradables, durante el periodo del principio de placer. Los conceptos de introyección, incorporación e identificación, son importantes para la formación de las relaciones objetales. En 1923 explica como la melancolía al hacer una sustitución del objeto perdido, por medio de una catexia que vuelve al YO en forma de identificación, contribuye a la formación del carácter del YO.

Es en 1926 cuando formula cuatro situaciones básicas de ansiedad, siendo éstas:

1. Temor de perder el objeto: éste en su desarrollo puede preceder a la obtención del objeto
2. Temor de perder el amor del objeto
3. Temor de perder la gratificación
4. Temor de perder el amor del objeto introyectado

De estas cuatro situaciones las dos primeras están muy relacionadas con las relaciones objetales. Y enfatiza la importancia del primer vínculo madre-hijo, para el desarrollo de las estructuras del YO y para las mejores relaciones objetales. En 1938 postula que el vínculo del niño hacia la madre, marca la forma prototípica de relación con individuos de ambos sexos. Al igual que muchos otros autores, Spitz (1945) en sus trabajos, enfatiza la gran importancia que tiene el contacto usual con la madre. La privación de contacto obstaculiza el desarrollo de las relaciones objetales y de todas las funciones del YO. Establece que a los seis meses de edad ya se ha desarrollado un concepto

de objeto, por lo que en esta edad, si se ausenta la madre, ocurre la depresión anaclítica. En 1965 hace nuevas observaciones, y postula que la formación del objeto comienza desde la crianza, ya que el niño percibe a su madre, al ser alimentado por ésta.

Las etapas en el desarrollo de las relaciones objetales según Hartmann (1952) las divide en:

1. Narcisismo primario (1 a 3 meses): El niño se encuentra dominado por necesidades y los objetos se perciben en relación a la satisfacción de las necesidades.
2. Necesidad de gratificación (4 a 6 meses): el niño reconoce a la madre como una fuente de satisfacción, pero ella es sólo un pre-objeto del verdadero amor libidinal
3. Constancia de objeto: El niño se interesa en otra persona independientemente de la presión de sus necesidades, tolerando así la ausencia de la madre. La conciencia de objeto se presenta pero todavía inestable, esta estabilizándose gradualmente hasta el primer año de vida

Para Fairbairn (1958) las relaciones objetales son la base del desarrollo de la teoría del YO, y comprende las siguientes tres etapas:

1. Dependencia infantil: Esta comprende desde el nacimiento hasta que se internaliza y se reprime el objeto malo
2. Etapa transitoria: En donde se realiza el manejo de los objetos internalizados y reprimidos
3. Dependencia madura: Donde el sujeto puede tener relaciones reales con los objetos del exterior.

Guntrip (1961) suma las ideas de M. Klein quien postula que antes de percibir a la madre como un objeto total, se percibe como un objeto parcial (pecho) el cual tiene dos imágenes: a) pecho bueno (proporciona gratificación) y pecho malo (que al haber sido vaciado, en vez de gratificar, frustra). Aquí se separan el amor y el odio, el niño teme ser destruido por sus propios impulsos agresivos, por lo que los proyecta sobre el pecho. Esto sucede durante los primeros tres meses de vida y que M. Klein llama posición esquizo-paranoide. Afirma que la primera etapa no es narcisística, sino que es dirigida hacia los objetos aunque en forma pasiva: -seré amado y satisfecho sin la necesidad de dar algo a cambio-. Alrededor del sexto mes, los dos instintos se fusionan, la madre es percibida como una unidad, y niño ama al objeto, pero, agresivamente al morder siente que lo destruye y al destruir lo que ama se siente culpable; apareciendo así el SUPERYO; dándole a esta fase el nombre de posición depresiva.

Mahler (1968) analiza el concepto de relaciones objetales y divide su desarrollo en tres etapas: autismo, simbiosis y separación.

La dependencia se halla sumamente ligada con el concepto de relaciones objetales, pues domina las relaciones de los niños hacia los demás, y se ve disminuida en el desarrollo al aumentar la propia seguridad.

Ana Freud (1960) dice que la ansiedad de separación no es igual en niños y adultos, ya que el tiempo necesario para que un individuo se ajuste al objeto sustituto, está relacionado con la madurez del YO y el grado de constancia de objeto, desarrollada ésta antes de la separación.

Spitz (1960) afirma que el trauma de separación es mayor cuanto más inadecuada sea la organización de la personalidad, en lo que se refiere a defensas y habilidad de dominio.

La integración de representaciones de objeto, buenas y malas se relacionan con el tema de constancia objetal. El aspecto de hostilidad es importante para entender dichas representaciones objetales malas y algunas adaptaciones malas de relación de objeto.

Klein habla de la posición esquizoparanoide, donde el miedo a la agresión y la proyección de ésta hacia el objeto, hacen que las introyecciones se separen de otras internalizaciones, por lo que la persona puede distorsionar los motivos y acciones de otros individuos en relación con sí mismo. La excesiva agresión, debida a un alto sadismo oral, lleva a una mala representación objetal o a un rompimiento que interfiere con una integración de los aspectos gratificantes y frustantes.

Spitz (1965) afirma que cuando el niño no puede pegarle a la madre, la agresión tiende a internalizarse y el niño es capaz de volverse suicida.

Bychowsky y Kernberg (1966) sostienen que los individuos con fuertes inclinaciones al narcisismo o a la agresión, son susceptibles a desarrollar hostilidad violenta, probablemente porque este aspecto es más restringido por los padres.

Esta hostilidad resulta de las imágenes que han sido internalizadas y divididas, las cuales son proyectadas más tarde hacia objetos de amor y odio, o sustitutos. Afirman que las representaciones de objetos malos arcaicos que permanecen intactos, son características de los individuos seriamente perturbados.

2.6 PROCESOS DEL PENSAMIENTO

Es necesario, considerar todas las perturbaciones en las características formales del pensamiento lógico, así como la interferencia del material del proceso primario.

Esta función se refiere a la capacidad para pensar con claridad y se manifiesta plenamente a través de la habilidad para comunicar los pensamientos de manera inteligible. La adecuación de los procesos que adaptativamente guían y sostienen el pensamiento (atención, concentración, anticipación, formación de conceptos, memoria y lenguaje), así como la medida en que el proceso primario-secundario relativo influye en el pensamiento (grado en que el pensamiento es irreal, lógico, difuso o todo a la vez).

El pensamiento se puede enseñar y aprender con una mala adaptación, el cual se ve influenciado por las defensas; y también puede verse trastornado por alguna falla en cualquier otra de las funciones del YO.

Muchos aspectos de esta función se interrelacionan con otras funciones. La memoria y el lenguaje, usualmente ubicados bajo el rubro de funciones autónomas, están considerados aquí hasta donde han perdido su autonomía y se ha deteriorado su pensamiento. La capacidad para concentrarse por lo general es también autónoma, pero los trastornos en la concentración tienen un efecto supresor en el pensamiento. Esto es independiente de si el trastorno en la concentración es secundario a una ansiedad intensa, a un defecto orgánico o a un aletargamiento del aparato sensorial, o se debe a una excesiva presión de los pensamientos. El funcionamiento defensivo también afecta al pensamiento, por ejemplo, a través de los mecanismos de desplazamiento, condensación y proyección.

La negación, particularmente como la describe Lewin (1953), produce pensamiento centrífugo. Los trastornos en el pensamiento han sido tradicionalmente asociados con la esquizofrenia.

Las alteraciones neurológicas leves, que en la infancia probablemente se manifiestan como dislexia u otros problemas en el aprendizaje con algunos signos neurológicos leves (disfunción cerebral mínima), pueden resultar también en trastornos del pensamiento bajo el impacto del torrente de las emociones.

La teoría psicoanalítica establece una distinción entre los procesos primarios del pensar y los secundarios; éstos se pueden considerar desde el punto de vista genético o desde el formal. Genéticamente las percepciones del infante son difusas al principio. La diferenciación creciente es un proceso lento, tanto la visual, la espacial y la temporal como todas las demás modalidades sensoriales. Al irse formando conceptos claros, los procesos secundarios van gradualmente estableciéndose, se desarrollan del proceso primario pero no hasta excluirlo. Permanece el recuerdo de la masa definida perceptivamente de una manera muy pobre y esto constituye la base de los procesos secundarios que son más racionales. Según el concepto de Herbart (1942), la percepción y el pensar presentes pueden concebirse como el resultado de la respuesta adaptativa del individuo al estímulo presente y a la pasada masa perceptiva. En suma, el desarrollo exitoso del proceso secundario implica la capacidad del YO para elegir selectivamente y para evitar la contaminación del material inadecuado. Mientras la función del proceso del pensar está sana, prevalece la estructura del proceso secundario; cuando ésta fracasa, re-emergen el contenido y la forma del proceso primario.

Aunque no están entre los primeros en emerger, los trastornos en el proceso del pensar son tal vez los indicadores más sensibles de que hay una seria alteración en el YO. Holt (1956) definió las características del proceso primario de la manera siguiente: Primero: en cuanto más primario sea el pensar, estará más organizado y más compelido por los impulsos. Segundo: el pensar primario puede ser reconocido no sólo por su preocupación con los fines instintivos. Tiene también ciertas características formales peculiares. Estas incluyen una lógica autista en lugar de un pensar recto, ciertos tipos de eslabones asociativos sueltos y sin sentido, y una distorsión de la realidad en numerosas formas.

En lo principal esas características formales son muy similares a las observadas por Piaget (1932) en los niños, e incluyen una falta de referencia en tiempo y en lugar, antropomorfismo, concretismo y sincretismo. Son similares también a los procesos que Freud primero describió en conexión con los sueños: condensación, desplazamiento, inversiones, identidad de los opuestos y simbolismos. Esas características formales que describen el proceso primario son idénticas a las características formales del pensar esquizofrénico.

En contraste con ellas las características formales del proceso secundario alcanzan su forma más alta en la lógica pura. Sin embargo, la manifestación ocasional característica del proceso primario no es en sí ningún signo de esquizofrenia, ni desde luego, signo de patología alguna. Los adolescentes, los artistas y la gente experimentada en la asociación libre son particularmente

susceptibles de mostrar signos ocasionales de un pensar en nivel del proceso primario sin que esto necesariamente implique que ello tenga algún significado patológico (Bellak, 1973).

Cada vez se acumulan más y más evidencias de que la capacidad para regresar temporalmente al proceso primario del pensar puede ser una de las características de la creatividad, y un atributo especial del genio. Tal regresión con frecuencia permite la formulación de un nuevo concepto o una delineación especialmente clara de un problema. Lo que se hace necesario, sin embargo, es la capacidad para volver al proceso secundario del pensar para poder probar las nuevas ideas y el nuevo concepto. Kris (1952) ha descrito las regresiones de esa naturaleza como algo que está al servicio del YO, implicando al decir eso que "el YO no es una víctima de la regresión sino que utiliza la regresión para sus propios fines realistas" (37).

2.7 REGRESIÓN ADAPTATIVA AL SERVICIO DEL YO (RASY)

Se refiere a la habilidad del YO para iniciar una baja parcial, temporal y controlada de sus propias funciones (teniendo en cuenta los factores componentes de las doce funciones del YO) en la promoción de sus intereses (es decir, promoviendo la adaptación). Tales regresiones tienen como resultado un juego relativamente libre, pero controlado, del proceso primario.

La función de regresión adaptativa al servicio del YO implica las dos fases del proceso oscilatorio descritas por Kris (1952) y Bellak (1961). La regresión adaptativa es un aspecto esencial del acto creativo y por lo tanto tiene un papel crítico en el proceso analítico. Mientras que esta función posibilita la relajación de la agudeza cognoscitiva y la modalidad del proceso secundario del pensamiento, permitiendo por tanto el surgimiento de formas de ideación inconsciente y preconsciente más móviles, también incluye la capacidad del YO para interrumpir e invertir la regresión y volver al proceso del pensamiento secundario (primer fase del proceso oscilatorio).

Un tercer aspecto de esta función es la capacidad del YO para utilizar la regresión adaptativamente induciendo nuevas configuraciones e integraciones creativas (segunda fase del proceso oscilatorio).

El término regresión al servicio del YO es introducido por Ernest Kris (1936) para describir un estado transitorio de pérdida de la autonomía del YO. Con frecuencia el término, usado con referencia a la creatividad, implica una regresión controlada que permite a la persona crear nuevas síntesis no disponibles en otras formas de pensamiento.

Desde el punto de vista económico (1952), lo define como la habilidad del YO para controlar los cambios de catexias de las diferentes funciones del YO, especificando que la regresión es topográfica, por lo que implica una primitivización de dichas funciones del YO.

Bellak (1954) modifica el término regresión al servicio del YO por regresión adaptativa al servicio del YO, abreviándose como ARISE (Adaptive Regression In the Service of the Ego) (1973), definiendo éste término como: "una reducción relativa, breve y oscilatoria de ciertas funciones adaptativas del YO al servicio de otras, especialmente a la función sintética del YO" (38).

Lo que sucede es que las funciones: cognoscitiva, selectiva y adaptativa disminuyen; esto debilita los límites claramente definidos de figura y fondo, y de relaciones lógicas, temporales y espaciales.

Schafer (1958) expresa ésta función del YO, como un decremento controlado del nivel de funcionamiento, psíquico para mejorar la adaptación; manteniéndose y mejorando el balance interno, las relaciones interpersonales y la capacidad de trabajo.

Generalmente en la literatura psicoanalítica la regresión adaptativa al servicio del YO ha sido usada para desarrollar y entender procesos como: chispa o ingenio, humor, creatividad artística, fantasía productiva, procesos imaginativos, solución de problemas, maternidad, amor, proceso terapéutico, etc.

2.7.1 BASES DE LA RASY

Bellak (1973) describe aquellos fenómenos que resultan del proceso de la RASY:

1. La regresión puede ser:
 - a) topográfica, o sea que se dé en niveles consciente, preconsciente o inconsciente, de este último resulta el proceso primario del pensamiento, característico de la infancia y,
 - b) temporal, es decir que se va a niveles infantiles de funcionamiento, dados por los modos y zonas libidinales.
2. La función sintética no sufre regresión, sino que permanece o se eleva a óptimos niveles, ya que la regresión facilita nuevas síntesis.

3. Sucede una reducción en el nivel de ciertas cualidades del proceso secundario del pensamiento, en la percepción aguda de los contornos de figura y fondo de las relaciones temporales y espaciales. Sin embargo los lapsos de dichas reducciones varían.
4. Surgen, de la RASY, nuevos insights y aumento en la función cognoscitiva del YO.

Debido a una disminución en las funciones cognoscitiva, selectiva y adaptativa, durante la RASY, se puede decir que el YO renuncia, en gran parte al funcionamiento del área libre de conflicto. Por otro lado la RASY presenta una nueva noción sobre la regresión visualizada generalmente como un proceso patológico, sin tomar en cuenta su aspecto adaptativo, así actualmente, la regresión puede ser entendida como el -caminar en otra dirección- más que -el caminar hacia atrás- (Michaca, 1977).

Schafer (1959) añade seis condiciones que favorecen a la regresión adaptativa al servicio del YO:

1. Se requiere de un conjunto de señales y afectos, para que al regresar, si existen impulsos amenazantes, se pueda poner reversa al proceso de regresión.
2. Se requiere de seguridad del self y buena identidad, para tolerar la difusión temporal de los límites de figura y fondo.
3. Un dominio en el trauma temprano, siendo esto, que la separación madre-hijo no haya sido muy traumático o que sea resuelta para que no exista conflicto.
4. Que las presiones del SUPERYO sean más suaves que severas, de tal modo que las defensas sean más flexibles que rígidas.
5. Una historia con suficiente confianza y mutualidad en la relación madre-hijo, y la presencia de sentimientos de aceptación.
6. Autoconocimiento y comunicación con otros, facilitará regresiones adaptativas tales como la empatía y la intimidad, por lo que le da importancia al factor cultural.

Por último Bellak (1973) explica cómo en los niños existe una creatividad espontánea: artística, conceptual y de juego, que se puede considerar mayor en los adultos, debido al proceso maduracional donde los límites entre el proceso primario y secundario del pensamiento se vuelven más firmes.

Menciona también cómo la RASY se pierde, debido a la presencia de una gran variedad de defensas y a la estructura del carácter.

Cree que todo individuo puede tener regresiones adaptativas al servicio del YO, pero que debido en gran parte a la cultura, y el medio social considerado en ocasiones enajenante, la RASY pierde su fuerza.

De los estudios que ha realizado, comprobó que la RASY no necesariamente esta correlacionada con un alto nivel de inteligencia, sino que la presencia de impulsos agresivos y libidinales neutralizados o sublimados, son las bases principales para el desarrollo y buen manejo de la regresión adaptativa al servicio del YO, en donde podrán surgir nuevas síntesis o creaciones.

2.8 FUNCIONAMIENTO DEFENSIVO

Las defensas protegen las organizaciones preconscientes y conscientes de las intromisiones de los derivados del ELLO, del YO inconsciente y de las tendencias del SUPERYO. Estas ayudan a la adaptación controlando la aparición de la ansiedad o de otro contenido psíquico disfórico como los deseos instintivos egodistónicos y los afectos (incluyendo la depresión) que están en conflicto con las demandas de la realidad. Desde luego que un sistema defensivo exagerado, es un índice de inadaptación.

Se considera al funcionamiento defensivo como una función binaria que incluye a) el grado en que los componentes defensivos afectan adaptativa o inadaptativamente la ideación y la conducta; y b) la medida en que tales defensas han tenido éxito o han fracasado (grado de surgimiento de ansiedad, depresión u otros afectos disfóricos que indiquen debilidad de las operaciones defensivas).

Las defensas del YO sirven como una barrera contra los estímulos externos e internos de significado amenazante. Más específicamente, las defensas nos habilitan para tratar selectivamente con los estímulos internos y externos.

La atención clínica ha estado dirigida a la relación entre el tiempo de emergencia de una determinada defensa en el desarrollo de un individuo y la relativa patogenicidad de esta defensa. En todo caso, mientras más temprano emerja una defensa propenderá a ser más primitiva, y por ende más patológicas serán sus consecuencias en la vida adulta del individuo. Las negaciones y

las proyecciones extensivas tal vez son las más gravemente patológicas por el efecto que tienen en la adaptación del individuo en la realidad.

En un sentido más amplio, el trastorno de las funciones defensivas se supra impone al concepto de fracaso de la función sintética del YO: si la represión fracasa y emerge el proceso primario, el individuo parece incapaz de seguir sin desintegrarse, hay una incapacidad para concentrarse, la memoria se debilita, y la eficiencia en general disminuye notablemente. Al parecer en casos así es tan enorme la cantidad de energía que se emplea en la función de barrera del YO, que queda muy poca para que haya un funcionamiento adaptativo y espontáneo. El resultado frecuente es una sobre reacción ante cualquier estímulo con una mayor labilidad en el estado de ánimo.

El fracaso de la represión puede resultar en experiencias *déjà vu*, en un aumento en la *parapraxia*, en alteraciones menores del control, o en la falta de control. El sobrecontrol es otra señal de desorganización en el funcionamiento defensivo, ya que éste interfiere la adaptación general del individuo. El sobrecontrol se puede notar en relación con el afecto, con la ideación y con el funcionamiento motriz, y en muchos casos puede llegar a constituir la última lucha contra la irrupción de una psicosis. Los sueños perturbadores de una naturaleza relativamente franca del proceso primario pueden acentuar la evidencia del fracaso de la represión, como puede ser la experiencia aterradora de un fenómeno hipnagógico. En algunos individuos el debilitamiento de las funciones defensivas puede manifestarse sólo o especialmente en las ocasiones en las que el YO está normalmente debilitado: en el estado hipnagógico, cuando está físicamente enfermo, o cuando se ha padecido una pérdida de objeto:

Van Der Leewn (1971) realiza una investigación bibliográfica sobre el trabajo de Freud en relación con el desarrollo del concepto de defensa, dividiéndolo en tres periodos.

1er. Periodo (1900): La defensa es considerada una función psíquica la cual puede ser usada por todas las formas de material psíquico, y no está limitado a un mecanismo de defensa especial, ya que represión y defensa significaban lo mismo; además la defensa está relacionada con la percepción externa, ya que se le da mucha importancia a la realidad, como también su relación con lo consciente y la memoria.

2do. Periodo (1900 a 1923): el punto central reside en la relación entre defensa e impulso, por lo que la realidad psíquica interna toma más significado que la realidad externa y afectos.

3er. Periodo (1923 a 1939): La defensa es estudiada con relación a la ansiedad y al peligro, y también respecto al desarrollo del YO y del impulso.

Concluye que las etapas del desarrollo de defensa, son una sucesión conceptualizada como una función, una anticatexia, un mecanismo, una organización defensiva; y relacionada con la adaptación y el desarrollo.

Anna Freud (1936) describe aspectos importantes sobre la teoría de las defensas del YO que complementan la teoría descrita por su padre S. Freud. Entre sus aportaciones enlista diez mecanismos de defensa, los cuales protegen tanto las demandas internas como externas, siendo éstos: regresión, represión, formación reactiva, aislamiento, anulación, proyección, introyección, volteamiento contra el self, inversión y sublimación.

Hartmann (1939) explica la función adaptativa de las defensas, basándose en el desarrollo de su teoría acerca del área libre de conflicto, que incluye los aparatos de autonomía primaria, los cuales tienen como fin la adaptación, y posteriormente pueden tener una función defensiva; así, dicho funcionamiento defensivo no deviene únicamente a partir del conflicto entre los derivativos instintuales y medidas defensivas.

Fenichel (1945) postula que los motivos en un conflicto neurótico pueden ser: ansiedad, sentimiento de culpa, vergüenza y enojo, los cuales son activados cuando el impulso o la pulsión egodistónico amenaza con romper lo consciente, haciendo así una distinción entre el motivo y el mecanismo de defensa.

2.8.1 PRECURSORES DE LAS DEFENSAS

Freud (1915) describe como precursores de la represión, y por lo tanto de las defensas, a aquellos patrones de acción que previenen la estimulación continua a los órganos sensoriales.

Hartmann (1939) define como precursores de las defensas a los procesos autónomos tempranos: memoria, umbrales, atención, motilidad, siendo estos métodos de regulación más organizados. Identifica a los modos impulsivos, como la identificación y proyección, procesos que proporcionan una base parcial donde las defensas son moldeadas. En 1955 partiendo desde un punto de vista económico, describe la jerarquización defensiva en base a los diferentes grados de neutralización, esto es, aquellos derivativos instintuales que se encuentran lejos del modo instintual.

Spitz (1961) es uno de los autores que ha investigado y estudiado más acerca de los precursores de las defensas. Demuestra la existencia de diversos dones innatos en el organismo que están disponibles al individuo, y que algunos de ellos servirán como prototipos de las defensas, menciona como ejemplo que la barrera de estímulos sirve como prototipo para el mecanismo de la represión; el cerrar los párpados, para el mecanismo de la negación; la regurgitación característica del recién nacido, para la proyección como defensa; y el sueño como prototipo de la regresión y anulación.

Revisando diferentes aportaciones sobre la concepción que dichos autores tienen acerca de los precursores de los mecanismos de defensa, sobresale la existencia de un factor común que es la demostración de un aspecto genético, presente desde el nacimiento del individuo, que será de suma importancia para el desarrollo posterior y moldeamiento de las defensas.

2.8.2 ASPECTOS ADAPTATIVOS Y MALADAPTATIVOS DEL FUNCIONAMIENTO DEFENSIVO

Freud (1895) explica que cuando una defensa es usada en forma exagerada, se puede considerar patológica; en 1938 identifica a aquellas defensas que son usadas por individuos con trastornos serios de personalidad, éstos son: desdiferenciación regresiva, introyección, proyección, identificación proyectiva, fragmentación, negación masiva, separamiento y somatización; estos acrecentan la pérdida del self. Expresó que el funcionamiento defensivo es indispensable para un desarrollo satisfactorio de la personalidad, por lo que introduce la noción del aspecto adaptativo de los mecanismos de defensa.

Anna Freud (1936) menciona cuatro mecanismos que se utilizan en forma adaptativa y que son necesarios para el desarrollo del individuo: introyección (ayuda a construir el YO), proyección (protege contra la destrucción del YO), formación reactiva (estabiliza al YO), y la sublimación (enriquece al YO).

Lowenstein (1967) estima que la patología de las defensas ocurre cuando éstas son generalizadas y usadas en forma estereotipada. Define la efectividad de las defensas basándose en el uso de mecanismos fuertes en contra del impulso; y en el otro extremo la no-efectividad de ellos cuando los mecanismos son débiles.

Bellak (1973) clasifica el funcionamiento defensivo tomando en cuenta las diferentes aportaciones de varios autores:

1. De acuerdo al éxito relativo en evitar el surgimiento de ansiedad (Fenichel, 1945).
2. De acuerdo al grado en el cual cambian el impulso instintual, por ejemplo, la intelectualización. (Waelder, 1951).
3. De acuerdo al grado de características del proceso primario o secundario del pensamiento, por ejemplo, un aumento en la demora se correlaciona con el éxito defensivo (Hartmann, 1955).
4. De acuerdo a su grado de estructura o sea a la tasa de cambio energético que posean, así se puede decir que aquellas con una tasa de cambio baja, se consideran más estructurales (Witkin, 1962).
5. De acuerdo al grado en el cual una defensa puede sufrir un cambio de función, por ejemplo, función adaptativa a maladaptativa, o viceversa. (Lustman, 1966)

También menciona tres formas en que el funcionamiento defensivo puede interferir con la adaptación:

1. Un sobreuso temprano de las defensas provoca una distorsión, desviación y defecto en el YO.
2. Cuando el funcionamiento defensivo interfiere con otras funciones del YO.
3. Alteraciones regresivas del funcionamiento del YO al servicio de la defensa decrece el funcionamiento adaptativo.

2.9 BARRERA A LOS ESTÍMULOS

Tanto los umbrales como las respuestas a los estímulos contribuyen a la adaptación por medio del potencial del organismo para responder a la intensidad sensorial alta, promedio o baja absorbida, de tal manera que se mantenga una homeostasis óptima (así como la adaptación). La barrera a los estímulos determina, en parte, cuán flexible es una persona o cómo se readapta cuando ya no existen la tensión y los impactos.

La función del YO conocida como barrera a los estímulos también tiene dos componentes básicos: uno receptivo y uno expresivo. El receptivo es el umbral del individuo para la sensibilidad

y la conciencia de la estimulación sensorial. El componente expresivo se relaciona con la manera en que el individuo responde a diferentes grados de estimulación con énfasis particular en si los mecanismos de comportamiento son adaptativos o inadaptativos. En el último caso un comportamiento deficiente agregado a una estimulación excesiva conduce a la desorganización y el aislamiento.

El componente receptivo incluye la sensibilidad a la estimulación interna y externa, donde la vía final común es la impresión de los nervios sensoriales. Ejemplos de estimulación interna son los cambios en la temperatura corporal y el dolor visceral y muscular, mientras que de la estimulación externa son la luz, el sonido, las drogas y otras formas de estímulos inanimados.

Los instintos e impulsos también pueden conceptuarse como estímulos, aunque internos; sin embargo, la sensibilidad a ellos y su regulación se considera una función del YO aparte. La barrera a los estímulos se refiere más al sistema nervioso sensoriomotor, que a la esfera psicológica. Es sólo cuando vemos fallas en el umbral sensorial o en la capacidad de respuesta motora ante los estímulos que estamos con una sobrecarga sensorial. Es en este punto donde tienen lugar los cambios en los instintos y los afectos, y la función de su regulación se vuelve operativa.

Como se mencionó antes, el componente expresivo tiene que ver con la capacidad del individuo para enfrentarse a diferentes niveles de estimulación. Un aspecto crítico de esto es la capacidad del individuo para regular el umbral al estímulo, la cual implica la regulación de la estimulación y la atención selectiva a ella. Este mecanismo de selección permite cambios adaptativos en la sensibilidad ante la estimulación, facilitando por consiguiente periodos de agudeza aumentada, mayor concentración y el filtrado general de la estimulación necesario para dormir. Otros aspectos del componente expresivo son el grado de adaptación cognoscitiva y motora a los niveles elevados de estimulación contra la desorganización motora y cognoscitiva. Las personas con un umbral bajo a los estímulos, además de escasos mecanismos de enfrentamiento, son fácilmente sobreestimados. Esto puede conducir a un deterioro de los hábitos de sueño, la concentración, el humor, la regulación de los impulsos, el funcionamiento sintético, etc. Por lo tanto, está claro que el exceso de defectos en esta función puede afectar también a las otras funciones del YO.

Freud (1920) menciona que la barrera de estímulos es vista como un precursor institucional del YO, que al servir como una defensa primitiva, puede ser la base para mecanismos protectores más desarrollados y complejos. Esta barrera de estímulos tiene como función reducir la intensidad

de los estímulos externos para ayudar al sistema nervioso a mantener la estimulación en un nivel mínimo posible. La relación entre las neurosis traumáticas y la barrera de estímulos es dada por Fenichel (1945), mencionando que "la estimulación disponible debe manejarse antes de que un nuevo estímulo pueda ser aceptado, este mecanismo es un medio primitivo para restablecer la protección ya que ésta ha sido derrumbada por el trauma" (39). Hartmann (1950) postula al YO como una barrera protectora contra excesiva estimulación externa y en otro sentido contra estimulación interna.

Los sujetos que tienen hambre de estímulos, en su infancia sufrieron una sobreestimulación crónica, por la cual quedaron sin una protección efectiva contra la entrada repentina de estimulación masiva. Paradójicamente, dichas personas se convertirán en buscadores frenéticos de estímulos y al mismo tiempo tendrán una constante necesidad de descarga. En esta situación, la barrera de estímulos es débil y poco hábil para manejar tanto la entrada como la salida de estímulos. Piaget (1937) explica la relación entre barreras del estímulo y la búsqueda de estimulación bajo el término estímulo alimenticio. Spitz (1945) enfatiza la necesidad de una estimulación óptima para la supervivencia. Wallerstein (1966) dice que la barrera de estímulos es una válvula que garantiza la entrada a un nivel óptimo de estimulación, además de proteger al organismo de un exceso de la misma. Bellak (1973) refiere que es probable que esta hambre de estímulos resulte no por la privación de estímulos y/o una barrera de estímulos débil, sino por la sobreestimulación y/o una barrera de estímulos débil, a pesar de su aparente habilidad para tolerar altos niveles de estimulación.

El término hipersensibilidad en la literatura puede referirse a umbrales sensoriales, manifestaciones de dolor y evitación defensiva. A este respecto, Goldfarb (1961) refiere que la hipersensibilidad, no es consecuencia solamente de umbrales sensoriales bajos, sino también de la integración de la experiencia sensorial. Benjamin (1965) observa que infantes sobreestimulados son propensos a estallidos de expresión de afectos indiferenciados y que la actividad motora rígida, por la cual se maneja la estimulación se desarrolla tardíamente. Bellak (1971) refiere que la sensibilidad, receptividad y percepción, no se relacionan meramente a la barrera constitucional, sino que estos eventos observables están incluidos en un set de funciones del YO, que crecen para apoderarse y extender el trabajo realizado originalmente por la barrera de estímulos del neonato.

Tanto los umbrales como las respuestas, contribuyen a que la homeostasis y la adaptación se mantengan por medio del potencial que tiene el organismo de manejar una entrada alta, promedio o baja de estimulación sensorial. Así, la barrera de estímulos determina parcialmente qué tan

flexible es una persona o cómo se readapta después de que el estrés o los impactos sensoriales no están presentes.

2.10 FUNCIONAMIENTO AUTÓNOMO

La intromisión del conflicto, la ideación, el afecto y/o impulso en el funcionamiento es un criterio de primera importancia para determinar la alteración de la autonomía primaria o secundaria. Los mecanismos y funciones básicas de la autonomía primaria son: percepción, intencionalidad, concentración, atención, memoria, audición, visión, habla, lenguaje, productividad, desarrollo motor y expresión.

Las funciones autónomas primarias incluyen la percepción, la atención, la inteligencia, la intención, la memoria, el lenguaje, la sensación y la expresión motora. La autonomía secundaria se refiere a los hábitos, habilidades y patrones conductuales que son ya sea combinaciones de las funciones autónomas primarias o se han vuelto secundariamente autónomas por sublimación (Hartmann, 1939, 1955).

La autonomía se refiere a la inmunidad al deterioro de estas operaciones por la intromisión del conflicto, la ideación, el afecto, los impulsos o todo junto. Esto considera el grado de resistencia a la regresión y la reformación del instinto que resultaría de tales intromisiones.

Los conceptos de autonomía primaria y secundaria, son introducidos por Hartmann (1939, 1955), relativos a la autonomía del YO. Postula una base innata para el desarrollo del YO, además de los impulsos instintuales y el impacto de la realidad externa. Mantiene que los procesos (pensamiento, percepción, comprensión del objeto y lenguaje) no dependen del conflicto para su desarrollo; estos aparatos o características heredadas del YO constituyen la esfera libre de conflicto, a la que le denomina autonomía primaria. Consistente con esta hipótesis, es la idea de que el YO y el ELLO se desarrollan a partir de una matriz común indiferenciada. Tanto la maduración como el aprendizaje influyen en la forma de varios procesos autónomos.

Hartmann vislumbra la autonomía secundaria bajo la noción de cambio de función. Para él, una conducta que se origina en cierta etapa de la vida, con el curso del desarrollo, puede aparecer

en otra etapa, y rol completamente diferente. Cita como ejemplo, el que una actitud que originalmente surge al servicio de la defensa, contra el impulso instintual, puede volverse una estructura independiente. Así, las manifestaciones relacionadas con el conflicto pueden tornarse independientes de sus raíces. Lo que determina la autonomía secundaria, es la medida en la cual la manifestación conductual es refractaria a la regresión y a la instintualización.

La desexualización y desagresivización de la energía, es lo que para Hartmann, Kris, y Lowenstein (1949) significa el concepto de neutralización. Ellos expandieron el concepto de sublimación dado por Freud y basan a la autonomía secundaria en este proceso hipotético. Para Hartmann (1955) la neutralización comienza temprano en la vida y es un proceso continuo; la relaciona con la fuerza del YO y propone la requisición de diferentes grados de neutralización para un óptimo funcionamiento del YO en diferentes niveles. Usa el concepto para explicar como se dan los intereses del YO, los hábitos y las habilidades; esto es consistente con la teoría de que mientras el YO usa energía libidinal o agresiva, hay riesgo de que cualquier función entre en conflicto. También emplea los conceptos de neutralización y desneutralización aplicados a la psicopatología y a la normalidad; con respecto a la primera, dice que un defecto en la capacidad para neutralizar, da como resultado defensas inestables.

Además la neutralización, postula que hay una energía neutral primaria que está disponible al YO, y aunque no elaboró mucho al respecto, se puede correlacionar con su idea respecto a la autonomía primaria del YO.

2.10.1 DESARROLLO DEL YO AUTÓNOMO

Hartmann (1939) postula que tanto los mecanismos del YO, basados en los aparatos de autonomía primaria, como los procesos de impulsos instintuales, tienen un origen común y surgen de una base indiferenciada de desarrollo. Una vez que ambos se han estructuralizado, se interrelacionan de diversas formas. Tanto la maduración como el aprendizaje son factores importantes en el desarrollo del YO autónomo; alguna desproporción en la madurez de algunas funciones puede llevar al conflicto. Un ejemplo es el experimentar como peligrosos los impulsos que por falta de una madurez de algunos mecanismos del YO, no pueden ser gratificados. Hartmann, Kris y Lowenstein (1946) sostienen que los aparatos de autonomía primaria sufren cambios maduracional durante la fase indiferenciada, y estarán completamente desarrollados y maduros sólo cuando esta fase haya pasado. Para estos autores, un factor del cual también depende la habilidad para distinguir el self del medio, es el conjunto de aparatos perceptuales. El

cambio del principio del placer al de realidad se basa en la función de anticipación; que es un aspecto del desarrollo del YO. Muestran como el desarrollo del YO se da simultáneamente con el de las relaciones objetales. Es decir, el desarrollo del proceso mental, para ellos, es una variable independiente en el desarrollo del YO.

La automatización es tratada por Hartmann (1939), dice que ésta se presenta en los aparatos motores y a nivel preconscious del YO, que son adaptativos o se usan para la adaptación. Distingue este tipo de automatismos normales de los patológicos (como tics, compulsiones y catatonía) diciendo que los primeros pueden ser el punto de partida para los segundos, pero que no se deben igualar. Ve la compulsión a la repetición como una forma arcaica de manejar los impulsos instintuales y que puede ser una de las raíces de los automatismos.

Cuando un organismo ha logrado realizar una acción a través de la práctica, poco a poco necesita menor energía para realizarla. Esta es una ventaja económica de la automatización, que ahorra catexias de atención y catexias libres. En cierto sentido Hartmann implica una relación entre la automatización y la neutralización.

El término "intereses del YO" (40) fue usado por Freud (1917) significando las catexias de los instintos del YO, o autopreservativos que el YO dirige a los objetos.

Hartmann al usar este término implica lo postulado por Freud, pero añade al narcisismo como el complemento libidinal. Menciona que los intereses del YO incluyen metas que involucran a otras personas, valores, la actividad intelectual propia, y las metas que originalmente eran relevantes al SUPERYO que han sido tomadas por el YO.

Entre los intereses del YO que son más comunes en nuestra cultura están la lucha por el poder, la salud y es prestigio.

Entre los disturbios de la autonomía primaria, tenemos los visuales, auditivos, motores y táctiles, que no tienen una causa orgánica. También hay disturbios en la concentración y atención, memoria y aprendizaje, así como en la intencionalidad. Esta última se puede apreciar más claramente en catatónicos y en síntomas depresivos severos, aunque también en condiciones obsesivo-compulsivas y en individuos pasivo-dependientes.

Otros disturbios en otras funciones que no son tan importantes son los patrones de hábitos, habilidades, rutinas, hobbies e intereses y otras relacionadas con la autonomía primaria como motilidad, intencionalidad y aprendizaje. Bellak (1973) menciona que cuando tales funciones autónomas se ven perturbadas puede haber dificultad para llevar a cabo el trabajo usual, o

interferencia al vestirse, hacer deporte, etc. El disturbio puede variar de una completa inhabilidad, a la necesidad de realizar un esfuerzo extra en una actividad que usualmente no lo requeriría.

2.11 FUNCIONAMIENTO SINTÉTICO - INTEGRATIVO

Esta función del YO cumple con una de las principales tareas del YO como la definió Freud, en términos de reconciliar a menudo las demandas conflictivas del ELLO, del SUPERYO y del mundo externo, así como las incongruencias dentro del YO.

Esta función también será descrita en términos de dos componentes principales. El primero se refiere a la capacidad para integrar experiencias potencialmente discrepantes o contradictorias. Tales experiencias pueden ser conductuales, psicológicas o ambas, y pueden incluir pensamientos, sentimientos, acciones y percepciones. Los aspectos psicológicos incluyen la capacidad para integrar: a) representaciones del YO aparentemente divergentes, b) distorsiones entre las representaciones de objetos percibidos internamente y objetos percibidos externamente y c) afectos con ideación incongruente o percepciones internas. La resolución de tales distorsiones tiene una función importante en la prueba de realidad, el sentido de realidad y las relaciones objetales, así como en otras funciones del YO. Es además crucial para la resolución de la ambivalencia.

El segundo componente importante de esta función es la capacidad para interrelacionar e integrar experiencias psíquicas o conductuales que necesitan no ser contradictorias. Este aspecto de la función facilita las experiencias de conexión y continuidad además de permitir planear y organizar operaciones. Psicológicamente, permite la percepción de la relación del pasado con el presente, del humor con la idea y de la percepción con las experiencias. Como ha señalado Beres (1956), las operaciones sintéticas son ubicuas en la acción y el pensamiento humano. Esta función trabaja de forma tan cercana con otras, que su examen aislado es casi imposible.

Para Freud (1900) la tarea principal del YO es reconciliar las demandas conflictivas del ELLO, SUPERYO y mundo externo; basándose en esto Hartmann (1939), postula que la tarea de la función sintética del YO es supraordenar las demás funciones del YO.

Nunberg (1931) ha definido la función sintética como la "capacidad para unir, para atar y para crear" (41). Esto puede interpretarse como la capacidad del YO para formar Gestalt. En cualquier caso, la función sintética es tal vez el aspecto que más se superpone a todas las otras funciones del YO, y se correlaciona muchísimo con el concepto general de la fuerza del YO, de una manera muy parecida a esa con que se correlaciona la palabra -vocabulario- con -inteligencia general-.

La función sintética incluye las proposiciones energéticas, cuantitativas que implican una relación entre la capacidad de aguante y el peso de la carga. En pocas palabras, la función sintética describe la capacidad de un individuo para sostener las funciones necesarias vitales y de adaptación. Cuando la función sintética es débil, el YO por esa debilidad hace a un lado determinadas actividades o funciones. French (1941) introdujo la noción de integración al campo cognitivo y al área de la integración social.

Para Kris (1956) la diferencia entre la síntesis, organización e integración, se basa en el grado de energía neutralizada o instintualizada; así, la síntesis implica el grado de neutralización más bajo, mientras que el funcionamiento integrativo, que incluye las funciones organizadoras autónomas, usa energía altamente neutralizada.

Reich (1933), Fenichel (1938) y Rapaport (1951) apoyan la idea de que el funcionamiento sintético-integrativo está basado en una serie jerárquica de pequeñas síntesis e integraciones que se sobreponen una a la otra.

Spitz (1965) concuerda con Glover (1930) en que la tendencia integrativa se presenta desde el principio y que aumenta su fuerza gradualmente, pero para ellos, la primera síntesis efectiva se presenta cuando el niño responde al rostro humano con una sonrisa.

Postulan el primer año de la vida del niño en términos de organizadores de la psique, y afirman que de éstos resultarán funciones del YO organizadores y de diferenciación.

Hartmann (1947) afirma que la función sintética se desarrolla paralela y gradualmente con el desarrollo del YO y la formación de estructuras.

Erikson (1956) afirma que la identidad se logra a partir de una síntesis y resíntesis del YO, en la infancia. En 1966 se presenta el modelo de desarrollo del YO cuyos principales mecanismos son la síntesis y la separación, este modelo es presentado por Kernberg, quien afirma que las introyecciones positivas y negativas, originalmente se encuentran separadas, debido a que los afectos primitivos relacionados con ellas se asocian a constelaciones perceptuales diferentes, mismas que el YO en una etapa muy temprana no es capaz de integrar.

Rapaport (1955) considera que la función sintética-integrativa es una función yoica porque el mecanismo principal de la síntesis es eliminar contradicciones en el YO.

Schafer (1968) apoya a Rapaport y añade varios procesos que dan lugar a la síntesis:

- a) Exclusión: rechazando ideas inconsistentes con las organizaciones existentes, a través del juicio y la lógica
- b) Inclusión o coordinación: las ideas que en un principio parecen contradictorias y sin relación después se encuentran consistentes con las organizaciones y se incluyen en ellos, y
- c) Transformación: asimilación de elementos no integrados en las organizaciones principales.

2.12 DOMINIO - COMPETENCIA

Generalmente dominio-competencia no se ve en la literatura psicoanalítica como una función del YO en especial, sino que está incluida dentro de otras y especialmente dentro del funcionamiento autónomo.

La función dominio-competencia se relaciona con la capacidad del individuo para dominar su medio con respecto a sus recursos (White, 1967). Los recursos se incluyen en las otras funciones del YO y por dominio-competencia nos referimos a qué tan bien es utilizado el caudal del YO del individuo en su interacción con el medio. Esta función tiene tres componentes: 1) desempeño objetivo en relación con el caudal, 2) sentido subjetivo de competencia o expectativa de éxito y 3) grado de concordancia entre el desempeño actual y la expectativa.

Freud atribuye el instinto para el conocimiento en parte a la curiosidad sexual y en parte a una forma sublimada, de obtener dominio. En 1911 al hablar del principio de realidad, menciona que éste también implica el trato o manejo con la realidad y aquellas situaciones de dominio que surgen de ella, por lo que la atención, prueba de realidad y pensamientos son necesarios y relevantes a la experiencia de dominio. Es en 1914 cuando describe el sentimiento de autoestima y competencia, siendo generados en gran parte por el logro personal. Explica como la autoestima, aparece con relación a la expresión del tamaño del YO, en el cual se forma a partir de todo lo que una persona posee y logra; aunado a esto están los esfuerzos para lograr el dominio sobre el cuerpo y obstáculos externos, características de la fase anal. En 1920 explica cómo la repetición es una actividad basada en un intento de dominar la situación, por medio de un desempeño activo. En 1938 enfatiza que la principal característica del YO está dada por el aprendizaje para inducir y lograr cambios convenientes en el mundo externo, para su propia ventaja, lograda a través de la actividad.

Hartmann (1939) define la adaptación en términos de dominio de la realidad, productividad, habilidad para gozar la vida y un equilibrio mental. De esta manera enlista tres formas en que la adaptación, teniendo en cuenta su definición, puede suceder: a) adaptación aloplástica, b) adaptación autoplástica, y c) en la cual la "persona escoge un medio ambiente ventajoso, con el fin de lograr un funcionamiento adaptativo" (42).

Hendrick en 1947 define al dominio como un impulso innato en el individuo, con el fin de hacer y aprender cómo hacer. Cameron (1963) estima que los aspectos de la personalidad tales como: adaptación, maduración y dominio, se encuentran sumamente relacionados en cuanto a su presencia o ausencia en un individuo. Considera que la gratificación con descarga directa, en el dominio, surge de una ejecución de maniobras complejas entre sí, y estima que el fin es de menor importancia que el modo en que es conseguido.

White es uno de los autores que han estudiado e investigado más acerca de esta función. En 1959 define competencia como: "la capacidad que tiene un organismo para interactuar activamente con su medio, adquirida lentamente a través de prolongadas ejecuciones de aprendizaje" (43). Estima que la necesidad de motivación para adquirir dicha competencia no puede ser derivada totalmente de fuentes de energía, los impulsos e instintos, sino que existen energías independientes, características del YO, las cuales pueden explicar conductas de: exploración, manipulación, locomoción, lenguaje, habilidad motora, crecimiento de cognición, desarrollo de planes y acciones intencionales.

En 1960 limita el concepto de competencia, señalando que conductas como: la relación sexual, el disfrutar de la comida, amar a los niños, disfrutar de la belleza y el arte, etc., no están directamente relacionadas con la competencia; sin embargo dichas conductas, junto con un sentimiento de competencia son necesarias para llegar a la madurez.

En 1963 distingue varios aspectos de la función de competencia:

1. "Efectancia ("Effectance-efectancia)" (44): la energía que se encuentra detrás del comportamiento, y se refiere a la tendencia activa de manejar y utilizar los esfuerzos con el fin de influenciar el medio..
2. Sentimiento de eficacia: se refiere a la satisfacción que resulta de los esfuerzos producidos en cada transacción individual.
3. Sentido de competencia. término apropiado para definir el lado subjetivo consciente o inconsciente, en el manejo o trato con los aspectos del medio.
4. Competencia: se refiere al resultado acumulativo de la historia de interacciones con el medio, y describe la capacidad existente de una persona, para interactuar efectivamente con su medio ambiente.

White reconoce tres urgencias, disponibles desde el comienzo del desarrollo de la persona:

- a) Efectancia: la cual es una urgencia hacia la actividad motora y sensorial
- b) Agresión: urgencia hacia una destrucción poderosa
- c) Erotismo: urgencia hacia la estimulación placentera de zonas sensitivas.

En 1967 señala que la falta de confianza en uno mismo, da como resultado la ausencia de sentido de competencia, por lo que este aspecto puede ser considerado para definir la salud y neurosis, ya que el sentido de competencia significa el grado en que una persona se puede sentir capaz de producir efectos deseados sobre su medio humano e inanimado, o sea, qué tan capaz se siente de asegurar las metas que son importantes para él, y poder conseguir reacciones de otras personas que él desee.

Añade que cuando el sentido de competencia es establecido en un área, como resultado de manejos exitosos, la ansiedad tiene menos tendencia a irrumpir la actividad en dicha área; contrariamente, cuando la ansiedad se desarrolla en relación con áreas o acciones particulares, el crecimiento de competencia en estas áreas tiende a ser inhibido. También examina las dos primeras etapas del desarrollo, descritas por Freud, con relación a la competencia. En la etapa oral, el juego exploratorio, la interacción activa con el medio y el destete exitoso, le brindan al niño una parte del medio externo; y en la etapa anal, el comportamiento de oposición sirve al niño para

aumentar su control interno, resistiendo así la influencia exterior; añade que es, en esta etapa cuando el niño tiene urgencia de dominar el medio y experimentar éxito o fracaso durante estas etapas, el niño tendrá más facilidad para sentirse competente frente a las demandas del medio socioeconómico en que se encuentre.

Otra clase de dominio activo que es tratado extensivamente, es designado frecuentemente como enfrentamiento.

Visotsky (1961) define al enfrentamiento como una forma de comportamiento característico, bajo un estrés extremo.

Murphy (1962) define al enfrentamiento como aquél proceso de dominio, que involucra el uso simultáneo y sucesivo de nuevos recursos a diferentes retos. Añade que esta habilidad para usar las capacidades integrativas flexiblemente, están dotadas por un equipo congénito. También dice que la capacidad de enfrentarse está correlacionada con factores como: dotación innata, capacidad para la gratificación, habilidad motora y relación madre-hijo, los cuales son aspectos esenciales para lograr un buen funcionamiento de dominio-competencia.

2.13 ÍNDICE DE CITAS

29. Freud, S; Formulaciones sobre los dos principios del acaecer psíquico, Amorrortu, Volumen XI, Buenos Aires, segunda reimpresión, 1990.
30. Bellak y Goldsmith; Metas amplias..., pp.14.
31. Hartmann, H; Ensayos sobre..., pp.47.
32. Kenberg, O; La teoría de las relaciones objetales y el psicoanálisis clínico, Paidós, México, 1994, pp.121.
33. Hartmann, H; Ensayos sobre..., pp.119.
34. IBIDEM, pp.155.
35. Fenichel, O; Teoría psicoanalítica de las neurosis, Paidós, México, 1987, pp. 565.
36. Bellak y Goldsmith; Metas amplias..., pp. 228.
37. Kris, E; Psicoanálisis de lo cómico, Paidós, México, 3^{ra}. Edición, 1985, pp.96.
38. Bellak y Goldsmith; Metas amplias..., pp.230.
39. Fenichel, O; Teoría psicoanalítica de..., pp.73-74.
40. Hartmann, H; Ensayos sobre..., pp.127.
41. Nunberg, H; Principios del Psicoanálisis: su aplicación a..., pp.177.
42. Hartmann, H; La psicología del yo y el..., pp.46.
43. White, R.W; Yo y realidad en teoría psicoanalítica, Paidós, Buenos Aires, 1a. edición, 1973, pp.43.
44. IDEM, pp. 36.

A decorative graphic of a scroll with a vertical spine on the left and a horizontal body. The scroll is outlined in black and has a stippled texture. It is positioned in the center of the page, with the text 'CAPÍTULO III' written on it. The scroll's ends are rounded, and there are small circular motifs at the top and bottom corners of the horizontal part.

CAPÍTULO III

CAPITULO III

“ EL SISTEMA CARDIOVASCULAR Y LOS TRASTORNOS CARDIOVASCULARES “

El sistema cardiovascular tiene como funciones básicas el llevar oxígeno y nutrientes a todos los tejidos del organismo, recogiendo a su vez los productos de deshecho. También participa en la regulación de la temperatura y protección del cuerpo. El sistema cardiovascular está formado por el corazón y la sangre.

3.1 EL CORAZÓN

El corazón aparece hacia la cuarta semana del desarrollo embrionario en forma de un conducto; entre la quinta y octava semana de vida fetal el corazón queda dividido en cuatro cavidades (dos aurículas y dos ventrículos), posteriormente se forman las válvulas aurícula ventriculares, semilunares primitivas y el bulbo da lugar al tronco arterioso (origen de las arterias aorta y pulmonar). "Al final del tercer trimestre de la gestación el desarrollo cardíaco esta prácticamente completo" (45).

Siendo el corazón un órgano muscular hueco, es el principal agente en recibir la sangre de las venas impulsándola hacia las arterias. "Tiene el tamaño de un puño; mide aproximadamente 12 cm de longitud, 9 cm de altura y 6 cm de diámetro anteroposterior. Su peso en el hombre oscila aproximadamente entre los 280 y 340 gramos, mientras que en la mujer su peso aproximado figura entre los 230 y 280 gramos" (46). Es de color rojizo y excepto amarillento en algunas áreas, debido al depósito de materia grasa.

El corazón se localiza por detrás de la parte inferior del esternón, y se extiende hacia la izquierda de la línea media de la cavidad torácica. Es de forma cónica, con la base dirigida hacia arriba, hacia el lado derecho y algo hacia atrás; la punta está en contacto con la pared del tórax en el espacio entre la quinta y la sexta costilla. El corazón se mantiene en esta posición gracias a su unión a las grandes venas y arterias, y a estar incluido en el pericardio (que es un saco de pared doble con una capa que envuelve al corazón) y otra que está unida al esternón, al diafragma y a las membranas del tórax.

La túnica muscular recibe el nombre de miocardio, conjunto de fibras estriadas e involuntarias que presenta dos tipos de tejidos diferenciados: las miofibrillas (de función contráctil) y el tejido de conducción (responsable de llevar el estímulo a la contracción cardíaca). La pared interna del miocardio está revestida por el endocardio (que es la membrana que cubre la superficie interna del corazón), mientras que la exterior la recubre el pericardio. El epicardio es la lámina visceral del pericardio, que se halla en contacto directo con el corazón.

En el interior del corazón hay "dos sistemas paralelos independientes" (47), cada uno formado por una aurícula y un ventrículo comunicados por un orificio, el auriculoventricular, provisto de dos válvulas, la mitral y la tricúspide. Respecto a su posición anatómica, estos sistemas reciben el nombre de corazón derecho y corazón izquierdo

Los ventrículos son cada una de las dos cavidades inferiores, tanto derecha como izquierda; tienen forma de cono invertido, perforado en su base por dos aberturas, y reciben la sangre de las aurículas. Están separados por el tabique interventricular. El ventrículo derecho está situado en la parte inferior derecha del corazón, recibe la sangre de la aurícula derecha a través de la válvula tricúspide, y la expulsa a la arteria pulmonar a los pulmones, donde tiene lugar el intercambio gaseoso, cuya estructura impide que la sangre refluya hacia el ventrículo tras una contracción cardíaca. El ventrículo izquierdo se encuentra situado en la parte inferior izquierda del corazón y expulsa la sangre oxigenada hacia todo el organismo, por medio de la arteria aorta.

Las aurículas, por su parte, son cada una de las dos cavidades superiores del corazón y son las encargadas de recoger la sangre procedente de las venas. Su estructura se compone de paredes delgadas y forma cúbica. La aurícula derecha está situada en la parte superior derecha del corazón y recibe la sangre no oxigenada, procedente de todo el organismo a través de las venas cava superior e inferior. La aurícula izquierda se encuentra situada en la parte superior

izquierda del corazón y recibe la sangre oxigenada procedente de la circulación pulmonar a través de las venas pulmonares.

Para mantener el flujo unidireccional de la sangre, el corazón posee cuatro válvulas:

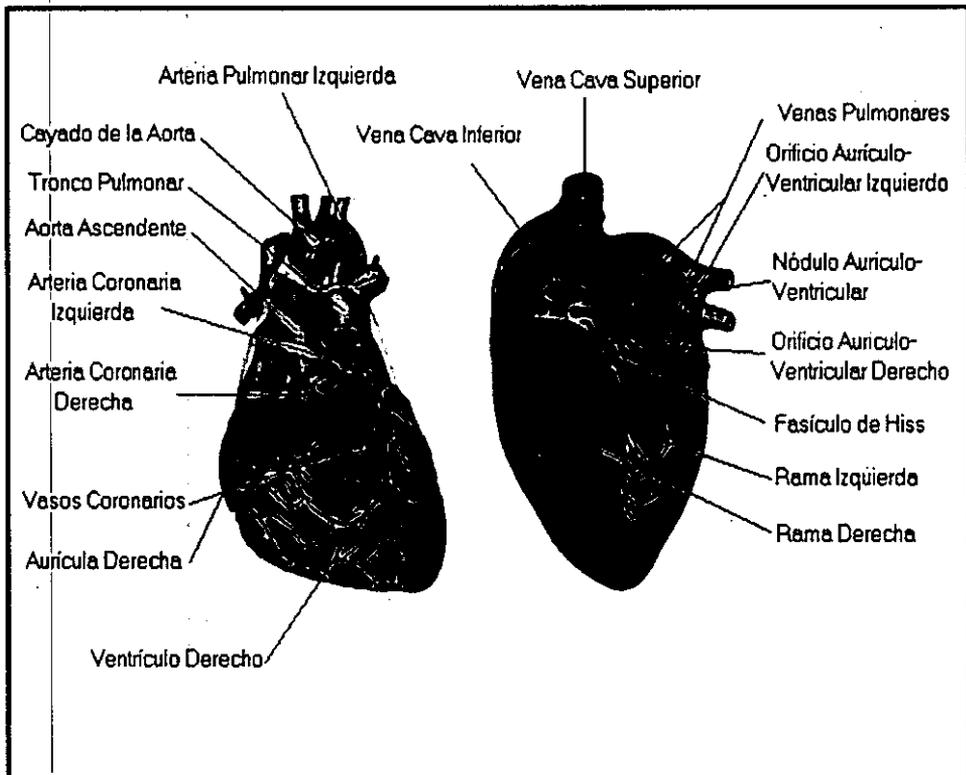
1. Válvula tricúspide: situada entre la aurícula y el ventrículo derecho
2. Válvula mitral: se sitúa entre la aurícula y el ventrículo izquierdo
3. Válvula pulmonar: se encuentra situada a la salida del ventrículo derecho
4. Válvula aórtica: situada a la salida del ventrículo izquierdo

Fisiológicamente, el corazón propulsa la sangre por las presiones que se crean en sus cavidades, de manera que el líquido fluye siguiendo un gradiente de presión. Tales presiones son debidas a contracciones (sístoles) producidas entre períodos de reposo (diástoles). El conjunto de actos sinérgicos que tienen por objeto expulsar la sangre recibe el nombre de ciclo cardíaco. La frecuencia cardíaca varía según las situaciones fisiológicas, lo que permite adaptar el flujo sanguíneo a las necesidades del organismo.

La frecuencia de los latidos del corazón está controlada por el Sistema Nervioso Vegetativo (S.N.V.), de modo que el sistema simpático la acelera y el parasimpático la retarda. Los impulsos nerviosos comienzan a darse en forma rítmica en un nodo o nudosidad nerviosa especial, conocido como seno o nodo sinoauricular, localizado en la aurícula derecha cerca de la vena cava superior.

El corazón produce dos sonidos en cada ciclo del latido. El primer tono es sordo, y está causado por la vibración de las válvulas auriculoventriculares y por la contracción de las fibras musculares ventriculares. El segundo tono es más agudo y se debe al cierre repentino de las válvulas aórticas y pulmonares.

En las enfermedades cardíacas estos ruidos regulares pueden ser reemplazados o estar acompañados por soplos, originados por el paso violento de la sangre a través de orificios o válvulas anómalas.



3.1.1 HEMODINAMIA Y SANGRE

Para llevar a cabo las funciones de nutrición y oxigenación es importante reconocer los procesos que las permiten. Básicamente los procesos implicados son:

- ♥ **Perfusión:** Es el proceso mediante el cual el oxígeno y los nutrientes son llevados a cada célula del organismo, y los desechos metabólicos y el bióxido de carbono son removidos. Para que se lleve a cabo es necesario contar con una integridad de arterias, venas y capilares.
- ♥ **Hematosis:** Es el proceso por el cual la sangre se oxigena en los pulmones.

El intercambio gaseoso se lleva a cabo a través de la membrana alveolo capilar. El oxígeno pasa del interior del alveolo hacia el eritrocito, y el bióxido de carbono para del eritrocito hacia el alveolo.

El "Gasto Cardíaco" (48), es la cantidad de sangre bombeada por cualquiera de los ventrículos en una unidad de tiempo. Este gasto de ambos ventrículos es equivalente. El buen funcionamiento de sistema cardiovascular, también depende del fluido que está contenido en el árbol vascular (sangre).

La sangre es un compuesto líquido de color rojo que se encuentra integrado por: plasma (líquido amarillento compuesto de electrolitos, proteínas y agua). Su función principal es transportar a los elementos formes por todo el organismo para que realicen sus funciones.

Los elementos formes son células especializadas que tienen a cargo funciones específicas: eritrocitos (encargados de transportar el oxígeno y recoger el bióxido de carbono proveniente de las células), leucocitos (son los responsables de los mecanismos de defensa del cuerpo humano), plaquetas (llevan a cabo la función de cohibir y controlar las hemorragias) y la médula ósea roja (localizada en huesos largos) que es la responsable de la producción de elementos formes de la sangre.

El pulso tiene tres formas de comportamiento:

1. Taquicardia: Puede presentarse principalmente en los siguientes casos: grandes esfuerzos corporales, excitaciones psíquicas intensas, fiebre, insuficiencia cardíaca, anemia, trastornos de la respiración, grandes pérdidas de sangre, miocarditis, lesiones miocárdicas, hipertiroidismo y algunas intoxicaciones.
2. La disminución o bradicardia: Puede observarse en estados de hipoalimentación, descensos de temperatura, enfermedades infecciosas (fiebre tifoidea), aumento de presión intracraneal (consecuencia de un tumor o absceso cerebral), trastornos de glándulas internas (debido a una alteración de la función tiroidea), miocarditis y después de ciertas intoxicaciones.
3. La irregularidad o arritmia: aparece en individuos nerviosos, ante envenenamientos (abuso de nicotina), defectos de las válvulas cardíacas, lesiones del miocardio (calcificación de las coronarias) y también por hiperfunción de la tiroides.

Existen los llamados "factores de riesgo" (49) que en determinadas circunstancias y tiempo favorecen la aparición de cardiopatías, aunque estos factores sean de distinta calidad, unos serían subyacentes, otros predisponentes o contribuyentes y otros más desencadenantes pero todos ellos confluyen en un punto final al dañar la pared arterial.

Entre estos factores se encuentran:

1.- Tipo Genético:

Una historia familiar positiva de cardiopatías se considera de alto riesgo y justifica estudiar al paciente en busca de otros factores concomitantes. La mayor incidencia de enfermedades cardiovasculares se da en hombres. La obesidad y la diabetes mellitus, asociada a altos niveles de colesterol, así como la hipertensión arterial sistémica, la arteriosclerosis prematura o enfermedades hipertensivas y muertes derivadas de ellas.

2.- Edad, sexo y raza:

Hay una mayor incidencia de complicaciones de la arteriosclerosis en las personas de edad avanzada que en los jóvenes.

"En los Estados Unidos, la mortalidad por esta causa es casi seis veces mayor en hombres blancos que en mujeres blancas, entre los 35 y 55 años de edad; sin embargo, después de la menopausia, la incidencia de este padecimiento en las mujeres, se acerca rápidamente a la de los hombres" (50).

3.- Química sanguínea:

Elevación de colesterol o triglicéridos, hiperglucemia e hiperuricemia (los niveles de ácido úrico superiores se consideran como un riesgo considerable).

4.- Patología o disfunción de sistemas o de otros órganos:

Hipertensión, diabetes mellitus (los diabéticos tienen una tendencia mayor a la degeneración del tejido conjuntivo, lo cual puede aumentar la propensión a la formación de ateromas), hipotiroidismo (pacientes con mixedema de larga duración pueden presentar cardiopatías, aquéllos con hipertiroidismo parecen estar protegidos), enfermedades renales y gota.

5.- Sedentarismo:

El sedentarismo por sí mismo favorece el depósito de grasa en los tejidos periféricos y la falta de condición física.

Se ha observado que las personas que realizan ejercicio físico programado, desarrollan mejor adaptación de su función miocárdica y posiblemente en algunos se forme en su circulación coronaria, redes colaterales, que es el desarrollo de nuevos vasos arteriales coronarios de diferente tamaño que se agregan a la circulación ya existente, los cuales entran en función al obstruirse alguna porción de la circulación coronaria nativa.

6.- Lugar de residencia:

Chávez (1996) hace referencia a que existe mayor frecuencia de cardiopatías en las "zonas urbanas de mayor concentración demográfica e industrialización en comparación con las zonas rurales" (51).

7.- Costumbres alimenticias:

La situación demográfica y geográfica, explica en la mayoría de los casos, el mayor o menor consumo de grasas, carnes rojas, harinas y calorías, que predisponen importantemente al desarrollo de la arteriosclerosis. Los lípidos del plasma que tienen importancia general son el colesterol, los triglicéridos y los ácidos grasos saturados. Más que los otros lípidos, se ha medido más ampliamente el colesterol, y cuando es elevado, se le asocia con mayor incidencia a las cardiopatías.

8.- Tabaquismo:

El fumador aumenta los niveles de monóxido de carbono y disminuye el oxígeno en su organismo, lo que repercute en funcionamiento del músculo cardíaco. Otro efecto negativo de la nicotina es que al estimular el miocardio aumenta el consumo de oxígeno y puede producir también taquicardia.

9.- Alcoholismo:

La ingesta aguda de alcohol deprime la contractilidad miocárdica en los pacientes con cardiopatía conocida, aunque no se conoce el significado clínico de este hecho. La abstención completa de alcohol es esencial en los pacientes cardíacos.

10.- Respuestas psicosociales:

Los padecimientos del corazón tienen una cierta secuela singular: se viven como una terrible amenaza a la vida, ya que se asocian con la idea de muerte repentina. Las ideas erróneas sobre el diagnóstico mismo, por ejemplo, la confusión de un padecimiento reumático del corazón con un padecimiento coronario, puede traer como consecuencia un indebido temor. Sin embargo, lo que suele ocurrir es que son los factores intrapsíquicos cuyas raíces dinámicas se basan en "temores reprimidos de impotencia, de abandono y de castración, y que circunstancialmente han despertado, los que motivan el agobiante temor a la muerte" (52).

Mientras que el paciente al que le han amputado algún miembro, por ejemplo, no suele pensar que el trabajo dañe su salud, el cardíaco con frecuencia considera el trabajo como un peligro. Su temor exagerado a que cualquier esfuerzo le puede acortar la vida presenta un problema especial en su

psicoterapia y principalmente aparece como un obstáculo para su rehabilitación. Por otra parte, un paciente cardíaco tiene la necesidad defensiva de negar su enfermedad puede ser autodestructivo, por ejemplo el que necesita andar moviendo cosas pesadas de un lado a otro.

Por naturaleza misma el órgano afectado, las enfermedades cardíacas presentan otro problema singular. El corazón es el "símbolo de las emociones básicas humanas: amor, afecto y odio" (53); por lo tanto ocupa un lugar de supremacía entre todos los órganos del cuerpo.

El sistema cardiovascular es un participante especial en los síndromes de afecto; la arritmia, la taquicardia, la disnea, son equivalentes somáticos de la angustia y no necesitan estar relacionadas con los padecimientos del corazón.

Los estudios psicosomáticos han demostrado que el sistema cardiovascular puede responder a situaciones de tensión con un aumento de palpitaciones, con elevaciones de la presión sistólica y con un incremento de la potencia cardíaca. Los cambios fisiológicos y los trastornos en el ritmo autonómico pueden a su vez producir aprensión y poner en movimiento un circuito psicosomático que desafía hasta a quienes poseen el más fino olfato para diagnosticar. Con las manifestaciones de angustia que simulan los síntomas cardíacos, y los estados de tensión crónica que efectúan respuestas fisiológicas internas, el problema de diagnóstico que se crea, alimenta comprensiblemente las preocupaciones hipocondríacas del paciente cardíaco.

Otro de los factores que contribuyen a desproporcionar la incapacidad de algunos de los pacientes cardíacos es lo que ha llegado a conocerse como el factor iatrogénico. Probablemente los médicos contribuyen a promover más la invalidez del paciente cardíaco que la de cualquier otro tipo de paciente.

3.1.2 PATOLOGÍA GENERAL DEL CORAZÓN

La energía de la contracción cardíaca está en relación directa con la longitud total que adquieren las fibras musculares durante la fase de reposo; por ello, si el corazón tiene que trabajar de más (esfuerzos, deportes, etc.), lo primero que hace es dilatarse; se llena más para en la siguiente sístole expulsar más sangre. Esta dilatación, perfectamente normal, es simplemente un mecanismo adaptativo. Pero existe también una dilatación patológica, que sobreviene cuando el músculo cardíaco ha perdido su fuerza por cualquier enfermedad; en este caso, para que pueda impulsarse sangre suficiente en las arterias, el corazón acepta más sangre durante la diástole y fuerza una mayor expulsión al tener mayor longitud las fibras musculares. Pero pronto esta

debilidad muscular no es suficiente para vaciar completamente los ventrículos; la sangre se acumula en las cavidades del corazón, sobre todo durante los esfuerzos. En estos casos, el corazón tiene un segundo recurso: la hipertrofia, el músculo se agranda, aparecen más miofibrillas y éstas se hacen más gruesas. En el deportista sometido a esfuerzos continuados o en los que efectúan trabajos pesados esta hipertrofia es normal, pudiéndose recuperar el tamaño primitivo al cesar la sobrecarga.

Cuando el rendimiento del corazón, en reposo o ante un esfuerzo, "no satisface las demandas periféricas, no impulsa adecuadamente la circulación sanguínea, se produce una insuficiencia cardíaca" (54). Esta alteración de la función básica del corazón puede establecerse de una manera brusca o lenta y progresiva. Pero es la cuantía del trastorno la que adquiere una importancia capital. Puede haber un corazón que por enfermedad se haya hecho insuficiente y fracase en su misión de mantener las constantes circulatorias. Este fallo todavía puede ser suplido por la extraordinaria capacidad de reserva o adaptación del corazón, y sólo se hace aparente mediante exploraciones especiales que ponen a la víscera en condiciones extremas, precisamente cuando ya no puede echar mano de sus reservas; pero la vida activa sin grandes excesos es posible. En estos casos se habla de un corazón compensado. La descompensación sobreviene cuando, ante pequeños esfuerzos, el corazón manifiesta ya insuficiencia; y la descompensación es angustiosa cuando aparece la insuficiencia incluso durante el reposo. Como es natural, un corazón insuficiente, más o menos compensado, siempre muestra signos de dilatación e hipertrofia.

Los pacientes con cardiopatías pueden presentar al médico seis síntomas clínicos fundamentales:

1.- Dolor torácico. Puede asumir uno de los siguientes tipos:

- ♥ Angina de pecho: Este dolor se produce característicamente por el esfuerzo físico o por la excitación emocional; por lo general tiene una duración de 5 a 10 minutos.
- ♥ Infarto del miocardio: Por lo común, se trata de un dolor intenso y persistente, se asocia con datos clínicos reveladores de muerte del músculo cardíaco. Puede estar, o no, asociado con factores desencadenantes.
- ♥ Insuficiencia coronaria: Este tipo comprende diversos síndromes intermedios que se caracterizan por dolor de mayor duración que el de angina de pecho; con frecuencia es más intenso, pero no está asociado con una muerte mesurable del músculo cardíaco.

2.- Síntomas de insuficiencia cardíaca congestiva. Los signos de la insuficiencia cardíaca - y a veces el edema pulmonar franco- pueden hacer que el paciente acuda al médico. El examen

revelará ruidos cardíacos debidos a una disfunción del músculo, ruptura del tabique ventricular o a aneurisma ventricular.

3.- Aumento de tamaño del corazón. El aumento de tamaño puede ocurrir sin insuficiencia cardíaca congestiva; por ejemplo, en los casos de cardiomiopatía consecutiva de una coronariopatía.

4.- Electrocardiograma anormal (ECG). Aun cuando el paciente sea totalmente asintomático, ciertos cambios en el electrocardiograma pueden indicar, de manera acentuada, la insuficiencia coronaria.

5.- Arritmias. Las arritmias corresponden a trastornos en la formación o conducción del impulso.

6.- Muerte súbita. La muerte súbita ocurre dentro del término de una hora, a partir de la aparición de los síntomas. En los pacientes sin enfermedad previa evidente, la muerte repentina se atribuye generalmente a un infarto agudo del miocardio. La mayoría de estas muertes ocurren antes de que el paciente pueda llegar al hospital, y muy probablemente, se deben, en un alto porcentaje de casos, a arritmias agudas.

3.2 CARDIOPATÍAS

Entre todas las enfermedades de la civilización actual son, sin duda, las del corazón y el sistema circulatorio las más frecuentes, ocupando el primer lugar entre las causas de muerte de los países desarrollados. Todo proceso patológico que afecta al corazón con el desarrollo de la medicina en otras áreas se considera que las cardiopatías suponen casi un 50 por 100 de las causas de muerte.

CARDIOPATÍA	SINTOMAS	NATURALEZA Y ORIGEN
<p>Insuficiencia Cardíaca crónica</p>	<p>Disnea, pulso acelerado, coloración azulada de los labios (cianosis), hinchazón en las piernas y catarro bronquial crónico</p>	<p>Los síntomas se manifiestan al disminuir la actividad cardiaca no se puede ya mantener la normal circulación originándose por ello estancamientos de sangre (estasis) a nivel de las grandes venas y en las partes más vascularizadas irrigadas por estos vasos. Retención de sodio (sal común).</p> <p>La insuficiencia cardiaca puede tener diferentes orígenes, los más importantes son:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Desgaste, en personas de edad avanzada 2. Sobrecarga cardíaca, continuada por hipertensión arterial 3. Miocarditis o pericarditis 4. Tras un infarto cardíaco
<p>Lesiones Valvulares</p>	<p>Las lesiones valvulares cardíacas pueden ser congénitas o adquiridas; por otra parte, según el tipo de localización de la lesión, habrá que considerar numerosas y variadas formas.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Disminución de la capacidad de trabajo corporal por cansancio físico, así como por disnea tras esfuerzos ligeros. 2. Con frecuencia, pulso acelerado 3. Frecuentes molestias cardíacas, sensación de opresión, e incluso dolor, en la zona del corazón 4. Desarrollo de insuficiencia cardíaca crónica <p>En las lesiones valvulares congénitas, además de los síntomas anteriores, se presentan:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Cianosis, ya desde el nacimiento o bien pocos años más tarde 	<p>Las lesiones valvulares congénitas asientan en malformaciones patológicas del corazón. Pueden ser de muy diferentes clases. Las malformaciones graves son a menudo incompatibles con la vida. Las malformaciones leves pueden, por el contrario, evolucionar sin manifestaciones patológicas.</p> <p>Entre las lesiones congénitas, las más frecuentes son los defectos del tabique cardíaco (entre las aurículas o entre los ventrículos), debidos a defectos en la soldadura de los extremos del mismo e incluso a su falta total. También los estrechamientos a la salida de las grandes arterias o a la implantación anormal de los grandes vasos en el corazón.</p> <p>Las lesiones adquiridas afectan casi siempre a las válvulas que se encuentran en relación con el ventrículo izquierdo. Es decir, la válvula mitral, que se encuentra situada entre la aurícula y el ventrículo izquierdo, y la válvula aórtica, que está situada a la salida de la aorta en el ventrículo izquierdo. La válvula tricúspide, situada entre aurícula y ventrículo derechos, se ve raramente afectada.</p> <p>Tanto los defectos valvulares congénitos como los adquiridos dificultan la normal circulación de la sangre dentro del corazón. A consecuencia de la aparición de una lesión cicatricial en las válvulas, éstas pueden estrecharse en gran medida y no dejar pasar suficiente cantidad de</p>

	<p>b) Engrosamiento de la punta de los dedos (algunas veces) y abombamiento más o menos intenso de las uñas</p>	<p>sangre (en la estenosis) o su cierre ser imperfecto (en las insuficiencias).</p>
	<p>c) A veces abombamiento del pecho a nivel del corazón.</p> <p>En las lesiones valvulares cardíacas adquiridas se presentan además:</p> <p>a) En la insuficiencia mitral, es decir, insuficiencia en el cierre de la válvula existente entre la aurícula y el ventrículo izquierdos: 1) mejillas y labios azulados; 2) frecuentes irregularidades del pulso.</p> <p>b) En la estenosis mitral, es decir, en el estrechamiento de la válvula mitral, situada entre la aurícula y ventrículo izquierdos: 1) mejillas y labios azulados con frecuencia pulso irregular y 2) en casos graves, expectoración sanguinolenta</p> <p>c) En la insuficiencia aórtica, es decir, en el cierre insuficiente de la válvula situada entre el ventrículo izquierdo y la aorta: 1) aspecto pálido; 2) pulso saltado y de corta duración</p>	<p>La fiebre reumática es la causa etiológica más común de las lesiones valvulares adquiridas.</p>

Insuficiencia coronaria:

Cuando la circulación coronaria no es capaz de satisfacer las demandas de sustancias nutritivas del músculo cardíaco y, por la circunstancia que sea, el aporte sanguíneo se ve dificultado, se produce una insuficiencia coronaria. Clínicamente este déficit puede adoptar dos formas:

- a)- La angina de pecho
- b) El infarto de miocardio

<p>Angina de Pecho (Angor pectoris)</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Presentación súbita de dolor intenso en la región cardíaca, que se irradia con frecuencia al hombro y brazo izquierdo2. Pulso acelerado, frialdad y palidez de la piel frecuentemente con sudor3. Al final del ataque, que puede durar sólo minutos, pero también hasta una media hora, aparición de náuseas y deseos de orinar.	<p>La angina de pecho puede repetirse tras cortos o largos periodos de tiempo (días o meses). Los dolores fuertes indican la falta de irrigación del músculo cardíaco. Es estrechamiento de las coronarias dificulta el flujo de sangre y, con ello, el aporte de oxígeno al tejido cardíaco.</p>
<p>Infarto de Miocardio</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Episodios graves de angina de pecho con dolor intenso al nivel de la región cardíaca, acompañados de sensación de angustia y muerte inminente. Con frecuencia el dolor se irradia hacia el brazo izquierdo, incluso llegando a la mano del mismo lado2. Con frecuencia debilidad, sudoración y a veces desvanecimientos.3. Fiebre moderada	<p>Se trata de la obstrucción total de una rama de las arterias coronarias. Esta obstrucción es producida, generalmente, por un coágulo. Debido a la total obstrucción de la arteria, una zona del músculo cardíaco queda sin irrigación sanguínea, por lo que se infarta, muere. Si una arteria coronaria de grueso calibre se obstruye, puede ser destruida una zona tan grande del músculo cardíaco que se ocasione la muerte súbita.</p> <p>Entre las causas que pueden desencadenar el infarto de miocardio se encuentran también las emociones, tales como sustos, enfados, miedos, sobre todo en individuos con marcada debilidad en su sistema nervioso vegetativo.</p> <p>Hay enfermedades que influyen desfavorablemente en el origen y evolución del infarto de miocardio, entre ellas, además de la angina de pecho, la arterioesclerosis, la hipertensión, la diabetes y la gota, ya que en todas ellas se presentan precozmente lesiones de los vasos.</p>

3.3 EMOCIÓN Y SISTEMA CARDIOVASCULAR

En toda actividad normal participan los órganos internos y los tejidos, aunque gran parte del tiempo no nos demos cuenta de ello. Ante un peligro, una tensión o un conflicto emocional, el organismo responde liberando adrenalina en el torrente sanguíneo, lo que eleva la presión arterial, el corazón varía su ritmo y volumen de sangre que bombea, los pulmones se expanden y se acelera el latido cardíaco. Los médicos se basan en estos cambios fisiológicos para afirmar que los choques emocionales pueden lesionar al corazón, pues es bien sabido que la hipertensión y la taquicardia tienen un efecto nocivo sobre el organismo.

Freud, S. (1900) dedujo de sus observaciones clínicas que ciertas enfermedades están íntimamente ligadas con la historia personal de quienes la sufren, y postuló que las experiencias infantiles emocionalmente cargadas influyen poderosamente en las funciones corporales. Basado en datos recogidos mediante la asociación libre, dedujo que en la génesis de algunos síntomas físicos hay factores psicológicos ocultos.

Estos síntomas expresan los conflictos emocionales profundos. Groleck (1910) hace referencia a que las enfermedades claramente orgánicas, como la fiebre reumática y la taquicardia, son consideradas con significados psíquicos primarios, es decir, que se interpretan como síntomas de conversión, que representaban la expresión de fantasías inconscientes.

Flanders (1945) enfatiza la asociación entre ciertos tipos de personalidad y ciertos síntomas. Leopold y Dillon (1963) mencionan que las alteraciones psicológicas que se presentan como consecuencia a una enfermedad grave, son denominadas como estados pos traumáticos, que de acuerdo con las condiciones psicológicas previas del sujeto, pueden desarrollarse en formas neuróticas, psicóticas e inclusive según Graver (1976) borderline.

Estos modelos difieren las emociones. Dixon (1979) refiere que acontecimientos que amenazan con la sobrevivencia humana, la satisfacción de sus necesidades y objetos o situaciones significativas pueden precipitar un estado de crisis en cualquier persona independientemente de su historia psicológica.

Grinker (1996) menciona la importancia de hacer un análisis global de las enfermedades, de los factores externos (ecológicos, culturales y ambientales) e internos (emoción), de factores genéticos, somáticos y constitucionales.

Por su parte Primbram (1979) para definir y explicar a la emoción elaboró un modelo basado en un análisis nervioso de los hechos fisiológicos y neuropsicológicos señalando lo siguiente: Para poder definir lo que es una emoción se deben de tomar en cuenta cinco puntos:

1. Ubicar a la emoción basada en la memoria y no en los procesos viscerales. De lo cual se desprende que para describir una emoción se necesita evocar experiencias anteriores y relacionarlas con el incidente actual, para esto los procesos cognitivos, incluyendo la percepción, la memoria y la imaginación juegan un papel predominante.
2. La estabilidad (bienestar físico) organizada del organismo (homeostasis) es la línea base desde donde parten las perturbaciones. De tal manera que al existir diferencia entre estos, provocan perturbación. Cuando se pierde la estabilidad, el organismo sufre cambios que se perciben como alteraciones, por ejemplo, cuando una persona se asusta, el corazón se acelera, sudan las manos, siente la presencia de mariposillas en el estómago.
3. Cualquier tipo de emoción: tristeza o alegría, provocan una desorganización neuronal y mental debido a la relación dinámica entre el organismo y el ambiente.
4. Existen cambios en el organismo que el individuo no puede controlar o planear y cuando viene una emoción, el organismo queda bloqueado para recibir otro tipo de estímulo el cual puede ser momentáneo.
5. El control central de regulación que ocurre en las entradas sensoriales periféricas puede ser de dos formas:
 - a) La primera es inhibiendo las entradas periféricas mientras el organismo determina que hacer en una situación y que plan seguir.
 - b) La otra forma es reforzar las entradas, haciendo que el organismo este alerta de los aspectos críticos de la situación ambiental prevaleciente (que la persona este a la expectativa).

Los síndromes preoperatorios tienen lugar, con más frecuencia, como resultado de "temores, fantasías o recuerdos del pasado del paciente que condujeron a determinadas anticipaciones llenas de ansiedad en relación con la cirugía" (55). La ansiedad en este tipo de pacientes es intensa y no responde a los elementos de seguridad, las explicaciones y el tratamiento simpaticizante usuales. Esta ansiedad se relaciona a menudo con las actitudes de la familia hacia los hospitales, los médicos y los tratamientos médicos y quirúrgicos. Las experiencias de la niñez del

paciente podrán haber incluido tanto relatos aterrizantes de médicos y hospitales como experiencias traumáticas.

En algunas ocasiones la pérdida, reemplazo y enfermedad de un órgano tan importante como lo es el corazón, podrá ser suficientemente impresionantes para precipitar un síndrome postoperatorio.

El efecto de la enfermedad o de una operación quirúrgica sobre el aparato mental podría ejemplificarlo en el paciente, que desarrolla un episodio psicótico a continuación de una cirugía de corazón abierto. Este delirio representa la acción recíproca de gran ansiedad, cambios fisiológicos en el cerebro producidos por enfermedad y cirugía, monotonía sensitiva y profunda sensación de sueño en la unidad de atención intensiva.

En la mayoría de los síndromes postoperatorios, "la tensión precipitante comprende amenazas a las funciones autónomas del YO" (56).

La actitud hacia el YO también depende de factores somáticos que pueden ser hereditarios y constitucionales, y que se ponen de manifiesto en la influencia de las inferioridades orgánicas sobre la personalidad.

Una persona con padecimientos coronarios, no solamente está incapacitada para ciertas actividades de personas sanas, sino que también experimenta una pérdida de respeto y prestigio por parte de los demás y por lo tanto hace disminuir de valor su YO. "Sufre un empequeñecimiento del YO. Un complejo de inferioridad hace que mucha gente se vuelva reservada, sensitiva, taciturna y deprimida, en otros puede producir un profundo resentimiento contra la sociedad" (57).

Con frecuencia, la deficiencia o enfermedad de un órgano puede producir compensaciones destacando otras habilidades en las que el individuo supera a los demás o puede tratar de sobreponerse a su enfermedad.

Muchos conflictos que se producen entre el individuo y su medio son conflictos internos proyectados hacia el mundo exterior.

Los tipos de conflicto son:

- a) Fracaso del individuo para desempeñar el papel que se ha asignado a sí mismo o que su familia o la sociedad espera que desempeñe.
- b) Impulsos y restricciones del individuo.
- c) Elección entre dos diferentes metas cuando ambas se consideran de vital importancia.

En todos estos conflictos se encuentra presente un fracaso de la realización del YO, produciendo colapsos nerviosos o síntomas de escape, abstención y obsesiones.

El sentimiento de dependencia al modelo parental inhibe la expansión del YO, la incapacidad para desempeñar un papel aceptado debilita la voluntad y la estabilidad del YO.

3.3.1 RESPUESTAS PSICOLÓGICAS

Las respuestas psicológicas inmediatas más comunes a las enfermedades coronarias son el **miedo y la minimización del peligro**. El miedo supone que la víctima se da cuenta de que sus síntomas significan un ataque al corazón. El miedo intenso puede contribuir el comienzo de arritmias cardíacas letales con inestabilidad eléctrica del corazón.

Los padecimientos coronarios son circunstancias que generan **ansiedad**. El paciente trata de enfrentarse a este suceso inmediato así como a los problemas anteriores; se mostrará abiertamente aprensivo o nervioso. Otras manifestaciones menos francas de la ansiedad son las pesadillas, el habla incesante, una curiosidad intelectual exigente, la hipocondría, y la proyección de sentimientos hacia los demás.

Fenichel (1973) dice que cualquier situación traumática, como una catástrofe y una severa enfermedad, ocasionan que en el individuo se reactiven viejas angustias y conflictos ya superados.

La **curiosidad intelectual** puede manifestarse por el interés intenso de obtener información sobre las cardiopatías o por preguntas constantes acerca de las diversas rutinas físicas y de laboratorio; éstas, obviamente demuestran la preocupación del paciente por su tratamiento y las razones del mismo.

La **hipocondría** es la transferencia de sentimientos de ansiedad y de temor a las dolencias somáticas, como el dolor precordial. Es muy importante saber diferenciar el dolor de angina, del dolor psicogénico; por lo general, este último está más localizado; por ejemplo, alrededor del pecho izquierdo. El paciente puede localizar el dolor, apuntando con su dedo al área; describirlo como agudo, pasajero o punzante y persistente, sin que tales características correspondan al dolor anginoso.

La proyección de los sentimientos se demuestra cuando el paciente protege su YO mediante la misma, atribuyendo subconscientemente sus propios temores a otras personas. Sus expresiones típicas son: -Usted cree que yo he tenido un ataque al corazón-, -Mi hijo cree que yo voy a morir-, o -Mi pareja cree que no podré volver al trabajo-.

Regresión: Puede manifestarse por la dependencia total de los demás, más allá del tiempo durante el cual es necesaria una limitación absoluta de las actividades del paciente, que no tiene interés en asumir responsabilidad alguna respecto a sí mismo; se acuesta en la cama, se tapa con las cobijas y pretende dar la impresión de desamparo.

Temor a la muerte y a la invalidez: Los padecimientos coronarios amenazan la integridad total del paciente, así como sus sentimientos de autovaloración y de utilidad para los demás. Si esta amenaza es deprimente, el individuo tratará de proteger lo poco que cree que le queda, resignándose a una vida de dependencia; más aún: el paciente masculino que siente una pérdida de su masculinidad y teme la invalidez, puede reaccionar, sacando el pecho, flirteando y presumiendo.

Si no se revisa el plan de cuidados del paciente, en la fase aguda, éste puede conservar ciertos **recelos**: a) temor a la actividad, b) miedo a la repetición del infarto y a la muerte súbita, y c) temor a tener un corazón frágil. Asimismo, estos **temores** pueden ser aumentados por algún miembro de la familia que no se haya formado una idea real del padecimiento. Un temor no disipado puede hacer que el paciente se convierta en un inválido cardíaco.

Depresión: Es ésta una reacción inicial y natural, debida al padecimiento cardíaco. En principio el paciente experimenta un período de aflicción durante el cual se lamenta de la pérdida de su salud; los signos son anorexia, insomnio, apatía, retraimiento y llanto. Periódicamente el paciente sufre etapas de depresión, que se acentúan al regresar al hogar. Mac Gregor (1990) define a la depresión como una alteración en la esfera afectiva del sujeto, caracterizada por un talante consistente de tristeza, desesperanza, sentimientos de inadecuación, de minusvalía, que en algunas ocasiones suele llegar al grado de desear la muerte e incluso llegar al suicidio.

La negación interfiere en el proceso de decisión de buscar ayuda inmediata. El resultante retraso en iniciar el tratamiento puede ser fatal. Los pacientes con una historia de cardiopatía

tienden a retrasar la solicitud de ayuda más que las personas jóvenes que tienen su primera experiencia de dolor en el pecho o de disnea.

La **educación** de los pacientes con alto riesgo, como los que tienen una historia de infarto anterior, podría reducir la tendencia a retrasar la búsqueda de ayuda.

Estrés: Lifton y Olson (1976), encontraron que en el estrés extremo que se ejerce sobre la personalidad, tiene mayor precedente sobre la psicopatología que se desarrolla que la predisposición en sí. Selye (1995) afirma que el conflicto entre el ser y el ambiente pone a andar un mecanismo automático de defensa que afecta a todo el aparato cardiocirculatorio (vasoconstricción, hipertensión y taquicardia), y provoca sufrimiento miocardiaco, especialmente en los casos en donde se reduce el aporte de oxígeno a través de las arterias coronarias frente a una demanda en aumento. También se refiere a las situaciones sociales y estados psicológicos tales como conflictos, frustraciones, pérdidas y amenazas que pueden activar emociones y producir cambios fisiológicos. Esta forma de estrés actúa a través de la actividad simbólica y de las emociones que suscita.

Para que un estímulo psicológico sea estresante, dice Lazarus (1994), necesita ser experimentado por el individuo como una amenaza grave a su bienestar. Es aquí cuando se ponen en juego mecanismos encaminados a reducirlo o eliminarlo. Un conjunto de experiencias afectivas, manifestaciones motoras y reacciones fisiológicas son intentos defensivos del individuo en una condición de estrés.

Kinston y Rossen (1974), refieren que la personalidad que tiene una variedad de tensiones y afectos acumulados que resultan en un aumento de tensión en el YO y eventualmente en la falta de respuesta adaptativa; obligan al YO a desarrollar una organización que intenta preservarlo y protegerlo.

Spielberg (1980) define a la **tensión** como un complejo proceso psicológico que comprende tres elementos principales, se inicia con un estímulo peligroso o nocivo (agente productor de tensión). Si el agente se percibe como peligroso se produce una reacción ante la percepción de la amenaza. La tensión entonces puede ser definida como la interacción entre la persona y el ambiente en el cual los estímulos se unen a las reacciones de ansiedad a través de la percepción de la amenaza.

3.33.2 PERSONALIDAD TIPO A

Jenkins, Rosenman (1967); Friedman y Rosenman, (1974); Jenkins (1976) han demostrado que hay un tipo de conducta de confrontación que incrementa la propensión a padecimientos cardíacos. Los médicos por lo general reconocen el hecho de que los hombres de negocios sujetos a intensas presiones, los emprendedores, están especialmente propensos a los padecimientos cardíacos. Se ha descubierto que varios factores cognoscitivos son característicos de estos hombres propensos a los males coronarios: los sentimientos de la premura de tiempo, una sensación de exigencias externas inexorables, intensas pugnas por alcanzar el logro, competitividad, impaciencia fácilmente provocada, brusquedad en los gestos y en el modo de hablar, vigor y hostilidad agresivos y patrones de conducta de actividad compulsiva concebidos para protegerse del daño inminente. Esta conducta se ha denominado conducta tipo A, propensa a padecimientos cardíacos.

Ciertamente los rasgos de carácter pueden significar una mayor propensión a las enfermedades cardíacas. Según varios estudios, la gente de tipo A está más expuesta a un ataque cardíaco que la de tipo B de la misma edad, sexo y tipo de trabajo. Un cambio de conducta puede ayudar a los de tipo A a reducir el riesgo.

Por otra parte, Ferrer y Donahí (1991) establecen los dos tipos de personalidades: "los individuos de tipo A son excesivamente competitivos, inquietos y muy conscientes del tiempo y poco pacientes; en cambio los de tipo B son muy tranquilos, tolerantes y no llevan una vida tan agitada como los del tipo A" (58).

- ♥ **PRISA:** El sujeto tipo A siempre tiene que hacer, nunca le sobra tiempo, abarca infinidad de actividades, no sólo se esfuerza en hacer las cosas en poco tiempo, sino llenar la misma cantidad de tiempo con más actividades. Es el tipo de persona que mientras se entera de las noticias del periódico se rasura y toma su jugo. Esta prisa también tiene manifestaciones verbales, sigue la conversación de su interlocutor, lo carrerea con gestos y ademanes, completa las frases, es obsesivamente puntual, exigen velocidad en las personas y la lentitud le causa enojo y frustración.

- ♥ **COMPETITIVIDAD:** El sujeto aparentemente es muy seguro de sí mismo, encerrando dentro de esa seguridad una inseguridad muy grande, es inconscientemente competitivo, siempre quiere superar a los demás y obviamente no siempre gana, frustrándose ante tales casos. Cada éxito reafirma su conducta preparándolo para otro triunfo, los fracasos le despiertan el fantasma de la inseguridad al que sólo aplacarán nuevos éxitos o conquistas.

- ♥ **HOSTILIDAD:** Entendiéndose como la agresividad que no degenera en violencia física enérgica; es una agresividad más verbal que motor, más amenazadora que real. El sujeto tiene una elevada probabilidad de ser frustrado por acontecimientos que a muchas personas no impactan, ante la frustración reaccionará con ira que casi siempre es ideacional (fantasías hostiles) y verbal (insultos y sarcasmos); este tipo de desahogo rara vez es suficiente.

Toda esta serie de características llevan al individuo a un estado permanente de estrés y tensión, ya que siempre están a la defensiva. Ante esta situación, el organismo se altera permaneciendo en un estado continuo de alerta, preparándose para atacar o huir.

Mac Dougall, Shields y Dembroski (1987) hicieron un estudio de tiempo de reacción para establecer una comparación entre un grupo de individuos de tipo A y gente del tipo B, que no manifiestan estas conductas propensas a padecimientos cardiacos. Las instrucciones para el desempeño de la tarea ponían de relieve la necesidad de lograr un desempeño rápido y preciso. Los sujetos del tipo A manifestaron más incrementos en el ritmo cardíaco y en la presión sanguínea sistólica, lo que hace pensar que en el curso cotidiano de la presión de los acontecimientos que enfrentan, reaccionan con mayor excitación simpática que los del tipo B.

Waldron, (1986); refiere que las presiones sociales relacionadas con los papeles de los hombres en nuestra sociedad los empujan a adquirir el patrón de comportamiento propenso a padecimientos coronarios, y que esto constituye una aportación fundamental al mayor riesgo que tienen los hombres de padecer de enfermedades cardíacas coronarias.

Bellak y Haselkorn (1986), basándose en el material de su estudio no lograron determinar ninguna constelación específicamente emocional que pudiera correlacionarse significativamente con el desarrollo de los padecimientos coronarios. Averiguaron, sin embargo, que los pacientes que tenían una "historia premórbida de conducta sobrecompensatoria, de constante competencia y

agresividad (utilizada como una negación contra una excesiva pasividad subyacente) parecían estar emocionalmente más amenazados por el padecimiento coronario" (59).

A estos pacientes la enfermedad cardíaca les impedía salidas para la descarga de angustia mediante una actividad excesiva. El conflicto psíquico resultante acentuaba aún más el problema psicosomático.

Boss, Staechlin y Condran (1996) refieren que los sujetos afectados por trastornos de las coronarias, especialmente si existe una tendencia hacia el infarto, están casi constantemente sometidos a "tensiones psíquicas anormalmente altas a una sensación de opresión, mientras que su excesiva emotividad los empuja a actuar en forma agresiva y obsesiva" (60).

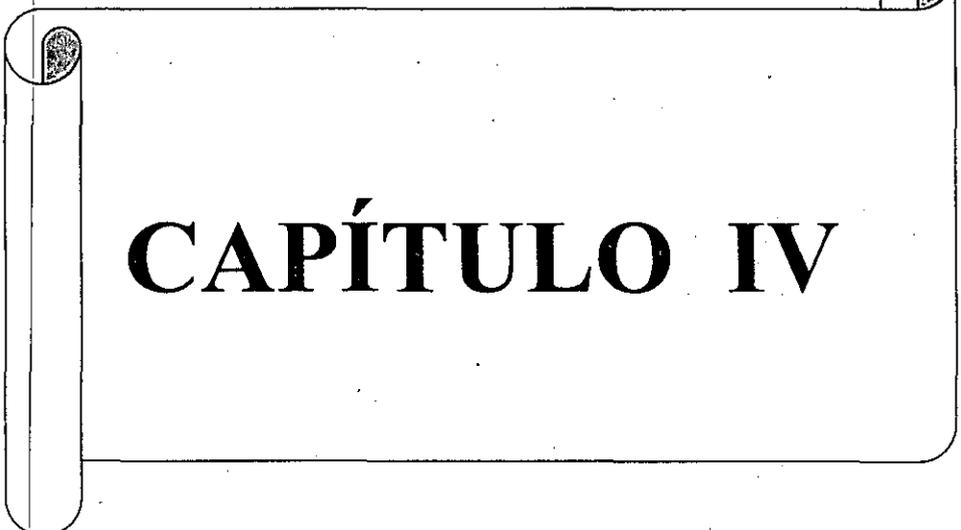
Se trata de sujetos prisioneros de una tensión existencial que los vuelve ambiciosos, quisquillosos, inflexibles, mientras que en ellos, simultáneamente, se abre paso una sensación de angustia provocada por una oscura previsión de que no podrán salir de esa cárcel.

Wauthier (1996) examinó estadísticamente las características psicológicas de pacientes con cardiopatías y encontró que se trata de sujetos hiperactivos, con alto espíritu competitivo, rígidamente respetuosos de la autoridad, de imaginación escasa, que no gustan de improvisación y reducen al mínimo las actividades sociales y familiares, poseen pensamiento operativo (pobreza de lenguaje, escasa imaginación, propensión a expresar juicios en forma cuantitativa, con cifras más que con expresiones simbólicas) y representan el tipo de hombre más cotizado en la sociedad científica y tecnológica de nuestros días. Desde el punto de vista psicodinámico, estos sujetos poseen una característica concepción de la vida, como enérgica afirmación del SUPERYO, y una notable tendencia al narcisismo

Se ha dicho que la vida de las personas que dirigen, ejecutan o soportan graves responsabilidades, los ejecutivos, han de tomar decisiones cuya trascendencia repercute en su estado físico-anímico.

3.4 ÍNDICE DE CITAS

45. Quiroz G. F; Anatomía Humana, Porrúa, México, 1989, pp.366.
46. Lockhart y Hamilton; Anatomía Humana, Interamericana, México, 1994, pp.289.
47. Andreoli, Hunn, Zipes y Wallace; Cuidado integral del paciente cardíaco, Trillas, México, 1995, pp.9.
48. Cristopher, F.P; Cardiología, Manual Moderno, México, 1993, serie Práxis clínica, pp.435.
49. Enciclopedia Encarta; Artículo del corazón, Microsoft, 1998.
50. Stuckey, Robert; Manual médico del sistema cardiovascular, México, 1997, Interamericana, pp.135.
51. Catherine Parker A; Anatomía y fisiología del corazón, México, 1993, Interamericana, pp.232.
52. Cameron, N; Desarrollo y psicopatología de la personalidad. Un enfoque dinámico, Trillas, México, segunda edición, 1990, pp.672.
53. Bellak. L. y Small L; Psicoterapia breve y de emergencia, Manual Moderno, México, 1990, pp.209.
54. Espino Vela, J; Introducción a la cardiología, Manual Moderno, México, 1995, pp.418.
55. Mackinnon, R. y Michels R; Psiquiatría clínica aplicada, Interamericana, 1992, pp.347.
56. IBIDEM, pp.347
57. Kolb L.C. y Brodie H.K; Psiquiatría clínica, Interamericana, 10a edición, México, 1988, pp.537.
58. Revista de Suscripción médica; artículo El candidato perfecto a un ataque al corazón, año 20, No. 230, 1997, pp.21.
59. Bellak, L. y Siegel H; Psicoterapia breve..., pp.210.
60. Revista de Suscripción médica, artículo El candidato..., pp.21.

A decorative graphic of a scroll with a vertical bar on the left side and a small circular emblem at the top right corner. The emblem contains a stylized tree or plant.

CAPÍTULO IV

CAPITULO IV

METODOLOGÍA

4.1 Planteamiento del problema

El YO como estructura del aparato psíquico, es un constructo que representa la unión de varias funciones, cuya finalidad es la de producir una adaptación psicosocial, requiriendo una evolución de actitudes interpersonales establecidas, para que el individuo cree consistencia en otras funciones.

Es importante hacer énfasis en la interrelación e interdependencia de las funciones del YO, aislar una sola sería artificial. Entender de esta manera los conceptos nos permite realizar una evaluación global y a la vez específica, puesto que el funcionamiento general puede verse disminuido por una situación externa que afecta una o varias funciones, algunas quizá sufrirán una disfunción directa, otras tal vez se verán afectadas o tendrán que trabajar más para el mantenimiento de la estructura.

Tomando en cuenta la importancia de las funciones del YO en los pacientes con cardiopatías, surge el siguiente planteamiento:

- ¿ Existirá alguna diferencia significativa en los pacientes cardiópatas durante la hospitalización por cirugía, y al año de ésta, ante la presencia de nuevos elementos de enfrentamiento a la vida en cuanto a los niveles del funcionamiento del YO ?

4.2 Objetivo general

Identificar si existen diferencias significativas en el nivel del funcionamiento Yoico en pacientes cardiopatas durante el periodo de hospitalización por cirugía y al año de ésta, ante la presencia de nuevos elementos de enfrentamiento a la vida.

4.2.1 Objetivo específico

Brindar información para elaborar planes y programas estratégicos de intervención al personal médico, de salud mental (psiquiatras y psicólogos) y a los familiares, con la finalidad de fortalecer y beneficiar el funcionamiento Yoico de los pacientes.

4.3. Tipo de investigación

El presente estudio es descriptivo debido a que nuestro interés está enfocado en la evaluación de las doce funciones del YO y el nivel de adaptación o desadaptación en los pacientes cardiopatas, para así poder obtener un perfil de dicho funcionamiento.

El diseño fue de un solo grupo con pretest y postest. Al comparar el cambio en algún índice de las funciones yoicas de los pacientes, produciéndose un cambio entre la primera y la segunda medición.

4.4 Hipótesis

4.4.1 Hipótesis Nula (H_0)

No existe diferencia significativa en los niveles del funcionamiento del YO en pacientes cardíopatas durante el proceso de hospitalización por cirugía, y al año de ésta, ante la presencia de nuevos elementos de enfrentamiento a la vida.

4.4.2 Hipótesis Alterna (H_a)

Existe diferencia significativa en los niveles del funcionamiento del YO en pacientes cardíopatas durante el proceso de hospitalización por cirugía, y al año de ésta, ante la presencia de nuevos elementos de enfrentamiento a la vida.

4.5 Variables

Variable Independiente (VI)

- ♥ Cardiopatía y cirugía

Variable Dependiente (VD)

- ♥ Funciones del YO

4.5.1 Definición Conceptual:

- ♥ Cardiopatía.- afección cardíaca que padece una persona
- ♥ Cirugía.- Operación e intervención de un órgano para examinar y tratar de dar una cura a dicha anomalía
- ♥ Funciones del YO.- Marco conceptual del constructo psicoanalítico del YO, que permite relacionar las 12 funciones del YO con la naturaleza de las cualidades y cantidades del impulso. Contenidos, procesos o resultados mentales

4.5.2 Definición Operacional:

- ♥ Cardiopatía.-
 - 1) Insuficiencia cardíaca (incapacidad de bombear un volumen adecuado de sangre a la presión necesaria para que pueda llegar a los principales órganos del cuerpo)
 - 2) Lesión valvular (malformación patológica del corazón que afecta a las válvulas y ventrículos, dificultando así una circulación normal de la sangre dentro del corazón)
 - 3) Infarto (hinchazón u obstrucción, total de una rama de las arterias del corazón, provocando coágulos)

4) Angina de pecho (síntoma causado por estrechamiento de las coronarias que dificulta el flujo de la sangre provocando así una insuficiencia de oxígeno al corazón)

5) Síncope (suspensión repentina de los movimientos del corazón y la respiración)

♥ Cirugía.-

a) Transplante de corazón

b) Implantación quirúrgica de una válvula cardíaca (técnica que consiste en colocar, reemplazar o limpiar una obstrucción valvular)

c) Marcapasos (aparato eléctrico que sirve para estimular el ritmo cardíaco)

d) Cateterismo (acto de introducir un catéter en un conducto o cavidad del corazón)

♥ Funciones del YO.-

Puntaje obtenido a través del cuestionario de Evaluación de las Funciones del YO (EFY), por medio del sistema de calificación de Bellak y Goldsmith (1988).

4.6 Descripción de la muestra

El presente estudio se llevó a cabo en el Hospital Regional Primero de Octubre del ISSSTE. La muestra fue accidental y no probabilística, debido a que los pacientes estudiados fueron los que se encontraban internados en el área de Unidad de Cuidados Coronarios (UCC), urgencias y hospitalización de dicho hospital. Cuyos antecedentes y diagnósticos clínicos actuales era el presentar alguna cardiopatía, por la cual se debiera merecer una operación quirúrgica

La muestra estudiada fue de 80 pacientes, de los cuales el 65% pertenecían al sexo masculino y el 35% restante eran del sexo femenino. Las edades oscilaron entre los 32 y 83 años. Todos los pacientes eran de nacionalidad Mexicana. El 72.5% con residencia en el Distrito Federal, mientras que el 27.5% restante eran residentes de diversas entidades Federativas.

Estuvieron representadas las categorías socioeconómicas en cuatro niveles:

- a) bajo
- b) medio bajo
- c) medio
- d) medio alto

Al igual que su estado civil:

- a) soltero
- b) casado
- c) divorciado o separado
- d) viudo

Su escolaridad incluía desde primaria hasta nivel licenciatura.

Al año se aplicó un retest, logrando recuperar tan solo a 50 pacientes de los ya mencionados. Con los 30 restantes fue imposible su revaloración por causas diversas tales como: defunción, lugar de residencia (entidades Federativas) y renuencia.

4.7 Materiales

Para la realización de la presente investigación se contó con el apoyo del siguiente material:

- ♥ Expedientes clínicos del hospital
- ♥ Entrevistas
- ♥ Fichero de datos sociodemográficos
- ♥ Cuestionario de Evaluación de las Funciones del YO (EFY)
- ♥ Manual de calificación de las funciones del YO
- ♥ Lápices, hojas, gomas
- ♥ Apoyo bibliográfico y computadora

4.8 Instrumento de medición

Para la presente investigación se utilizó el test de Evaluación de las Funciones del YO "EFY", rediseñada y actualizada por Bellak y Goldsmith (1988) como un tentativa de simplificar la evaluación a través de un método de cuestionario, siendo ésta una versión de la Evaluación Clínica de las funciones del YO de Bellak y colaboradores (1973).

Se eligió esta prueba porque nos interesa evaluar el funcionamiento yoico de los pacientes cardiopatas, y porque con la EFY se pueden obtener datos más uniformes y más fácilmente comparables que los proporcionados por otras pruebas psicológicas. Además, es útil para la investigación en la medicina psicosomática ya que ofrece algunas definiciones de las características de la personalidad. Para la psiquiatría y psicología de enlace ayuda a prevenir psicosis postoperatorias, especialmente en cirugías mayores. Y porque constituye un método estadísticamente válido y confiable para evaluar la personalidad y sus disfunciones, es en sí una herramienta útil no solo dentro del campo de la medicina, psiquiatría y psicología.

La EFY es un test autoadministrable y puede ser aplicado en forma individual y colectiva. Una vez que se ha proporcionado el material, se les da la instrucción de anotar la respuesta más exacta a cada pregunta de acuerdo a la oración. Esto es, que el sujeto deberá leer cuidadosamente cada una de las preguntas y marcar con una "X" la respuesta posible a su situación.

La EFY esta compuesta de 12 subpruebas en forma de cuestionario que evalúan el nivel adaptativo actual de cada una de las funciones del YO:

- I) Prueba de realidad
- II) Juicio
- III) Sentido de Realidad y del sí mismo (self)
- IV) Regulación y control de impulsos, afectos e instintos
- V) Relaciones objetales
- VI) Procesos del pensamiento
- VII) Regresión adaptativa al servicio del YO (RASY)
- VIII) Funcionamiento defensivo
- IX) Barrera a los estímulos
- X) Funcionamiento autónomo
- XI) Funcionamiento sintético-integrativo
- XII) Dominio-competencia

Cada subprueba contiene 10 reactivos haciendo un total de 120 preguntas. Cada una de las cuales tienen 3 respuestas posibles:

- a) Rara vez
- b) Algunas veces
- c) Con frecuencia

El rango de valor para las respuestas es de 0 a 2 puntos. Es posible una calificación total de 20 para cada función del YO indicando el nivel más alto de funcionamiento adaptativo. Mientras que una calificación de 0 indica el nivel más bajo de funcionamiento adaptativo.

(Ver Apéndice 1)

Para describir el funcionamiento del YO de un individuo en forma cuantitativa, fue necesario que en la creación de la EFY se desarrollara una escala de evaluación para cada una de las 12 funciones del YO. La cual fue elaborada por Bellak y colaboradores (1968-1988), en forma de un Manual de Calificación de las funciones del YO.

Cada una de las 12 escalas de las funciones del YO es una escala ordinal. Las variables son medidas en un continuo de 7 puntos y son numeradas del 1 al 7, las cuales son calificadas por medio de la regla de 3. Donde el punto modal 1 representa la calificación más desadaptativa de la función que se está evaluando, y el punto modal 7 representa la más adaptativa.

- 1) Deterioro Máximo
- 2) Disturbio Severo
- 3) Mayor disturbio
- 4) Disturbio Medio
- 5) Disturbio Mínimo
- 6) Funcionamiento Normal o promedio
- 7) Funcionamiento extraordinario

Además de la Evaluación de las Funciones del YO, se elaboró un fichero en el cual se obtuvieron datos sociodemográficos y clínicos. Éstos incluyeron:

- ♥ Nombre
- ♥ Edad
- ♥ Sexo
- ♥ Estado civil
- ♥ Nivel socioeconómico
- ♥ Lugar de residencia
- ♥ Teléfono
- ♥ Domicilio
- ♥ Número de expediente
- ♥ Antecedentes clínicos
- ♥ Duración de la enfermedad
- ♥ Tipo de cardiopatía

(Ver Apéndice 2)

4.9 Procedimiento

Para la realización de la presente investigación se solicitó la autorización del personal a cargo del Hospital Regional Primero de Octubre, ISSSTE; citándoles que el objetivo principal de dicho estudio es el de saber si existen diferencias significativas en las funciones del YO en los pacientes cardiopatas durante el proceso de hospitalización por cirugía y al año de ésta, ante la presencia de nuevos elementos de enfrentamiento a la vida.

Otorgada tal concesión se procedió a visitar a los pacientes que estaban internados en las áreas de Unidad de Cuidados Coronario (UCC), Urgencias y Hospitalización. Se estudiaron expedientes clínicos del hospital, verificando que todos los pacientes a estudiar fueran programados para cirugía por primera vez a causa de alguna afección cardíaca.

Al comienzo de la entrevista se proporcionó al paciente una explicación detallada del estudio. Si el paciente elegía participar se le especificaba que al año se le iba a aplicar la prueba (retest), cuya finalidad era la de comparar el nivel del funcionamiento Yoico.

El proceso de entrevista comenzó con la obtención de datos sociodemográficos, ya que algunos no se encontraban disponibles en los expedientes clínicos de dicho hospital.

Se estableció rapport, se les pidió su cooperación para llevar a cabo la administración de la prueba (EFY), dando las instrucciones en forma individual de la siguiente manera: -Éstos cuestionarios (se les mostró el cuestionario de Evaluación de las Funciones del YO- contienen una serie de preguntas, luego de que se las lea, haga el favor de responder lo más sinceramente a cada pregunta, de acuerdo a la situación por la que Usted esta pasando, tiene tres tipos alternativos de respuesta: a) rara vez, b) algunas veces y c) con frecuencia (dependiendo de la prueba). A todos éstos pacientes se les leyó todo el cuestionario, debido a su estado de salud y a la imposibilidad que representaba para ellos el poder sentarse o recargarse para poder escribir, ya que permanecían en cama.

Una vez concluida la prueba, se procedía a dar las gracias por su colaboración y se siguió manteniendo contacto con éstos pacientes por medio de llamadas telefónicas para la recuperación de una segunda aplicación que sería al año de su intervención quirúrgica, para una reevaluación de dicho cuestionario.

El tiempo de duración de este cuestionario fue aproximadamente de 50 a 90 minutos.

La realización de este procedimiento fue de Julio a Diciembre de 1998.

Para la segunda evaluación que fue al año, se pudo recuperar un total de 50 pacientes, ya que los 30 restantes fue imposible hacerles una reevaluación por diversas causas tales como: defunción, renuencia y porque otros vivían en diversas entidades Federativas. Fueron nuevamente citados los 50 pacientes al año de su intervención, en el mismo hospital, pero en el área de consulta externa, el hospital nos proporcionó consultorios para poder evaluarlos.

El procedimiento fue el mismo, se dieron las mismas instrucciones y se les pidió nuevamente su cooperación para la aplicación de dicha prueba. Aquí los pacientes ya podían llenar por mano propia el cuestionario (EFY).

Esta última evaluación se llevó a cabo de Julio a Diciembre de 1999.

El tiempo de duración del cuestionario fue aproximadamente entre 50 a 60 minutos.

4.10 Tratamiento Estadístico

Para determinar si es que existe una diferencia significativa en el nivel del funcionamiento yoico en los pacientes cardiópatas se obtuvo el perfil de estos a través de 80 pacientes con las características ya citadas. Debido a la no-existencia de un patrón ideal contra el cual comparar, se les aplicó nuevamente la prueba psicológica de la Evaluación de las Funciones del YO (EFY), un año después de haber sido sometidos a intervención quirúrgica, obteniéndose nuevamente el perfil para determinar la posible existencia de variaciones en las funciones antes y después de haber sido intervenidos.

Para el análisis estadístico se emplea la "t" de Student, por las siguientes razones:

- ♥ Se realiza una comparación entre medias de muestras ordenadas en un diseño de panel "antes-después".
- ♥ Se tienen los puntajes a un nivel de medición intervalar.
- ♥ Suponemos que las características de la muestra están normalmente distribuidas.
- ♥ El error estándar de la población se desconoce y se está obteniendo a partir de los datos de la muestra.

La prueba "t" debe interpretarse con referencia a los grados de libertad, los cuales varían directamente con el tamaño de la muestra y van a determinar la forma de la distribución muestral de diferencias.

Mientras mayor es el tamaño de la muestra, mayores son los grados de libertad y mientras mayores sean estos, más se acercará la distribución de diferencias a una aproximación de la curva normal.

Cuya fórmula es:

$$\sigma = \sqrt{\frac{\sum X^2 - \frac{(\sum X)^2}{n}}{n}}$$

Donde:

$\sum X$	=	Total de las puntuaciones
$\sum X^2$	=	Total de las puntuaciones al cuadrado
σ	=	Desviación estandar
n	=	Total de sujetos participantes

Para encontrar la desviación estándar para la diferencia entre el tiempo 1 y el tiempo 2 se utilizó la fórmula:

$$s = \sqrt{\frac{\sum D^2 - (X_1 - X_2)^2}{N}}$$

Para el error estándar de la diferencia:

$$\sigma_{\text{dif}} = \frac{s}{\sqrt{N-1}}$$

Para la diferencia entre las medias muestrales en unidades de error estándar de la diferencia:

$$t = \frac{X_1 - X_2}{\sigma_{\text{dif}}}$$

Donde:

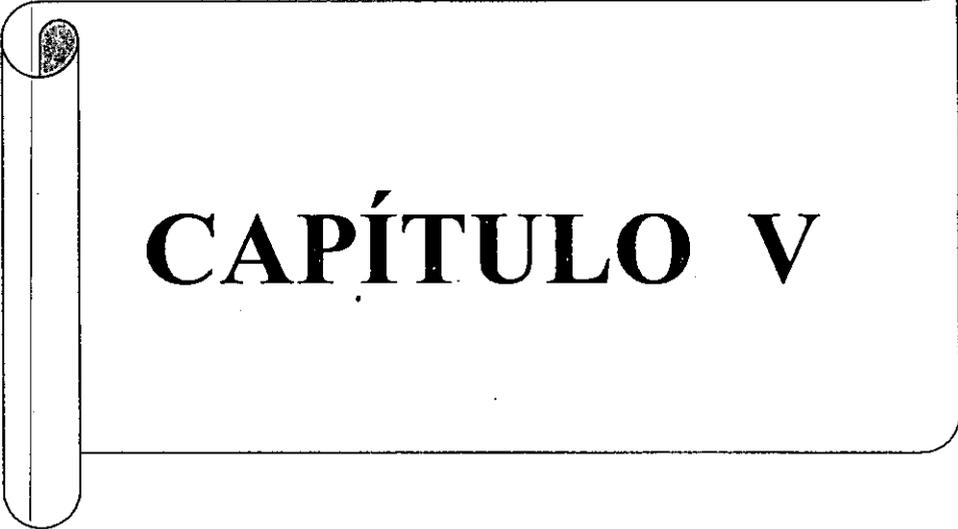
t	=	Total de significancia
X1	=	Media del primer tiempo
X2	=	Media del segundo tiempo
σ_{dif}	=	Total de la desviación estandar

4.10.1 Reglas de decisión

- a) Se acepta H_0 si el valor calculado de "t" es mayor o igual a -t crítica pero, menor o igual a +t crítica.
- b) Se rechaza H_0 y se acepta H_1 si el valor calculado de "t" es menor a -t crítica o mayor a +t crítica.

En el presente caso se está considerando una prueba bidireccional pues creemos que algunas funciones pudiesen aumentar de valor mientras que otras pudiesen disminuir y, estamos interesados en discriminar ambos cambios.

La probabilidad de error $\alpha = 0.05$, es decir, el nivel de confianza se fija en el valor del 95% lo que significa que aunque esta prueba se realizó sólo una vez, si la realizáramos 100 veces con muestras del mismo tamaño (aunque los valores cambien), en 95 de ellas obtendríamos exactamente las mismas conclusiones.

A decorative graphic of a scroll with a vertical spine on the left and a horizontal body on the right. The scroll is outlined in black and has a stippled texture on its top and bottom edges. The text 'CAPÍTULO V' is centered within the horizontal body of the scroll.

CAPÍTULO V

“ CAPITULO V “

“RESULTADOS “

Una vez aplicados los estadígrafos se obtuvieron los siguientes resultados:

$$X1 = \frac{\sum X1}{N} = \frac{2842}{50} = 56.84$$

$$X2 = \frac{\sum X2}{N} = \frac{2672}{50} = 53.44$$

Para encontrar la desviación estándar para la diferencia entre el tiempo 1 y el tiempo 2 se utilizó la fórmula:

$$s = \sqrt{\frac{\sum D^2 - (X1 - X2)^2}{N}}$$

$$s = \sqrt{\frac{1960 - (56.84 - 53.44)^2}{50}}$$

$$s = \sqrt{39.2 - 11.56}$$

$$s = \sqrt{27.64}$$

$$s = 5.25737$$

El error estándar de la diferencia es:

$$\sigma_{\text{dif}} = \frac{s}{\sqrt{N-1}}$$

$$\sigma_{\text{dif}} = \frac{5.25737}{\sqrt{50-1}} = 0.7510$$

La diferencia entre las medias muestrales en unidades de error estándar de la diferencia es:

$$t = \frac{X_1 - X_2}{\sigma_{\text{dif}}}$$

$$t = \frac{56.84 - 53.44}{0.7510} = \frac{3.4}{0.7510} = 4.5272$$

El número de grados de libertad para este caso viene dado por $gl = N - 1 = 50 - 1 = 49$

Para aceptar la hipótesis nula a un nivel de confianza de 0.05, es decir, al 5% con 49 grados de libertad, se debe obtener una razón t calculada mayor a - 2.000 pero menor de + 2.000. Como la razón t calculada es mayor a este valor, **rechazamos la hipótesis nula** y aceptamos el que existe una diferencia muestral obtenida en lo que respecta a las funciones del YO en los pacientes cardiopatas durante el proceso de hospitalización por cirugía y al año de ésta, ante la presencia de nuevos elementos de enfrentamiento a la vida.

5.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN

Se presentan las características sociodemográficas de la población de estudio con los primeros 80 pacientes y posteriormente con los 50 pacientes que presentaron por segunda vez su prueba. Estas características están integradas por edad, sexo (masculino y femenino), nivel socioeconómico (bajo, medio-bajo, medio y medio-alto), estado civil (soltero, casado, divorciado o separado y viudo) y, lugar de residencia (Distrito Federal y diversas entidades Federativas).

**COMPARACIÓN DE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EN PACIENTES CARDÍOPATAS
DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN POR CIRUGÍA (1998) Y AL AÑO DE ÉSTA ANTE LA
PRESENCIA DE NUEVOS ELEMENTOS DE ENFRENTAMIENTO A LA VIDA (1999)**

80 PACIENTES DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN POR CIRUGÍA (1998)

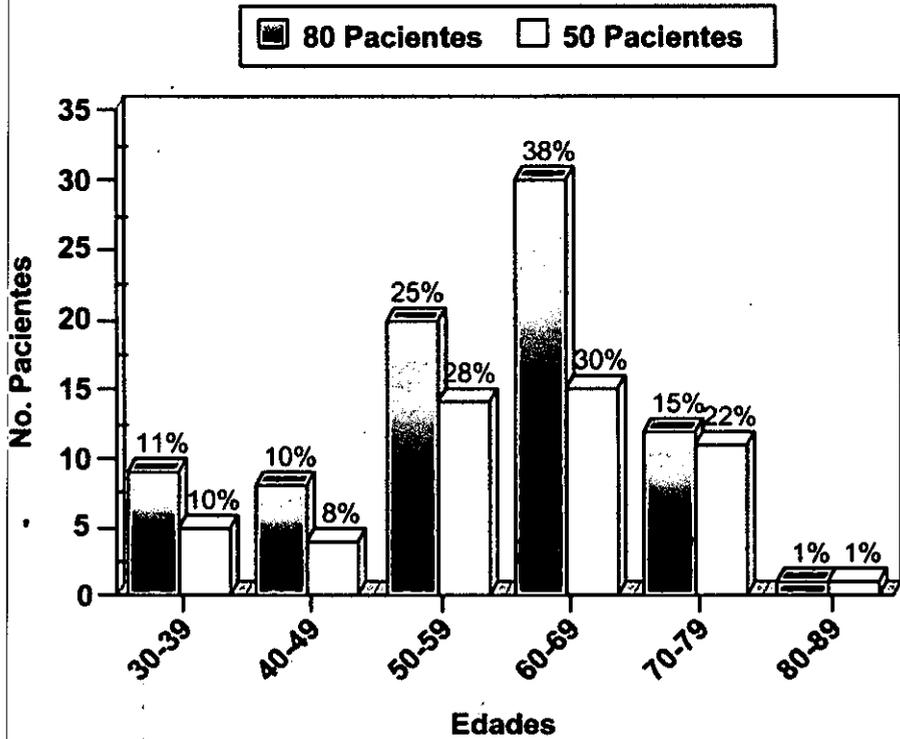
	E D A D E S						SEXO	NIVEL SOCIOECONÓMICO				ESTADO CIVIL			RESIDENCIA		
	30-39 AÑOS	40-49 AÑOS	50-59 AÑOS	60-69 AÑOS	70-79 AÑOS	80-89 AÑOS		BAJO	MEDIO BAJO	MEDIO	MEDIO ALTO	SOLTE -RO	CASA- DO	DIVOR CIADO	VIUDO	D.F.	INTE- RIOR
Masc.	7	5	15	20	6	0	52	14	12	20	6	1	32	11	7	35	17
%	78%	62.5%	75%	67%	50%	0%	65%	58%	57%	83%	54.5%	1%	40%	14%	9%	60%	77%
Fem.	2	3	5	10	6	1	28	10	9	4	5	0	16	5	8	23	5
%	22%	37.5%	25%	33%	50%	100%	35%	42%	43%	17%	45.5%	0%	20%	6%	10%	40%	23%
T=	9	8	20	30	12	1	80	24	21	24	11	1	48	16	15	58	22
%	11%	10%	25%	38%	15%	1%	100%	30%	26%	30%	14%	1%	60%	20%	19%	72.5%	27.5%

50 PACIENTES AL AÑO DE LA CIRUGÍA (1999)

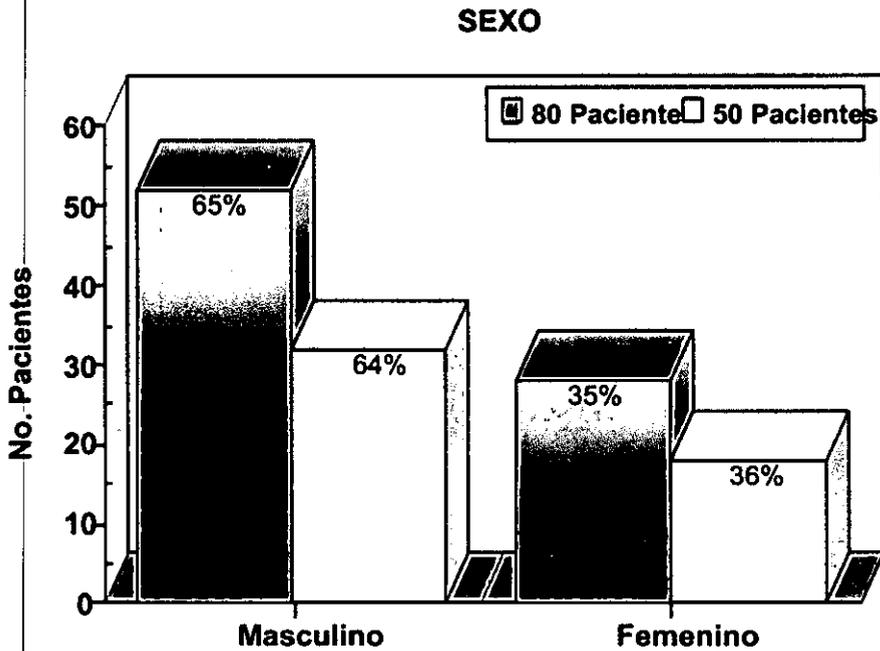
	E D A D E S						SEXO	NIVEL SOCIOECONÓMICO				ESTADO CIVIL			RESIDENCIA		
	30-39 AÑOS	40-49 AÑOS	50-59 AÑOS	60-69 AÑOS	70-79 AÑOS	80-89 AÑOS		BAJO	MEDIO BAJO	MEDIO	MEDIO ALTO	SOLTE -RO	CASA- DO	DIVOR CIADO	VIUDO	D.F.	INTE- RIOR
Masc.	4	2	9	12	5	0	32	3	9	16	4	0	21	7	3	21	11
%	80%	50%	64%	80%	45%	0%	64%	30%	60%	89%	57%	0%	68%	78%	30%	60%	73%
Fem.	1	2	5	3	6	1	18	7	6	2	3	0	10	2	7	14	4
%	20%	50%	36%	20%	55%	100%	36%	70%	40%	11%	43%	0%	32%	22%	70%	40%	27%
T=	5	4	14	15	11	1	50	10	15	18	7	0	31	9	10	35	15
%	10%	8%	28%	30%	22%	1%	100%	20%	30%	36%	14%	0%	62%	18%	20%	70%	30%

En el grupo de 80 pacientes, la evaluación porcentual del rango de edades demuestra que el 38% de la población fluctúa entre los 60 a 69 años, el 25% oscila entre los 50 a 59 años; el 15% es de 70 a 79 años, el 10% esta entre los 40 a 49 años y el restante 1% entre los 80 a 89 años de edad. Mientras que en el grupo de 50 pacientes, se puede observar el mismo orden en el nivel de edades pero con porcentajes obviamente más bajos.

DISTRIBUCIÓN MUESTRAL DE LA FRECUENCIA DE EDADES



La población estudiada estuvo formada por 52 sujetos del sexo masculino que integran un total del 65%, mientras que el otro 35% estuvo compuesto de 28 sujetos del sexo femenino. En el grupo de 50 pacientes surgió elevado nuevamente el porcentaje del sexo masculino con un 64% integrado por 32 hombres y un 36% formado por 18 mujeres.

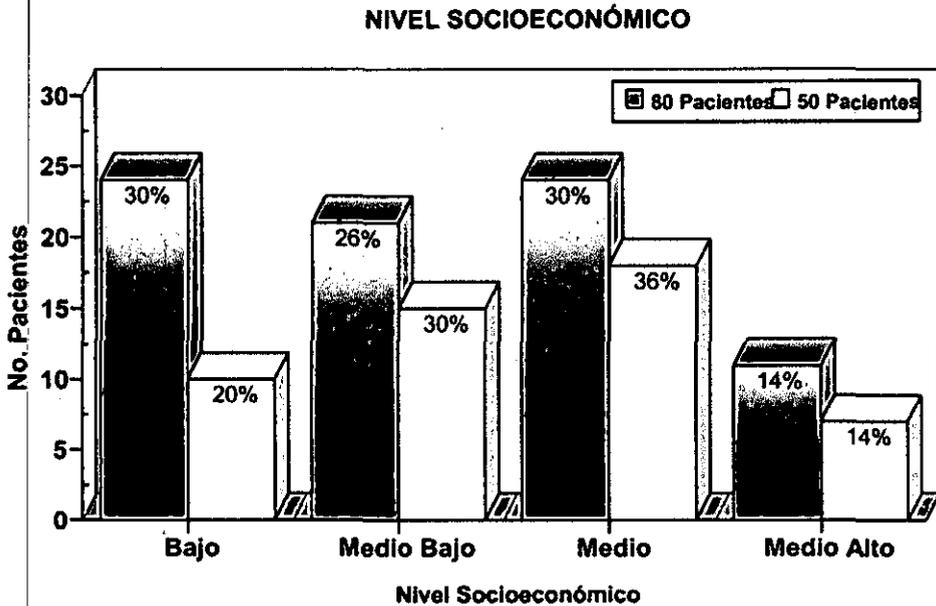


El nivel socioeconómico estuvo compuesto por cuatro categorías (bajo, medio bajo, medio y medio alto).

En el grupo de 80 pacientes, el nivel bajo estuvo integrado por 24 sujetos (14 varones y 10 mujeres) obteniendo un porcentaje del 30% al igual que el nivel medio un 30% a diferencia que aquí se encontraron 20 varones y 4 mujeres. El nivel medio bajo obtuvo un porcentaje del 26% (12

varones y 9 mujeres); y la última categoría que es el nivel medio alto estuvo formado por 6 varones y 5 mujeres obteniendo así un porcentaje del 14%.

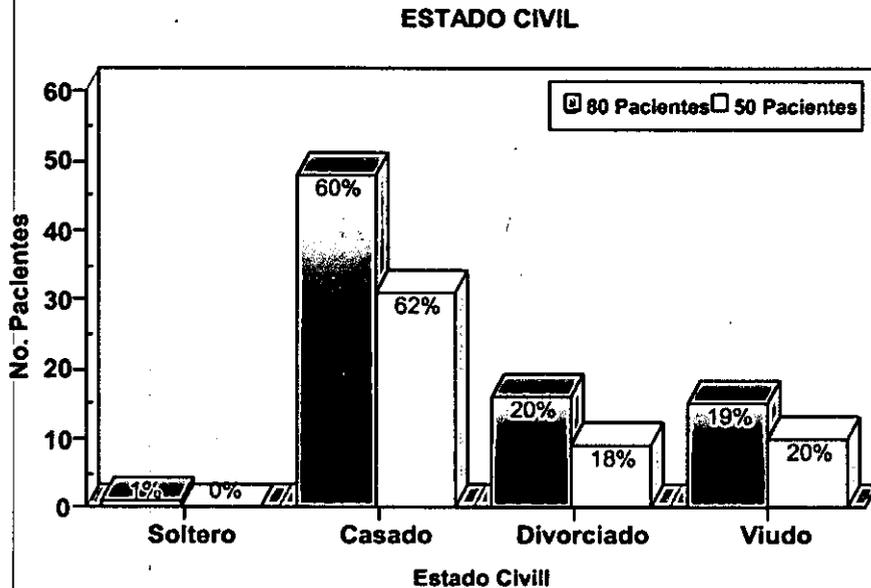
En el grupo de 50 pacientes, el nivel medio obtuvo el porcentaje más alto al igual que en el grupo anterior, a diferencia que el valor porcentual es del 36% y la población es de 16 varones y 2 mujeres. El 30% es para el nivel medio bajo (9 varones y 6 mujeres). El nivel bajo obtuvo un 20% integrado por 3 hombres y 7 mujeres, y por último, el restante 14% lo ocupa el nivel medio alto al igual que el grupo anterior, pero a diferencia que éste está integrado por 4 varones y 3 mujeres.



El tipo de estado civil, también estuvo formado por 4 categorías (soltero, casado, divorciado o separado y viudo).

En el grupo de 80 pacientes encontramos que el 60% de la población son casados (32 hombres y 16 mujeres), el 20% son divorciados (11 hombres y 5 mujeres), el 19% son viudos (7 hombres y 8 mujeres) y el último 1% de la población es soltero.

En el grupo de 50 pacientes se puede observar que se conserva el porcentaje más alto de casados con un 62% (21 hombres y 10 mujeres), el 20% son viudos (3 hombres y 7 mujeres); el 18% esta integrado por divorciados (7 hombres y 2 mujeres) y aquí no existe ningún sujeto soltero, por lo tanto el porcentaje es del 0%.

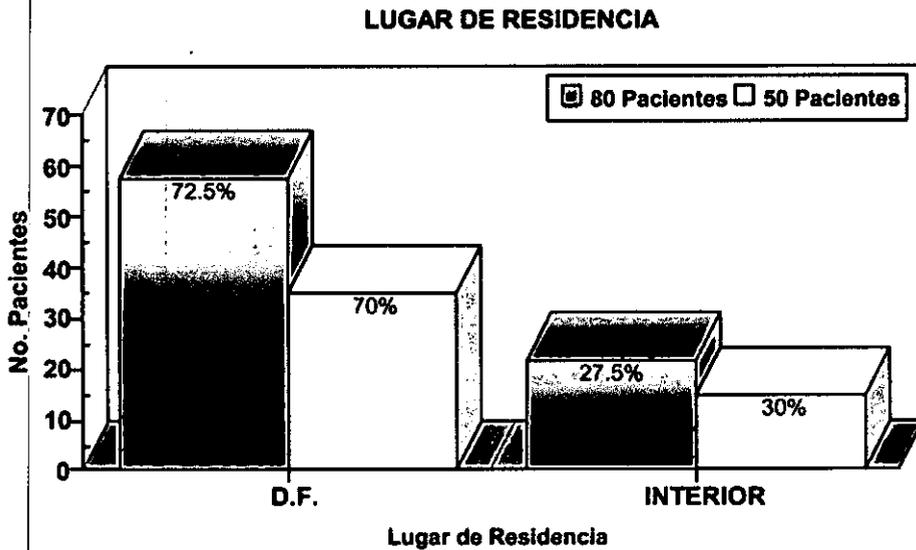


El lugar de residencia se divide en dos:

- a) Distrito Federal y
- b) diversas entidades Federativas.

En el grupo de 80 pacientes el Distrito Federal ocupa un 72.5% con 58 sujetos y el 27.5% con 22 sujetos lo ocupa el interior de la República.

En el grupo de 50 pacientes también es mayor el índice porcentual del D.F. con un 70% formado por 35 sujetos y el 30% esta integrado por 15 sujetos residentes en diversas entidades Federativas.



CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Se presentan las características clínicas tomando en cuenta las cardiopatías más frecuentes en los pacientes siendo éstas: (insuficiencia cardíaca, lesión, infarto, angina de pecho y síncope cardíaco).

Se puede observar en el grupo de 80 pacientes que el mayor porcentaje de cardiopatías es el infarto con un 45%, siguiendo la lesión con 20%, la insuficiencia cardíaca 14%, la angina de pecho con 13% y siendo de más bajo porcentaje el síncope con un 8%.

80 PACIENTES DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN POR CIRUGÍA

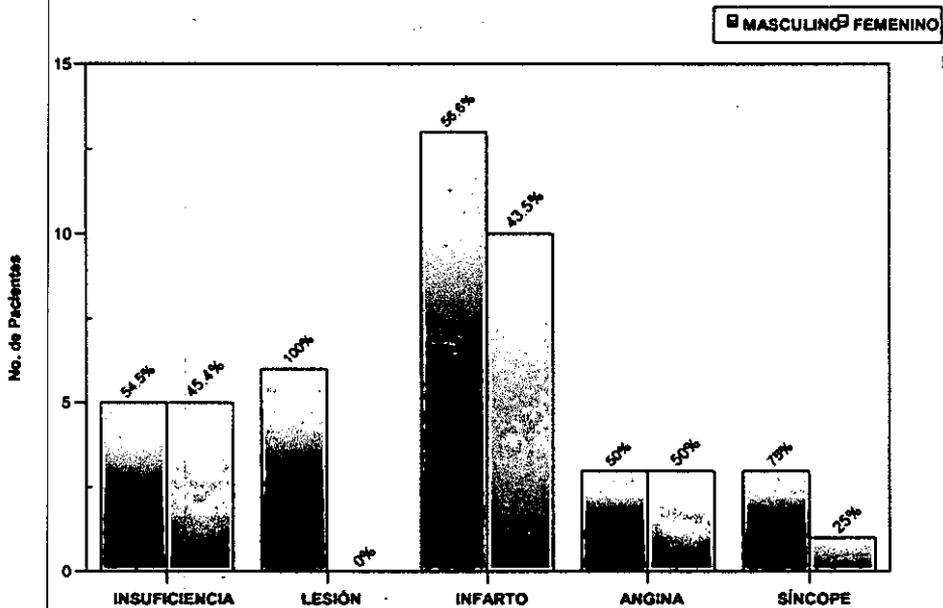
	INSUFICIENCIA	LESIÓN	INFARTO	ANGINA	SÍNCOPE
MASCULINO	6	14	23	4	4
%	54.5%	87.5%	62%	40%	66.6%
FEMENINO	5	2	14	6	2
%	45.5%	12.5%	38%	60%	33.3%
T=	11	16	37	10	6
%	14%	20%	45%	13%	8%

En el grupo de 50 pacientes se mantuvo el porcentaje equivalente en el infarto, la angina de pecho y el síncope, mientras que la insuficiencia se elevó a un 22% y la lesión disminuyó a un 12%.

En ambos grupos se observa que el mayor porcentaje lo ocupa el sexo masculino a excepción de la angina de pecho, ya que esta cardiopatía es de un porcentaje superior en las mujeres.

50 PACIENTES AL AÑO DE LA CIRUGÍA

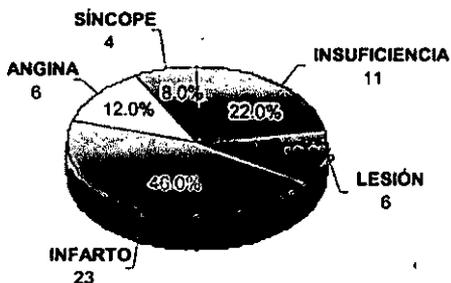
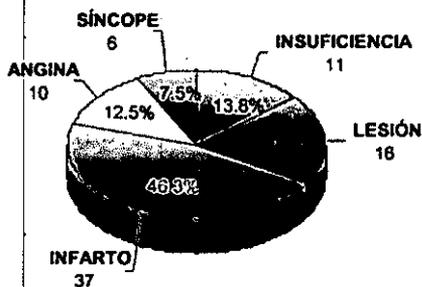
	INSUFICIENCIA	LESIÓN	INFARTO	ANGINA	SÍNCOPE
MASCULINO	5	6	13	3	3
%	54.5%	100%	58.5%	50%	75%
FEMENINO	5	0	10	3	1
%	45.4%	0%	43.5%	50%	25%
T=	11	6	23	6	4
%	22%	12%	46%	12%	8%



PORCENTAJE DE CARDIOPATÍAS

80 PACIENTES

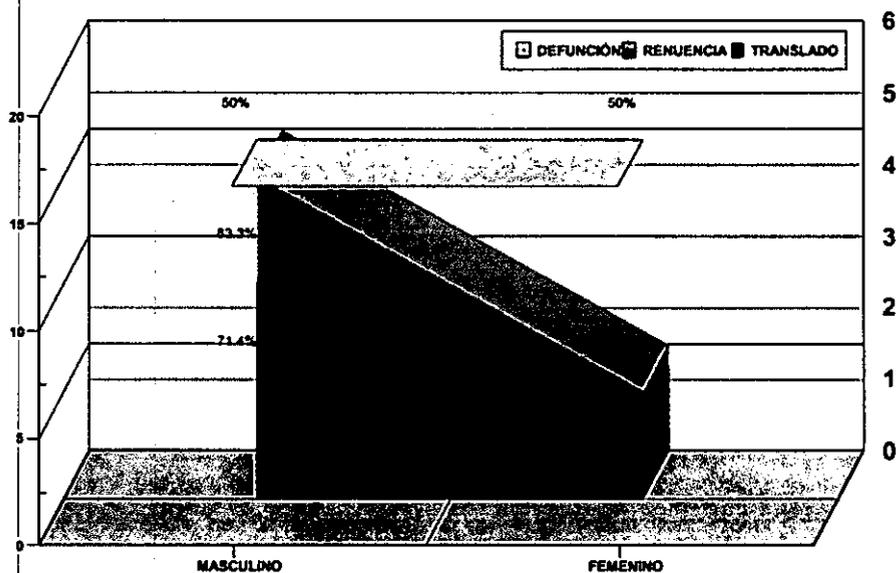
50 PACIENTES



RAZONES DE DESERCIÓN

En esta tabla se observan las razones de no poder aplicar la segunda prueba a los 30 restantes pacientes por diversas causas tales como defunción, renuencia (no localizables) y por traslado a su entidad de residencia.

La renuencia ocupó un porcentaje mayor de 46% a diferencia de las otras causas, el 33% fue por defunción y el restante 20% tuvieron que ser trasladados a su entidad Federativa.



	DEFUNCIÓN	RENUENCIA	TRASLADO A LA REPUBLICA
MASCULINO	5	10	5
%	50%	71.4%	83.3%
FEMENINO	5	4	1
%	50%	28.5%	16.6%
T=	10	14	6
%	33.3%	46.6%	20%

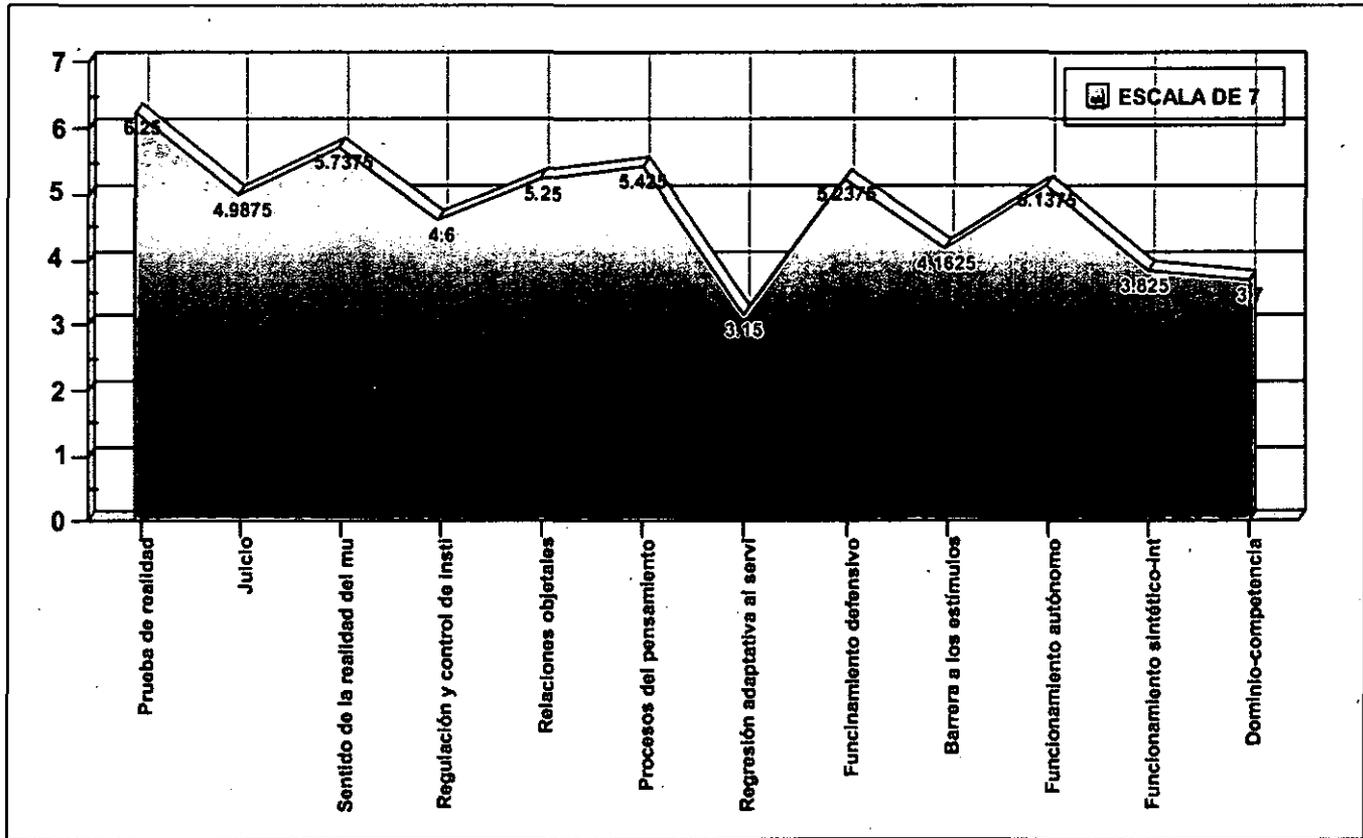
EVALUACIÓN DE LAS FUNCIONES YOICAS DE 80 PACIENTES CARDIÓPATAS DURANTE EL PERIODO DE HOSPITALIZACIÓN POR CIRUGÍA (1998)

	PRUEBA DE REALIDAD	JUICIO	SENTIDO DE LA REALIDAD DEL MUNDO Y DEL SÍ MISMO	REGULACIÓN Y CONTROL DE INSTINTOS, AFECTOS E IMPULSOS	RELACIONES OBJETALES	PROCESOS DEL PENSAMIENTO	RAS Y	FUNCIONAMIENTO DEFENSIVO	BARRERA A LOS ESTÍMULOS	FUNCIONAMIENTO AUTÓNOMO	FUNCIONAMIENTO SINTÉTICO INTEGRATIVO	DOMINIO COMPETENCIA	TOTAL
PAC.	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	
1	6	3	6	4	5	6	3	6	6	6	3	5	59
2	7	6	7	6	5	7	1	6	5	6	2	4	62
3	7	5	6	6	6	6	4	6	4	6	4	4	64
4	3	3	5	4	5	5	1	5	4	3	1	2	41
5	6	6	6	4	5	4	3	5	6	5	6	6	62
6	7	6	6	4	6	6	3	6	5	5	6	6	66
7	6	6	7	4	6	4	2	4	6	4	3	2	54
8	7	4	6	5	6	6	2	6	6	6	4	3	61
9	6	5	6	4	4	6	3	6	4	6	6	5	61
10	5	4	6	3	6	5	6	4	3	5	4	2	53
11	6	5	7	6	5	5	5	6	4	6	4	5	64
12	6	4	5	4	6	5	2	6	3	4	4	3	52
13	5	5	6	4	6	6	3	5	3	6	5	4	58
14	7	6	6	5	7	6	5	6	4	6	7	5	70
15	4	3	6	3	4	4	3	3	2	3	3	4	42
16	7	5	5	5	4	3	2	5	5	5	2	6	54
17	6	4	7	4	6	6	2	7	3	7	6	7	65
18	6	5	6	4	6	7	3	6	3	6	6	6	64
19	7	6	6	6	6	6	3	5	3	4	2	2	56

20	6	6	6	3	5	2	2	3	5	1	2	1	42
21	7	7	6	6	6	6	5	7	4	5	3	6	68
22	6	3	6	2	4	4	2	4	2	3	5	4	45
23	6	4	6	3	6	6	4	6	4	6	3	5	59
24	7	6	6	6	5	6	3	6	3	5	4	2	59
25	6	5	6	6	6	6	2	6	5	6	3	3	60
26	6	4	5	4	4	6	3	6	3	6	5	4	56
27	7	6	6	5	6	6	1	7	6	6	2	2	60
28	6	6	6	4	5	4	2	6	3	4	3	2	51
29	6	4	4	3	3	4	3	3	1	4	3	4	42
30	6	6	7	5	6	4	3	5	6	5	3	2	58
31	6	5	6	3	4	6	5	6	3	6	3	3	56
32	4	4	6	3	5	3	3	3	3	3	3	3	43
33	6	5	6	6	6	5	2	6	6	3	1	1	53
34	6	5	6	6	7	7	6	6	6	6	6	5	72
35	7	6	6	6	6	6	4	6	4	4	6	4	65
36	6	5	6	3	6	4	6	5	3	5	6	6	61
37	6	6	5	3	4	6	3	3	1	4	5	4	50
38	7	3	6	4	6	6	3	6	4	5	4	6	60
39	7	6	6	4	6	6	5	6	6	7	4	3	66
40	6	6	4	3	5	4	3	4	4	6	4	5	54
41	7	5	6	6	6	6	3	6	4	7	6	6	68
42	7	4	6	4	4	6	3	6	4	6	6	4	60
43	7	5	6	6	4	6	3	6	5	7	6	5	66
44	6	5	6	5	6	7	1	5	4	6	1	3	55
45	5	3	5	4	5	5	4	5	3	4	3	2	48
46	6	6	4	6	5	4	3	3	4	6	3	2	52
47	6	6	6	4	4	6	3	6	4	3	2	3	53
48	5	3	4	4	2	6	4	4	2	5	2	1	42
49	5	3	6	3	5	4	3	3	3	4	4	3	46
50	6	6	4	6	6	5	6	6	4	5	6	4	64
51	7	7	6	6	3	6	6	5	6	4	6	3	65
52	7	5	6	4	6	5	6	6	6	4	6	6	67
53	7	6	6	5	6	6	4	5	4	6	5	5	65
54	6	6	6	4	5	4	3	4	5	6	6	3	58
55	7	6	6	5	6	6	3	6	6	5	3	3	62

56	5	3	6	6	6	6	1	5	4	5	1	2	50
57	7	7	6	6	6	6	3	6	5	6	3	3	64
58	6	5	6	6	6	6	5	1	4	4	3	2	52
59	7	5	5	5	6	6	3	4	6	6	3	5	61
60	7	5	6	5	5	6	1	4	6	6	3	3	57
61	7	6	6	6	6	6	3	6	3	5	3	3	60
62	7	7	7	6	6	7	1	7	6	6	2	2	64
63	7	7	7	7	6	7	6	7	6	6	5	6	77
64	6	4	6	5	5	6	3	6	3	6	5	6	61
65	7	6	4	5	6	7	4	4	5	3	4	3	58
66	6	4	5	6	5	2	6	6	4	6	2	3	55
67	6	6	6	6	6	6	1	6	6	6	3	2	60
68	6	6	4	2	2	3	3	3	3	4	6	5	47
69	7	6	6	5	5	6	6	5	6	6	2	2	62
70	6	5	6	5	5	6	5	5	3	6	5	5	62
71	6	5	4	3	5	5	6	4	2	4	6	7	57
72	7	3	6	5	4	6	1	5	3	6	2	1	49
73	7	5	6	4	6	5	2	4	1	4	2	1	47
74	7	4	6	4	6	6	2	7	5	6	3	3	59
75	5	1	4	4	5	5	2	6	6	4	1	3	46
76	6	3	6	5	5	6	1	4	5	6	4	4	55
77	7	6	6	6	6	7	1	6	6	6	4	4	65
78	7	3	4	3	4	6	3	6	3	6	4	3	52
79	6	6	6	3	5	5	3	5	4	5	5	4	57
80	7	6	6	5	5	6	3	5	3	6	4	5	61
TOTAL	500	399	459	368	420	434	252	419	333	411	306	296	4597
ESCALA DE 7	6.25	4.9875	5.7375	4.6	5.25	5.425	3.15	5.2375	4.1625	5.1375	3.825	3.7	

FUNCIONES YOICAS DE 80 PACIENTES CARDIÓPATAS
DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN POR CIRUGÍA (1998)



En esta tabla se presentan los datos obtenidos del cuestionario de Evaluación de las Funciones del YO (EFY) en la primera aplicación (1998) con el grupo total de los 80 pacientes, obteniendo así los siguientes resultados de evaluación de cada función:

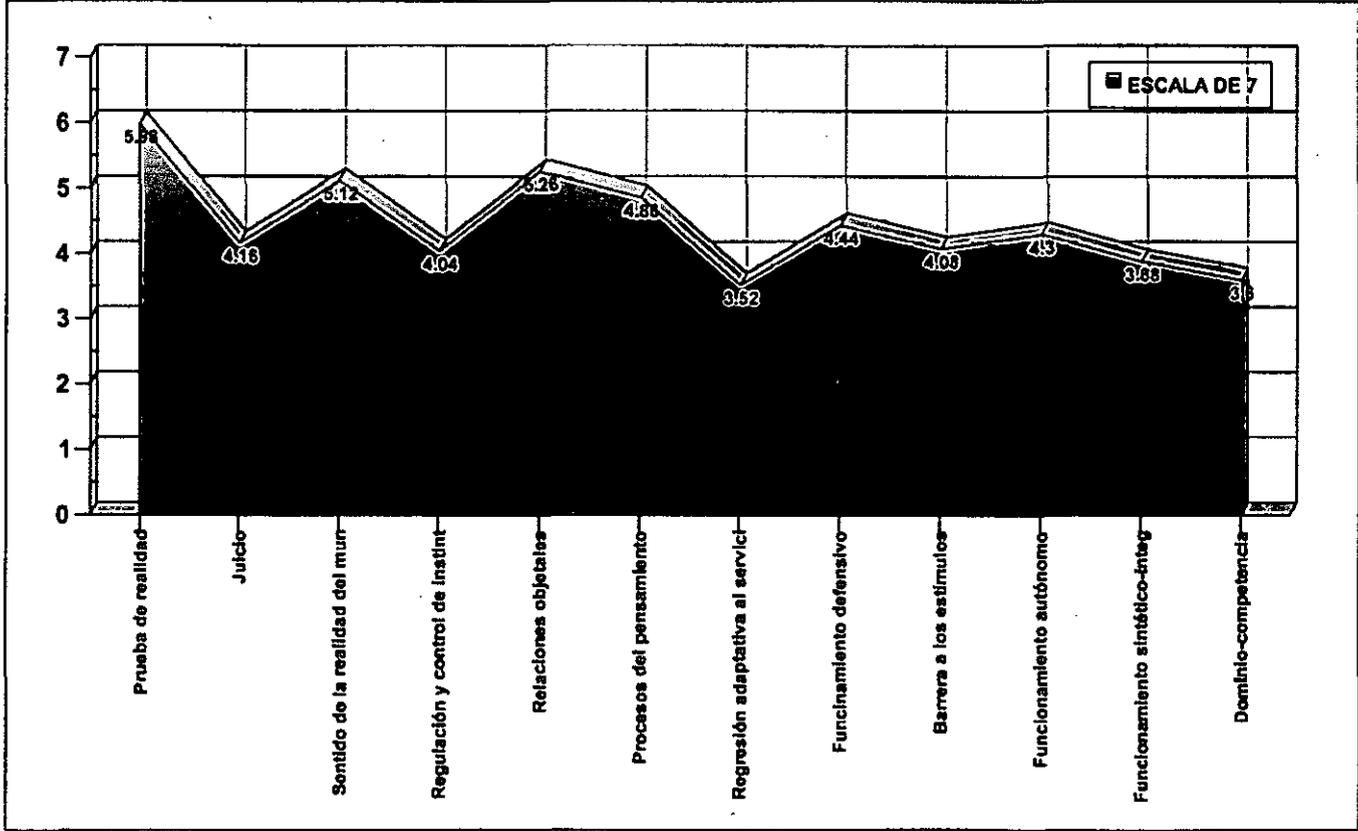
NIVEL DE FUNCIONAMIENTO	FUNCIONES YOICAS
FUNCIONAMIENTO PROMEDIO	I.- Prueba de Realidad III.- Sentido de Realidad
DISTURBIO MÍNIMO	II.- Juicio IV.- Regulación y Control de impulsos, afectos e instintos V.- Relaciones Objetales VI.- Procesos del Pensamiento VIII.- Funcionamiento Defensivo X.- Funcionamiento Autónomo
DISTURBIO MEDIO	IX.- Barrera a los estímulos XI.- Funcionamiento Sintético-Integrativo XII.- Dominio-Competencia
MAYOR DISTURBIO	VII.- Regresión adaptativa al servicio del YO

**FUNCIONES YOICAS DE 50 PACIENTES CARDÍOPATAS AL
AÑO DE SU INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA (1999)**

	PRUEBA DE REALIDAD	JUICIO	SENTIDO DE LA REALIDAD DEL MUNDO Y DEL SÍ MISMO	REGULACIÓN Y CONTROL DE INSTINTOS, AFECTOS E IMPULSOS	RELACIONES OBJETALES	PROCESOS DEL PENSAMIENTO	RASOS Y	FUNCIONAMIENTO DEFENSIVO	BARRERA A LOS ESTÍMULOS	FUNCIONAMIENTO AUTÓNOMO	FUNCIONAMIENTO SINTÉTICO INTEGRATIVO	DOMINIO COMPETENCIA	TOTAL
PAC.	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	
1	5	3	5	3	5	6	3	4	5	5	3	4	51
2	5	4	6	5	5	6	3	6	4	5	4	4	57
3	7	6	5	5	6	5	4	5	4	5	6	3	61
4	5	4	5	3	5	3	3	5	4	4	2	3	46
5	7	5	5	6	4	5	3	5	5	5	5	4	59
6	7	4	4	4	5	5	3	4	4	4	4	3	51
7	5	4	5	4	5	4	3	4	5	4	3	3	49
8	7	4	6	5	5	5	4	5	4	4	5	3	57
9	7	6	5	4	4	5	4	5	4	5	5	4	58
10	5	3	4	4	4	5	3	5	4	4	4	4	49
11	5	4	6	5	5	5	4	5	4	4	4	4	55
12	6	4	4	4	5	4	2	4	3	4	4	3	47
13	6	4	5	4	5	5	4	4	3	4	5	4	53
14	7	6	6	6	6	6	5	4	5	4	4	4	63
15	5	4	5	4	5	4	4	3	3	4	4	3	48
16	5	3	6	5	5	4	3	4	4	5	3	5	52
17	6	3	6	4	5	5	2	6	2	6	4	4	53
18	6	4	5	4	6	6	4	6	3	4	4	4	56

19	7	4	6	4	6	5	4	4	4	5	3	3	55
20	5	4	6	4	6	3	3	3	5	3	4	3	49
21	7	5	5	5	6	6	5	4	4	4	4	4	59
22	7	4	4	3	5	4	3	4	3	3	4	4	48
23	6	4	5	3	6	6	4	5	4	4	4	3	54
24	6	5	6	5	5	5	3	5	4	4	4	3	55
25	5	4	5	4	6	5	3	4	4	5	4	4	53
26	6	4	4	3	5	5	3	4	4	5	3	4	50
27	6	4	5	4	5	5	3	5	5	4	3	4	53
28	6	5	5	4	6	4	3	5	4	3	3	3	51
29	6	4	3	3	5	4	4	4	3	3	3	3	45
30	6	4	6	4	5	4	3	4	5	4	3	3	51
31	5	4	5	3	5	5	4	5	4	5	3	4	52
32	5	4	5	3	5	3	3	4	4	4	3	2	45
33	6	4	6	4	6	5	3	5	4	4	3	3	53
34	7	5	6	4	6	6	4	5	6	5	6	4	64
35	6	4	5	4	5	6	5	5	4	4	5	4	57
36	5	4	5	3	6	4	4	4	4	3	4	4	50
37	6	4	5	4	5	5	3	3	3	3	3	2	46
38	6	4	6	3	6	5	4	5	4	4	3	4	54
39	6	4	5	4	5	5	4	5	5	6	4	4	57
40	6	4	4	4	5	4	4	4	4	4	5	4	52
41	7	4	5	4	6	6	3	5	5	6	5	5	61
42	7	4	6	4	5	5	4	4	4	5	5	5	58
43	7	4	6	5	5	5	4	4	5	6	5	5	61
44	7	6	6	5	6	6	4	5	6	5	3	6	65
45	5	3	5	3	5	5	3	4	4	4	4	4	49
46	6	5	4	5	5	4	4	4	4	5	4	4	54
47	6	4	6	5	5	6	3	4	4	3	3	3	52
48	5	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	3	49
49	6	4	5	3	6	4	4	4	4	4	4	2	50
50	7	5	4	4	6	5	4	4	5	4	4	3	55
TOTAL	299	208	256	202	263	243	176	222	204	215	194	180	2662

**FUNCIONES YOICAS DE 50 PACIENTES CARDIÓPATAS AL
AÑO DE SU INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA (1999)**



Se presentan los datos obtenidos del cuestionario de Evaluación de las Funciones del YO (EFY) en 50 pacientes al año (1999) de su intervención quirúrgica.

NIVEL DE FUNCIONAMIENTO	FUNCIONES YOICAS
FUNCIONAMIENTO PROMEDIO	I.- Prueba de Realidad III.- Sentido de Realidad
DISTURBIO MÍNIMO	II.- Juicio V.- Relaciones Objetales VI.- Procesos del Pensamiento VIII.- Funcionamiento Defensivo X.- Funcionamiento Autónomo
DISTURBIO MEDIO	IV.- Regulación y Control de impulsos, afectos, e instintos IX.- Barrera a los estímulos XI.- Funcionamiento Sintético-Integrativo XII.- Dominio-Competencia
MAYOR DISTURBIO	VII.- Regresión adaptativa al Servicio del YO

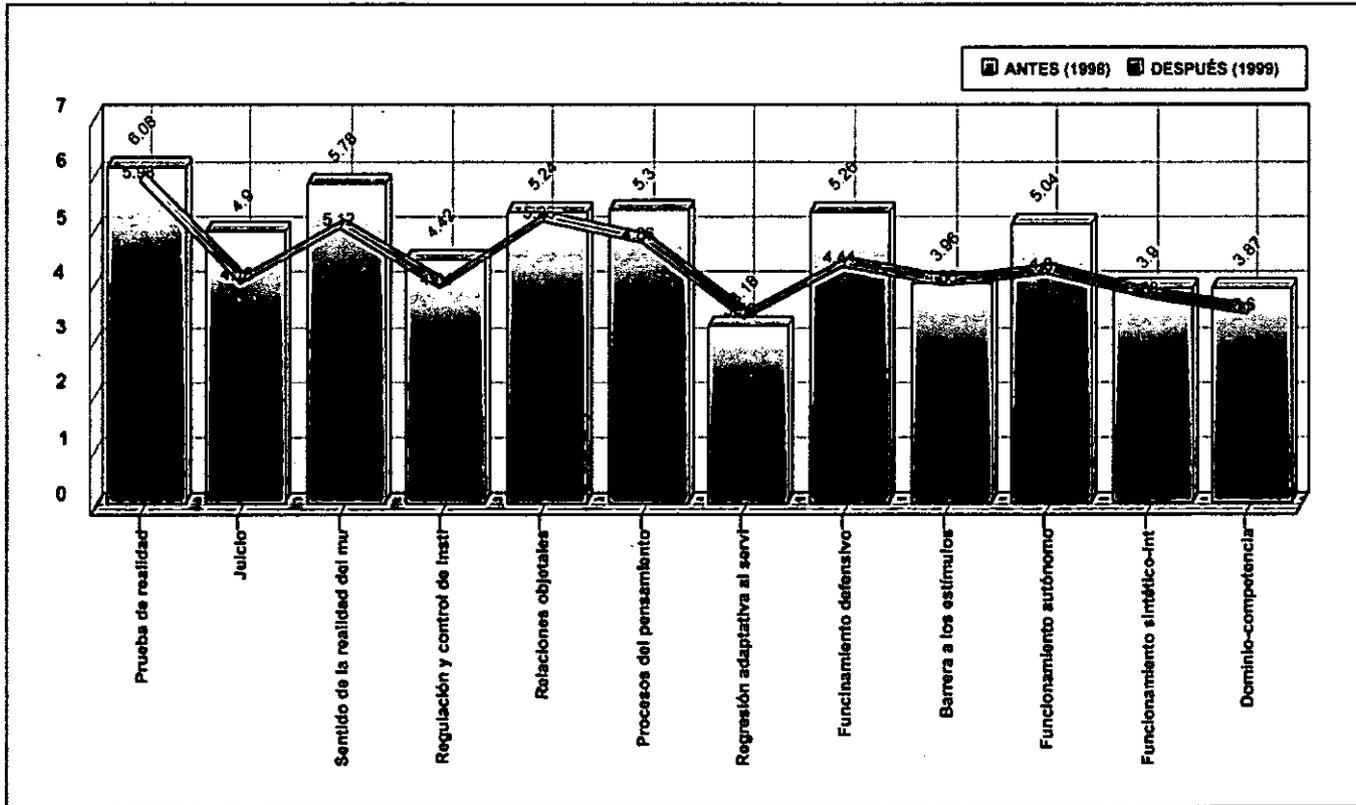
**COMPARACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO YOICO DE 50 PACIENTES DURANTE
EL PERIODO DE HOSPITALIZACIÓN POR CIRUGÍA Y AL AÑO DE ÉSTA,
ANTE LA PRESENCIA DE NUEVOS ELEMENTOS
DE ENFRENTAMIENTO A LA VIDA**

SUJETO	ANTES	DESPUÉS	$X1 - X2 = D$	D^2
1	59	51	8	64
2	62	57	5	25
3	64	61	3	9
4	41	46	-5	25
5	62	59	3	9
6	66	51	15	225
7	54	49	5	25
8	61	57	4	16
9	61	58	3	9
10	53	49	4	16
11	64	55	9	81
12	52	47	5	25
13	58	53	5	25
14	70	63	7	49
15	42	48	-6	36
16	54	52	2	4
17	65	53	12	144
18	64	56	8	64
19	56	55	1	1
20	42	49	-7	49
21	68	59	9	81
22	45	48	-3	9
23	59	54	5	25
24	59	55	4	16
25	60	53	7	49
26	56	50	6	36
27	60	53	7	49

SUJETO	ANTES	DESPUÉS	$X1 - X2 = D$	D^2
28	51	51	0	0
29	42	45	-3	9
30	58	51	7	49
31	56	52	4	16
32	43	45	-2	4
33	53	53	0	0
34	72	64	8	64
35	65	57	8	64
36	61	50	11	121
37	50	46	4	16
38	60	54	6	36
39	66	57	9	81
40	54	52	2	4
41	68	61	7	49
42	60	58	2	4
43	66	61	5	25
44	55	65	-10	100
45	48	49	-1	1
46	52	54	-2	4
47	53	52	1	1
48	42	49	-7	49
49	46	50	-4	16
50	64	55	9	81
TOTAL	2842	2672	170	1960

FUNCIONES	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
YOICAS												
ANTES	6.08	4.9	5.78	4.42	5.24	5.3	3.18	5.26	3.96	5.04	3.9	3.87
DESPUES	5.98	4.16	5.12	4.04	5.26	4.86	3.52	4.44	4.08	4.3	3.88	3.6

FUNCIONES YOICAS DE 50 PACIENTES CARDÍOPATAS DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN POR CIRUGÍA (1998) Y AL AÑO DE ESTA, ANTE LA PRESENCIA DE NUEVOS ELEMENTOS DE ENFRENTAMIENTO A LA VIDA (1999)



COMPARACIÓN DE FUNCIONAMIENTO YOICO

NIVEL DE FUNCIONAMIENTO	ANTES (1998)	DESPUÉS (1999)
FUNCIONAMIENTO PROMEDIO	I.- Prueba de Realidad III.- Sentido de Realidad	I.- Prueba de Realidad
DISTURBIO MÍNIMO	II.- Juicio V.- Relaciones Objetales VI.- Procesos del Pensamiento VIII.- Funcionamiento Defensivo X.- Funcionamiento Autónomo	III.- Sentido de Realidad V.- Relaciones Objetales
DISTURBIO MEDIO	IV.- Regulación y control de impulsos, afectos e instintos XI.- Funcionamiento Sintético- Integrativo XII.- Dominio-Competencia IX.- Barrera a los estímulos	II.- Juicio IV.- Regulación y Control de Impulsos, afectos, e instintos VI.- Procesos del Pensamiento VIII.- Funcionamiento Defensivo IX.- Barrera a los estímulos X.- Funcionamiento Autónomo XI.- Funcionamiento Sintético- Integrativo XII.- Dominio-Competencia
MAYOR DISTURBIO	VII.- Regresión adaptativa al Servicio del YO	VII.- Regresión adaptativa al Servicio del YO

CAPÍTULO VI

“ CONCLUSIONES “

Como se ha podido observar, el desarrollo de la teoría psicoanalítica del desarrollo del YO, ha pasado por un considerable cambio evolutivo al tratar de vincular algunas de las adquisiciones psicoanalíticas retomadas de todas las áreas de la psicología en general, para así llegar a una concepción de lo que hoy en día se le define como la Psicología del YO, dando por resultado principal un estudio cualitativo de las doce funciones del YO: Prueba de realidad; Juicio; Sentido de realidad, del mundo y del sí mismo; Regulación y control de impulsos, afectos e instintos; Relaciones objetales; Procesos del pensamiento; Regresión adaptativa al servicio del YO; Funcionamiento defensivo; Barrera a los estímulos; Funcionamiento autónomo; Funcionamiento sintético-integrativo; y Dominio-competencia.

Dentro de este marco nos enfocamos principalmente al estudio del nivel del funcionamiento de dichas funciones con relación al perfil de personalidad que presentan los pacientes cardiopatas durante la hospitalización por cirugía y al año de ésta, ante la presencia de nuevos elementos de enfrentamiento a la vida.

Todas las enfermedades físicas y no solo las más graves, tienen repercusiones psicológicas en los pacientes. Actualmente existe un creciente aumento de enfermedades crónicas e invalidantes como lo suelen ser las cardiopatías, que exigen al enfermo una adaptación vital importante y una aceptación adecuada de su enfermedad. En estos casos donde la pericia y el "saber hacer" del personal hospitalario (tanto médicos, psiquiatras y psicólogos) son decisivos para el tratamiento de estas enfermedades en la medida en que ayudarán al paciente a aceptar su enfermedad; comprendiendo así los mecanismos básicos y pautas fisiopatológicas por las que mente-cuerpo interactúan y se expresan mediante las conductas psicológicas, exigiendo un conocimiento de las áreas de interrelación basado en un modelo bio-psico-social de la enfermedad y de la salud. Como se ha descrito en capítulos anteriores, la enfermedad coronaria se desarrolla por un desequilibrio entre los requerimientos de oxígeno por parte del miocardio y la cantidad aportada por las arterias coronarias debido a la formación de placas de ateroma en las mismas.

En los pacientes que se les indica una intervención quirúrgica aparecen una serie de reacciones psicológicas que están ligadas a la hospitalización, a la anestesia y al propio acto quirúrgico. Ante dicha intervención el paciente reacciona ya sea rechazando la intervención por el mecanismo de la negación de la enfermedad o por la elaboración de fantasías hostiles contra la figura de los médicos (por ejemplo, puede ser debido al impacto que en ellos ocasionó el fallecimiento de un familiar o amigo en el curso de una cirugía). Programada la intervención aparecen una serie de temores, como miedos a la lesión corpórea, a no despertar después de la anestesia y miedo a la muerte. Otra serie de miedos que pueden aparecer son el dolor, miedo a que se les descubra alguna otra anomalía durante la cirugía, a despertarse durante la operación y miedo por la propia experiencia hospitalaria y por la separación de la familia y del trabajo. De este modo se constatará que como sintomatología dominante será la de naturaleza ansiosa y que se manifestará antes y después de dicha intervención. Además una intervención quirúrgica desde el punto de vista psicodinámico representa una pérdida, una castración, pero también es una fuente de esperanza y de identidad mejorada (en el caso de realizar un trasplante). Todo paciente que va a ser sometido a una cirugía deberá ser preparado psicológicamente, explicándole al paciente la indicación de la intervención, se le va a realizar la descripción del acto operatorio y el período postoperatorio.

Aunque en la Unidad de Cuidados Intensivos y Coronarios sea difícil entrevistarse con los pacientes a causa de la falta de intimidad y por la presencia de sistemas de apoyo vital (por ejemplo sistema de intubación) es necesario intentar dicha comunicación recurriendo incluso a la paciencia y perseverancia. Lo que es traumático para los pacientes es la vivencia de aislamiento, la soledad que siente al recuperar el nivel de conciencia y de reincorporarse al mundo encontrándose en dicho momento en un ambiente extraño, lleno de máquinas, artefactos y sin comunicación humana en muchas ocasiones. Si dicha comunicación es imposible o difícil o tiene el paciente miedo, en este puede aparecer un cuadro confusional generalmente acompañado de agitación psicomotora, un cuadro depresivo o un desarrollo neurótico de la personalidad como consecuencia de dicha experiencia.

Así pues será recomendable que el personal médico se encuentre presente cuando los pacientes vayan recuperando la conciencia. Tras un infarto, una lesión, un síncope, una insuficiencia y angina de pecho; representa miedo y ansiedad durante e inmediatamente después del ingreso. Si a los pacientes les parece imposible de aceptar el día de ingreso en la Unidad de Coronarias la razón probablemente sea el terror subyacente frente a una muerte inminente. Si esas dificultades las presenta a los tres o cuatro días del ingreso de la unidad y no ha habido ninguna complicación, probablemente sea el reflejo de una forma personal de relación que se pone de manifiesto ante situaciones estresante o incluso evidencie un trastorno de personalidad. Otros trastornos que

pueden aparecer son sentimientos de baja autoestima, resultado de la herida narcisista que supone "el ataque al corazón".

La mayor parte de los problemas del tratamiento se originan por la negación de la enfermedad y la conducta desafiante, hostil o sexual inapropiada. Es preciso que se valore la personalidad de los pacientes y el modo en el cual interaccionan con esta situación médica ya que en general suelen adaptarse a los problemas médicos. Como principio básico se debe realizar una psicoterapia de apoyo reafirmando aquellos mecanismos de defensa que los pacientes utilizan para superar la angustia. Por ejemplo, la negación es un mecanismo de defensa que en las fases iniciales de las cardiopatías suponen una mayor supervivencia al paciente. Respecto a la evolución de la enfermedad se sabe que los pacientes que han sufrido una cirugía al principio pueden temer morir mientras duermen. Tras la recuperación sus preocupaciones se relacionan con el rendimiento en la esfera de la sexualidad. Los pacientes que sobreviven a un paro cardíaco y al infarto sufren a menudo insomnio, sueños violentos, fantasías sobre la muerte y existe una tendencia a exagerar sus sentimientos de minusvalía.

Así como se han identificado una serie de factores de riesgo como el tipo genético, la edad, sexo y raza, química sanguínea, la disfunción de otros órganos, el sedentarismo, el lugar de residencia, las costumbres alimenticias, el tabaquismo y el alcoholismo. Friedman y Rosenman (1959) describen el patrón de personalidad tipo A como un sujeto ambicioso, competitivo, impaciente, hostil, deseoso de éxito y de reconocimiento de los demás, con necesidad de resolver las cosas con urgencia y una gran dificultad para relajarse.

Se ha demostrado que los sujetos con esta personalidad tienen un riesgo dos veces superior al resto de la población a padecer alguna enfermedad coronaria.

Acontecimientos vitales como cambios en la estructura familiar, pérdidas de un ser querido, situaciones de sobrecarga de trabajo o desempleo son situaciones frecuentemente asociadas a cardiopatías.

Tras la aparición de un infarto, una lesión, un síncope, una insuficiencia y una angina, es habitual que cuando se inicia la sintomatología se produzca una reacción de negación sobre todo en pacientes con rasgos tipo A más intensos, con ello se retrasa la solicitud de atención médica, lo que tiene gran importancia dado que la mayoría de las muertes se producen en las primeras horas postinfarto. En los cardiopatas, se van a ver afectados tanto los aspectos físicos, psicológicos, familiares, laborales y sociales. Esta afectación será desigual dependiendo de la naturaleza del trastorno y de la gravedad de este, pero también de los aspectos biográficos del sujeto, de su personalidad y de los recursos psicológicos que disponga. De forma general en las cardiopatías se

ha podido observar una etapa inicial en la que los pacientes sufren importantes alteraciones en sus actividades cotidianas. Posteriormente el curso de la enfermedad implica, en mayor o menor medida, cambios en la actividad física, laboral y social de los pacientes. Además estos pacientes deberán adaptarse a la presencia de nuevos elementos de enfrentamiento a la vida, en que se van a ver implicados por un trastorno que puede durar toda la vida y asumir psicológicamente el rol de paciente cardíaca.

El diagnóstico de una cardiopatía produce un impacto en la esfera psicológica de la persona y una serie de reacciones, por ejemplo: La existencia inicial de rechazo o negación; en un primer momento el descubrimiento de la enfermedad y su característica de ser quirúrgica es difícil de asimilar y conduce a negar o minimizar síntomas, haciendo planes para el futuro, no acudiendo a controles médicos o incluso incumpliendo con las prescripciones médicas. Esta fase dura unos días después de confirmado el diagnóstico y es tanto más intensa cuando más inesperada sea la notificación de la enfermedad. Se trata de un mecanismo de defensa útil en los primeros momentos, que sirve de amortiguador ante el impacto de la realidad.

Cuando el paciente no puede seguir manteniendo la negación la sustituye por sentimientos de ira, rabia y resentimiento. Se muestra difícil, intolerante, quejumbroso y exigente. Esta conducta hostil aleja, a veces, a la familia y a quienes le asisten, aumentando su frustración y, por tanto, su agresividad. El paciente necesita comprensión, paciencia y que no se responda a su irritación con agresividad o aislándole, sino que seamos capaces de ponernos en su lugar y ayudarle a exteriorizar su rencor, el cual suele ser proyectado a menudo sobre el personal médico. La posterior racionalización o evidencia de la sintomatología lleva a una situación de búsqueda de apoyo emocional hacia el equipo médico, en los amigos o en la familia para hacer frente a la realidad que poco a poco va contemplando. Con el tiempo entra en un estado de depresión reactiva en el cual existen lamentos por las pérdidas sufridas y por aquellas futuras a las que habrá de enfrentarse ante la presencia de nuevos elementos de la vida. Posteriormente entra en un periodo de dependencia que le conduce a multiplicar el número de visitas y a consultar por problemas mínimos. Obviamente no puede determinarse la duración de cada una de estas reacciones, ya que en ella influirán gran número de factores de distinta índole que provocarán tan vez estancamientos, retrocesos e incluso abandonos del tratamiento, con independencia del momento evolutivo y del nivel de educación.

Se pueden presentar dos tipos de problemas físicos independientemente de la naturaleza del proceso; por una parte los derivados de la propia enfermedad y por otra los que aparecen como consecuencia de los tratamientos médicos mantenidos. Los problemas físicos que son consecuencia directa del propio trastorno varían desde trastornos escasamente limitantes hasta aquellos que prácticamente son invalidantes. La disnea de muchas enfermedades cardíacas, los

cambios metabólicos, las arritmias y la hipertensión por ejemplo, suponen importantes problemas para el mantenimiento del ritmo de vida habitual que estos pacientes tenían antes de enfermar. Estas consecuencias imponen en muchos casos, importantes restricciones en la vida de los individuos. Los tratamientos médicos pueden implicar importantes limitaciones, e incluso ser causa de problemas físicos de gravedad para la integridad del paciente que los tiene que cumplir. Así muchos pacientes cardiopatas se ven sometidos a restricciones dietéticas, a dejar hábitos nocivos como las adicciones. Por todo ello el paciente puede relacionar el tratamiento con una mayor pérdida en su calidad de vida y reaccionar incumpliendo el tratamiento prescrito.

En muchas ocasiones, los problemas laborales van a obligar a los pacientes a una adecuación en su situación laboral que pueden consistir desde variaciones en el ritmo u horarios de trabajo, hasta la condición de incapacidad laboral. Las respuestas adaptativas del sujeto a esta nueva situación laboral van a condicionar en gran medida su adaptación general a la realidad de enfermo y van a depender de su grado de capacitación, de los recursos físicos y cognitivos de los que disponga, del apoyo social y de la edad del paciente.

En el área familiar los problemas más relevantes están vinculados a la pérdida del rol de los pacientes y la consiguiente alteración de la homeostasis familiar que tenían anteriormente. Los miembros de la familia deben asumir cambios en las responsabilidades, la separación del entorno familiar durante el ingreso, las variaciones en las rutinas familiares y los problemas de comunicación que surgen dentro del entorno familiar.

Los problemas sociales dependerán de la pérdida de relaciones y lazos afectivos. Los más significativos son el cambio de estatus (motivado por los cambios o pérdida de empleo y nivel económico), el aislamiento social, cambios en la utilización del tiempo libre y modificaciones en la calidad o cantidad de interacciones sociales.

La readaptación deberá de entenderse como la integración de un individuo que es participe de un nuevo enfrentamiento a la vida, una nueva realidad dentro de la sociedad, ejerciendo sus posibilidades de forma que le permitan el máximo desarrollo psicológico, personal y social. La readaptación esta directamente relacionada con las capacidades energéticas y funciones que le quedan, con su edad, con su nivel educativo y fundamentalmente con su personalidad y con la fuerza de las motivaciones afectivas para superar sus déficit. La edad de aparición de la cardiopatía tiene importancia según sea el momento de presentación, por ejemplo si es congénita o adquirida, si es en la infancia, en la edad adulta o en la vejez. La edad es un factor determinante del modo de respuesta a la enfermedad y determinante la readaptación. Desde el punto de vista

psicológico, la aparición de una cardiopatía en uno de los periodos fecundos de la vida agrava el déficit. Las enfermedades aparecidas relativamente tarde en la vida de un adulto adaptado, son amortiguadas por el éxito profesional y personal que actúa como sostén de la frustración. En el anciano la capacidad adaptativa ante la enfermedad queda limitada en mayor grado que en los adultos más jóvenes por ser sus recursos físicos y los apoyos afectivos y sociales en la mayoría de los casos menores. La pérdida crea sentimientos de resignación, colabora a poner en evidencia la necesidad de dependencia y de este modo dificulta la rehabilitación integral del paciente. El progreso de la readaptación también está en relación con el umbral de tolerancia a la frustración del sujeto y de la idea que se hace el paciente de sus posibilidades. Es más eficaz en aquellos cuya tolerancia es elevada, soportan el fracaso y aceptan empezar de nuevo. Las motivaciones para hacer un esfuerzo son más intensas si se cree capaz de superar las dificultades y estima que el fin justifica sus esfuerzos, es decir, se esforzará más logrando un progreso mayor si espera triunfar. Por lo tanto, la confianza en sí mismos y la energía son factores de un buen pronóstico. Otro factor a tener en cuenta en la perspectiva de triunfo o de fracaso de la readaptación, es la situación de refugio que pueden encontrar en la enfermedad, pudiendo evadirse de esta forma de la realidad.

Entre los beneficios secundarios de una cardiopatía, no hay que olvidar las ventajas inmediatas de paro laboral, la huida de las dificultades laborales, la protección de las tensiones y obligaciones familiares y sociales, las satisfacciones regresivas que encuentran los pacientes de los cuidados y atenciones que se les prodigan y el que se convierta en un vehículo para hacer desaparecer situaciones que podrían causar decepción o sentir las fuera de control. En esta situación, aparentemente cómoda, los enfermos ven en la cronicidad una solución aceptable para sus problemas afectivos y puede que no encuentre motivos para querer abandonarla.

La familia va a suponer un pilar esencial en la readaptación, puesto que suele ser el entorno habitual de vida del paciente y la separación de él muchas veces constituye un factor agravante del defecto. Una familia que acepta la enfermedad en un ambiente acogedor y anima al paciente sin infantilizarlo, puede conseguir un importante apoyo para su rehabilitación. Por el contrario, cuando se cuestionan el tratamiento y el pronóstico, con frecuentes críticas, la influencia que se ejerce sobre el proceso de readaptación de los pacientes es desfavorable. Otro de los aspectos fundamentales y de los que depende en gran medida el éxito en el proceso de readaptación es la reincorporación laboral. La contratación y recalificación de pacientes cardiopatas, se va a ver limitada tanto por el déficit en sí como por el rechazo que todavía sienten algunos sectores sociales. Es entendible que un cardiopata no pueda trabajar en una empresa de transporte de mudanzas, pero a la hora de su recalificación laboral el reconocimiento de la experiencia previa, de la competencia técnica, de su sociabilidad, deben pesar tanto como el tipo de déficit. Tras la reincorporación al trabajo no es infrecuente que el paciente se esfuerce en hacer olvidar a los

demás su defecto, con reacciones de compensación o de sobrecompensación. La reacción de compensación se traduce en el trabajo en un aumento del rendimiento y de eficacia y pretende en último término que el paciente llegue a sentir que el grupo le considera normal. Cuando el sujeto desea no tan solo pasar desapercibido, haciendo las cosas como los demás, sino que busca hacerse notar realizándolas mejor que los demás, a menudo en el campo influido por su invalidez, estamos ante una reacción de sobrecompensación. Las reacciones de compensación suelen ser exitosas en cambio las reacciones de sobrecompensación, con un gran componente neurótico, implícito, suelen conducir al fracaso adaptativo.

En síntesis podemos concluir que el YO en los pacientes cardiopatas llega a agotarse de estar constantemente amenazado que comienza a debilitarse por estar alerta contra esa terrible amenaza contra la vida, asociada con la idea de muerte.

La prueba de realidad es adecuada, debido a que a lo largo de la vida han mantenido una percepción adecuada de la realidad, distinguiendo lo externo de lo interno y el pasado del presente, lo cual hace que puedan corregir fácilmente las distorsiones.

En el sentido de realidad, del mundo y del Self, se encuentra una identidad estable, aunque dependan siempre de claves para tener un sentido completo de individualidad. Están alertas de las opiniones y críticas ajenas, puesto que siempre necesitaran de retroalimentación por su vulnerabilidad, -tú puedes-, -sigue adelante-, -es por tu bien-, -cuidate mucho-. Ven a su corazón como algo separado de ellos pero en una relación definida, esto es, perciben a su corazón como algo similar a un agente controlador -mi corazón no me permite....-. Por otra parte, la relación que juega su órgano enfermo es como la de una madre con su hijo enfermo, relación en la cual los pacientes desempeñan el papel de madre sobreprotectora con su corazón. Esto a la vez los hace sentirse devaluados, asociando así las recomendaciones y tratamientos médicos y los sentimientos expresados de minusvalía por parte de la familia. El juicio hace que los pacientes perciban más peligrosas las situaciones de lo que realmente son, ante la presencia de cualquier síntoma como el dolor, fatiga o taquicardia, existe una tendencia moderada a la hipocondría, a pesar de que lo tranquilicen los demás asegurándoles lo contrario. Por recomendaciones médicas se tienen que quedar en casa, pero juzgan mal la capacidad de las personas que están a su alrededor para manejar trabajos, lo cual les obliga a realizar intentos por parecer amistosos y cordiales para así no enajenarlos por invadir la privacidad de los demás, desean simpatizar, lo cual obliga a que la regulación y el control de impulsos, afectos e instintos, no funcione como antes, porque ahora su conducta agresiva es verbal y ya no física (debido a los esfuerzos que conlleva) y otras veces bastante disfrazada e indirectas a sabiendas que todos deberán de cumplir sus peticiones y

deseos, puesto que cualquier disgusto –puede poner en riesgo su vida-. La enfermedad la ven como un desquite y castigo por hostilidad, sintiéndola como una respuesta a sus culpas engendradas. Son bastantes prominentes sus fantasías y deseos inconscientes. Se presenta excitabilidad moderadamente alta por la cantidad de restricciones a las que se enfrentan ante el medio en el que intervienen, lo cual les provoca que sus niveles de tolerancia a la frustración sean bajos, lo cual los obliga a dramatizar en forma excesiva. La depresión y los estados relacionados se limitan a la tristeza, la pena y la aflicción en respuesta a pérdidas provocadas o esperadas, por ejemplo, en la relación de pareja prefieren alejarse y no mantener contacto sexual por los riesgos que pueden traer como consecuencia de su esfuerzo físico. Inicialmente la familia no reconoce la gravedad del problema, pero posteriormente y en forma gradual, se adquiere conciencia de que se trata de una enfermedad de consecuencias graves y hay cambios que repercuten en la conducta de la familia hacia la persona enferma y se hacen ajustes para contender con la situación.

La elección de objetos y las conductas con las personas significativas muestran algún grado importante de flexibilidad, pero bajo tensión y angustia se vuelve más compulsiva, esperando a que los demás les puedan dar una solución inmediata a sus problemas, esta expectativa irracional, hace que reaccionen en formas exageradas ante las ausencias y las pérdidas. No se dejan ser niños, porque ya lo son ante tal dependencia. En la familia se pueden suscitar sentimientos de culpa ya sean abiertos o encubiertos. En general, es poderosa la tendencia de aliviar tal sentimiento –haciendo algo- ya sea efectivo o no. La situación se hace más grave aún si se trata de un miembro productivo cuya baja trae como consecuencia problemas económicos. Una vez que el hecho ha sido aceptado y las tensiones superadas, la familia tiende a reorganizarse, adaptándose a las nuevas circunstancias y estableciendo nuevos patrones de relación. Cuando esta reorganización durante la ausencia del enfermo ha sido eficaz, la adaptación de la familia a su retorno puede no ser fácil (por sentir invadido su espacio). Si quien ha enfermado ha sido el padre o la madre, la pérdida de autoridad es inevitable y el enfermo que ha logrado salir del hospital puede ahora encontrarse en una situación difícil para recuperar su lugar y sus funciones ante la presencia de los nuevos elementos de enfrentamiento a la vida. Con frecuencia la enfermedad de uno de los miembros tiene efectos en el resto de los miembros colaterales; puede alterar el equilibrio de fuerzas y crear conflictos o exteriorizar otros ya existentes. Lo importante es no perder de vista que la enfermedad puede cambiar no-solo al enfermo sino también al grupo familiar. Los procesos del pensamiento (memoria, atención y concentración), están más centrados en todo lo que les ha pasado y en todo lo que puede ser nocivo para su salud. Piensan en modificar su ritmo de vida, sus hábitos, actividades y costumbres. También reflexionan mucho acerca de su vida y la evalúan, analizan sus puntos buenos y malos, las decisiones respecto a las cuales se sienten satisfechos y aquellas de las cuales se arrepienten, sus logros y sus errores; y a menudo se dejan llevar por el -si hubiera-, que constituye fantasías de lo que pudo haber sido y no

fue. La reevaluación de uno mismo y su propia vida, es por supuesto, un proceso continuo ya que ante éstos acontecimientos, las personas se dan cuenta de que las decisiones y los eventos del pasado han formado sus vidas en relación con el presente y más o menos las han orientado en una dirección dada. En este punto tienen que decidir si continúan en la misma dirección o si hacen un cambio radical en sus vidas, mientras todavía tienen tiempo. Bajo tensión su pensamiento es un tanto ilógico y obsesivo, puesto que los imposibilita a ver las cosas de manera optimista.

Existe una regresión adaptativa al servicio del YO en cuanto a la incapacidad relativa para renunciar a los tipos más estrechos de control que se reflejan en su falta de imaginación, puesto que encuentran difícil involucrarse en fantasías alegres o de humor. Las regresiones de todas las funciones del YO son experimentadas como amenazas extrañas. La conducta regresiva es un tanto disfrutable, pero puede ser prolongada y resistente a la recuperación. La transición de la regresión a la adaptación es obstaculizada por dificultades en el surgimiento tranquilo del estado regresivo. Los rasgos de enfermedad traen consigo una ventaja para que el paciente opere de una manera que retarde la recuperación ya que de ésta manera sabrá que logrará la atención de los demás y a la vez eludirá sus responsabilidades, por la dependencia que tiene hacia los demás. Emplean adaptativamente sus defensas excepto en situaciones conflictivas, más que ansiedad flotante es una ansiedad que va ligada a sus síntomas, los mecanismos más utilizados por los pacientes cardíopatas son la negación, la racionalización, formación reactiva y la proyección. Pero cuando se encuentran nerviosos y ansiosos, los medios de protección y recuperación no se obtienen fácilmente. El sobrecontrol es una señal de desorganización en el funcionamiento defensivo, ya que éste interfiere la adaptación general y se puede notar en relación con el afecto y la idealización. Tienden a aislarse poniendo una barrera para defenderse de los estímulos y a mantenerse así, no se pueden reintegrar fácilmente. Son sensibles a los ruidos específicos y a cierta luz. Aunque ocasionalmente están irritables, malhumorados o enfadados por estímulos perturbadores, los pacientes son capaces de contener sus respuestas a la estimulación en forma bastante adaptativas. Habrán veces en que busquen la soledad porque les ocasiona dificultad para regresar a un ambiente más estimulante.

En el funcionamiento autónomo, las funciones primarias se encuentran trastornadas en un grado moderado, por ejemplo, la visión, la conducta motora, el lenguaje y la intención, sufren la intrusión de pensamientos, sentimientos y fantasías agresivas y sexuales. Los hábitos, patrones y habilidades autónomas secundarias están interferidas en un grado moderadamente bajo, puesto que deben realizar esfuerzos mayores de los usuales, para llevar a cabo tareas y trabajos rutinarios. Se sienten físicamente torpes. En el funcionamiento sintético integrativo se encuentra una dificultad moderada para tolerar los sentimientos de amor y de odio dirigidos hacia la misma persona. Los esfuerzos activos para relacionar diferentes aspectos de la experiencia son sólo

moderadamente exitosos. Pueden realizar actividades planeadas y determinadas, pero surgen considerables problemas en los intentos de estos pacientes para mantener las demandas de organización de la vida diaria.

Debido a un defecto para realizar o tolerar cosas nuevas o inesperadas en las rutinas, se encuentran bastante alejados de cumplir con sus obligaciones y plazos. Con frecuencia las cosas quedan sin hacerse, y a los pacientes puede no importarles o estar extremadamente preocupados debido a su dificultad para concluir las cosas.

Los esfuerzos activos, probablemente están dirigidos hacia la obtención de que los demás logren los resultados deseados en lugar de hacerlo a través del enfrentamiento. Otros obstáculos para el dominio pueden ser causados por una restricción médica y familiar, de la actividad debida a que tienen miedo de fracasar, al rechazo y a la toma de riesgos. El sentido de competencia suele ser bajo, puesto que autodevalúan sus esfuerzos, sin importar qué tan efectivos sean en realidad, esta devaluación es causada por una baja autoestima, por temor, por sentimientos de culpa y por el concepto de minusvalía a los que ellos mismos se encuentran sometidos y tienen que enfrentar. Esto les justifica su fuga hacia la dependencia pasiva en circunstancias para así aceptar las atenciones que hasta entonces les eran intolerables tanto física como emocionalmente.

En esta investigación realizada resaltan los siguientes puntos:

- ♥ Esta prueba proporciona un amplio perfil de la personalidad (mucho más amplio que la mayor parte de las pruebas del estado mental), con información específica sobre la naturaleza y el grado de las disfunciones del YO, como sobre la manera en que estas deficiencias pueden afectar otras áreas del funcionamiento YOICO.
- ♥ La EFY permite identificar la naturaleza del trastorno de la personalidad presente y proporciona alguna idea de los niveles de funcionamiento a lo largo del tiempo
- ♥ La EFY puede ser útil para la investigación en la medicina al ofrecer algunas definiciones de las características de personalidad de pacientes con taquicardias, disnea, asma, colitis, úlceras y otros trastornos.
- ♥ Para la psiquiatría y psicología de enlace, la evaluación de una función del YO específica (el sentido del sí mismo), podría ayudar a prevenir psicosis postoperatorias, especialmente en cirugías mayores tal el caso del corazón, trasplantes, amputaciones y cirugías plásticas.
- ♥ Con la EFY, en este caso, se pueden obtener datos más uniformes y en general, más fácilmente comparables que los proporcionados por otras pruebas psicológicas.

a) Al analizar las diferentes funciones YOICAS en un individuo, por medio del cuestionario de evaluación de las funciones del YO (EFY), es posible determinar aquellas áreas de conflicto, o funciones que se encuentran alteradas.

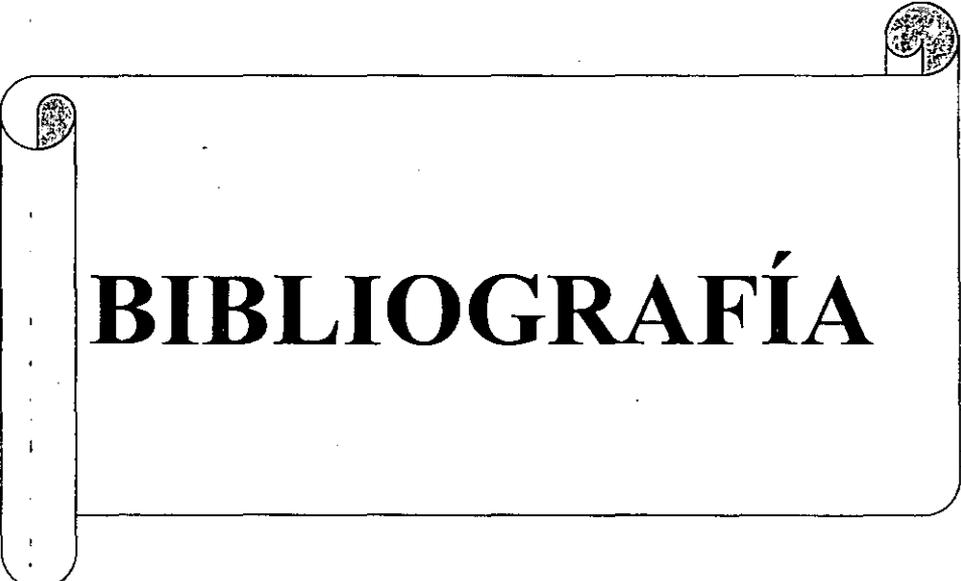
b) Los resultados estadísticamente son significativos, implicando que el funcionamiento de la estructura YOICA difiere cuantitativamente y cualitativamente en las muestras estudiadas.

LIMITACIONES

- ♥ No se considerará representativa para la población en general y por lo tanto no se puede generalizar.
- ♥ Hacer estudios con otras características.
- ♥ El Tamaño de muestra no se pudo realizar con los 80 pacientes iniciales.
- ♥ Rango de edades fuera de lo establecido.
- ♥ La mayoría de la población era del sexo masculino.

SUGERENCIAS

- ♥ Hacer otros estudios con la prueba que se aplicó
- ♥ A partir de este tipo de estudio se pueda llegar a realizar un manual de intervención con manejos para prever el deterioro de las Funciones Yoicas en los pacientes
- ♥ Diseñar manuales y programas de intervención y tratamiento fundamentados de un modo más racional y que sean más específicos, desarrollados y dirigidos hacia los pacientes, personal médico y familiares, para el mejoramiento de aspectos específicos del funcionamiento.
- ♥ Programas específicos para mejorar su salud mental, su funcionamiento social y la capacidad para participar en las actividades de la vida diaria.
- ♥ Los beneficios en el funcionamiento yoico no sólo mejorarían las oportunidades de los pacientes cardíopatas para alcanzar el éxito laboral y familiar, sino que también aumentan el funcionamiento en otros papeles vitales y, por tanto, mejorarán la calidad general de sus vidas.
- ♥ Además, una evaluación confiable y válida de las funciones del yo ofrece una manera global para conceptuar la dificultades de éstos pacientes y una estrategia eficaz para evaluar las soluciones propuestas por los programas de rehabilitación.



BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

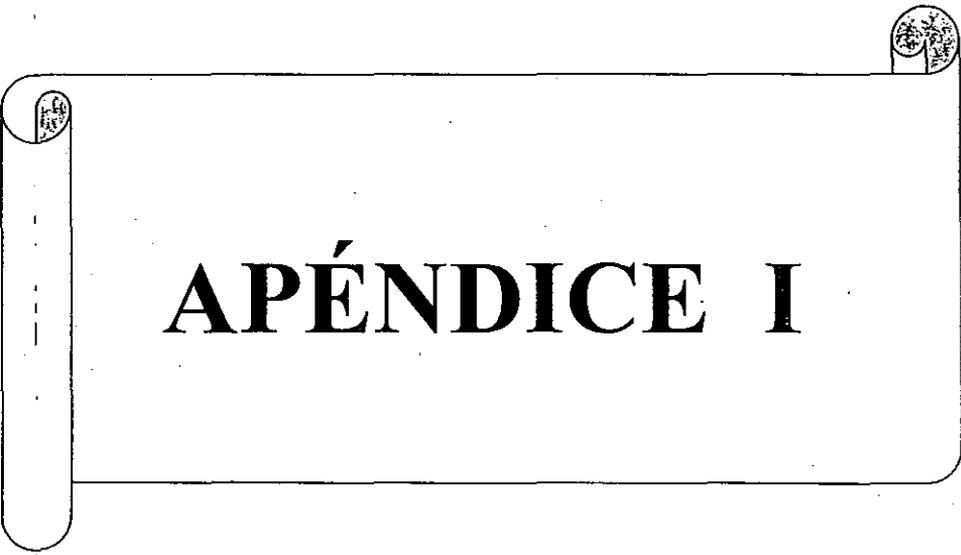
1. AISENSON KOGAN, Alda. (1982). "El Yo y el si-mismo". Edit. Amorrortu editores. No. de edición, 6a. Buenos Aires, Argentina.156pp.
2. ALLPORT W., G. (1988). "La persona en psicología". Edit. Trillas. No. de edición, 1a. D.F., México.376pp.
3. ALONSO – Fernández F. (1989). "Psicología Médica y social". Edit. Salvat. No. de edición, 5ª., Barcelona, España.
4. ANDREOLI , Kathleen; Hunn, Virginia y otros. (1995). "Cuidado integral del paciente cardíaco". Edit. Trillas. No. de edición, 3a. D.F., México.216pp.
5. AVENBURG, Ricardo. (1975). "El aparato psíquico y la realidad". Edit. Nueva visión. No. de edición, 1a. Buenos Aires, Argentina.115pp.
6. BELLAK, Leopold y GOLDSMITH, Lisa. (1993). "Metas amplias para la evaluación de las funciones del Yo". Edit. Manual Moderno. No. de edición, 1a. D.F., México.645pp.
7. BELLAK, Leopold y SMALL, Leonard. (1990). "Psicoterapia breve y de emergencia". Edit. Pax. No. de edición, 6a. reimpresión. D.F., México.381pp.
8. BELLAK, Leopold. (1990). "T.A.T., C.A.T. y S.A.T.". Edit. Manual Moderno. No. de edición, 2a. D.F., México.478pp.
9. BISCHOF Ledford, S. (1989). "Interpretación de las teorías de la personalidad". Edit. Trillas. No. de edición, 8va. reimpresión. D.F., México.690pp.
10. BLEICHMAR M., Norberto y BLEICHMAR M., C. (1989). "El psicoanálisis después de Freud. Teoría y clínica". Edit. Eleia editores. No. de edición,2a. D.F., México.78pp.
11. BROWN S., Thomas y WALLACE M., Patricia. (1989). "Psicología fisiológica". Edit. McGraw-Hill. No. de edición, 1a. D.F., México.690pp.
12. CALDERON Narváez, Guillermo. (1989). "Depresión". Edit. Trillas. No. de edición, 3a. reimpresión. D.F., México.252pp.
13. CAMERON, Norman. (1990). "Desarrollo y psicopatología de la personalidad. Un enfoque dinámico". Edit. Trillas. No. de edición, 2a. D.F., México. 767pp.
14. CATHERINE Parker, Anthony. (1991). "Anatomía y fisiología del corazón". Edit. Interamericana. No. de edición, 30a. D.F., México.555pp.
15. COHEN, Jozef. (1988). "Psicodinámica de la personalidad". Edit. Trillas. Serie 9 Temas de psicología. No. de edición, 7a. reimpresión. D.F., México.87pp.
16. CRISTOPHER F., P. (1993). "Cardiología". Edit. Manual Moderno. No. de edición, 5a. D.F., México.558pp.

17. CURLEY, Clark. (1995). "El gran libro de la salud". Edit. CECSA. No. de edición, 2a. D.F., México.982pp.
18. DE LA FUENTE, Ramón. (1992). "Psicología médica". Edit. Fondo de Cultura Económica. No. de edición, 2a. D.F., México. 547pp.
19. ERIKSON H., E. (1990). "El ciclo vital completado". Edit. Paidós. No. de edición, 2a. reimpresión. D.F., México.141pp.
20. ESPINO Vela, J. (1995). "Introducción a la cardiología". Edit. Manual Moderno. No. de edición, 2a. D.F., México.646pp.
21. ETCHEGOYEN R. (1988). "Los fundamentos de la técnica psicoanalítica". Edit. Amorrortu, No. de edición, 1ª. Madrid.
22. FAIRBAIRN W., Ronald. (1986). "Estudio psicoanalítico de la personalidad". Edit. Paidós. No. de edición, 5a. Buenos Aires, Argentina.294pp.
23. FENICHEL, Otto. (1987). "Teoría psicoanalítica de las neurosis". Edit. Paidós. No. de edición, 2a. reimpresión. D.F., México.814pp.
24. FISCHER, Héctor. (1980). "El Yo, su estudio clínico y dinámico". Edit. Centro Editorial Argentino. No. de edición, 1a. Buenos Aires, Argentina.120pp.
25. FRANZ, Alexander y ROSS, Hellen. (1978). "Psiquiatría dinámica". Edit. Paidós. No. de edición, 1a. Buenos Aires, Argentina.112pp.
26. FREUD, Anna. (1985). "Estudios psicoanalíticos". Edit. Paidós. No. de edición, 1a. reimpresión. D.F., México.167pp.
27. FREUD, Anna. (1989). "El psicoanálisis infantil y la clínica". Edit. Paidós. No. de edición, 3a. reimpresión. D.F., México.186pp.
28. FREUD, Anna. (1990). "Introducción al psicoanálisis para educadores". Edit. Paidós. No. de edición, 6a. reimpresión. D.F., México.111pp.
29. FREUD, Anna. (1991). "Normalidad y patología en la niñez". Edit. Paidós. No. de edición, 7a. reimpresión. Buenos Aires, Argentina.188pp.
30. FREUD, Anna. (1992). "El Yo y los mecanismos de defensa". Edit. Paidós. No. de edición, 2a. reimpresión. D.F., México.199pp.
31. FREUD, Sigmund (1990). "Las neuropsicosis de defensa". Obras Completas Vol. III. Edit. Amorrortu editores. No. de edición, 2a. reimpresión. Buenos Aires, Argentina.
32. FREUD, Sigmund (1990). "La interpretación de los sueños". O.C. Vol. V.
33. FREUD, Sigmund (1990). "Sobre el sueño" O.C. Vol. V.
34. FREUD, Sigmund (1990). "Tres ensayos de teoría sexual". O.C. Vol. VII.
35. FREUD, Sigmund (1990). "Formulaciones sobre los dos principios del acaecer psíquico". O. C. Vol. XI
36. FREUD, Sigmund (1990). "Lo inconsciente" O.C. Vol. XIV

37. FREUD, Sigmund. (1990) "Introducción al narcisismo". O.C. Vol. XIV.
38. FREUD, Sigmund. (1990) "Pulsión y destinos de pulsión". O.C. Vol. XIV.
39. FREUD, Sigmund. (1990) "Duelo y Melancolía". O.C. Vol. XIV.
40. FREUD, Sigmund (1990). "Más allá del principio del placer" O.C. Vol. XVIII
41. FREUD, Sigmund (1990). "Psicología de las masas y análisis del YO" O.C. Vol. XVIII
42. FREUD, Sigmund (1990). "El Yo y el Ello" O.C. Vol. XIX
43. FREUD, Sigmund (1990). "Inhibición, síntoma y angustia" O.C. Vol. XX
44. FREUD, Sigmund (1990). "Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis" O.C. Vol. XXII
45. FREUD, Sigmund (1990). "Esquema del psicoanálisis" O.C. Vol. XXIII
46. FRONDIZI, Rosieri. (1987). "El Yo como estructura dinámica". Edit. Paidós. No. de edición, 2a. D.F., México.191pp.
47. GOLDMAN Howard, H. (1989). "Psiquiatría general". Edit. Manual Moderno. No. de edición, 2a. D.F., México.736pp.
48. HALL S., Calvin. (1990). "Compendio de psicología freudiana". Edit. Paidós. No. de edición, 10a. reimpresión. D.F., México.137pp.
49. HAMMER, F. Emanuel. (1990). "Test proyectivos gráficos". Edit. Paidós. No. de edición, 3a. reimpresión. D.F., México.397pp.
50. HARTMANN, Heinz. (1987). "Ensayos sobre la psicología del Yo". Edit. Fondo de Cultura Económica. No. de edición, 2a. reimpresión. D.F., México.437pp.
51. HARTMANN, Heinz. (1987). "La psicología del Yo y el problema de adaptación". Edit. Paidós. No. de edición, 1a. Buenos Aires, Argentina.148pp.
52. HILLMAN, James y BOER, Charles. (1988). "La cocina del inconsciente". Edit. Gedisa. No. de edición, 1a. Barcelona, España.214pp.
53. KAPLAN, Harold y SADOCK, Benjamín. (1992). "Compendio de psiquiatría". Edit. Salvat Editores, S.A. No. de edición, 2a. D.F., México.979pp.
54. KERNBERG, Otto. (1994). "La teoría de las relaciones objetales y el psicoanálisis clínico". Edit. Paidós. No. de edición, 2a. reimpresión. D.F., México.235pp.
55. KLEIN, Melanie. () "Desarrollo en psicoanálisis". Obras Completas Vol.II.
56. KNIGHT, R.P. (1961) "Teoría psicoanalítica". Edit. Paidós. No. de edición, 1a. Buenos Aires, Argentina.80pp.
57. KOLB C., Lawrence. (1985). "Psiquiatría clínica moderna". Edit. Ediciones científicas La prensa Médica. No. de edición, 1a. reimpresión. D.F., México.1016pp.
58. KOLB, L.C. y BRODIE, H.K. (1988). "Psiquiatría clínica". Edit. Interamericana. No. de edición, 10a. D.F., México.850pp.

59. KRIS, Ernest. (1985). "Psicoanálisis de lo cómico". Edit. Paidós. No. de edición. 3a. Buenos Aires, Argentina.182pp.
60. LAING R., D. (1988). "El Yo dividido". Edit. Fondo de Cultura Económica. No. de edición, 4a. reimpresión. D.F., México.216pp.
61. LOCKHART R.,D; HAMILTON G.,F. y otros. (1997). "Anatomía Humana". Edit. Interamericana. No. de edición, 9a. reimpresión. D.F., México.695pp.
62. MACKINNON, Rorger y MICHELS, Robert. (1992). "Psiquiatría clínica aplicada". Edit. Interamericana. No. de edición, 1a. reimpresión. D.F., México.432pp.
63. MAHLER S., Margaret. (1989). "Simbiosis humana: las vicisitudes de la individuación". Edit. Joaquín Mortiz. No. de edición, 6a. reimpresión. D.F., México.304pp.
64. MASOTTA, Oscar. (1991). "Lecciones de introducción al psicoanálisis". Edit. Gedisa. No. de edición, 4a. reimpresión. D.F., México.123pp.
65. MUSSEN, Henry; CONGER, Janeway y otros. (1990). "Desarrollo de la personalidad en el niño". Edit. Trillas. No. de edición, 3a. D.F., México.563pp.
66. NASIO, Juan David. (1991). "Enseñanza de siete conceptos cruciales del psicoanálisis". Edit. Gedisa. No. de edición, 1a. reimpresión. Barcelona, España.238.
67. NUNBERG, Herman. (1987). "Teoría general de las neurosis basada en el psicoanálisis". Edit. Amorrortu editores. No. de edición, 1a. Buenos Aires, Argentina.395pp.
68. PANCHERI, Paolo. (1987). "Manual de psiquiatría clínica". Edit. Trillas. No. de edición, 2a. reimpresión. D.F., México.392pp.
69. PENZO, Wilma. (1989). "El dolor crónico. Aspectos psicológicos". Edit. Ediciones Martínez Roca. No. de edición, 2a. Barcelona, España.226pp.
70. PIAGET, Jean. (1990). "Seis estudios de psicología". Edit. Ariel. No. de edición, 4a. reimpresión. D.F., México.227pp.
71. QUIROZ Gutiérrez, Fernando. (1996). "Anatomía Humana". Edit. Porrúa, S.A. No de edición, 29a. D.F., México.501pp.
72. RAPPOPORT, Leon. (1986). "La personalidad desde los 26 años hasta la ancianidad. El adulto y el viejo". Edit. Paidós. No. de edición, 1a. reimpresión. Barcelona, España.101pp.
73. SARASON, G. I. y SARASON G. B. (1986) "Psicología anormal". Los problemas de la conducta desadaptada. Edit. Trillas. No. de edición, 2a. D.F., México.617pp.
74. SEGAL, Hanna. (1990). "Introducción a la obra de Melanie Klein". Edit. Paidós. No. de edición, 5a. reimpresión. D.F., México.124pp.
75. SHAKOW, D. y RAPAPORT, D. (1978). "Psicoanálisis y psicología contemporánea". Edit. Paidós. No. de edición, 2a. Buenos Aires, Argentina.134pp.
76. SPITZ A. Rene. (1980). "Una teoría genética de campo sobre la formación del Yo". Edit. Fondo de Cultura Económica. No. de edición, 2a. D.F., México.72pp.

77. STUCKEY, Robert. (1997). "Manual médico del sistema cardiovascular". Edit. Interamericana. No. de edición, 7a. D.F., México.320pp.
78. TALLAFERRO, Alberto. (1987). "Curso básico de psicoanálisis". Edit. Paidós. No. de edición, 11a. reimpresión. Buenos Aires, Argentina.324pp.
79. WERNER, Wolff. (1988). "Introducción a la psicopatología". Edit. Fondo de Cultura Económica. No. de edición, 8a. D.F., México.415pp.
80. WHITE R., W. (1973). "El Yo y realidad en teoría psicoanalítica". Edit. Paidós. No. de edición, 4a. Buenos Aires, Argentina.197pp.



APÉNDICE I

NOMBRE: _____ FECHA: _____ SEXO: _____ EDAD: _____

I.- PRUEBA DE REALIDAD

	Rara vez (2)	Algunas veces (1)	Con frecuencia (0)
1.- ¿Tiene problemas para decidir si algo sucedió realmente, fue un sueño o sólo su imaginación?	_____	_____	_____
2.- ¿Ve cosas que otras personas no pueden ver?	_____	_____	_____
3.- ¿Escucha cosas que otras personas no pueden oír?	_____	_____	_____
4.- ¿Las personas le han dicho que está usted confundido acerca de dónde está?	_____	_____	_____
5.- ¿Las personas le han dicho que está confundido acerca de quién es usted?	_____	_____	_____
6.- ¿Está confundido acerca de quién es?	_____	_____	_____
7.- ¿Está confundido acerca de dónde está?	_____	_____	_____
8.- ¿Las personas malinterpretan lo que está tratando de decirles?	_____	_____	_____
9.- ¿Las personas le dicen que lo que platica no tiene sentido?	_____	_____	_____
10.- ¿Las personas le dicen que está imaginando sus malestares?	_____	_____	_____
			Calificación total: _____

1 2 3 4 5 6 7
 deficiente excelente

II.- JUICIO

	Rara vez (2)	Algunas veces (1)	Con frecuencia (0)
1.- ¿Hace usted cosas peligrosas?	_____	_____	_____
2.- ¿Hace usted cosas que otras personas consideran peligrosas?	_____	_____	_____
3.- ¿Se decepciona de las amistades que hace?	_____	_____	_____
4.- ¿No funcionan las cosas del modo que usted esperaba?	_____	_____	_____
5.- ¿Se encuentra usted en situaciones peligrosas?	_____	_____	_____
6.- ¿La gente malinterpreta las cosas que usted hace?	_____	_____	_____
7.- ¿Siente usted que puede hacer cosas que otras personas no pueden?	_____	_____	_____
8.- ¿Encuentra usted que corre demasiados riesgos?	_____	_____	_____
9.- ¿Se sorprende de encontrar que ha impresionado a las personas de manera equivocada?	_____	_____	_____
10.- ¿Siente que confía usted demasiado en las personas?	_____	_____	_____
			Calificación total: _____

1 2 3 4 5 6 7
 deficiente excelente

III.- SENTIDO DE REALIDAD

	Rara vez (2)	Algunas veces (1)	Con frecuencia (0)														
1.- ¿Siente usted que hay partes de su cuerpo que no le pertenecen?	_____	_____	_____														
2.- ¿Los ambientes familiares le parecen extraños?	_____	_____	_____														
3.- ¿Piensa en usted mismo como en dos o más personas?	_____	_____	_____														
4.- ¿Tiene la sensación de que el mundo será destruido o que explotará?	_____	_____	_____														
5.- ¿Tiene la sensación sorpresiva de que algo que sucede le ha sucedido antes?	_____	_____	_____														
6.- ¿Hay partes de su cuerpo que siente extrañas o irreales?	_____	_____	_____														
7.- ¿Siente su cabeza u otra parte de su cuerpo más grande o más pequeña que lo usual?	_____	_____	_____														
8.- ¿Siente como si su cuerpo estuviera vacío?	_____	_____	_____														
9.- ¿Siente que la vida es como un sueño o una película?	_____	_____	_____														
10.- ¿Siente que usted no es la misma persona hoy que la que era ayer o antier?	_____	_____	_____														
Calificación total:			_____														
<table style="margin-left: auto; margin-right: 0;"> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">6</td> <td style="text-align: center;">7</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">deficiente</td> <td colspan="4" style="text-align: center;">excelente</td> </tr> </table>			1	2	3	4	5	6	7	deficiente			excelente				
1	2	3	4	5	6	7											
deficiente			excelente														

IV.- REGULACIÓN Y CONTROL DE LOS IMPULSOS, AFECTOS E INSTINTOS

	Rara vez (2)	Algunas veces (1)	Con frecuencia (0)														
1.- ¿Tiene usted un fuerte impulso de estar físicamente activo?	_____	_____	_____														
2.- ¿Tiene que estar ocupado todo el tiempo?	_____	_____	_____														
3.- ¿Tiene a ser emotivo y excitable acerca de las cosas?	_____	_____	_____														
4.- ¿Tiene cambios rápidos en sus estados de ánimo?	_____	_____	_____														
5.- ¿Es usted una persona impaciente?	_____	_____	_____														
6.- ¿Se ha sentido tan enojado que ha deseado poder matar a alguien?	_____	_____	_____														
7.- ¿Siente una necesidad irresistible de suicidarse?	_____	_____	_____														
8.- ¿Tiene el impulso de hacer ciertos actos sexuales que considera malos?	_____	_____	_____														
9.- ¿Se siente incapaz de controlar cualquiera de sus necesidades o impulsos?	_____	_____	_____														
10.- ¿Tiene usted arranques de ira que parece no poder controlar?	_____	_____	_____														
Calificación total:			_____														
<table style="margin-left: auto; margin-right: 0;"> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">6</td> <td style="text-align: center;">7</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">deficiente</td> <td colspan="4" style="text-align: center;">excelente</td> </tr> </table>			1	2	3	4	5	6	7	deficiente			excelente				
1	2	3	4	5	6	7											
deficiente			excelente														

V.- RELACIONES OBJETALES

	Rara vez (2)	Algunas veces (1)	Con frecuencia (0)
1. ¿Siente que nadie es en realidad su amigo?	_____	_____	_____
2. ¿Siente que las demás personas no le son realmente necesarias?	_____	_____	_____
3. Si usted establece una relación íntima con alguien, ¿se rompe rápidamente?	_____	_____	_____
4. En general, ¿desea que las personas permanezcan emocionalmente alejadas de usted?	_____	_____	_____
5. ¿Le atrae la misma clase de persona con la que ha tenido problemas antes?	_____	_____	_____
6. ¿Es usted capaz de ponerse en el lugar de los demás y sentir lo que ellos sienten?	_____	_____	_____
7. Cuando alguien importante para usted está ausente, ¿siente que se ha ido para siempre?	(0)	(1)	(2)
8. ¿Es usted sobredependiente de alguna relación o se aferra a ella?	_____	_____	_____
9. ¿Se siente rechazado si alguien importante para usted no le está proporcionando toda su atención?	_____	_____	_____
10. ¿Obtiene satisfacción personal ayudando a los demás?	(0)	(1)	(2)
Calificación total: _____			

1 2 3 4 5 6 7
 deficiente excelente

VI.- PROCESOS DEL PENSAMIENTO

	Rara vez (2)	Algunas veces (1)	Con frecuencia (0)
1. ¿Hay acontecimientos o ideas que interfieren su capacidad para concentrarse?	_____	_____	_____
2. ¿Le es imposible recordar incluso cosas simples?	_____	_____	_____
3. Cuando esta perturbado emocionalmente, ¿le es difícil recordar las cosas?	_____	_____	_____
4. ¿Se le dificulta poner atención a las cosas?	_____	_____	_____
5. ¿Usa usted palabras que otras personas no pueden entender?	_____	_____	_____
6. ¿Cambia de un tema a otro en sus conversaciones?	_____	_____	_____
7. ¿Sus pensamientos parecen correr por sí mismos sin su control?	_____	_____	_____
8. ¿Siente que sus pensamientos están puestos en su cabeza desde afuera?	_____	_____	_____
9. ¿Tiene usted pensamientos que cree que otras personas no entenderían?	_____	_____	_____
10. ¿Cuando está hablando tiene problemas para terminar lo que estaba tratando de decir?	_____	_____	_____
Calificación total: _____			

1 2 3 4 5 6 7
 deficiente excelente

VII.- RASY

	Rara vez (0)	Algunas veces (1)	Con frecuencia (2)
1.- ¿Es usted capaz de liberarse y tener pensamientos extraños sin sentirse trastornado o amenazado?	_____	_____	_____
2.- ¿Tiene usted fantasías que pueden ser usadas como base para producciones o actividades artísticas?	_____	_____	_____
3.- ¿Se relaja y pasa un buen momento sin preocuparse por no estar haciendo nada importante?	_____	_____	_____
4.- ¿Disfruta cuando sueña despierto?	_____	_____	_____
5.- ¿Actúa espontáneamente?	_____	_____	_____
6.- ¿Cuando está trabajando en un pasatiempo, disfruta desviándose de las instrucciones?	_____	_____	_____
7.- ¿Disfruta usted haciendo cosas creativas (por ejemplo, pintar, modelar barro, escribir)?	_____	_____	_____
8.- ¿Piensa usted en situaciones divertidas y graciosas?	_____	_____	_____
9.- ¿Disfruta usted participando en juegos?	_____	_____	_____
10.- ¿Le es fácil reír cuando alguien cuenta un chiste?	_____	_____	_____

Calificación
total: _____

1 2 3 4 5 6 7
 deficiente excelente

VIII.- FUNCIONAMIENTO DEFENSIVO

	Rara vez (2)	Algunas veces (1)	Con frecuencia (0)
1.- ¿Las cosas lo trastornan fácilmente?	_____	_____	_____
2.- ¿Se siente usted intranquilo o nervioso y no sabe por qué?	_____	_____	_____
3.- ¿Es usted una persona ansiosa?	_____	_____	_____
4.- ¿Se siente usted como si se estuviera desbaratando?	_____	_____	_____
5.- ¿Se le dificulta comprender los chistes que escucha?	_____	_____	_____
6.- ¿Tiene pesadillas?	_____	_____	_____
7.- ¿Se preocupa usted por lo que otras personas dicen acerca de usted?	_____	_____	_____
8.- ¿Cruzan por su mente ideas extrañas o amenazadoras?	_____	_____	_____
9.- ¿Siente que no puede manejar los problemas que surgen en su vida diaria?	_____	_____	_____
10.- ¿Cree que si no piensa en sus problemas desaparecerán por sí solos?	_____	_____	_____

Calificación
total: _____

1 2 3 4 5 6 7
 deficiente excelente

IX.- BARRERA A LOS ESTÍMULOS

	Rara vez (2)	Algunas veces (1)	Con frecuencia (0)
1.- ¿Es usted especialmente sensible a la luz, el sonido o los cambios de temperatura?	_____	_____	_____
2.- ¿Es usted irritable o nervioso cuando hay mucho ruido a su alrededor?	_____	_____	_____
3.- ¿Cuando las cosas son demasiado para usted, acostumbra ensimismarse?	_____	_____	_____
4.- ¿Siente que su piel es particularmente sensible?	_____	_____	_____
5.- ¿El más ligero sonido o luz tenue lo mantienen despierto por la noche?	_____	_____	_____
6.- ¿Tiene dolores y malestares físicos menores?	_____	_____	_____
7.- ¿Tiene dolores de cabeza?	_____	_____	_____
8.- ¿Pierde la calma con facilidad cuando muchas cosas suceden al mismo tiempo?	_____	_____	_____
9.- ¿Después de una vacaciones le toma mucho tiempo reincorporarse a su trabajo?	_____	_____	_____
10.- ¿Tiene el sueño ligero?	_____	_____	_____
Calificación total:			_____
<u>1 2 3 4 5 6 7</u> deficiente excelente			

X.- FUNCIONAMIENTO AUTÓNOMO

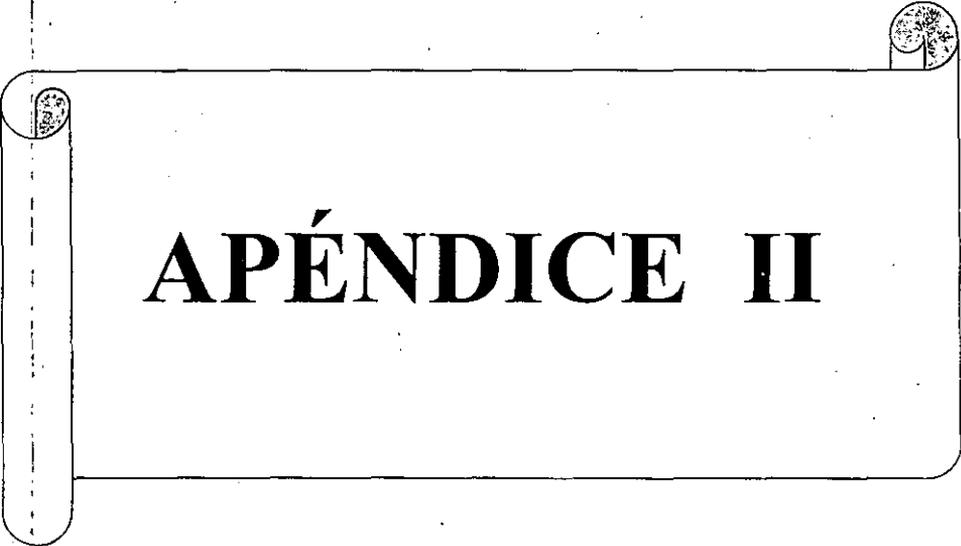
	Rara vez (2)	Algunas veces (1)	Con frecuencia (0)
1.- ¿Se le traba la lengua?	_____	_____	_____
2.- ¿Su habla se vuelve confusa cuando está aturdido?	_____	_____	_____
3.- ¿Se siente usted tan carente de energía que no puede realizar las cosas que usualmente hace?	_____	_____	_____
4.- ¿Se le dificulta comenzar algo que desea hacer?	_____	_____	_____
5.- ¿Considera que usted es perezoso?	_____	_____	_____
6.- ¿Puede mantener el control cuando otras personas parecen perderlo?	_____	_____	_____
7.- ¿Se tropieza con los objetos?	(0)	(1)	(2)
8.- ¿Cuando está haciendo algo, tiene dificultad para terminarlo?	_____	_____	_____
9.- ¿Tiene usted problemas para poner atención a alguien o a algo (televisión, libro) durante cualquier tiempo?	_____	_____	_____
10.- ¿Olvida usted cosas como nombres y lugares?	_____	_____	_____
Calificación total:			_____
<u>1 2 3 4 5 6 7</u> deficiente excelente			

XI.- FUNCIONAMIENTO SINTÉTICO-INTEGRATIVO

	Rara vez (0)	Algunas veces (1)	Con frecuencia (2)	
1.- ¿Se adapta usted con facilidad a los cambios en su rutina?	_____	_____	_____	
2.- ¿Puede hacer las cosas que se supone debe hacer aun cuando no le agraden?	_____	_____	_____	
3.- ¿Con frecuencia cambia sus sentimientos respecto a las personas o a las ideas?	_____	_____	_____	
4.- ¿Es usted predecible en las cosas que hace o dice?	_____	_____	_____	
5.- ¿Es usted organizado en su vida diaria?	(2)	(1)	(0)	
6.- ¿Le gusta hacer planes para el futuro?	_____	_____	_____	
7.- ¿Es usted capaz de manejar más de una tarea al mismo tiempo?	_____	_____	_____	
8.- ¿Puede organizar su vida de manera que no se pierdan sus propósitos?	_____	_____	_____	
9.- ¿Aprende usted de sus errores pasados?	_____	_____	_____	
10.- ¿Es capaz de llevar a cabo sus planes?	_____	_____	_____	
Calificación total:			_____	
<div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> 1 2 3 4 5 6 7 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> deficiente excelente </div>				

XII.- DOMINIO - COMPETENCIA

	Rara vez (0)	Algunas veces (1)	Con frecuencia (2)	
1.- ¿Funciona usted tan bien como cree ser capaz de funcionar?	_____	_____	_____	
2.- ¿Le agrada a usted estar a cargo de las cosas?	_____	_____	_____	
3.- ¿Vive usted de acuerdo con sus propias expectativas de sí mismo?	_____	_____	_____	
4.- ¿Siente que usted puede hacer las cosas tan bien como la mayoría de las personas?	_____	_____	_____	
5.- ¿Siente que puede cambiar las cosas que le suceden y que no le agradan?	_____	_____	_____	
6.- ¿Toma usted decisiones in mucha dificultad?	_____	_____	_____	
7.- ¿Cuando tiene mala suerte siente que puede hacer algo para ayudarse a sí mismo?	_____	_____	_____	
8.- ¿Las personas lo elogian por hacer un buen trabajo?	_____	_____	_____	
9.- ¿Establece o ha establecido objetivos para su vida?	_____	_____	_____	
10.- ¿Cree usted que uno es dueño de su propio destino?	_____	_____	_____	
Calificación total:			_____	
<div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> 1 2 3 4 5 6 7 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> deficiente excelente </div>				



APÉNDICE II

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

NOMBRE	SEXO	EDAD	ESTADO CIVIL	NIVEL ECONÓMICO	LUGAR DE RESIDENCIA	CARDIOPA- TÍA
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						
11.						
12.						
13.						
14.						
15.						
16.						
17.						

