

302925

UNIVERSIDAD FEMENINA DE MEXICO

15
2j

Escuela de Psicología
Incorporada a la Universidad
Nacional Autónoma de México

ANÁLISIS COMPARATIVO DE TRAZOS
EN DIBUJOS DE PACIENTES CON ÚLCERA
GÁSTRICA Y SIN ÚLCERA GÁSTRICA
UTILIZANDO EL TEST DE MACHOVER



T E S I S

Que para obtener el título de:

LICENCIADA EN PSICOLOGIA

PRESENTAN

SILVIA MENDOZA RANGEL

Y

MARÍA GLORIA ELVA MONÁRREZ VELÁSQUEZ

Director de Tesis: Dr. Jesús Quintanar Márquez

MEXICO, D.F.

1996

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

DEDICATORIA

A mi padre:

**Por su eterno apoyo,
y su amor inagotable.**

A mis hermanos:

**Por la generosidad y
bondad que me brindan
en todo momento.**

Gracias.

A mi madre:

Mi constante apoyo espiritual.

Con todo mi amor Silvia

DEDICATORIA

A Lulú:

**Quien cada vez que
me quedo a oscuras,
enciende una luz.**

A Rita, Blanca y Gloria:

Por su amistad incondicional.

Con mi amor Silvia.

DEDICATORIA

A Richard Osborn:

Mi querido esposo.

Por su apoyo infinito e

incondicional.

A mi madre:

Mi amada Inolvidable.

A mi hermano:

Por su silencioso

amor de siempre.

Cariñosamente Gloria.

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Jesús Quintanar Márquez.

**Nuestro valioso asesor, por su
paciencia, comprensión y
desinteresada ayuda en la
elaboración de esta tesis.**

A la Dra. Estela Ruíz Millán.

**MI querida psiconalista, quien
me enseñó a querer, a aceptar el
amor de otros, y a ser terapeuta.**

A la Dra. Norma E. Cruz Ocampo.

**Por su apoyo, amabilidad, confianza
y disponibilidad infinitas.**

A la Dra. Nilda E. Fernández de Ch.

MI maestra inolvidable.

Cariñosamente Gloria.

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Jesús Quintanar Márquez
por su paciencia e invaluable ayuda en
la asesoría de esta tesis.
Gracias.

A mis cuñadas:
Por su amabilidad, afecto,
desvelos y posada que siempre
me proporcionan

Afectuosamente Silvia.

Introducción

¿Es la prueba de Machover válida para detectar padecimientos psicosomáticos, particularmente la úlcera gástrica, teniendo como parámetro lo detectado a través de observaciones empíricas, inventarios de personalidad e investigaciones que se han hecho en las últimas décadas?

En el primer capítulo, se señala que la autora del dibujo de la figura humana, Karen Machover, quien la dio a conocer en 1949, afirma que el dibujo de la persona es una descripción del sujeto que la elabora; que en ésta prueba se proyectan tanto los trastornos físicos como los trastornos psicológicos del dibujante.

Las alteraciones psicosomáticas, son padecimientos orgánicos ocasionados por estimulación externa, a través de emociones negativas, principalmente el estrés.

La investigación en el estudio de las alteraciones psicosomáticas, tal como se señala en el segundo capítulo, se ha hecho a través de dos vertientes principalmente. La fisiológica y la psicológica; ambas coinciden en concentrar la investigación en el estudio de los procesos emocionales, no obstante, se pueden detectar aspectos en los que cada una de las vertientes hace énfasis.

Por un lado, desde el punto de vista fisiológico, se habla de una cierta predisposición orgánica, que puede ser a nivel hereditario, a nivel individual; es decir, que hay ciertos factores genéticos que aumentan la posibilidad de padecer algún tipo de enfermedad de esta índole, o considerando al organismo como una totalidad, se dice que éste posee órganos más fuertes que otros, lo que propicia un desequilibrio y la alteración del funcionamiento de órganos debilmente constituidos.

Otra teoría fisiológica es la del estrés, en donde supuestamente al prolongarse los estados de tensión, el organismo requiere de mayor movilización fuera del funcionamiento normal, y como aviso se da una reacción esencial de alarma (síntoma).

El punto de vista de la vertiente psicológica, hace énfasis en la interacción medio-ambiente, que pudiera estar alterando el adecuado funcionamiento de la unidad mente-cuerpo. A partir de este enfoque se derivan varias teorías, entre ellas, la corriente psicoanalítica y la corriente conductual.

La corriente psicoanalítica, iniciada por Freud, habla de síntomas que son consecuencia de energías corporales reprimidas, lo que da como resultado la neurosis, caracterizadas por síntomas de ansiedad, neurastenia e hipocondría.

Ahora bien desde la perspectiva conductual, se dice que los desordenes psicosomáticos, se originan a través de un condicionamiento clásico, basándose en la influencia del sistema nervioso sobre la actividad de los órganos internos, externos y la corteza cerebral, la cual trasmite información en ambas direcciones y, debido al apareamiento con algún tipo de estimulación externa. Ulrich, 1976, en De la Fuente (1980).

El tercer capítulo es el de metodología, y en el se establece el objetivo principal de esta tesis, que es investigar por medio del test de Machover, la existencia o no de diferencias entre sujetos con úlcera gástrica, y de sujetos sanos (sin úlcera gástrica), las cuales sí se lograron encontrar.

Con el fin de clasificar los resultados obtenidos en forma objetiva, se hace un análisis estadístico no paramétrico de los mismos, sin dejar de integrar una breve interpretación clásica (psicoanalítica), todo esto en el cuarto y último capítulo.

El enfermo de úlcera gástrica, proyecta sus conflictos físicos y psíquicos en la figura que elabora, percibe su imagen corporal como incompleta, vulnerable, distorsionada y empobrecida. El 100% de estos pacientes, manifiesta una incapacidad para exteriorizar la agresión, mostrando como posibilidad de reacción la somática, apareciendo ésta en forma de úlcera.

Los sujetos sanos, manifiestan una capacidad más adecuada, para manejar la agresión y la percepción de su imagen corporal es menos vulnerable, frágil y empobrecida. Los valores de juicio de las personas sin úlcera, hacia sí mismos y hacia los demás, están más centrados en la capacidad intelectual.

1.1 Personalidad

La unidad y la totalidad del organismo no pueden entenderse en función de una simple suma de partes. La personalidad es una entidad compleja que presenta múltiples facetas y que incluye componentes que son inconscientes. Existen elementos que son comunes a todos los seres humanos como son: rasgos de carácter, aspectos corporales y psíquicos.

La personalidad está determinada por la herencia y el ambiente; hablando de la herencia podemos decir que cada individuo recibe una dotación genética cuyas características específicas varían de un individuo a otro. La herencia no sólo provee las potencialidades para un desarrollo característico de la raza humana, sino que también es una fuente importante de diferencias individuales. Su influjo se aprecia más en los rasgos físicos, vigor, sensibilidad, inteligencia y la vulnerabilidad a las enfermedades.

Nuestras potencialidades innatas están desde un principio sujetas a las fuerzas modeladoras del ambiente, éste tiende a promover el desarrollo de características distintas, aún en personas con herencias análogas.

En el ambiente social que nos rodea, aprendemos el lenguaje que hablamos, costumbres, normas morales y modos de enfrentarnos a los problemas de la vida y finalmente en conjunto constituimos la idiosincrasia.

Podemos decir que nuestra dotación genética provee las bases esenciales y establece los límites tanto para el desarrollo somático como psicológico, pero la forma en que nuestras potencialidades son moldeadas depende de nuestro ambiente físico, social y cultural.

Lo característico de una teoría dinámica de la personalidad es postular la operación de fuerzas y de tensiones, que motivan y dan dirección a la conducta. Estas fuerzas y tensiones pueden apropiadamente denominarse necesidades. Habitualmente los individuos tienen conciencia de sus propósitos, pero no de las necesidades en donde tales propósitos se originan. Estas necesidades no tienen por qué ser siempre trazadas a sus fuerzas endógenas elementales (biológicas), ni tienen que ser necesariamente vistas como fuerzas generadas en el ambiente sociocultural.

En su proceso de satisfacer necesidades, la personalidad experimenta continuamente fracasos y éxitos. Aquellas pautas que son eficaces y que requieren el menor consumo de energía tienden a ser repetidas y por el uso constante a automatizarse.

La integración de aspectos biológicos y culturales hace que el organismo funcione como una totalidad. El nacimiento, la separación biológica del niño, es el primer paso para la actualización de potencialidades genéticas bajo la influencia del ambiente.

Describamos el desarrollo de la personalidad en sus aspectos fundamentales según Freud, 1932, en De la Fuente (1985):

A.- Desarrollo del yo y del sentimiento de identidad. El tener una imagen unitaria y significativa de uno mismo es una capacidad y una necesidad fundamental de los seres humanos.

El recién nacido no se diferencia a sí mismo de su madre ni de los objetos que lo rodean. Conforme crece y se desarrolla, una parte de su campo perceptual se va limitando y diferenciando del resto, constituyéndose así un núcleo primario, un punto de referencia en torno del cual sus experiencias son integradas.

Un primer ingrediente del yo es la noción del esquema corporal, el cual depende primero de la sensibilidad, que consiste en el envío al cerebro por los receptores periféricos de información sobre los límites y posiciones de los distintos segmentos del cuerpo.

Posteriormente al desarrollo de la imagen del yo físico; la noción psicológica del yo se afianza conforme el niño actúa con independencia creciente; camina, corre y explora terrenos nuevos. Hacia los 3 años, el niño distingue claramente entre el yo y el tú, juega al lado de otros niños aunque no con ellos.

B.- Desarrollo de una concepción significativa del mundo. El niño organiza en su inconsciente una imagen significativa y coherente del mundo que le permita encontrar un lugar en él y sentido para su vida. Cuando sus necesidades vitales han sido satisfechas, el niño presta atención al mundo.

Primero, le es necesario orientarse en cuanto a los objetos y personas que lo rodean. La coordinación de movimientos oculares con los manuales le permiten captar al mundo con la vista y apoderarse de él con las manos y con la boca. El niño analiza diversos sectores, determina sus características y jerarquiza sus conocimientos. Más adelante ya no coge los objetos, sino que los escoge, selecciona, formando con ellos su pequeño mundo particular. En esta época, el niño empieza a distinguir entre lo que realmente es y lo que imagina. Su pensamiento, hasta entonces mágico asociativo, empieza a ser invalidado por formas lógicas.

Gradualmente entre los cuatro a los siete años, el niño descubre un mundo nuevo que está en oposición con su mundo imaginario, subjetivo, regido por la fantasía, el placer y el juego; el mundo nuevo es objetivo y real, está regido por las leyes de la razón, el deber y el trabajo.

Si el primero se relaciona con el pensamiento mágico, el segundo se encuentra de acuerdo con el pensamiento lógico. La distinción entre ambos mundos se logra gradual y lentamente y puede decirse que ni siquiera en el adulto llega a ser completa; cuando las frustraciones en el mundo objetivo y lógico son demasiado intensas, el niño y también el adulto tienden a refugiarse en su mundo mágico y fantástico.

De los siete a los diez años de edad, el pensamiento lógico ha sustituido casi totalmente al mágico, pero el pensamiento abstracto es aún relativamente pobre. El niño goza de paz en la esfera afectiva y sus progresos en el terreno intelectual y social son notables. Su concepción del mundo es ahora lógica, estructurada, ordenada y concreta; y puede decirse que por primera vez está en posibilidad de colocarse con actitud objetiva frente a sí mismo, frente a los demás e intentar penetrar en el mundo psíquico.

C.- Desarrollo de la conciencia y del sentido moral. La conciencia moral consiste en confrontar los impulsos, las tendencias y las acciones propias con el sistema de normas éticas que han sido aceptadas como válidas.

La conciencia es una función universal, las diferencias individuales estriban en su importancia relativa en la motivación de la conducta y en las normas y principios que le sirven de contenido.

La conciencia moral puede actuar sin la advertencia consciente del sujeto, es decir que los sentimientos de culpa pueden ser inconscientes y sólo identificables indirectamente por sus consecuencias (recriminatorias, absurdas o conductas autofrustrativas, etc.). Freud, 1932, en De la Fuente (1980) señaló la rigidez y tiranía del super ego de algunos enfermos neuróticos y descubrió la intensidad de su fuerza motivadora. Mostró que en los estados melancólicos y en las neurosis obsesivas los sentimientos inconscientes de culpabilidad están siempre presentes. Hizo hincapié en el hecho de que aunque los sentimientos de culpabilidad se observan también en las personas normales, en los neuróticos, las compulsiones morales, y los escrupulosos, aparecen como autónomos, es decir como si fueran ajenos al ego.

La perturbación en el desarrollo de la conciencia por la persistencia de un super ego predominante ocurren cuando el niño tiene dudas importantes acerca de si es querido y aceptado por sus padres y no se atreve a poner en peligro su tenue relación con ellos. Esta situación le impide el uso de su propia experiencia

D.- Desarrollo de la autonomía y de la individualidad. El niño que madura y aprende se transforma desde su condición inicial de dependencia en un individuo autónomo, es decir, que depende de sus propios poderes.

La progresión hacia la autonomía, cuya primera etapa es la ruptura de los vínculos que unen al niño con su madre en la infancia, continúa en la adolescencia y en la edad adulta. Se trata de un proceso continuo en el que ciertos individuos son capaces de romper los vínculos primarios que los unen con la familia. Un gran número de individuos no son capaces de trascender estos niveles y permanecen en menor o mayor grado detenidos; cuando el proceso no es interrumpido, lo que implica el desarrollo continuo de las propias potencialidades, el individuo logra un nivel máximo de autonomía, en el que, sin embargo, no se queda solo, porque se siente firmemente vinculado a todos los demás seres humanos a través de su razón y de su amor.

1.2 Angustia y stress

La angustia es la respuesta global de la personalidad en situaciones que el sujeto experimenta como amenazantes para su existencia organizada, se caracteriza por la incertidumbre e impotencia ante una amenaza que no es percibida del todo o que lo es en forma vaga e imprecisa. Físicamente, implica cambios bioquímicos y pautas fisiológicas en los que participan el sistema nervioso de la vida de relación, el sistema endocrino y particularmente el sistema nervioso vegetativo.

La angustia es una experiencia humana universal e ineludible, sólo difiere cuantitativamente del estado de aprensión y alertamiento que son necesarios para que el individuo pueda enfrentarse con éxito a las situaciones cambiantes de la vida diaria.

Aunque en casos concretos no siempre es fácil hacer el deslinde, es conveniente hacer la separación entre angustia y miedo. Ambas son reacciones globales de la personalidad ante amenazas. En el miedo la amenaza es objetiva, es decir, externa. El individuo que experimenta miedo tiene conocimiento de la fuente de peligro que lo amenaza y en principio puede enfrentarse a él, defenderse. En la angustia, la amenaza es subjetiva; su fuente es interna, el sentimiento es confuso y el individuo no tiene advertencia de ella.

La capacidad de angustiarse es innata, cada individuo tiene una diferente capacidad de experimentarla y de tolerarla. Cada persona tiene umbrales de tolerancia específicos más allá de los cuales ciertas situaciones amenazantes son experimentadas como catastróficas y ante ellas se reacciona con angustia.

La más aterrizante de las experiencias del niño es la separación de su madre. Las condiciones que hacen que el niño se sienta en peligro de ser abandonado por sus padres crean angustia cuyo contenido específico es la soledad.

Describiremos algunas circunstancias en donde claramente aparecen demostraciones de angustia y de miedo:

La experiencia infantil de sentirse humillado por los padres constituye una fuente de angustia cuyo contenido es la vergüenza.

La experiencia de ser castigado por los padres es la base del miedo al castigo; una vez que las normas y preceptos de los padres son aceptados como propios, se convierten en otra fuente de angustia. Su contenido específico es la culpa.

Una vez que el niño ha experimentado vergüenza, miedo y culpa teme volver a encontrarse en aquellas situaciones que él prevé que podrían suscitar tales efectos. En diferentes ocasiones y en diversos grados, los niños temen ser abandonados, humillados o castigados, una parte considerable de la conducta de los seres humanos, tanto más cuanto más neuróticos son, está orientada a evitar la repetición de esas experiencias dolorosas. Así el miedo a que dichas experiencias se repitan queda sepultado bajo las defensas originadas para evitarlo. El miedo reprimido es experimentado por el sujeto como un afecto sin contenido, en el que vagamente se percibe una amenaza ante la cual se es impotente y cuya verdadera naturaleza se ignora.

Entre los conceptos originados por la biología que han ejercido una influencia mayor en la psicología se encuentra el concepto de "stress", propuesto por el fisiólogo canadiense Seyle, 1950, en De la Fuente (1980) y del cual actualmente se hace amplio uso, tanto en el campo de la medicina como en la psicología.

El stress equivale a la carga o fuerza externa y tiene sus antecedentes en Claude Bernard, 1957, en De la Fuente (1980) quien la consideró como el resultado de los intentos del organismo, que aunque apropiados, son insuficientes para restablecer un equilibrio mediante respuestas adaptativas a los agentes agresores.

Posteriormente se introdujo el concepto de homeostasis, la cual puede ser definida como la tendencia de los organismos a restablecer un equilibrio una vez más, cuando éste ha sido alterado por factores que suscitan cambios en su medio interno.

1.3 Mecanismos de defensa

El concepto de defensa que se utiliza en este trabajo, es el de la teoría Kleinian. En esta, las defensas cobran sentido y significado dentro de una configuración específica de relación objetal; son parte de procesos dinámicos en los que siempre están implicados vínculos con el objeto. Según Klein, 1959, en Segal (1979) "hay suficiente yo al nacer como para sentir ansiedad, para utilizar mecanismos de defensa y para establecer relaciones de objeto en la realidad y la fantasía".

El uso de una defensa responde a un espectro de fantasías referidas al vínculo objetal: fantasías acerca del estado del yo (fuerte, roto, constructivo), de su grado de maldad o de bondad.

Las defensas constituyen la "mejor solución" lograda por el sujeto en las relaciones con sus objetos; están enraizadas en la personalidad y presentes en toda forma de percibir y conectarse (tanto en la realidad interna como en la externa). Los mecanismos de defensa son modos estables de preservar el equilibrio de los vínculos con los objetos, apoyados en fantasías y expresados en la conducta manifiesta por modos de percibir y valorizar algunos aspectos de la realidad y del yo y neutralizar otros para evitar el sufrimiento psíquico. Identificación Proyectiva (I.P.)

La identificación proyectiva (I.P.), es el mecanismo por el cual el yo deposita un vínculo (un aspecto del yo ligado a un objeto con una fantasía especial); es un objeto que pasa a tener las características que el yo, por proyección, le adjudicó (en este caso hablamos de I.P. con el objeto interno).

Si la I.P. se hace sobre un objeto externo el yo amplía su ámbito geográfico, pues una parte suya pasa a formar parte del objeto externo en la fantasía y, como consecuencia, puede ocurrir tanto que el objeto sea percibido con las características de la parte proyectada del yo, como que el yo llegue a identificarse con el objeto.

La I.P. es un mecanismo tanto normal como patológico. En condiciones normales favorece la relación empática de comunicación y entendimiento con el objeto, por dos razones:

A.- Porque a través de la I.P. el sujeto se puede poner en el lugar del otro.

B.- Porque puede lograr que el otro se ponga en su lugar. La manera de hablar, los gestos, el tono de la voz producen en el otro resonancias afectivas de enojo, simpatía, acercamiento o rechazo derivados de los aspectos que el objeto deposita en él.

Disociación

La disociación es el mecanismo por el cual el yo y el objeto único son divididos fantásticamente en dos. La división del objeto se establece en función de las características idealizadas y persecutorias, y en correspondencia con una división concomitante del yo, estructurándose por lo tanto dos vínculos simultáneos; un yo agresivo y un objeto idealizadamente persecutorio, y un yo lleno de amor con un objeto idealizadamente bueno.

Esta división del objeto y del yo corresponde a un mecanismo primario que sin embargo implica ya un cierto grado de organización de la realidad caótica del comienzo de la vida, en tanto permite aislar y separar dos tipos de experiencias que se suceden en forma alterna: experiencias de unión, protección y satisfacción, y experiencias de abandono, dolor e insatisfacción.

La disociación en sus comienzos responde a una división neta del objeto y del yo, siendo uno de los pares disociados alternativamente "no conocido", "aislado" por el yo.

Durante la evolución normal, y en la medida en que disminuye la ansiedad persecutoria, la disociación toma características menos rígidas en cuanto al grado de distancia entre lo idealizado y lo persecutorio; hay un acercamiento paulatino a una división entre lo bueno y lo malo, favoreciendo la síntesis depresiva.

Dentro de la teoría kleiniana, este mecanismo es el precursor de la represión que permite el clivaje entre lo consciente y lo inconsciente.

Los mecanismos de disociación pueden fracasar durante la evolución por la intensidad de la envidia, la agresión y por la mala relación continente con el mundo externo; en tal caso son reemplazados por mecanismos de escisión

masivos, I.P. excesiva, los cuales llevan a la desintegración del yo como medida defensiva.

Klein, 1959, en Segal (1979) dice "En situaciones de ansiedad aumenta la disociación y se utilizan la proyección y la introyección para mantener a los objetos persecutorios tan alejados como sea posible de los objetos ideales, a la vez que se mantiene a ambos bajo control".

La disociación subyace a todas las defensas neuróticas en tanto tienen todas por finalidad la escisión del vínculo persecutorio con el objeto, dejando así de lado, determinadas situaciones afectivas, para lograr ajuste a distintas exigencias de la realidad.

Represión

Fenomenológicamente se manifiesta como "lagunas" en el pensar, sentir o verbalizar. Es el olvido no intencional de fantasías o hechos ocurridos en la realidad externa o interna.

Implica la necesidad de mantener disociados (olvidados) aspectos del vínculo objetal vividos como conflictuales o peligrosos.

Está relacionado en parte con el mecanismo de negación (responde a la fantasía "necesito no conocer tal aspecto mío y del objeto; si no lo conozco no existe"). La represión supone el mecanismo de disociación, aunque es más evolucionada y adaptativa que la disociación.

Como mecanismo adaptativo, mantiene operativamente disociadas las fantasías inconscientes, las que se movilizan frente a cualquier contacto con los objetos o situaciones externas; si fueran totalmente conscientes imposibilitarían el contacto con la realidad.

Favorece el buen funcionamiento psíquico con la realidad, mediante el olvido de lo trivial, lo accesorio y secundario.

La represión empobrece al yo en tanto lo limita en sus funciones mnémicas y perceptivas (para evitar el recuerdo del vínculo temido, el sujeto necesita

"no ver" aquellos aspectos de la realidad y de los objetos externos que podrían hacer "recordar" o despertar los impulsos y necesidades reprimidas).

Es un mecanismo "mudo" que se expresa por la "falta de " (recuerdos, afectos, etc.), más que por el reforzamiento de determinadas conductas.

Defensas maníacas (D.M)

Este tipo de defensas en principio, estaban dirigidas a impedir un ataque aniquilante al yo; en la etapa adulta, tienen como finalidad defender al objeto de los ataques ambivalentes del yo, y a éste de las ansiedades y culpa depresiva.

Las defensas maníacas, son un intento de evitar el proceso de intenso dolor y sufrimiento psíquico por el descubrimiento de sus ambivalencias hacia el mismo objeto. La experiencia depresiva se vincula con el conocimiento de la experiencia de un mundo interno y de la posesión de un objeto valorado al que se necesita; por esto, las D.M. se dirigen a evitar y negar este conocimiento huyendo hacia el mundo exterior, y negando, evitando o invirtiendo la dependencia del objeto, la ambivalencia, la depresión y la culpa.

Uno de estos mecanismos defensivos es la omnipotencia, que se acompaña de fantasías de control y dominio de los objetos; este mecanismo es necesario para negar la dependencia del objeto, el miedo a ser abandonado, y la emergencia de agresión por el abandono, y para satisfacer la fantasía de reparación total del objeto, mediante un yo que tiene poderes mágicos de reconstrucción. Klein, 1959, en Segal (1979) afirma que el bebé necesita sentir que domina los objetos internos y externos, no sólo para que no lo abandonen, sino para que no se dañen entre sí.

Una característica especial de la defensa maníaca es la identificación del yo con el objeto idealizado: el yo se fusiona y confunde con este objeto parcial, omnipotente, lleno de vida, de poder y alimento; se "infla" por la fantasía de haber devorado el objeto idealizado ("la luz del objeto idealizado cae sobre el yo"), en tanto las características suficientes, desprotegidas, necesitadas, dependientes del propio yo, son depositadas en los objetos externos.

En una relación maníaca de objeto, participa una triada de sentimientos tendientes a negar los logros de la situación depresiva, esta triada está constituida por el control, el triunfo y el desprecio que se corresponden simétricamente con los sentimientos depresivos de valorar el objeto, depender de él, temer perderlo y sentirse culpable.

Segal, 1979, en Piccolo (1980) cita que "controlar el objeto, es una manera de negar la dependencia de él, pero al mismo tiempo es una manera de obligarlo a satisfacer necesidades de dependencia, ya que un objeto totalmente controlado, es hasta cierto punto, un objeto con el que se puede contar"

"El triunfo es la negación de sentimientos depresivos ligados a la valoración e importancia afectiva otorgada al objeto y se vincula con la omnipotencia.

Además el triunfo como parte de las D.M. se incrementa porque sirve para mantener a raya los sentimientos depresivos que de otra manera surgirían."

"Desprecio hacia el objeto, es también negar cuánto se lo valora, actúa como defensa contra las experiencias de pérdida y culpa; un objeto despreciable no merece que uno sienta culpa por él, así el desprecio hacia semejante objeto se convierte en justificación para seguir atacándolo".

Defensas de control obsesivo

Bajo la denominación de defensas obsesivas hallamos, entre otras, la anulación y la formación reactiva, que forman parte de la etapa dominante anal retentiva.

La anulación o reparación en las neurosis obsesivas consiste en la realización de un acto determinado con el fin de anular o reparar el significado de uno anterior; un ejemplo sería el de un hijo que se ve impulsado a rezar en forma obsesiva durante una grave enfermedad de su madre, hacia quien guardaba deseos hostiles inconscientes, pero al terminar la plegaria se da un golpecito en la boca, acto con el cual pretende anular el efecto positivo del rezo.

La formación reactiva lleva al yo a efectuar aquello que es totalmente opuesto a las tendencias del ello que se quieren rechazar.

La persona que ha elaborado formaciones reactivas, dice Fenichel, 1945, en Fenichel (1985) no ha creado con ello un determinado mecanismo para utilizarlo cuando se produce la amenaza de un peligro instintivo; ha modificado la estructura de su yo como si el peligro estuviera siempre presente, en forma tal que se encuentra preparado en cualquier momento en que el peligro se produzca.

De este modo, en un esfuerzo por crear formaciones reactivas como defensa contra los instintos, se originan rasgos caracterológicos de distinta naturaleza; por ejemplo, si se lucha contra tendencias anales retentivas, se desarrollarán hábitos de limpieza, orden y economía obsesiva, y si se lucha contra tendencias agresivas se caerá en una bondad indiscriminada y rígida.

En la evolución infantil la vivencia del daño infringido al objeto, la culpa y dolor por haberlo destruido, son inherentes a la situación depresiva y, traen como consecuencia la inhibición y el control de la agresión. Dicho control, tiene por finalidad preservar al objeto de la propia agresión y al yo del sufrimiento que implica aceptar la ambivalencia.

En la evolución normal los mecanismos anal-retentivos actúan modificando los mecanismos previos, anal-expulsivos, de identificación proyectiva excesiva. Marcan la posibilidad de "retener", "contener" los impulsos y los sentimientos permitiendo, por lo tanto, establecer la noción de los límites del yo. Ayudan a la discriminación entre dentro y fuera, yo y objeto externo, yo y objeto interno, y mantienen conexión con los aspectos proyectados.

Favorecen, por lo tanto, la noción de identidad, la ordenación temporal y espacial y el desarrollo del sentido del juicio y la realidad.

El control obsesivo puede adquirir, sin embargo, características patológicas correspondientes al control omnipotente. El orden se transforma en meticulosidad exagerada, el ajuste a la realidad adquiere características rígidas, ritualistas; el "yo" pierde posibilidades de sentir y se empobrece. La finalidad no es ya preservar al objeto, sino evitar la desintegración del yo.

Los mecanismos obsesivos actúan entonces como conexión de situaciones de desintegración psicótica, confusión e indiscriminación.

Mecanismo de regresión

La regresión es la reactualización de vínculos objétales correspondientes a momentos evolutivos ya superados en el desarrollo individual. El yo claudica frente a las situaciones actuales que no puede resolver y apela a modalidades de relación evolutivamente más primitivas, que en su momento fueron eficaces para mantener el equilibrio.

La regresión puede implicar una modificación estructural de la personalidad (que se reorganiza entonces en un nivel más primario), o puede limitarse a afectar a determinados vínculos o funciones.

Como mecanismo normal se expresa cotidianamente en el dormir y en el soñar; evolutivamente la regresión está unida a la necesidad de progresión, ya que nunca se evoluciona de manera lineal, sino que se producen pequeñas regresiones al estado inmediato anterior.

Procesos tales se presentan como consecuencia natural de situaciones dolorosas, llegando a ser indispensables para su elaboración.

Cuando la regresión se pone al servicio del yo, hace posible la conexión con fantasías inconscientes que lo favorecen y enriquecen, constituyendo la base de los procesos creativos.

Inhibición o restricción del yo

Se manifiesta como impotencia o déficit de una o más funciones del yo. (no ver, no oír, no aprender, etc.) A diferencia de la conversión, no presenta síntomas sino restricción o ausencia de una función.

La función o conducta inhibida resulta peligrosa por estar ligada a la realización de fantasías agresivas. Se evita el peligro fantaseado, anulando o restringiendo la función ligada a estas fantasías. La inhibición surge como defensa frente a ansiedades paranoides y depresivas.

Frente a necesidades paranoides expresa la necesidad de auto-castración para evitar ataques retaliativos del objeto, (por ejemplo, si los logros intelectuales son vividos como triunfos sádicos sobre los padres, la capacidad intelectual se transforma en fuente de ansiedad y conflicto).

El inhibir una capacidad provoca sufrimiento e impotencia, pero protege al yo de temores más primarios.

La inhibición se hace presente asimismo frente a ansiedades depresivas, las fantasías subyacentes son también de agresión al objeto, pero está acentuado el temor a dañarlo y la inhibición tiene por finalidad su protección.

La inhibición o restricción del yo no sólo se refiere a la limitación de una función que potencialmente podría desarrollar, sino a un empobrecimiento y identificación general de las funciones yóicas (percepción, motricidad, rito, etc.), y suele acompañar a los estados depresivos. Resulta de la introyección patológica del objeto (introyección de objetos dañados, muertos o moribundos con los que el yo queda identificado).

Sublimación

La sublimación, en la teoría freudiana, es la canalización de impulsos instintivos en actividades creadoras, socialmente aceptadas, como resultado de un proceso de renuncia a un fin instintivo.

Las aportaciones de la teoría kleiniana permiten vincular el concepto de sublimación con las ansiedades y logros derivados de la situación depresiva.

El dolor y la pena por los objetos queridos y valiosos a los que se teme haber destruido, moviliza impulsos reparatorios, de recreación de los objetos internos y externos, que constituyen la base de la creatividad. Segal, 1979, en Tallaferro (1983) refiere que "El anhelo de recrear sus objetos perdidos impulsa al bebé a juntar lo que ha hecho pedazos, a reconstruir lo destruido, a recrear y crear. Al mismo tiempo, el deseo de proteger a sus objetos lo lleva a sublimar sus impulsos instintivos". Refiriéndose al concepto de Freud de que la sublimación es el resultado de una renuncia exitosa a un fin instintivo, afirma: "...sólo a través de un proceso de duelo, puede producirse una renuncia exitosa, si el objeto al que se debe renunciar puede ser

asimilado por el yo gracias a un proceso de pérdida y recuperación internas; Yo sugiero que un objeto asimilado de este modo, se convierte en un símbolo dentro del yo..."

La posibilidad de sublimar supone la capacidad de reparación, y está en relación directa con ella, en tanto se propone proteger al objeto de nuevos ataques hostiles y repararlo por los daños que ya ha sufrido. La sublimación es en sí misma un trabajo de reparación, que implica un vínculo de amor con el objeto total y se expresa a través de la creatividad, la capacidad de realizar y auto respetarse.

Proyección

La proyección es un mecanismo en el cual el primer juicio del yo establece la diferencia entre objetos comibles y no comibles: la primera forma de aceptar es tragar, el primer rechazo es escupir.

Su contenido es " quiero escupirlo", o por lo menos, " quiero poner distancia entre esto y yo".

Este mecanismo es esencial en aquella temprana etapa del desarrollo que Freud, 1932, en Tallaferro (1983) denominó el yo de placer puro, y en la que todo lo que sea placentero es sentido como perteneciente al yo ("algo para tragar"), mientras que todo lo doloroso es sentido como no-yo ("algo para escupir).

Las emociones o excitaciones que el yo trata de rechazar son "escupidas", y luego sentidas como cosa fuera del yo. El impulso censurable, en lugar de ser percibido en el propio yo, es percibido en otra persona.

Podríamos concluir que la proyección es el mecanismo de defensa en virtud del cual el sujeto atribuye a un objeto externo sus propias tendencias inconscientes inaceptables para su super yo, percibiéndolas luego como características propias del objeto; por ejemplo el niño que en el zoológico dice a su acompañante: "vámonos de aquí, pues tú tienes miedo de los leones".

En los niños impera en algunos casos el animismo, mecanismo de proyección considerablemente desarrollado y por el cual unos y otros atribuyen propiedades humanas a los objetos inanimados.

Los niños muchas veces golpean con enojo la punta de la mesa contra la que han chocado y le dicen: "¡mala! ¡mala!", como si la mesa fuera un ser viviente. Por lo tanto, podemos decir que la proyección consiste en atribuir tendencias propias a otras personas o cosas. En el curso del análisis se observa con frecuencia que el paciente proyecta sobre el analista sus tendencias por ejemplo, le dice lo noto nervioso o agresivo, cuando en realidad es el paciente el que está sufriendo la inquietud o tiene ideas agresivas hacia el analista.

1.4 Técnicas proyectivas de la personalidad

Las técnicas proyectivas son un método global de apreciar la personalidad de un sujeto; son eficaces para revelar aspectos encubiertos, latentes e inconscientes de la individualidad.

El origen de estos instrumentos se dio en los medios clínicos y siguen siendo hoy día una herramienta valiosa dentro de todas las áreas de la psicología.

La característica que distingue a estas técnicas, es que permiten una variedad casi ilimitada de respuestas posibles. Se trata de una tarea relativamente no estructurada, lo cual proporciona libertad a las fantasías del individuo. Las instrucciones son breves y generales; por lo tanto, cómo la persona perciba, interprete o estructure la situación del test, que es una situación de angustia, y que echa a andar los mecanismos de defensa del sujeto, reflejará cómo proyecta sus procesos de pensamiento, necesidades, ansiedades, miedos y conflictos.

Se considera también que cuanto más falto de estructuración es el test, menos probable que provoque respuestas defensivas en el sujeto.

Por ser un método típicamente global, estas técnicas además de interesarse por las características emocionales, motivacionales e interpersonales, se interesan por ciertos aspectos de la conducta de la persona, como son el nivel intelectual general, la forma característica de abordar los problemas, y actitudes específicas.

Estos instrumentos son considerados también como técnicas expresivas, ya que comprenden muchas formas de auto expresión relativamente libre.

Se cree que a través de las oportunidades de auto expresión que ofrecen estas actividades, el sujeto, no sólo revela sus dificultades emocionales, sino que las alivia por el efecto catártico (de descarga) que proporcionan al individuo.

Portuondo (1979), dice: Los test proyectivos no son adecuados para los clásicos parámetros de los tests de lápiz y papel (me refiero a los test auténticamente psicométricos). Creemos que esta objetividad, puede ser lograda en gran parte a través de dos caminos básicos: una idónea capacitación psicoanalítica y técnicas auxiliares para comprobación y aclaración en profundidad del material que aporte cualquier test proyectivo.

1.5 Expresión de las enfermedades en los test gráficos

La producción gráfica, en tanto representación simbólica lograda, condensa y trasmite los modelos dominantes de vínculo objetal como dato sobre la configuración física actual y pasada, hechos traumáticos (accidentes, enfermedades) sufridos en el cuerpo, y acontecimientos de toda índole que incidieron en la estructura de la personalidad.

La posibilidad que adquiere el producto gráfico, es que trasmite las características de la estructura del cuerpo del entrevistado, sus déficit o cualidades presentes o pasadas.

Machover, 1949, en Portuondo (1979) ha investigado detenidamente la consecuencia con que las características físicas del entrevistado aparecen adscritas a las figuras humanas graficadas. Las figuras humanas presentan

parecidos marcados con el entrevistado en rasgos tales como la altura o pequeñez, delgadez o gordura, rasgos faciales, aspecto corporal endeble, delicado, torpe, etc. Las alteraciones corporales aparecen también graficadas con claridad. Por ejemplo, los pacientes lisiados presentan serios problemas para dibujar las piernas; éstas aparecen tullidas, incompletas, difusas o cortadas en la zona de los pies. En estos pacientes el dibujo de personas sentadas en un signo de tolerancia y aceptación de la limitación física.

Los episodios históricos de trascendencia aparecen simbólicamente señalados en el dibujo. Los gráficos refieren vivencias notables de la historia personal y señalan hechos que dejaron huellas e incidieron de modo traumático o benéfico en la estructura del yo. Adquieren el carácter de indicios de estos episodios, las estructuras globales o de detalle que difieren del resto de la producción del sujeto o que presentan un tratamiento diferencial marcado respecto a las producciones de otros entrevistados:

A.- Zonas del dibujo adecuadas pero originales, o bien raras, arbitrarias, distorsionadas.

B.- Zonas sombreadas, rayadas, rotas, con fallas estructurales o excesivamente cargadas de detalles.

C.- Detalles adicionales, tales como objetos en las manos de las figuras humanas, animales en el test árbol-casa-persona (HTP), hojas, frutos en el árbol, detalles ornamentales especiales en la casa, etcétera.

La investigación histórica en estos test ofrece dificultades específicas. A través del tratamiento gráfico diferencial estos test "señalan" áreas corporales, épocas históricas o categorías amplias de experiencias emocionales (pérdidas, crisis mentales severas y agresiones provenientes del mundo externo). Esto sucede porque no tienen, a diferencia de los test verbales, la posibilidad de "relatar" de modo dramático y detallado los episodios o situaciones particulares.

Además, los adultos establecen una "conciencia de ligamen" distinta con los test gráficos que con los verbales. Frente a su propia producción gráfica muestran pocas posibilidades para establecer relaciones con su historia

personal o sus conflictos actuales. Tienen mayor dificultad para reconocerlos como transmisores de información personal. Los consideran expresión exclusiva del área de habilidad o inhabilidad para el dibujo.

Grassano, 1980, en Portuondo (1979) afirma que los test gráficos revelan las estructuras básicas de integración de la personalidad. Refieren en su estructura modelos de relación muy primarios y estrechamente ligadas las ansiedades de conexión cercana, corporal, con los objetos. Permiten la reconstrucción de modelos de relación y procesos referidos al contacto objetual táctil y oral. Por ejemplo, fantasías muy tempranas y cristalizadas en modalidades de relación hostil y crítica o de avidez y pasividad, se expresan en la estructura gráfica de boca y manos. Justamente por revelar experiencias muy tempranas, las posibles líneas asociativas están muy alejadas del nivel consciente del individuo.

La misma autora sostiene que el dibujo es una representación plástica de experiencias y hechos emocionales que para transformarse en medio de transmisión exitoso, exige una intensa tarea inconsciente de simbolización.

Seguramente cada elemento gráfico contiene en sí condensaciones de la evolución personal en las que el sujeto necesita apelar a distintas conductas, ya sea verbales, gráficas o lúdicas.

Cada producción proyectiva gráfica, es una creación que expresa el modo personal de establecer contacto con la realidad externa e interna, dentro de una situación vincular amplia dada por la situación proyectiva.

La consigna actúa, dentro de la situación proyectiva como objeto mediatizador de las relaciones vinculares personales, que movilizan y reeditan variados aspectos de la vida emocional. En este sentido, toda producción proyectiva es una producción de una síntesis personal.

Se ha elegido el test de Machover como una posible herramienta en la detección de la úlcera gástrica, dado que en observaciones empíricas realizadas por Machover, 1949, y Grassano 1980, en Portuondo (1979) se ha visto que las personas con padecimientos de índole gastrointestinal, tienden a detallar, permeabilizar, agregar, omitir o remarcar algún elemento en la figura, situándola en la parte afectada. Estos aspectos en la dinámica de la

personalidad que surgen en los dibujos proyectivos, han sido descubiertos por los mismos autores mediante distintas vías de comprobación, como son, información sobre el examinado, asociación libre, traducción de símbolos mediante el análisis funcional y comparaciones entre los dibujos de una serie de pruebas proyectivas.

Kotky y Goodman, 1962, en De la Fuente (1980) investigaron la premisa básica de que en los dibujos se proyecta la imagen corporal. Compararon los dibujos realizados por mujeres obesas, con los de un grupo control constituido por mujeres no excedidas de peso. En casi todos los casos, los dibujos de las obesas eran más grandes y anchos que los del grupo control.

Cleveland y Fisher, 1979, en Fenichel (1985) después de sus observaciones en pacientes con síntomas gastrointestinales, supusieron que estos desarrollan síntomas físicos que comprometen el interior del cuerpo, como por ejemplo la úlcera gástrica, vivencian su superficie corporal como permeable y con un área defensiva inadecuada, fácilmente permeable, en contraposición con sus enfermos artríticos, cuya defensa consiste en estar inconscientemente cubiertos por un caparazón externo.

Por lo expuesto podemos presentar algunas conclusiones respecto a las investigaciones en el test de Machover:

A.- Los sujetos que padecen alguna enfermedad orgánica cerebral, hacen cabezas desproporcionalmente grandes; así mismo los que han sido sometidos a operaciones, los que han estado preocupados por dolores de cabeza, o alguna otra sensibilidad especial en la cabeza.

B.- Los pacientes que padecen complicaciones de carácter evolutivo y arteroescleróticos, de vez en cuando pasan por alto el tronco de la figura o lo somborean ansiosamente.

C.- Un doble o confuso contorno del cuerpo, a menudo destaca la preocupación por el peso.

D.- Poner énfasis en la línea media, se ve en sujetos con preocupación somática y un sentimiento de inferioridad corporal.

1.6 Test de la figura humana de Karen Machover

El dibujo de la figura humana, debe ser entendido como una expresión del estado anímico y de las tensiones emocionales, siendo así un buen medio para la proyección individual de los problemas personales y del modo o tipo de la experiencia organizativa de cada cual, según lo refleja en el esquema corporal dibujado.

Este test es de ayuda para el diagnóstico psicodinámico y para la orientación psicoterapéutica. Se puede aplicar colectivamente, lo cual lo pone al alcance de cualquier centro o institución.

Para su aplicación es necesario un papel blanco tamaño carta y un lápiz de punta suave con goma para borrar.

Posteriormente se le da al sujeto la siguiente consigna : "dibuje una persona". Si hay resistencia para dibujar, se le explicará que no interesa la belleza del dibujo y que su interés es puramente científico.

Interpretación

Lo que cada cual dibuja, está íntimamente ligado con los impulsos, ansiedades, conflictos y compensaciones características de la personalidad.

La figura dibujada es, en cierto modo, una representación o proyección de la propia personalidad y del papel que ésta desempeña en el medio ambiente.

Tamaño y colocación

Dibujo a la derecha.- Buena adecuación medio ambiental.

Dibujo a la izquierda.- Orientación hacia si mismo

Dibujo en la parte alta.- Optimismo.

Dibujo en la parte baja.- Depresión

Dibujo pequeño en la parte alta.- Son propios del alcohólicos o sujetos seniles que tienen poca auto estima.

Tipo de línea

Puede ser: Sólida, quebrada, fragmentada, reforzada, fina, gruesa, confusa, vellosa y desvanecida. Las áreas de conflicto suelen destacarse por un cambio brusco en la línea.

Indicadores de conflicto

a) Algún tipo de rasgo diferencial dado a cualquier área, se puede considerar como un índice de posible conflicto en dicha área.

b) Omisión de alguna parte del cuerpo.

c) Borraduras: Son indicadores de conflicto y una expresión de ansiedad en el área que se encuentren.

d) Sombreamiento (conflicto en el área sombreada), puede ser ansiedad, agresividad o preocupación somática por dicha área.

e) Rayas abundantes. Ansiedad y preocupación en el área que se encuentren.

f) Figura vacía, vegetativa y cruda, (sólo dibujan lo esencial), este tipo de figura es característico en personas con algún trastorno físico o mental que no pueden moverse con adecuada soltura.

g) Figuras muy delgadas, redondas o contornos del tronco difuso, corresponden a sujetos descontentos con su aspecto físico en general.

h) Si las tres zonas básicas del cuerpo (cabeza, tronco y de la cintura para abajo), son dibujadas separadas o desviadas de su línea natural, pueden ser un índice de una personalidad mal integrada o sugerir algún conflicto físico en relación al área más distorsionada.

CAPITULO II

**POSTULADOS BÁSICOS Y CORRIENTES DE LA MEDICINA
PSICOSOMÁTICA, LA MEDICINA Y LA FISILOGIA**

2.1 Medicina psicosomática

Podemos decir que el término de medicina psicosomática se refiere a la relación entre los procesos mentales y los procesos fisiológicos, así como a las teorías y especulaciones que conciernen a esta relación. En la práctica, la medicina psicosomática constituye también una manera de enfocar los problemas de la medicina; enfatiza la unidad psicofisiológica del organismo humano, acepta como válido el principio basado en la observación empírica de aquello que ocurre a los más altos niveles mentales como son la integración y que son capaces de afectar funciones que se completan a niveles inferiores como los fisiológicos.

La medicina psicosomática, toma técnicas y conceptos de la medicina y la psicología combinándolos. Es claro que no se puede considerar a la medicina psicosomática como una especialidad, puesto que no es posible distinguir entre los padecimientos psicosomáticos de otros que no lo son. No debe perderse de vista que en el sentido estricto, todas las enfermedades son psicosomáticas y que el criterio psicofisiológico es aplicable en todos los casos.

Es conveniente aclarar que la medicina psicosomática no puede ser considerada como un campo aparte de la medicina, ya que careciendo de conocimientos y de técnicas propias, utiliza aquellos que son de uso corriente en la psicología y en la medicina.

La aceptación del punto de vista psicosomático crea para el médico, como dice Alexander, 1950, en Fenichel (1985) la obligación de estudiar los procesos mentales de sus enfermos por lo menos tan cuidadosamente como habitualmente estudia los órganos y sistemas en que se sospecha la presencia de un proceso morboso. El médico, además de estar persuadido de la necesidad de practicar este estudio, debe tener los conocimientos necesarios de psicología para llevarlos a cabo. La exploración de la personalidad, el estudio de la situación actual y de los hechos significativos en la biografía del enfermo, representan una ampliación del examen clínico necesario para poder valorar la importancia de lo psicológico en cada caso, que complementa, pero que de ningún modo sustituye, el examen clínico habitual de la medicina orgánica. Como Grinker, 1953, en Fenichel (1985) ha

señalado, el enfoque psicosomático no representa de ningún modo menos biología, sino más psicología.

Debe también reconocerse a la medicina psicosomática como un campo de investigación cuyos empeños se localizan a lo largo de dos vertientes: una vertiente fisiológica que se inició con Claude Bernard, 1954, en Fenichel (1985) y cuenta entre otros representantes con las figuras ilustres de Walter Cannon y Hans Selye, y una vertiente psicológica estimulada principalmente por los descubrimientos y conceptos de Freud, cuenta entre sus representantes más destacados a Flanders Dunbar, Harold Wolff y Franz Alexander; ambas vertientes coinciden en concentrar las investigaciones en el estudio de los procesos emocionales.

Más que ningún otro proceso, las emociones expresan la unidad psicofisiológica del organismo. Una emoción puede ser estudiada propiamente por medios psicológicos y el describirla obliga a la utilización de términos psicológicos, pero también puede ser investigada por medios fisiológicos y ser entendida como un proceso en el cual participa el organismo como totalidad y que es mediado por estructuras centrales y periféricas del sistema nervioso y también del sistema endocrino, como se verá más adelante.

Las investigaciones a lo largo de la vertiente fisiológica han permitido establecer algunas corrientes entre ciertos estados emocionales y el funcionamiento de estructuras nerviosas y endocrinas, en tanto que los estudios realizados en el campo de la psicología permiten relacionar algunas funciones y disfunciones viscerales con ciertas tendencias de la personalidad y contenidos emocionales.

La situación actual es que como resultado de investigaciones realizadas en los últimos años, las generalidades han podido ser sustituidas por hechos concretos en algunas áreas del problema.

Puesto que, como hemos señalado, las emociones (particularmente la hostilidad, la angustia, el miedo y la tristeza), y sus contenidos conceptuales o las constelaciones caracterológicas en que se presentan, son el objeto principal de los estudios psicosomáticos, es conveniente tener un concepto claro de ellas.

Actualmente, todas las escuelas psicológicas están de acuerdo en que las emociones son las fuerzas que mueven al hombre, derivando la conducta humana, y que para entender sus complejidades es necesario conocer los afectos y las pasiones que la determinan. En general el término emoción se usa como equivalente de energía mental y se precisa que una emoción es una respuesta del organismo total a una situación externa o interna.

Con fines didácticos, es conveniente reconocer en cada emoción los siguientes elementos: a) un afecto, es decir, un estado privado o subjetivo experimentado conscientemente por el sujeto; b) un conjunto complejo de procesos bioquímicos y neuroendócrinos, que representan el aspecto fisiológico; y c) la exteriorización de ese estado subjetivo y de este estado fisiológico mediante pautas expresivas tales como cambios faciales, la contracción de ciertos grupos de músculos esqueléticos, rubor, llanto y otras.

Todos los hombres son semejantes en cuanto a que son susceptibles de experimentar las mismas emociones; pero en cambio, los individuos varían en cuanto a la naturaleza de los elementos que suscitan en ellos la misma respuesta emocional, así como en cuanto a la clase, intensidad y duración de sus emociones en respuesta a un mínimo estímulo y en cuanto a la capacidad de expresión, supresión o represión de las mismas.

Puede decirse que más allá de ciertos aspectos muy generales, para entender las reacciones emocionales de un sujeto, es necesario conocer su historia biopsicosocial, sus experiencias previas y sus necesidades, puesto que de todas ellas depende la interpretación que el individuo hace de una situación dada y por lo tanto su reacción ante ella.

Las emociones situadas en " La tierra de nadie ", entre lo que es físico y lo que es mental, ó más bien participando tanto de lo físico como de lo mental, constituyen el objetivo más adecuado de los estudios psicosomáticos porque no sólo son los verdaderos motores de la conducta individual, sino que es precisamente a través de ella y únicamente a través de ella, que las situaciones externas, las personas e ideas, son susceptibles de ejercer una influencia que llega a los órganos y los tejidos; ellas constituyen un eslabón necesario en la cadena que se inicia con la civilización y la cultura, de la cual, son portadoras las personas que nos rodean y que termina en la intimidad del

organismo cuya función global consiste en responder en forma integrada y adaptativa a su ambiente personal e impersonal.

El énfasis actual en las relaciones psicofisiológicas ha creado la necesidad de reorganización al criterio etiológico para hacerle campo al concepto de psicogénesis, es decir, al principio de que alteraciones psicológicas son susceptibles de intervenir como causas determinantes de alteraciones fisiológicas y de daño tisular, ya sea aisladamente o en combinación con agentes físicos, químicos o biológicos en forma predominante o accesoria.

Psicogénesis no significa, por supuesto, la producción de alteraciones en los órganos por medios no somáticos, sino por procesos que se inician en el más alto nivel de integración cerebral y que se transmiten a los órganos a través de las vías nerviosas, periféricas y mecanismos humorales en parte conocidos, pero en todo caso susceptibles de serlo.

Aunque la idea de la génesis psíquica de trastornos corporales ha estado siempre presente en la medicina, el concepto de psicogénesis, como un concepto científicamente válido, data de los estudios llevados a cabo por Charcot, 1885, en De la Fuente (1980).

Sobre la base de sus observaciones clínicas, Charcot llegó a la conclusión de que los síntomas histéricos (parálisis, cegueras, afonías, etc.), hasta entonces enigmas de la neurología, eran susceptibles de ser removidos mediante la sugestión hipnótica, por la cual también era posible producir en algunas personas síntomas indiferenciables de los histéricos.

Esta fue la primera vez que la medicina registró oficialmente el hecho de que existen trastornos del organismo susceptibles de ser producidos por medios psicológicos y de ser aliviados por medios psicológicos (psicoterapia). Estos descubrimientos sirvieron como punto de partida a Freud para iniciar la serie de descubrimientos y elaboraciones teóricas que constituyen su teoría psicoanalítica.

Entre los descubrimientos de Freud, 1932, en Fenichel (1985) algunos han sido particularmente productivos, tanto en el campo de la psicología como el de la medicina y son utilizados en numerosas investigaciones psicósomáticas.

Puso de manifiesto que el concepto de mente en la psicología clásica era inadecuado para explicar procesos psicológicos normales, así como procesos patológicos tales como las fobias, obsesiones y delirios de los enfermos; que aparecían bajo esa luz, no sólo incomprensibles sino caóticos.

Sobre la base de sus observaciones, Freud llegó a la conclusión de que sólo nos percatamos de una pequeña parte de nuestra vida mental y propuso un nuevo concepto de mente, que incluye la postulación de procesos mentales que ocurren sin que el sujeto tenga advertencia de ellos: los procesos mentales inconscientes son activos y están detonados de fuerza motivadora superior a la de los procesos conscientes. También señaló que buena parte de estos procesos mentales inconscientes lo son por estar constituidos por impulsos no susceptibles de estar integrados de forma coherente y armónica con el resto de la mente.

El inconsciente, según Freud, 1932, en Fenichel (1985) consta de tendencias emocionales que han sido reprimidas, es decir, que están activamente excluidas de la conciencia del sujeto porque de hacerse conscientes generarían angustia, culpabilidad o vergüenza en proporciones tales, que serían destructivas para el funcionamiento de la personalidad; la hostilidad que un niño experimenta hacia su padre autoritario e intransigente, puede ser excluida del campo de la conciencia (reprimida) porque es una emoción demasiado peligrosa para ser expresada hacia una persona de la cual el niño depende y a la cual en mayor o menor grado también ama.

Veremos más adelante, que algunas de las investigaciones psicosomáticas más importantes se refieren a los efectos de emociones tales como la angustia, la agresividad, etc., que han sido reprimidas pero que no por eso dejan de existir y de afectar el funcionamiento de los órganos, máxime que precisamente por estar reprimidas son menos susceptibles de ser aliviadas mediante formas explícitas de conducta del sujeto que las experimente.

Otro concepto introducido por Freud, 1932, en Fenichel (1985) que es frecuentemente utilizado en investigaciones psicosomáticas, es el concepto de regresión. Por regresión se entiende la tendencia común a los seres humanos de utilizar, cuando se encuentran en situaciones que requieren un alto esfuerzo de adaptación, modos de reaccionar en forma infantil cuando la situación requiere de una respuesta basada en responsabilidad y autonomía.

Ante situaciones que representan para ellos una exigencia exagerada, algunos individuos adultos reaccionan con la activación de sus necesidades receptivas de dependencia y pasividad (tendencias orales) que tuvieron su origen y su máxima utilidad durante los primeros meses de la vida, pero que son inadecuados para enfrentar satisfactoriamente la situación actual.

Un avance importante en el campo de la medicina psicosomática fue la distinción de Alexander (1934), en De la Fuente (1989) entre dos grupos substancialmente distintos de padecimientos psicogenéticos que obedecen a dos mecanismos psicofisiológicos diferentes:

a) los trastornos histéricos y b) las neurosis vegetativas.

a) Los trastornos histéricos conversivos resultan de la puesta en juego de un mecanismo inconsciente de la defensa mental: la conversión.

Este mecanismo consiste en la exclusión del campo de la conciencia de contenidos psicológicos emocionalmente cargados, cuya permanencia en la conciencia produce angustia intolerable, y la expresión de estos contenidos psicológicos mediante el sistema nervioso sensorio-perceptivo o motor. Un caso típico que puede servir de ilustración es el de las paroplejías, cegueras, temblores, etc., tan frecuentes en psiquiatría de guerra; en estos casos, el síntoma proviene del conflicto entre el instinto de autopreservación, que impulsa al soldado a arrojar las armas a huir para salvar la vida y, otra fuerza no menos poderosa, operante en la personalidad del soldado en franca oposición con la anterior y que es la expresión de su sentido del deber, la lealtad y el honor, que le impulsan a permanecer en su puesto, aún en peligro de perder la vida.

Es interesante hacer notar, que una vez desarrollado el síntoma, la angustia desaparece de la conciencia y es substituida por un estado de placidez que tiempo atrás fue reconocido por los clínicos franceses y denominado "Belle Indifférence". Esta indiferencia es de lo más característico en las personas que presentan síntomas somáticos burdos de naturaleza conversiva.

Que existe una relación entre la angustia y los síntomas se ha puesto de manifiesto en los intentos de remover estos últimos mediante la hipnosis o la

narcosis (amital sólido, pentotal). Cuando el soldado, ligeramente narcotizado, es presionado por el examinador para que recuerde y reviva la situación conflictiva, generalmente esto último ocurre acompañado de un gran despliegue emocional en que el conflicto y la angustia son dramáticamente revividas.

La utilización del mecanismo conversivo es tan frecuente en la vida civil como en la guerra y puede decirse que existe una alta proporción de individuos que utilizan estas defensas inconsciente y automáticamente cuando se encuentra en situaciones apremiantes. Un gran número de síntomas, parálisis, dolores y anestias, tienen como característica la de no corresponder con la distribución anatómica de los nervios periféricos.

Un aspecto importante de estos síntomas es que siempre tienen un significado; simbolizan algo. Por ejemplo, la persona que no puede continuar viendo una situación que le resulta intolerable, pierde la vista, desarrolla una ceguera funcional reversible, pero tan real para el sujeto como si se tratara de una ceguera orgánica.

El grupo anterior de padecimientos está constituido por expresiones que substituyen una emoción y corresponden al campo tradicional de la psiquiatría.

b) Hay otro grupo de padecimientos, las neurosis vegetativas, en que no se trata de expresiones substitutivas de emociones, sino del concomitante fisiológico normal de una emoción. Se trata de respuestas viscerales mediadas por la excitación del sistema nervioso de la vida vegetativa, el cual a diferencia del sistema de relación, carece de las conexiones necesarias para poder expresar algo.

Cuando debido a condiciones externas es decir, ambientales o a condiciones internas, intrapsíquicas, una emoción no puede ser aliviada, la persistencia de la estimulación crónica de un órgano o sistema, puede resultar a largo plazo en cambios tisulares irreversibles. La distinción entre trastornos orgánicos y funcionales es una diferenciación cuantitativa. Cuando los cambios tisulares no son susceptibles de ser identificados mediante los métodos clínicos o mediante las técnicas anatomopatológicas habituales, hablamos de trastornos funcionales; en cambio, cuando nuestras técnicas de

exploración clínica o de laboratorio muestran la existencia de daño estructural en los tejidos de los órganos, hablamos de trastornos orgánicos. La distinción no siempre es fácil; obviamente puede tratarse de diferencias cuantitativas de un mismo proceso, somos nosotros y no la naturaleza quienes hacemos estas distinciones entre trastornos funcionales y orgánicos.

2.2 Corrientes de la medicina psicosomática

Aunque el concepto de la unidad psicofisiológica, ha sido usado por algunos autores desde principio de este siglo, la investigación de las relaciones psicosomáticas ha avanzado con mayor ímpetu, merced a los trabajos de un número cada vez mayor de investigadores.

Nada tiene de extraño que en un campo como este, grupos de investigadores que trabajan independientemente unos con otros, utilicen conceptos y métodos diferentes. La revisión de los conceptos y los métodos de trabajo de los grupos más significativos proporcionan una vista panorámica de la situación presente en este activo campo de la investigación.

Dumbar, 1954, en Fenichel (1985) debe ser considerado como una de las personas responsables del desarrollo del interés del médico general en estos problemas. Además de sus encuestas originales, su aportación más valiosa consiste en haber hecho una minuciosa recopilación de las literaturas dispersas, cubriendo el período que abarca de 1910 a 1945, en su obra *Emotions and Bodily Changes*.

Dumbar, 1954, en Fenichel (1985) ha investigado la posibilidad de correlacionar algunos padecimientos de antiguo considerados como muy influidos por condiciones psicológicas, con ciertos aspectos manifiestos de la personalidad: el perfil psicológico no es otra cosa que el modo de sentir, pensar y actuar característico de una persona.

Para su determinación, el sujeto es estudiado tanto biográfica como estructuralmente, es decir, en corte transversal, tomando en cuenta factores constitucionales y experimentales.

Dumbar, 1948, en Fenichel (1985) ha precisado el "perfil" característico de individuos que sufren diversos síndromes psicosomáticos, por ejemplo el de los sujetos afectados por padecimientos coronarios, es descrito en los términos siguientes: Se trata de personas controladas en un grado que deja poco margen para la expresión emocional. Son individuos austeros, autoritarios, hábiles argumentadores y organizan su vida de acuerdo con la obtención de metas a largo plazo. No es raro agregar que un ataque de enfermedad coronaria sea precipitado por una pérdida de autoridad que el sujeto considera "irreparable".

En general, las ideas de este autor, que tanto estimularon el interés de los médicos en estos problemas, han ido cayendo en desuso porque, aunque estadísticamente la correlación entre perfil psicológico y enfermedad es algo mayor de lo que podría esperarse si sólo entrara en juego la casualidad, se trata de un método esencialmente descriptivo que intenta establecer una correlación estática entre procesos que están muy alejados unos de otros. La dificultad principal estriba en que el llamado perfil es una resultante final bastante distanciada de los procesos fisiológicos del organismo con cuya descripción pretende relacionarse.

Wolff, 1953, en Fenichel (1985), del New York Hospital, es conocido por sus aportaciones que sin duda alguna son de un valor permanente por la objetividad y el rigor de sus observaciones.

Este investigador estudia la participación de diversos órganos en situaciones difíciles típicas, es decir, situaciones que cualquier individuo encuentra en el curso de la vida diaria y en situaciones experimentalmente inducidas que se asemejan a esas situaciones típicas. Siempre que es posible, el examen de los órganos se hace en forma directa y los cambios se expresan numéricamente.

Cuando los seres humanos se sienten amenazados, piensa Wolff, 1953, en Fenichel (1985) se defienden o atacan valiéndose de medios generales o locales. En estos procesos algunas funciones son sacrificadas, en tanto que otras son promovidas. Algunos de los medios puestos en juego son eficaces cuando se trata de situaciones de emergencia, pero cuando son usados en forma prolongada o muy repetida algunas estructuras resultan permanentemente dañadas. En otras palabras, el uso continuado de medios

defensivos que serían adecuados solamente en situaciones agudas, acaba por producir daño tisular. Wolff, 1953, en Fenichel (1985) ha descrito algunos de los patrones defensivos más comunes:

A.- Reacción defensiva de la nariz y de los pasajes aéreos: Ante situaciones que amenazan su seguridad, su bienestar, o que interfieren con la obtención de metas que le son valiosas, algunos individuos reaccionan con una obstrucción de los pasajes aéreos debida a vasodilatación, hipersecreción y contracciones del tejido muscular. Los cambios en la mucosa nasal producen obstrucciones y dolor, lo que puede facilitar la infección secundaria y la prolongación de un estado morbozo; simultáneamente con esta reacción defensiva nasal, estos individuos en la esfera de la conducta muestran una actitud de "No Participación" que, originándose en la misma necesidad que la reacción nasal, tiene la misma meta.

B.- Pautas defensivas gástricas: En respuesta a situaciones amenazantes que suscitan su cólera, algunos individuos reaccionan como si su estómago se preparara para recibir alimento. La mucosa se observa turgente, los vasos dilatados y frágiles, además la pared muscular del estómago se contrae poderosamente.

C.- Pautas expulsivas del intestino grueso: Otros individuos utilizan esta pauta que se caracteriza por la ingurgitación de la mucosa del colon y la aparición de numerosas petequias, así como por contracciones violentas de la pared y aumento de la enzima mucolítica. En estas condiciones de fragilidad, la mucosa puede erosionarse y dar lugar a hemorragias.

Basándose en la observación de que existen preferencias individuales en la utilización de cada pauta defensiva en forma exclusiva o permanente, el autor habla de "reactores" nasales, gástricos, vasculares, etc. Pretende explicar la preferencia en la utilización de una pauta en lugar de otra, relacionando este hecho con "condicionamientos" que supuestamente ocurren tempranamente en la vida. Por ejemplo, cuando el niño tiene hambre, su estómago presenta los cambios característicos del hiperfuncionamiento, si a pesar de su llanto, su hambre no es satisfecha, la frustración resultante y los cambios gástricos correspondientes al hambre al ocurrir simultáneamente, determinan el establecimiento de un reflejo condicionado; cuando en épocas posteriores

ese sujeto se siente frustrado en la obtención de algo que anhela, se desencadena la reacción de hiperfuncionamiento gástrico.

Del mismo modo, puede decirse que las experiencias expulsivas del contenido gástrico o intestinal son muy frecuentes en el niño, quien las sufre en relación con trastornos digestivos, infecciones, etc. Si esta defensa local coincide en repetidas ocasiones con la experiencia de verse rodeado por un ambiente hostil, puede ocurrir en épocas posteriores que el sujeto use preferentemente la pauta expulsiva gástrica o intestinal. La congestión nasal es una respuesta protectora de las vías respiratorias altas que preserva al individuo de los gases y partículas irritantes. Esta reacción es eficaz ante una amenaza local del tipo señalado; pero puede ser condicionada o utilizada indiscriminadamente en respuesta a amenazas de orden general.

Wolff, 1943, en Fenichel (1985) ha descrito también pautas en las que participan el sistema cardiovascular y el sistema endocrino. Este investigador ha llegado a la conclusión de que la participación de las vísceras en la respuesta total del organismo ante situaciones de amenaza es en general estereotipada, aunque en algunos órganos cierta variación es posible, por ejemplo, en el caso de un paciente llamado Tom, cuando pudieron ser observados sus cambios gástricos directamente a través de una fístula, y estaba angustiado, reaccionaba con un aumento global de las funciones del estómago en nada diferenciable con los cambios que normalmente ocurrían en el cuando se disponía a comer.

Sin embargo, ante situaciones amenazantes que le producían miedo, su respuesta gástrica consistía en una disminución global de las funciones del órgano.

Hace notar el mismo investigador que puede ocurrir que una pauta defensiva sea puesta en juego únicamente ante ciertas situaciones de amenaza, en tanto que otras no sólo no la provocan, sino que la inhiben. Cita el caso estudiado por él de un grupo de misioneros que sufrían jaquecas hemicráneas y en quienes las crisis desaparecieron en un campo de concentración en calidad de prisioneros. La explicación que propone el autor es que durante su cautiverio estas personas redujeron el nivel de sus aspiraciones y dejaron de pugnar por el logro de sus metas habituales.

Por una razón semejante, ni la oclusión nasal, ni las crisis somáticas, ni la hiperacidez gástrica, se presentan con gran frecuencia en los frentes de batalla. No son tales amenazas las apropiadas para poner en juego esas pautas defensivas, sino otras que están en relación "con ciertos hábitos del individuo, el modo de lograrlas, y los conflictos creados en ese proceso".

Wolff, 1943, en Fenichel (1985) hace hincapié en un fenómeno al que denomina "soma de afectos" y que ilustra con el caso del individuo sensible al polen, en quien la exposición a él con frecuencia no es suficiente para desencadenar un ataque de rinitis vasomotora. En cambio, las crisis se presentan cuando la mucosa está en el estado de hiperfuncionamiento que es la respuesta del individuo a una condición psicológica de apremio.

La propensión a usar ciertas pautas defensivas está profundamente engranada en el organismo y suele repetirse en las familias. En algunos de los miembros la propensión está presente pero permanece latente hasta que su utilización se hace necesaria. Flynn, 1950, en Fenichel (1985) refiere el caso de dos gemelas idénticas de veinte años de edad, una de ellas normotensa y la otra hipertensa. El desarrollo de la que sufre hipertensión fue menor y más lento; en el curso de la vida ha sufrido más enfermedades, es más lenta para aprender, menos imaginativa y menos amable; el autor mostró que ambas muchachas tienen reacciones presoras vigorosas y que su reactividad cardiovascular es intensa. Además reaccionan con un aumento de la tensión arterial cuando se discuten ciertos temas; en fin, responden a las amenazas de forma similar. Sin que se pueda excluir en ambas un factor genético que las predisponga a la utilización de reacciones vasculares, puede inferirse que una de ellas exhibe en su aparato cardiovascular los efectos de su lucha por compensar sus deficiencias.

Franz Alexander, 1948-1950, en Fenichel (1985) del Instituto Psicoanalítico de Chicago, representa una corriente en el campo de las investigaciones psicosomáticas que, a diferencia de lo anterior, se caracteriza por su énfasis en el estudio minucioso de los contenidos conceptuales de las emociones. A cada estado emocional corresponde un síndrome específico de cambios fisiológicos. No hay duda, dice Alexander, que las tensiones emocionales transitorias producen cambios fisiológicos transitorios; es lógico pensar que situaciones crónicas recurrentes puedan producir cambios permanentes.

Bajo influencia de estímulos emocionales continuos causados por conflictos no resueltos, las respuestas vegetativas se vuelven crónicas y con el tiempo pueden conducir a cambios tisulares irreversibles. Si una idea o sentimiento no puede ser expresada, la acción concomitante del sistema nervioso vegetativo es bloqueada y la energía es mantenida internamente en forma crónica.

Sobre la base de los estudios clínicos, Alexander, 1953, en Fenichel (1985) piensa que los órganos son especialmente estimulados por distintos estados emocionales; la insatisfacción de tendencias receptoras se expresa por el hiperfuncionamiento del estómago. La cólera que tiene distintas modalidades de representación conceptual, puede implicar en su expresión al sistema neuromuscular, vascular o gastrointestinal según el caso. Lo que Alexander, 1948, en Fenichel (1985) postula no es la existencia de una relación específica entre un proceso psicológico y una enfermedad, sino entre una emoción y la función de un órgano, lo cual representa conceptualmente un proceso importante.

Alexander, 1948, en Fenichel (1985) hace notar que en el mantenimiento de la homeostasis, el trabajo se distribuye entre las distintas divisiones del sistema nervioso. En tanto que la división somática se encarga de las funciones de relación, la división vegetativa se encarga de los asuntos internos del organismo; el parasimpático participa en las funciones anabólicas, funciones de construcción, conservación y protección. Por ejemplo, estimula la digestión, el almacenamiento de azúcar en el hígado, la contracción de las pupilas (protección contra el exceso de luz) y los bronquios (protección contra sustancias irritantes), etc.

Por otra parte, el sistema simpático-adrenal regula las funciones vegetativas internas en relación con actividades externas particularmente en situaciones de emergencia. Su actividad se manifiesta por la puesta en juego de mecanismos adecuados para la fuga o el ataque. Así por ejemplo, el sistema simpático-adrenal estimula la actividad del corazón y los pulmones y cambia la distribución de la sangre mejorando la irrigación de los músculos, los pulmones y el cerebro. Bajo su estímulo la presión arterial aumenta y el azúcar es movilizada de sus depósitos, en tanto que el proceso anabólico es inhibido. Dicho gráficamente: el parasimpático predomina cuando el organismo se encuentra bajo un régimen de predominio simpático.

En condiciones de preponderancia simpática, el sujeto se retira de sus problemas externos circunscribiéndose a una vida vegetativa, en tanto que bajo la estimulación simpática, su atención se concentra en los problemas externos. La primera de estas respuestas es adecuada a situaciones que requieren el relajamiento y el abandono. Sin embargo, algunas personas, ante situaciones que le resultan angustiosas o que simplemente requieren esfuerzos, responden con una retirada emocional y con cambios vegetativos correspondientes a actividad parasimpática; se trata de respuestas paradójicas que pueden ser interpretadas como soluciones regresivas ante la necesidad de enfrentarse a la amenaza. El adulto busca, como el niño, protección y ayuda, en lugar de enfrentarse activamente a sus problemas.

Esta condición según Alexander, 1948, en Fenichel (1985) es característica en los trastornos psicossomáticos del aparato gastrointestinal, en el asma y en la fatiga crónica.

Ante situaciones problemáticas o de conflicto, otras personas se preparan para el ataque o la huida mediante la actividad del sistema simpático. Cuando por la inhibición o la represión de estos impulsos la acción no llega a consumarse, algunos de los cambios viscerales tienden a permanecer. Estos cambios son los mismos que los que habitualmente se presentan en la cólera o en el miedo, aunque en este caso se trata de angustia neurótica o de hostilidad reprimida. La artritis reumatoide, la jaqueca hemisférica y la hipertensión arterial son padecimientos que pertenecen a este grupo.

Alexander, 1948, en Fenichel (1985) hace notar que la distinción entre el padecimiento simpático y el parasimpático no es sino el primer paso para aclarar el problema de la especificidad, ya que posteriormente las cosas se complican por reacciones compensatorias o sobre compensatorias, así como por la participación endocrina.

Insiste en que si bien es cierto que la angustia, la hostilidad reprimida y las tendencias dependientes ocurren con gran frecuencia en individuos que no presentan patología psicossomática, lo que tiene verdadera importancia en relación con la especificidad, no es la sola presencia de estas emociones, sino la configuración específica en que aparecen.

Roy R. Grinker, 1953, en Fenichel (1985) director del Instituto de Investigación Psicosomática y Psiquiátrica del Hospital Michael Reese de Chicago, representa una corriente importante en las investigaciones psicosomáticas que difieren significativamente de las anteriores, tanto en sus métodos como en sus conceptos.

Este autor piensa que para abarcar todo el campo psicosomático es necesario un marco teórico más amplio; algunos investigadores pierden de vista, dice, que el organismo no está constituido por sistemas separados, autónomos e independientes entre sí; sino que cada sistema influye y es a su vez influido por los demás; de tal manera que la actividad en un sistema es comunicada a los otros. El organismo total se encuentra también en una interacción continua con el ambiente.

El recién nacido reacciona en forma total y estereotipada a una gran variedad de situaciones disruptivas. Esa reacción consiste en pautas de expulsión, liberación y evasión en las que participan todos los órganos y sistemas. El neonato llora, salivea, regurgita, suda, se enrojece y ejecuta movimientos vigorosos. Su respuesta, es total y estereotipada. A partir de ella, piensa el autor, se desarrollan las pautas específicas del adulto, aunque este puede en ocasiones especiales usar regresivamente la pauta infantil inicial como ocurre en estados de gran pánico, en los que no es raro observar en algunas personas cambios circulatorios periféricos como llanto, vómito, movimientos musculares desordenados, tartamudez y posturas infantiles.

Grinker, 1953, en Fenichel (1985) llama la atención sobre el hecho de que la mayor parte de los estudios psicosomáticos ponen de manifiesto la participación de los mismos factores psicodinámicos. Por ejemplo, la triada dependencia-frustración-hostilidad es un hallazgo casi constante en diversos padecimientos.

Por último, dice el autor, la reacción de los órganos no es tampoco muy variable. Cuando una víscera reacciona a una situación de amenaza, lo hace con un aumento global de sus funciones (aumento de la secreción, la vascularización y la movilidad).

Basándose en lo anterior, Grinker, 1953, en Fenichel (1985) considera que no tiene sentido el tratar de establecer una correlación específica entre

ciertos conflictos y la disfunción de un órgano, del mismo modo que es inadecuado tratar de establecer una relación etiológica lineal de causa y de efecto en los trastornos psicósomáticos. La relación es mucho más compleja. Cualquier hipótesis relacionada con funciones o trastornos psicofisiológicos debe enfocar los procesos intermedios del desarrollo, es decir, aquellos que se sitúan entre la pauta total de funcionamiento indiferenciada, altamente sensible del neonato y los procesos maduros integrados en un sistema personal e individualmente aprehendido. Es probablemente en este periodo, dice el Grinker, 1953, en Fenichel (1985) donde actúan aquellos factores que determinan la formación de organismos potencialmente enfermos.

Una de las mayores dificultades en el estudio de las relaciones psicofisiológicas es que ignoramos el desarrollo de las funciones mediadas por el sistema nervioso vegetativo, es decir, desconocemos cómo es que en estas reacciones se pasa de lo indiferenciado a lo diferenciado. No puede dudarse, dice Grinker, 1953, en Fenichel (1985) que el desarrollo fisiológico y el psicológico del organismo ocurren simultáneamente. Se puede establecer la hipótesis de que la actividad visceral, como otras funciones de la personalidad, está sujeta también a un proceso de aprendizaje.

2.3 Facilitación somática

La facilitación somática se refiere a la predisposición y labilidad de un órgano o sistema determinado del cuerpo humano, el cual va a servir como depositario y continente de todos aquellos impulsos censurados por nuestra moral y por lo tanto con una gran necesidad de ser reprimidos.

El yo en su afán de reprimir estos impulsos, los convierte en una patología que ubica en el órgano o sistema que más débil se encuentre, evitando así su manifestación en la conciencia y por lo tanto eludiendo el dolor psíquico que estos impulsos causarían a la persona.

La facilitación somática es el órgano o función donde tiene lugar la conversión y cuyo objetivo es preservar la integridad del yo.

Por lo antes mencionado podemos decir que, la catexia total de los impulsos censurables se parece a una función fisiológica determinada. La elección de la región afectada es determinada por:

A.- Las fantasías sexuales inconscientes y la correspondiente erogeneidad de la parte afectada. Una persona con fijaciones orales, elaborará síntomas orales y una persona con fijaciones anales, síntomas anales. Y las fijaciones, a su vez, dependen de factores de constitución y de experiencias pasadas.

Sin embargo, la regresión a los puntos de fijación en los síntomas de conversión, se limita a la elección del órgano. Lo que se expresa en una zona pregenital son fantasías genitales, es decir, órganos no genitales son "genitalizados".

B.- Hechos puramente físicos. Está a la vista que un síntoma utilizará más fácilmente un órgano que representa un "lucus minoris resistentie" (localización menos resistente).

Este lucus, una vez más, puede haber sido creado por una debilidad constitucional o por una enfermedad adquirida, como un individuo orgánicamente miope, será propenso a elaborar síntomas oculares.

C.- Los órganos más propensos a convertirse en asiento de perturbaciones, son aquellos que, en el momento de producirse la represión decisiva, estuvieron más activos o bajo el efecto de la tensión más intensa.

D.- Algunas veces la elección del órgano afectado parece depender más bien de la capacidad de parte de la función de un órgano dado, de expresar simbólicamente el impulso instintivo en cuestión.

Las tendencias de incorporación encuentran su mejor expresión en la boca, los órganos respiratorios y la piel, y las tendencias de eliminación en el aparato intestinal, así como en el respiratorio.

Los órganos convexos, como la mano, el pie, la nariz y los senos, pueden simbolizar el pene y representar deseos masculinos.

Los órganos cóncavos, como la boca, el ano, las fosas nasales y las partes de flexión de las extremidades, pueden simbolizar la vagina y representar deseos femeninos.

Los trastornos de ciertas funciones corporales en alteraciones morbosas como alergias, colitis, jaquecas, úlceras, hipertensión, artritis reumatoide, enfermedades de la piel y propensión a los accidentes, por lo regular, están íntimamente relacionados con conflictos emocionales casi siempre inconscientes.

El hecho más relacionado y sobresaliente, es que estas afecciones psicosomáticas, son mucho más frecuentes entre los delincuentes como lo evidencia Abrahamsen (1967). Donde lo más interesante fue descubrir que los delincuentes mostraron una propensión a los accidentes, dos veces mayor que los no delincuentes.

Esta observación es muy significativa, si tomamos en cuenta que la propensión a accidentes tiene muy a menudo su origen en inclinaciones masoquistas. Frecuentemente, estas personas pertenecían al tipo de las "atolondradas" o que "casualmente" sufren accidentes o se "arriesgan" a experimentar percances que suelen acompañarse de dolor y auto-destrucción.

La persona con tendencias masoquistas no percibe el dolor, las penas o las incomodidades como desagradables o molestas, tal como ocurre en el individuo normal. Por el contrario, experimentan el dolor como un placer o un goce, y se siente aliviada cuando sufre una desgracia, porque inconscientemente cree merecerla. En el fondo considera que debe ser castigada, pues se siente culpable, ya sea porque efectivamente ha cometido alguna falta, o porque ha tenido la intención de realizar algún acto antisocial o criminal.

Por supuesto, no existe relación casual directa entre las enfermedades psicosomáticas y el acto criminal. Por sí mismos, los trastornos psicosomáticos no conducen al crimen. Son muchas las personas que padecen dolencias psicosomáticas como jaquecas, úlceras gástricas, asma, y no son criminales, y probablemente no lo serán jamás.

2.4 Órgano neurosis

No todos los cambios somáticos de carácter psicógeno merecen el nombre de conversión, en cuanto que no todos ellos representan la traducción de una fantasía somática al "lenguaje corporal".

Las funciones orgánicas pueden ser influidas fisiológicamente por actitudes instintivas inconscientes sin que por ello los cambios que se produzcan tengan siempre un significado psíquico definido.

Hay dos categorías de perturbaciones funcionales. Una de ellas es de carácter físico y consiste en alteraciones fisiológicas producidas por el uso inadecuado de la función en cuestión.

La otra tiene un significado inconsciente específico, que es la expresión de una fantasía en "lenguaje corporal" y es directamente accesible al psicoanálisis igual que un sueño. Esta es clasificada por Freud como psicógena, aunque denomina a las dos neuróticas.

Por resultar esto un poco confuso, convendremos en llamar a la primera órgano-neurosis y a la segunda conversión.

La moderna denominación de perturbaciones "psicosomáticas", tiene la desventaja de sugerirnos un dualismo que en realidad no existe, ya que tanto la una como la otra contiene cierto grado de influencia psíquica y somática.

La clave la da Freud, 1932, en Fenichel (1985) cuando habla sobre los fenómenos órgano-neuróticos o psicosomáticos, estas líneas aluden a influencias tóxicas, es decir, los cambios a la química de la persona insatisfecha afectada por un estancamiento, pero que no son necesariamente idénticos a los cambios causados por un uso inconsciente de estas funciones al servicio de fines instintivos.

Es necesario, tener en consideración una tercera y aún más simple posibilidad que son los equivalentes de afectos, de los cuales se puede distinguir cuatro clases de síntomas órgano-neuróticos:

A) Equivalentes de afecto.- Todos los afectos (síndromes arcaicos de descarga que sustituyen a los actos voluntarios) son exteriorizados por mecanismos motores de secreción, es decir, sin que la persona se percate de su significación afectiva.

La excitación sexual, así como la ansiedad, pueden ser substituidas por sensaciones en el aparato intestinal, en el respiratorio o en el circulatorio.

Algunas de las afecciones que pasan por ser órgano-neurosis, son en realidad, equivalentes de los afectos. Lo mismo se puede decir de aquellas neurosis vegetativas que se producen cuando un carácter neurótico obsesivo o neurótico reactivo es perturbado en su relativa rigidez. Hay también "equivalentes subjetivos de afecto".

Una vez que una emoción ha quedado asociada en la infancia a una determinada actitud física, esta actitud puede ser usada más adelante como expresión (deformada) de la emoción en cuestión.

B) Perturbaciones del quimismo de la persona insatisfecha.- Lo que constituye la fuente de los instintos es el estado hormonal del organismo. De este estado hormonal depende la forma en que son percibidos los estímulos y como se reacciona a ellos, y el acto instintivo que pone fin a la pulsión es lograda mediante la modificación del estado químico causante de la perturbación.

Alexander, 1943, en Fenichel (1985) opina que la diferencia en el estado hormonal en los afectos conscientes e inconscientes se debe únicamente al carácter crónico de las llamadas actitudes afectivas inconscientes.

C) Resultados físicos de las actitudes inconscientes.- Una actitud desusada, arraigada en los conflictos instintivos inconscientes, da lugar a un determinado comportamiento, y este a su vez a un cambio somático en los tejidos.

Los cambios no son directamente psicógenos, pero sí, el comportamiento de la persona por el cual se inician estos cambios.

La actitud esta dirigida a dar alivio a la presión interna; el síntoma somático que es consecuencia de la actitud, no es buscado por la persona ni consciente ni inconscientemente. Por ejemplo el hábito de dormir con la boca abierta, que al secar la garganta conduce igualmente a una faringitis, en lo cual, uno u otro hábito pueden deberse algunas veces a causas orgánicas, pero que otras constituyen individualmente la expresión de deseos inconscientes.

D) Disfunciones hormonales y vegetativas.- Las actitudes originadas en conflictos instintivos inconscientes pueden ejercer su influencia, por supuesto, sobre las funciones hormonales y producir, de este modo, síntomas somáticos secundarios que originalmente no responden a este designio. El mismo tipo de influencia que ejerce el deseo inconsciente sobre la producción de jugo gástrico en la úlcera gástrica, es el que ejercen otros deseos sobre la producción de hormonas reguladas del metabolismo. No cabe duda que en los trastornos psíquicos menstruales y premenstruales de la mujer, siempre entra en juego a saber un factor somático, como por ejemplo las alteraciones físicas en la fuente de las pulsiones instintivas. Por otro lado, el significado inconsciente puede alterar también el mecanismo hormonal.

Toda fijación pregenital modifica necesariamente el status hormonal. Sin embargo, no todos los pacientes fijados oralmente son obesos o sumamente delgados. Esto sucede cuando una fijación oral coincide con una determinada constitución hormonal.

2.5 Aparato gastrointestinal en el órgano-neurosis

La órgano-neurosis psicoanalíticamente descifrada como la consecuencia física de una actitud inconsciente, es la úlcera gástrica.

Las personas que manifiestan una exigente actitud receptivo-oral, crónicamente frustrada, y que ha retenido esta actitud, exhibe a menudo una conducta muy activa, del tipo de formación reactiva; se hallan inconscientemente y en forma permanente, "hambrientos de amor", aunque sería aún más correcto decir que se hallan "hambrientos de suministros

narcisistas". Esta hambre permanente les obliga a comportarse tal y como hace una persona realmente hambrienta.

La membrana de la mucosa del estómago comienza a secretar, como en el caso de la persona que pre-imagina el alimento, y esta secreción, no tiene ningún otro significado psíquico específico; esta hipersecreción crónica es la causa inmediata de la úlcera. La úlcera es la consecuencia fisiológica incidental de una actitud psicógena; no es la satisfacción deformada de un instinto reprimido.

Es fácilmente comprensible que una colitis pueda tener su origen en la acción constante de impulsos anales inconscientes, de manera similar a como se produce la secreción de jugo gástrico por la acción de las exigencias orales inconscientes.

Una colitis de este tipo es consecuencia de una presión de eliminar y retener a que se halla expuesto el organismo del sujeto en forma crónica; del mismo modo, una úlcera puede ser resultado de una presión receptiva crónica.

La relación entre úlcera y colitis fue tomada por Alexander, 1935, en Fenichel (1985) como punto de partida para la idea de que la naturaleza específica de la neurosis en particular podría ser comprendida determinando la participación relativa de las tres direcciones básicas en que pueden actuar las tendencias de un organismo frente a un mundo externo: ingestión, eliminación y retención, a esto le llama análisis vertical.

2.6 Teoría psicoanalítica en órgano-neurosis

Siempre que los síntomas son consecuencia de actitudes inconscientes de carácter crónico, está indicado el psicoanálisis con objeto de hacer consciente dicha actitud y hacer con ello posible el superarla.

Freud (1932) afirma que los síntomas órgano-neurosis no son "directamente accesibles" al psicoanálisis. Indirectamente lo son.

Cuando la ansiedad u otro obstáculo que se opone a la descarga adecuada de los impulsos de una persona son eliminados por el análisis, los síntomas indirectos desaparecen sin haber constituido un objeto específico del análisis; la alteración de la función no puede ser "analizada", porque carece de significado inconsciente, pero se puede analizar la actitud que lo ha motivado, y si la actitud es abandonada, o el estado de estancamiento es superado, las consecuencias involuntarias también desaparecen.

Claramente se ve que es la actitud o el bloqueo de la descarga y no el síntoma en sí mismo, el objeto del análisis.

Mediante un análisis de prueba, se deberá estimar previamente la importancia etiológica relativa de los factores inconscientes y establecer un diagnóstico dinámico. Una historia con la sintomatología limitada a un sólo órgano, no es más difícil de analizar, por supuesto, que cualquier otra historia. Pero cuando más cerca se halla una órgano-neurosis de ser una psicosis, más dudoso será el pronóstico.

En cuanto al tratamiento de la patoneurosis, en buen número de ellas, tal como podría esperarse del carácter de la perturbación, sigue una evolución aguda y remiten espontáneamente cuando desaparece la facilitación somática subyacente. Si la enfermedad ha servido de factor precipitante de una auténtica neurosis o psicosis, el tratamiento depende del carácter de la neurosis o psicosis provocada.

En el caso de las hipocondrias, resulta aplicable una vez más, la conocida regla: cuanto más histeroforme es el cuadro clínico, es decir, donde la hipocondría representa simplemente angustia de castración, más benigno el pronóstico. Cuanto más predominante sea el narcisismo, más dudoso e incierto será aquél. Por lo que se refiere a la aptitud para la transferencia, las neurosis hipocondriacas graves, difieren poco de las psicosis.

De ningún modo una persona que no ha alcanzado, o apenas alcanza el nivel de la genitalidad infantil, en lo que ha de basarse necesariamente toda terapia ulterior, nada bueno podrá decirse en materia de pronóstico. La decisión acerca de si se habrá de aplicar o no a tales pacientes el tratamiento psicoanalítico, depende de su capacidad de establecer la transferencia y del status de su genitalidad infantil.

2.7 Conversión

Los síntomas de conversión no son simplemente expresiones somáticas de afecto, sino representaciones (muy específicas) de pensamiento que puede ser reproducidas del "lenguaje somático" en que se expresa el primitivo lenguaje de las palabras.

Estos se caracterizan también por un desbaratamiento repentino del dominio del Yo sobre la motilidad y los síndromes involuntarios de descarga física. Existe siempre una diferencia, y es que los afectos son análogos en todos los seres humanos; su origen no es desconocido y el deseo de hallarles explicaciones nos remite a especulaciones filogenéticas. Los síndromes de conversión, en cambio, tienen carácter único para cada individuo, y su origen es revelado por el análisis: han sido históricamente determinados en cada caso, por experiencias del individuo que pertenecen a su pasado.

Las conversiones representan una expresión deformada de exigencias instintivas reprimidas, y el tipo específico de deformación, es determinado por los acontecimientos del pasado que dieron lugar a la represión.

Los requisitos previos para la conversión son dos, uno de carácter físico y otro psicológico.

El primero está representado por la erogeneidad general del cuerpo humano, en virtud de la cual todo órgano y toda función tiene la posibilidad de expresar la excitación sexual.

El segundo consiste en un previo abandono de la realidad por la fantasía; una sustitución de los objetos sexuales reales por fantasías representativas de objetos de la infancia y, a este proceso se le llama introversión.

Una vez instaurado el pensamiento como una actitud de tanteo, son dos los tipos de pensamientos, el que sirve como representación para la acción y el que suplanta la acción. El primero es lógico y verbalizado, funciona de acuerdo al principio de realidad, mientras que el segundo es un pensamiento

de imágenes arcaico y mágico, y que funciona de acuerdo al principio del placer.

Los sueños diurnos, corresponden al segundo tipo de pensamiento; representan un sustituto placentero de una realidad penosa. Sucede con mucha frecuencia que los sueños diurnos se vinculan a exigencias reprimidas, y son objeto de una sobrecaatexis por desplazamiento de lo reprimido.

El histérico presenta, a causa de la introversión, el aspecto de una personalidad "dada hacia adentro", y sus fantasías luego de haber sido reprimidas encuentran su expresión plástica en alteraciones de las funciones fisiológicas.

Los ataques histéricos, son a veces bastante complicados cuando se analizan los "pensamientos latentes del ataque" (tal como se analizan los pensamientos latentes del sueño, a partir del sueño manifiesto) se observa que representan una mezcla de elementos de acontecimientos olvidados y de historias fantásticas (soñadas). Igualmente representan expresiones deformadas del Complejo de Edipo y de derivados del Complejo de Edipo.

Los ataques delatan claramente, a veces, el hecho de que ocupan el lugar de una gratificación sexual y pueden concluir en estados que se asemejan al orgasmo.

Afines a los ataques histéricos, son los síntomas de conversión, que consisten en la aparición o desaparición de necesidades físicas normales, tales como los ataques de hambre y sed, una necesidad de defecar u orinar, una oliguria o bien ciertas dificultades respiratorias.

Todos los síntomas de conversión tienen su raíz en periodos de la sexualidad infantil en los que otras funciones fisiológicas se hallaban todavía al servicio de la búsqueda del placer, lo cual permite que los síntomas físicos se presenten a expresar fantasías sexuales.

En las conversiones monosintomáticas, en lugar de un recuerdo, se produce una inervación que tuvo lugar afectivamente en la situación olvidada.

Las histerias monosintomáticas, confirman a menudo las concepciones de Ferenczi, 1944, en Fenichel (1985) acerca de la "materialización" y la "genitalización" histéricas; los pensamientos reprimidos encuentran su expresión substitutiva en un cambio material de las funciones fisiológicas, y el órgano afectado es utilizado inconscientemente como sustituto de los genitales.

2.8 Factores psicológicos en los padecimientos del aparato digestivo.

Es conocido que los estados emocionales afectan el aparato digestivo ¿Quién no ha tenido la experiencia de ver su apetito, su digestión o su alimentación afectada por las preocupaciones, la cólera, el miedo o la tristeza?. En estas condiciones, perder el apetito, indigestarse, vomitar, constiparse o sufrir diarreas es corriente. Una de las condiciones por la cual se consulta con mayor frecuencia al médico y uno de los padecimientos más rebeldes a la terapéutica es la "colitis nerviosa" o "colon irritable", lo cual no es sino la expresión intestinal de un estado persistente de ansiedad, dependiente de condiciones caracterológicas y relacionado con problemas habituales de la vida.

Puede asegurarse que las emociones influyen en los procesos digestivos a través de los centros diencefálicos. En 1931, Cushing, en De la Fuente (1980) descubrió la perforación aguda del estómago como complicación de intervenciones en el área diencefálica, y Light, 1931, en De la Fuente (1980) produjo experimentalmente úlceras gástricas por la estimulación del diencefalo mediante la pilocarpina y pensó que el mecanismo implicado es la irritación parasimpática, la cual causa anemia local del estómago, ocasionando que disminuya la resistencia al jugo gástrico.

Sufrir hambre o satisfacerla tiene para el niño una importancia en el significado emocional desde el nacimiento. La ingestión de alimento va ligada a sensaciones de bienestar y seguridad, no sólo por el alivio de una tensión dolorosa, sino también porque es durante la alimentación que la madre se acerca hacia el niño, lo acaricia y le proporciona calor y afecto. Por razones fácilmente comprensibles, el no tener satisfecha a su debido tiempo la necesidad de comer se asocia en el niño con sentimientos de abandono y

desamparo. Comer, incorporar por la boca, es para el niño su primera experiencia de posesión y morder es el primer recurso que emplea para expresar hostilidad. Freud, 1932, en De la Fuente (1980).

En esencia, los deseos de ser amado, los sentimientos de seguridad y la hostilidad en sus distintas formas se asocian con la ingestión de alimentos.

De ahí la íntima conexión de estas emociones con el aparato digestivo y porqué su persistencia es capaz de activar innecesariamente éstos órganos.

De ahí también que la ingestión exagerada de alimentos, o su rechazo, pueda expresar trastornos emocionales profundos. Igualmente es fácil entender porqué, tanto en el lenguaje popular como en los sueños, la comida es usada como símbolo de afecto y protección. Está justificado suponer que más que otras funciones, las digestivas están cargadas de afectividad y de significado simbólico.

2.9 Úlcera gástrica

La evolución de este padecimiento, al igual que la de otros incluidos en los desordenes psicósomáticos, se caracteriza por una sucesión de remisiones y recurrencias. Se trata de un padecimiento de incidencia creciente en el que en tiempo atrás se ha pensado que factores psicológicos intervienen en forma significativa.

Browning y Houseworth, 1953, en De la Fuente (1980) encontraron que enfermos gastrectomizados dejaron de presentar síntomas gástricos, pero desarrollaron en su lugar otros, particularmente síntomas neuróticos. La impresión de estos investigadores es que el enfermo operado no se cura con la intervención, sino que con ella tan sólo se logra un desplazamiento de los síntomas.

Wilson, Halsteady Weinberg, 1939-1945, en De la Fuente (1980) están de acuerdo en que existe una relación temporal entre situaciones de stress emocional y la aparición de los síntomas. Hicieron hincapié en el hecho de

que estas situaciones de stress se refieren a cuestiones de seguridad, responsabilidad e independencia.

Hay experiencias en animales y observaciones en seres humanos que muestran que el estómago puede ser afectado por lesiones cerebrales, particularmente del diencefalo y de los lóbulos frontales. Lesiones de estas regiones pueden producir ulceraciones en el estómago y en el duodeno.

En cuanto a la influencia de estados emocionales sobre el funcionamiento gástrico, las observaciones clásicas en el hombre son las llevadas a cabo por Wolff, 1943, en De la Fuente (1980) en su paciente Tom.

Debido a un accidente que sufrió en la niñez, Tom tenía una abertura permanente en el vientre a través de la cual la actividad de su estómago pudo ser investigada, ya que una parte de la mucosa gástrica estaba expuesta en la superficie de la pared abdominal anterior.

Por un largo período se observaron las actividades del estómago de este individuo en diversos estados emocionales y se registraron sus respuestas a varias condiciones experimentales. Durante las ocasiones en que Tom sufría estados de enojo y resentimiento, la mucosa enrojecía intensamente. Se la apreciaba congestionada por un mayor flujo de sangre a través de ella espesa y engrosada. Al mismo tiempo se observaba un aumento en la secreción de ácido.

Fue notorio que durante estos períodos disminuía el umbral al dolor y este podía ser fácilmente provocado por las contracciones del músculo.

En la situación descrita, la mucosa era exageradamente frágil, al grado de que la menor fricción o aún la simple presión hacía aparecer pequeñas manchas de sangre; algunas en la superficie y otras más profundas. La mayoría eran absorbidas y desaparecían aproximadamente en el término de un día, otras persistían por varios días como pequeñas erosiones. Cuando Tom estaba en una condición afectiva de miedo o desaliento, la mucosa del estómago se tornaba pálida, delgada y seca. La secreción disminuía y también la actividad muscular.

Reacciones análogas se observaron en estados de tristeza. No sólo la frecuencia y concentración de la secreción ácida era afectada por los estados emocionales, sino también la secreción de moco, cuya función protectora de la mucosa es importante. Se observó que cuando el moco era más fluido o cuando era removido artificialmente, el contacto de la mucosa con el jugo gástrico daba lugar a una segunda congestión e hipersecreción de ácido estableciéndose así las condiciones de un círculo vicioso. La exposición continua al jugo gástrico de una pequeña erosión de la mucosa dio lugar al desarrollo de una úlcera que, cuando se la mantuvo cubierta, alejada del jugo gástrico, sanó en varios días.

También se observó que las reacciones del estómago de Tom a los alimentos y a algunas drogas, dependía del estado del estómago e indirectamente del estado emocional del momento; por ejemplo: se encontró que en un estado afectivo de desaliento y auto depreciación, el estómago estaba pálido e inactivo y la secreción aminoraba, la ingestión de un guiso de carne que normalmente producía congestión e hiperactividad del estómago suscitaba paradójicamente una disminución de sus funciones.

Estas funciones han demostrado sin lugar a dudas que los estados de tensión emocional se acompañan de cambios en la actividad y estado del estómago que lo hacen más susceptible a la ulceración. Sin embargo, no es posible afirmar que cambios semejantes ocurran en el duodeno ni tampoco que estos cambios sean causa suficiente de la úlcera gástrica.

No son muy frecuentes las ocasiones de examinar repetidamente la mucosa gástrica. De ahí que las observaciones de este tipo llevadas a cabo por Wolff, 1943, en De la Fuente (1980) sean particularmente valiosas. El grupo estudiado consistió de nueve enfermos de úlcera duodenal, uno con úlcera gástrica, tres con úlcera gastroduodenal y trece sujetos normales, los cuales fueron entrevistados en sesiones de hora y media o dos horas de duración.

Con el objeto de registrar los movimientos del estómago se hizo tragar a los sujetos un globo que después se infló a una presión de 100mm. de agua y se conectó con un sistema de registro. Los cambios secretorios se determinaron cada cinco o diez minutos en muestras de contenido gástrico obtenidas por succión continua.

Las determinaciones que se hicieron fueron las de acidez total, ácido clorhídrico libre y contenido de pepsina.

El objeto de la primera entrevista fue tranquilizar al enfermo y familiarizarlo con la situación para lograr mejor cooperación en las entrevistas subsecuentes, en el curso de las cuales se provocaron reacciones emocionales utilizando como estímulos datos personales previamente obtenidos. En otras entrevistas el objeto fue aumentar los sentimientos de seguridad del sujeto.

Estas investigaciones pusieron de manifiesto que durante los estados afectivos de resentimiento, angustia, culpabilidad y frustración ocurre un aumento de ácido clorhídrico libre acompañado de un aumento en la movilidad del estómago el cual, además, cambia su actividad peristáltica de periódica a continua; estos cambios se observaron en la mitad de los testigos y en todos los enfermos, en los cuales el cambio fue más notorio. Una observación fue que el aumento en la acidez no siempre se acompaña de un aumento del peristaltismo.

Robinson, 1939, en De la Fuente (1980) al descubrir la personalidad de los ulcerosos, considera que el tipo predominante se caracteriza por ser activo, reservado, tímido y distante. Su expresión facial es tensa y preocupada. Tras la reserva y el control exterior hay una disposición combativa. Son sujetos concienzudos, perfeccionistas y obstinados. La descripción de Draper, 1942, en De la Fuente (1980) coincide en términos generales con la anterior, aunque agrega otros rasgos: inteligencia buena o superior, buen sentido del humor y responsabilidad emocional intensa. Moses, 1946, en De la Fuente (1980) enfatizó que la fachada de independencia y agresión contrasta con la situación interna de inseguridad, inferioridad y con la tendencia a la pasividad y a la receptividad.

La descripción de Mittelman, Wolff y Scharff, 1942, en De la Fuente (1980) coinciden con las anteriores.

Sullivan y Mckell, 1947, en De la Fuente (1980) en un análisis de 500 casos, consideran que la pauta emocional esencial en la producción de la úlcera es el conflicto entre la intensidad del anhelo de superioridad y la tensión que crea la ansiedad resultante de la anticipación al fracaso. Kapp,

Rosenbaum y Romero, 1948, en De la Fuente (1980) consideran que el factor psicológico fundamental es el intenso deseo de dependencia, el cual puede aparecer en la superficie, o bien estar cubierto de una fachada de independencia exagerada.

Wilenski, 1937, en De la Fuente (1980) enfatiza también el conflicto entre tendencias conscientes a la actividad e inconscientes a la pasividad. Winkelstein y Rotschild, 1943, en De la Fuente (1980) piensan que la energía reprimida es forzada a tomar la vía visceral siendo fundamentalmente sádica.

Un trabajo hoy clásico, es el de F. Alexander, 1934, en De la Fuente (1980) su trabajo original se basó en el estudio de seis enfermos con úlcera duodenal. Consideró que el elemento importante en la producción de la úlcera no es la personalidad total, sino la situación conflictiva específica que se combina con ciertos factores orgánicos. El conflicto ocurre entre deseos orales más o menos reprimidos y el impulso a ser autónomo, independiente o autosuficiente.

Ruesch, 1948, en De la Fuente (1980) condujo una investigación en 62 sujetos con úlcera duodenal: 20 civiles y 40 marinos. Usaron un grupo control de 72 hombres que sufrían otras enfermedades crónicas y utilizaron pruebas de personalidad, entre ellas la de el Rorschach.

Encontró que el 69% de los marinos y el 85% de los civiles sufrieron crisis de angustia antes de la iniciación de los síntomas digestivos. los conflictos más importantes se relacionaron con problemas de dependencia-independencia, agresión-no agresión.

Los autores hacen notar la ausencia de las tendencias obsesivas y compulsivas en estos enfermos. En conclusión puede decirse que las formulaciones psicoanalíticas aquí coinciden en general en cuanto a la presencia de ciertos rasgos de la personalidad del sujeto que sufre úlcera gástrica. Y por último, no hay que perder de vista que la actividad normal del estómago no está sólo bajo el control del nervio vago sino que también depende de secreciones hormonales que seguramente juegan algún papel en el desarrollo de las úlceras. La interrupción de las fibras del nervio vago que van al estómago y al duodeno produce tan sólo un alivio temporal que no impide las recurrencias. Dragstedt, 1951, en De la Fuente (1980) mostró que

eso se explica porque no es posible destruir quirúrgicamente todas las fibras, y también porque la secreción de ácido es controlada, por lo menos en un 50% por otros medios.

2.10 Sintomatología de la úlcera gástrica y duodenal

Por su localización y ciertas características clínicas la úlcera de estómago es una enfermedad diferente a la úlcera de duodeno, aunque suele considerárseles conjuntamente por razones prácticas de tratamiento, que es similar en ambos procesos.

Ahora bien, sería de gran importancia definir cada uno de estos dos tipos de úlceras. Con el fin de tener una visión más clara al respecto comenzaremos con la úlcera gástrica la cual, es un proceso patológico del estómago muy extendido tanto en la edad juvenil como en la edad madura.

Frecuentemente padecen este tipo de úlcera personas que tienen el sistema neurovegetativo hipersensible y muy lábil.

Los nervios de este sistema dirigen la irrigación sanguínea de estómago dilatando y contrayendo los vasos. Las personas de este tipo enrojecen y palidecen con facilidad, tienen pies y manos fríos (deficiencias de aporte calorífico), y ciertas partes de la mucosa gástrica pueden estar mal irrigadas.

La úlcera duodenal es una afección muy frecuente que aparece de un modo muy especial, entre los 40 y 70 años de edad.

Se localiza con más frecuencia en la parte superior del duodeno en las proximidades del píloro donde la mucosa está sometida a la acción del jugo gástrico ácido. Las causas de su producción son las mismas que en la úlcera gástrica.

En los países anglosajones se les engloba bajo el concepto de úlcera péptica para resaltar el hecho de que en ambas localizaciones predomina el factor común causal, el jugo gástrico, ácido rico en pepsina, que ha atacado, erosionado y ulcerado alguna zona circunscripta de la mucosa

gastroduodenal, como si la hubiese comenzado a "digerir" (de ahí el adjetivo de péptica).

Síntomas:

A.- Dolor - Preferentemente localizado en la parte superior del abdomen (epigastrio) siendo muy variable su intensidad. En la mayoría de los casos se trata de un dolor no intenso, en otros puede ser punzante y los enfermos lo describen como "dolorimiento" "quemadura" o "algo que muerde".

Suele aparecer en brotes que duran de tres a seis semanas, no es raro que el enfermo se queje que el dolor lo despierte por la noche. De la misma forma aparece y aumenta tras choques psicoafectivos. Es frecuente que el dolor tenga relación con las comidas, pudiendo manifestarse de diferentes maneras.

a) Dolor precoz en relación directa con la toma de alimentos.- Es típico de la úlcera gástrica y suele aparecer de treinta a noventa minutos después de las comidas, dura hasta que el estómago se vacía (horas más tarde), el ritmo de esta úlcera sería; comida, bienestar, dolor y calma.

b) Dolor de hambre.- Que aparece con el estómago vacío, desaparece tras la ingestión de alimentos, aparición frecuente en úlcera duodenal.

c) Dolor tardío.- Típico en la úlcera duodenal aparece de dos a cuatro horas después de haber comido. Este no desaparece hasta la nueva toma de alimentos, sobretodo de leche o medicamentos alcalinos. El ritmo subsecuentemente será en este caso, comida, bienestar y dolor.

B.- Existencia frecuente de estreñimiento en las temporadas de brotes dolorosos.

C.- Pirosis y ardor muy frecuente que van acompañados en algunas ocasiones de eructos ácidos. Desaparecen tras la ingestión de alcalinos.

D.- Náuseas y vómitos, aparecen especialmente cuando las crisis dolorosas son frecuentes, los vómitos son habituales en las úlceras gástricas. Cuando acontecen seis u ocho horas después de la comida y

contienen todavía restos de éstas, sugieren la existencia de una estenosis pilórica.

E.- Por regla general, el apetito suele conservarse. No obstante, es frecuente observar una especial intolerancia o repugnancia hacia ciertas comidas, principalmente carnes, grasas, alcohol, café puro, picantes, especias, etc.

F.- Estos pacientes presentan con frecuencia una expresión de sufrimiento y preocupación en el rostro, afectándose en mayor o menor grado el equilibrio emocional y el desarrollo laboral.

Naturaleza y Mecanismo de Producción:

Se trata de una erosión que afecta sólo la capa mucosa del estómago o duodeno, si bien, en casos más graves puede llegar a la capa muscular.

Existen lugares típicos en los cuales asienta la úlcera con mayor frecuencia. Su localización corresponde a aquellas zonas en que la mucosa recibe directamente la acción del ácido clorhídrico y de la pepsina. De ahí que su presentación en la curvatura mayor y en la cúpula gástrica sea excepcional.

Por lo que se refiere al mecanismo de producción de la úlcera, anticipemos que en la actividad quedan aún puntos oscuros.

Existen dos factores de gran interés. El aumento en la secreción de pepsina y ácido clorhídrico por un lado, y la disminución de la resistencia de la mucosa gástrica por otro; todo ello acontece sobre la base de una especial conformación constitucional conocida como "personalidad ulcerosa". Se trata en general de sujetos nerviosos, irritables, introvertidos con cierta propensión a los estados depresivos y con una vibración anímica muy aguzada, pero poco exteriorizada, lo cual queda demostrado por el hecho de la aparición de crisis dolorosas o empeoramiento del dolor tras choques afectivos o emocionales (discusiones, disgustos, etc.).

La frecuencia de este padecimiento aumenta de año en año en todos los países "civilizados", lo cual indica también la importancia de los factores

ambientales. Se ha calculado que la incidencia actual de úlceras activas es de 6% en los varones de 45 años y 4% en las mujeres de la misma edad.

No puede hablarse de una causa única de úlcera gastroduodenal, sino de constelaciones de factores que facilitan su aparición gástrica, ya sea a través de un aumento de la secreción gástrica o una disminución de la resistencia de la mucosa por algún fallo en la pared o en la capa protectora del moco, o por ambos factores a la vez.

Tratamiento

1.- Durante los brotes agudos con predominio de los fenómenos dolorosos es imprescindible el reposo absoluto y aislamiento en lo posible del mundo ambiental para conseguir un óptimo equilibrio emocional. Una vez que las manifestaciones agudas hayan pasado a segundo plano, el reposo relativo sigue siendo esencial: se hará una vida metódica y organizada hasta en los menores detalles descansando un mínimo de nueve horas diarias. El trabajo habitual ha de emprenderse poco a poco, huyendo de cualquier exceso y evitando a toda costa los choques psíquicos que provocan stress.

2.- El tratamiento dietético ocupa un lugar primordial. Ante todo, los alimentos han de ser masticados con la máxima parsimonia, siendo aún más importante la necesidad de que la ración alimenticia diaria se distribuya de una manera regular a lo largo de todo el día. Es francamente nocivo comer sólo dos o tres veces, la dieta regular ha de repetirse en seis u ocho tomas de alimentos.

3.- Su tratamiento medicamentoso se hará, por una parte, con los medicamentos antiácidos. El bicarbonato de sodio es uno de los más potentes alcalinos, sin embargo, su abuso puede dar lugar a efectos secundarios.

De ahí que en casos en que a pesar de la toma alcalina no se corrijan las molestias, no debe aumentarse la dosis, aconsejándose la consulta con el médico para la prescripción de otros alcalinos de probada inocuidad. Son también excelentes antiácidos sin los inconvenientes que el anterior, el hidróxido de aluminio, trisilicato de magnesio, fósforo tribásico de calcio, etc.

También tienen gran aceptación los diferentes extractos de regaliz, entre ellos uno derivado del ácido glicirricínico, la carbonoxolona, pero también tienen sus inconvenientes debiendo, por ello, utilizarse, sólo cuando sean prescritos por el médico.

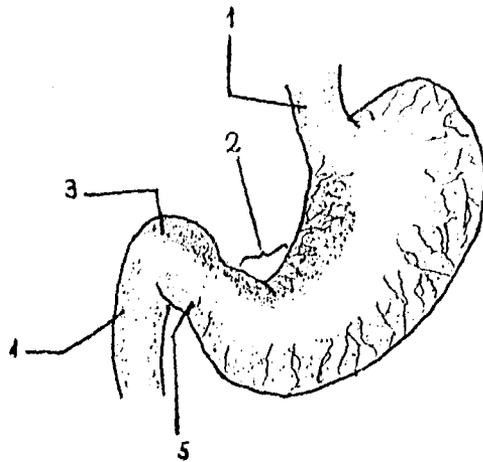
El uso de sedantes están indicados en un buen número de casos, especialmente en aquellos sujetos de carácter inestable.

Pronóstico

Exceptuando los casos severos el pronóstico depende en gran medida del propio enfermo, por el propio sacrificio que supone la estricta observación del régimen. En general el pronóstico es bueno si se tiene la precaución de prevenir los brotes de actividad.

A continuación se presenta un dibujo donde se muestra la ubicación de la úlcera gástrica. Fig. # 1

ÚLCERA GÁSTRICA



- 1 ESOFAGO
- 2 CURVATURA MENOR
- 3 BULBO DUODENAL
- 4 DUODENO
- 5 PILORO

La zona sombreada es la localización más frecuente de úlcera gástrica

Figura # 1

2.11 Medicina cuántica

La medicina cuántica se aleja de los métodos altamente tecnológicos, y se encamina hacia lo más profundo del sistema mente-cuerpo.

Es en este núcleo donde comienza la curación. Si se desea llegar ahí y estimular la respuesta curativa, es necesario traspasar todos los niveles superficiales del cuerpo: células, tejidos, órganos y sistemas, hasta alcanzar el punto de unión entre mente y materia, el punto en que la conciencia empieza realmente a trabajar.

La inteligencia es más flexible que la materia que la ocupa, se expresa por igual como pensamiento o como molécula de la hormona adrenalina. Sin la sensación no hay hormona; sin la hormona no hay sensación. De la misma forma, no hay dolor sin las señales nerviosas que transmiten el dolor; no hay alivio para el dolor sin las endorfinas que se ajustan a los receptores del dolor para bloquear esas señales; la revolución llamada medicina mente-cuerpo, se basa en este simple descubrimiento; dondequiera que va un pensamiento, un elemento químico le acompaña. Este esclarecimiento se ha convertido en una herramienta poderosa que nos permite comprender por ejemplo, por que las viudas recientes tienen dos veces más probabilidades de desarrollar cáncer de mama, o por que las enfermedades son cuatro veces más posibles en los depresivos crónicos.

En ambos casos, los estados de aflicción mental se convierten en los bioquímicos que crean la enfermedad.

La palabra cuántica, se deriva del vocablo griego "cuanto", que en términos formales es " la unidad indivisible en que las ondas pueden transmitirse o absorberse". En términos coloquiales, un "cuanto" es un ladrillo o unidad de construcción.

Muchas curaciones que comparten orígenes misteriosos, como las curaciones por fe, las remisiones espontáneas y el uso efectivo de placebos o "drogas inocuas", están relacionadas con -el salto cuántico- en el mecanismo de la curación, como lo menciona Deepak Chopra (1990).

La medicina occidental apenas comienza a utilizar el vínculo mente-cuerpo para curar, la derrota del dolor es un buen ejemplo.

Mediante el suministro de un placebo, el 30% de los pacientes experimenta el mismo alivio frente al dolor, que el que hubieran sentido si hubieran tomado un verdadero calmante. Pero el efecto mente-cuerpo es mucho más sagrado.

La misma píldora inocua se puede utilizar para calmar el dolor, impedir las secreciones gástricas excesivas en los enfermos de úlcera gástrica, para bajar la presión arterial o combatir los tumores (se pueden inducir todos los efectos colaterales de la quimioterapia, incluyendo la pérdida de pelo y las náuseas), si se suministra a los cancerosos una píldora de azúcar y se les asegura que se trata de una poderosa droga anticáncer; existen casos en que las simples inyecciones de solución salina estéril han llevado a la remisión de tumores malignos avanzados.

Una de las mayores limitaciones del antiguo paradigma, era el supuesto de que nuestra conciencia no desempeña ningún papel en cuanto a explicar lo que nos está ocurriendo en el cuerpo. Sin embargo no se puede entender la curación de una persona, a menos que se entiendan también sus creencias, supuestos, expectativas y la imagen que se tiene de sí mismo. Aunque la imagen del cuerpo como máquina sin mente continúa dominando la corriente principal de la medicina occidental, existen incuestionables evidencias que demuestran lo contrario.

Uno de los estudios más divulgados en los últimos años, es el realizado por Spiegel, psiquiatra de Stanford, 1982, en Chopra (1994) quien se propuso demostrar que el estado mental de los pacientes no influye en el hecho de que sobrevivieran o no al cáncer. Como tantos facultativos, pensaba que asignar importancia a las creencias y actitudes del paciente, haría más mal que bien, pues la idea "yo me provoqué el cáncer" originaría sentimientos de culpa y reproche. Spiegel tomo 86 mujeres con cáncer de mama avanzado (enfermas a las que básicamente no se les podía ayudar con tratamientos convencionales) y brindó a la mitad de ellas, sesiones semanales de psicoterapia, combinadas con lecciones de autohipnosis. Bajo cualquier criterio, esto representa una intervención mínima: ¿ qué podía hacer una mujer en una hora de terapia a la semana, tiempo que debía

compartir con varias pacientes más, para combatir una enfermedad que es inevitablemente fatal en etapas avanzadas?. La respuesta era obvia.

Sin embargo, después de seguir a las pacientes por diez años, Spiegel quedó atónito al descubrir que el grupo sometido a psicoterapia sobrevivió, en término medio, el doble que el otro grupo.

Más revelador fue que en 1993, sólo quedaban tres mujeres con vida, todas ellas del grupo de terapia. Este estudio es asombroso porque el investigador no esperaba descubrir efecto alguno.

Otros investigadores aportaron una década de hallazgos similares; un meticuloso estudio realizado en Yale según el informe de Jensen, 1987, en Chopra (1994) descubrió que el cáncer de mama se extendía con mayor rapidez entre las mujeres de personalidad reprimida, carentes de esperanza e incapaces de expresar enojo, miedo y otras emociones.

Han surgido descubrimientos similares sobre la artritis, el asma, la úlcera gástrica, y otras molestias.

Lo que enseña el paradigma antiguo señala Dossey, 1992, en Chopra (1987) " el mensaje dominante que se predica en las páginas editoriales de las publicaciones médicas y en las aulas de las universidades, es que la biología inherente a la enfermedad tiene una importancia abrumadora, mientras que sentimientos, emociones y actitudes, son simples compañeros de viaje". Lo que nos enseña el nuevo paradigma, es que las emociones no son hechos fugaces, aislados en el espacio mental; son expresiones de la conciencia, materia fundamental de la vida. En todas las tradiciones religiosas, el aliento de la vida es espíritu. Elevar o bajar el espíritu a alguien significa algo fundamental que el cuerpo debe reflejar.

La razón de que se considere como un milagro la autocuración del cáncer, mientras que la reparación de un hueso roto no, está íntimamente unida con la relación mente-cuerpo. Como si el hueso roto se reparara, sin la intervención de la mente; en cambio, la curación espontánea del cáncer, según la creencia generalizada, depende de cierta cualidad especial de la mente, de una voluntad profunda de vivir, de una visión heroicamente positiva, o de alguna otra rara capacidad; ello implica que hay dos formas de

sanar, una normal y otra anormal (o al menos excepcional). Sin embargo, esta distinción vale para las curaciones milagrosas de cáncer, la supervivencia prolongada en casos de SIDA, las curaciones por fe, y aún la capacidad de vivir hasta una edad avanzada sin ser víctima de enfermedades.

Aparentemente, los pacientes que tienen éxito, han aprendido a motivar su propia curación y, entre ellos, los mejores han logrado avanzar mucho más allá; han encontrado el secreto de la curación cuántica. Son algo así como los genios de la relación mente y cuerpo.

En un estudio realizado por la universidad de Pennsylvania en 1985, con pacientes cancerosos en estado avanzado, sigue siendo difícil comprobar de manera confiable la premisa básica: que la mente determina la salud o la enfermedad corporal.

En los resultados arrojados por este estudio, al parecer, las emociones positivas ayudan en la recuperación en fases tardías de cáncer metastasiado, mientras que las emociones negativas provocan la muerte, incluso con tumores muy pequeños diagnosticados relativamente pronto.

Un segundo estudio de la misma universidad encontró que cualquier actitud fuerte, si se expresa en lugar de reprimirse, ayudaba a sobrevivir al cáncer, así como para impedir el aumento en la secreciones de jugo gástrico en la úlcera gástrica y duodenal.

Los primeros descubrimientos refuerzan la idea de que ser positivo es mejor que ser negativo, los segundos hacen más o menos lo mismo, desde otro ángulo distinto, refuerzan la idea de que es mejor pelear que rendirse. A partir de entonces se dio a conocer a lo que se le llamó personalidad cancerosa, la cual reprime las emociones y, de alguna manera convierte la represión en células malignas. La personalidad opuesta sería aquella que se caracteriza por "una fuerte voluntad de vivir".

Un ejemplo clásico es la división entre los pacientes de ataques cardiacos (de los cuales más de las tres cuartas partes son hombres maduros).

Personalidades de alto riesgo (tipo A), y personalidades de bajo riesgo (tipo B). La personalidad tipo A, corresponde a personas impetuosas, trabajadoras, compulsivas que frecuentemente se presionan con plazos y fechas y que saturan sus sistemas de stress, en contraste con la personalidad tipo B que es relajada, tolerante y más balanceada. De acuerdo con esto, el tipo A sufre "la enfermedad de estar siempre de prisa", y en consecuencia parece lógico que, a la postre, su corazón proteste y los conduzca a enfermedades coronarias.

En otro estudio realizado por la universidad de Pennsylvania 1988, en Chopra (1994) se encontró que si un hombre sufre un ataque cardiaco y es del tipo A, tendrá mayores posibilidades de sobrevivir, que si pertenece al tipo B, aparentemente el deseo de alcanzar el éxito, se convierte en un beneficio cuando se padece un problema coronario.

La inteligencia puede crear una fisiología en que ocurran pensamientos curativos, pero también puede ocurrir lo contrario; si estuviéramos "rígidamente programados" como una computadora, entonces todas las fisiologías serían predecibles, cuando en realidad ninguna lo es. La inteligencia emplea nuevos circuitos a voluntad, y esto hace que cada persona sea única. El siguiente experimento muestra lo anterior. El doctor Herbert Spector del Instituto Nacional de Salud en EE.UU., 1991, en Chopra (1994) tomó un grupo de ratones y les administró poly-I:C, compuesto del cual se sabe estimula la actividad de las células "T" (células del sistema inmunitario) y que, por ende, fortifica las defensas del animal contra las enfermedades.

Cada vez que el ratón recibía una dosis de poly-I:C, se dejaba el compuesto y se liberaba el olor a alcanfor, en las cercanías, al mismo tiempo.

El patrón continuó durante varias semanas: se inyectaba el compuesto y se liberaba el olor a alcanfor. Después de eliminar el compuesto químico, el doctor Spector expuso a los ratones tan sólo al olor del alcanfor, y descubrió que el conteo de las células inmunitarias aumentaba una vez más, aún sin el compuesto químico.

En otras palabras, el olor por sí sólo hacía a los ratones más resistentes a la enfermedad; pudo haber hecho lo contrario, esto es, pudo haber disminuido las defensas inmunitarias mediante un olor.

Lo que descubrieron los investigadores, es que el sistema inmunitario tiene la capacidad de aprender. Responde directamente a los estímulos externos y no sólo al ambiente interno del torrente circulatorio.

La curación cuántica, según la define Chopra (1994), es la capacidad que tiene una forma de la conciencia (la mente), para corregir espontáneamente las equivocaciones de otra forma de la conciencia (el cuerpo). Es un proceso completamente autocontenido.

En pocas palabras la curación cuántica "hace la paz" entre la dualidad mente-cuerpo, cuando la conciencia se fragmenta y la guerra entre la mente y cuerpo se desata causando enfermedades, dando lugar a lo que la medicina moderna llama el componente psicosomático, causa principal de todas las enfermedades.

La curación cuántica hace la paz entre la dualidad mente-cuerpo; unifica lo que está unido y la medicina moderna ha tratado de separar, equilibra la conciencia para que la mente y cuerpo funcionen en armonía.

El proceso curativo cuántico, como explica Chopra en (1994), se auxilia de varias técnicas como son el masaje corporal, la meditación, la relajación, el psicoanálisis.

Así mismo recomienda una alimentación balanceada, un trabajo activo y gratificador, descanso adecuado, disciplina, y el cultivo del conocimiento, enfatizando la lectura regular de libros que provoquen una sensación de bienestar y de "saber hacer"; todo esto logrará una apertura de la conciencia y por lo tanto un desplazamiento de la realidad.

A nadie le dieron una computadora cósmica y le dijeron: "Recuerda, sólo puedes emplear la mitad". Nadie nos impuso limitación alguna sobre los patrones de inteligencia, lo que podemos hacer, cambiar, mezclar, expandir o habitar. La vida es un cambio de posibilidades ilimitadas. Tal es el mérito de la total flexibilidad del sistema nervioso humano.

CAPITULO III
METODOLOGIA

3.1 Problema

¿Existen diferencias entre los dibujos de la figura humana realizados por un grupo de pacientes con úlcera gástrica y un grupo de personas sanas?

3.2 Hipótesis

Ho.1 Los pacientes con úlcera gástrica no muestran diferencias en el test de Machover, como lo sería la omisión del área en conflicto, permeabilidad en el dibujo, detalles en el área de conflicto, dibujo incompleto, distorsión en el dibujo y remarcación del trazo en la parte abdominal del dibujo en relación a personas sanas.

H1.1 Los pacientes con úlcera gástrica muestran diferencias en el test de Machover, como lo sería la omisión del área en conflicto, permeabilidad en el dibujo, detalles en el área de conflicto, dibujo incompleto, distorsión en el dibujo y remarcación del trazo en la parte abdominal del dibujo en relación a personas sanas.

3.3 Variables

Variable independiente: Úlcera gástrica.

Variable dependiente: Dibujo incompleto, omisión del área en conflicto, permeabilidad en el dibujo, detalles en el área de conflicto, distorsiones en el dibujo, y trazo remarcado en la parte abdominal.

3.4 Objetivo general

Determinar si el test de Machover presenta diferencias entre personas sanas y pacientes con úlcera gástrica.

3.4.1 Objetivos específicos

- 1.- Aplicar la prueba de Machover a un grupo de pacientes con úlcera gástrica.
- 2.- Aplicar la prueba de Machover a un grupo de sujetos sanos (sin úlcera gástrica).
- 3.- Comparar el tipo de trazos en ambos grupos.

3.5 Población y muestra

La población está constituida por los pacientes internos por padecimientos de úlcera gástrica, en el Hospital de Nutrición en el área de gastroenterología ubicado en Tlalpan No.1896; así como en el Hospital de urgencias Rubén Leñero del D.D.F. de salud pública, ubicado en Plan de Ayala y Díaz Mirón s/n Colonia Casco de Santo tomas.

La muestra la integran 18 pacientes con úlcera gástrica, con edades entre los 20 y los 60 años de edad; así mismo, existe un grupo control de 18 sujetos sanos de las mismas edades.

3.6 Obtención de datos

Para la obtención de los datos se utilizó el test proyectivo de Karen Machover en su forma tradicional, tanto para el grupo control como para el grupo experimental.

3.7 Tipo de investigación

El tipo de investigación utilizado en nuestro trabajo es el de experimento de campo; en donde se forman dos grupos, el experimental y el control.

Se selecciona a 36 sujetos de edades entre los 20 a 60 años de edad hombres y mujeres, el 50% son sujetos sanos (sin úlcera gástrica) y el otro 50% son sujetos que se encuentran hospitalizados y en tratamiento médico de úlcera gástrica.

3.8 Nivel de investigación

Se considera que es una investigación de campo porque estudia a los sujetos en el mediohospitalario; esto es, internados.

3.9 Diseño de investigación

Se trata de un diseño cuasi-experimental, de tipo ex post facto esto quiere decir que ya existía la úlcera gástrica en los sujetos estudiados, que no podemos controlar la aparición, evolución, gravedad, etiología, etc. de la úlcera gástrica.

3.10 Procedimiento

Dentro del proceso para obtener los test gráficos de Machover en pacientes con úlcera gástrica, nos encontramos con el problema de que los enfermos internos son relativamente pocos en los hospitales, estos se encuentran más fácilmente en fines de semana y períodos festivos (semana santa, posadas, Navidad, etc.).

El camino por recorrer para obtener permisos en los hospitales es lento y lleno de tramites burocráticos.

Fuimos a la clínica No.59 del Seguro Social ubicada en Tlanepantla Estado de México, se nos informó que los procedimientos necesarios para poder tener acceso a la clínica tenía un promedio de 5 a 7 semanas y no era segura la aprobación. Ante esta situación solicitamos permiso directamente en el departamento de Trabajo Social de diferentes instituciones.

En el Hospital General del ISSSTE Dr. Darío Fernández Fierro, ubicado en Av. Revolución 1182, se nos concedió el acceso sin problema en el turno nocturno el cual inicia a las 20:00hrs. y finaliza a las 8:00hrs.; transcurrieron 5 semanas sin que hubiese ningún hospitalizado con úlcera gástrica.

Posteriormente nos dirigimos al Hospital de Nutrición en la sección de Gastroenterología, donde se nos dio un tiempo determinado de una semana para la obtención de nuestros test gráficos de Machover, recabamos un total de 6 aplicaciones, de las cuales 2 sólo tienen un gráfico con la historia y los 4 restantes si se encuentran con los dos gráficos. Por último nos dirigimos al Hospital de urgencias Rubén Leñero del D.D.F. de salud ubicado en Plan de Sn. Luis y Díaz Mirón s/n Colonia Casco de Santo Tomas, donde nos concedió el acceso la Enfermera Georgina Flores, y nos apoyo la Psicóloga Ignacia Ceja; aquí tuvimos condicionantes de tiempo, ya que en ocasiones los pacientes se encontraban bajo distintos estudios médicos y medicamentados, estas situaciones retardaron las aplicaciones. Se obtuvieron 12 aplicaciones completas.

Se integró un grupo de 18 sujetos con edades promedio de 20 a 60 años de edad, entre hombres y mujeres al que llamaremos grupo Experimental; mismos que se encuentran internados en el Hospital con padecimiento de úlcera gástrica y bajo tratamiento médico.

El grupo Control se integró con 18 sujetos sin úlcera gástrica, ni ninguna otra enfermedad del aparato digestivo. Los sujetos fueron vecinos, compañeros de trabajo y amigos; los cuales mostraron disponibilidad para su aplicación del test gráfico de Machover. La muestra ascendió a 59 aplicaciones, esto nos permitió hacer una selección en cuanto a las edades y

sexo, para homogeneizar ambos grupos; esto es un total de 36 sujetos con edades promedio de 20 a 60 años de edad, entre hombres y mujeres.

En ambos grupos se aplica el test gráfico de Machover de forma individual, se proporciona una hoja blanca tamaño carta para cada dibujo y un lápiz de punta mediana con goma para borrar.

Para su aplicación se da la siguiente consigna "Dibuje una persona", de existir alguna resistencia para dibujar, se le explica que no interesa la belleza del dibujo; su interés es puramente científico.

Se detecta si hay detalles, omisiones de área, permeabilidad, dibujo incompleto, distorsiones y remarcaciones en el área abdominal.

Posteriormente se comparan los trazos de ambos grupos para observar si aparecen los indicadores patológicos en los dibujos del grupo Experimental.

A continuación se explica el concepto de cada uno de los parámetros usados al calificar las pruebas y, que están contemplados en ambas hipótesis.

Distorsiones en el dibujo.- Las distorsiones se refieren a todas aquellas asimetrías que el dibujo presenta, así como que en determinada área las proporciones a simple inspección visual no corresponden.

La distorsión por ejemplo se puede mostrar en que el sujeto trata de dibujar una determinada parte de la persona sin lograrlo dando como resultado una forma totalmente diferente; este criterio es aplicable a cualquier parte de la figura.

De la misma forma, la distorsión puede ser totalmente clara, como en el caso de una cabeza grande, torzo pequeño en relación con piernas, brazos cortos o manos grandes.

Dibujo incompleto.- Se refiere a la falta de totalidad en el dibujo, en este caso se observa claramente en la inspección visual la falta de alguna parte del cuerpo de la figura humana, como sería la ausencia de pies, manos,

cuello, el dibujo de la cabeza sin el resto del cuerpo, manos sin dedos, cara sin rasgos.

Remarcaciones en el área de conflicto.- Este criterio se refiere al engrosamiento del trazo o la línea en el área de conflicto, así como repasar con el lápiz varias veces dicha línea o remarcar la zona con pequeñas líneas cortadas.

Permeabilidad en el dibujo.- Este criterio se refiere a todas aquellas zonas del dibujo que muestran un área frágil, de fácil penetración. Se toma en cuenta la impresión que el dibujo del sujeto proporciona a la simple inspección visual del psicólogo; puede ser un área con agujeros, cuadriculada, tipo malla y transparencias.

Detalles en el área de conflicto.- Este punto se refiere a la adición de formas y adornos en el área de conflicto, como serían flores, bolsas, botones y adornos varios.

Omisión del área del conflicto.- En este criterio se observa una ausencia total o parcial del área a la inspección visual; igualmente puede ser una línea tan débil que es difícil de observar, así como la adición de una línea en el área, que por ser tan marcada anula la parte del conflicto.

3.11 Análisis estadístico

Utilizamos estadística no paramétrica por las ventajas que presenta para nuestro estudio.

Tomando en cuenta el tamaño de la población que es pequeña, así como su frecuencia y el porcentaje en cada una de las variables a observar resulta ser de mucha exactitud en Siegel 1986.

CAPITULO IV

RESULTADOS

4.1 Resultados cuantitativos

Distorsiones en el dibujo.- El grupo experimental, muestra distorsiones en un 94.4%; en contraposición de un 6.1% en el grupo control. La hipótesis alterna se confirma.

Dibujo incompleto.- El 83.3% del grupo experimental realiza una figura incompleta en alguna parte; mientras que el grupo control elabora formas parciales en un 55.5%. La hipótesis alterna se confirma.

Remarcaciones en el área de conflicto.- El grupo experimental, tiende a remarcar las líneas del área conflictiva (abdominal) en un 72.2%; y el grupo control en un 55.5%. Dentro de este grupo el trazo remarcado es menos fuerte. La hipótesis alterna se confirma.

Permeabilidad en el dibujo.- El grupo experimental dibujó el área abdominal permeable en un 72.2%; en contraposición del grupo control con sólo un 33.3%. La hipótesis alterna se confirma.

Detalles en el área de conflicto.- El grupo experimental detalla el área conflictiva en un 66.6%; y el grupo control en un 44.4%. La hipótesis alterna se confirma.

Omisión del área de conflicto.- Los sujetos del grupo experimental omiten el área conflictiva en un 27.7%; mientras que los sujetos del grupo control en un 38.8%, aunque hay que señalar que en algunos, la omisión se debe a que dibujaron sólo la cabeza de la figura. La hipótesis alterna se confirma.

A continuación se presentan unas tablas que muestran los resultados obtenidos por cada uno de los sujetos de ambos grupos:

TABLA #1

GRUPO EXPERIMENTAL

Nº SUJETOS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	f	%	
EDAD	42	20	60	45	30	60	50	24	29	48	44	48	25	25	27	30	38	33			
SEXO	F	F	F	F	F	F	F	M	M	M	M	M	M	M	F	M	M	F			
OMISION DEL A DE C	A	A	A	P	A	P	A	A	A	P	A	A	P	A	P	A	A	A	A	5	28
PERMIABILIDAD DEL DIB	A	A	A	P	P	P	P	P	P	P	P	P	A	P	A	P	P	P	P	13	72
DETALLES EN A DE C	P	A	P	A	P	A	P	A	P	A	P	P	P	A	P	A	P	P	P	12	67
REMARCCIONES EN A DE C	P	P	P	A	P	P	A	P	A	P	P	A	P	A	P	P	P	P	P	13	72
DIBUJO INCOMPLETO	P	P	A	P	P	P	P	A	P	P	P	P	A	P	P	P	P	P	P	15	83
DISTORSION EN DIB.	P	P	P	P	A	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	17	94

M = MASCULINO 50 %
 F = FEMENINO 50 %
 LA MEDIA PROMEDIO DE EDADES ES DE 37 AÑOS Y 3 MESES
 P = PRESENCIA
 A = AUSENCIA

TABLA #2

GRUPO CONTROL

Nº SUJETOS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	f	%	
EDAD	30	47	42	29	50	30	60	20	60	25	26	27	30	48	48	25	44	38			
SEXO	M	F	F	M	F	F	F	F	M	M	F	F	M	M	M	M	M	M			
OMISION DEL A DE C	A	P	A	A	A	A	A	A	A	A	A	P	P	P	P	P	P	P	7	39	
PERMIABILIDAD DEL DIB.	P	A	P	P	A	P	A	A	P	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	6	33
DETALLES EN A DE C	P	P	A	P	P	A	P	A	P	P	P	A	A	A	A	A	A	A	A	8	44
REMARCCIONES EN A DE C	P	P	P	P	A	P	P	A	P	P	P	P	A	A	A	A	A	A	A	10	58
DIBUJO INCOMPLETO	A	P	A	A	P	P	A	P	P	A	A	A	P	P	P	P	P	A	A	10	58
DISTORSION EN DIB.	A	P	P	P	P	A	A	A	P	P	A	A	P	P	P	P	A	A	A	11	51

M = MASCULINO 50 %
 F = FEMENINO 50 %
 LA MEDIA PROMEDIO DE EDADES ES DE 37 AÑOS Y 3 MESES
 P = PRESENCIA
 A = AUSENCIA

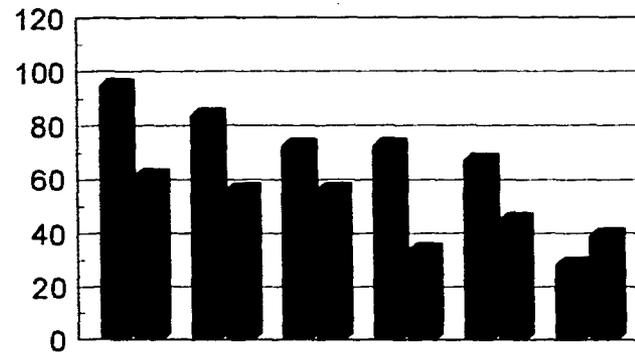
A continuación se presenta un cuadro comparativo donde se observan las diferencias en los resultados de ambos grupos.

Variables Independientes	Grupo Experimental	Grupo Control
1.- Distorsión en el dibujo	94.4%	61.1%
2.- Dibujo incompleto	83.3%	55.5%
3.- Remarcaciones en á. en c.	72.2%	55.5%
4.- Permeabilidad en el dibujo	72.2%	33.3%
5.- Detalles en á. de conflicto	66.6%	44.4%
6.- Omisión del á. de conflicto	27.7%	38.8%

A continuación se presenta una gráfica comparativa donde se observan los resultados obtenidos en ambos grupos:

GRAFICA COMPARATIVA

GRUPO EXPERIMENTAL Y CONTROL



	1	2	3	4	5	6
EXPERIMENTAL	94.4	83.3	72.2	72.2	66.6	27.7
CONTROL	61.1	55.5	55.5	33.3	44.4	38.8

VALORES EN PORCENTAJE

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

4.2 Resultados cualitativos

De acuerdo a los teóricos, los resultados obtenidos en el análisis de la figura humana elaborada por personas enfermas de úlcera gástrica, en contraposición con los dibujos de personas sanas (sin úlcera gástrica), confirman lo planteado por Machover en su test de la figura humana dado a conocer en 1949, en el sentido de que en el dibujo de la persona el sujeto proyecta sus conflictos físicos y emocionales, así como sus temores e inseguridad.

Los resultados encontrados en distorsiones en el dibujo con un 94.4%, detalles en el área de conflicto con 66.6% y permeabilidad en el dibujo con 72.2%, confirman no sólo los postulados de Machover (1949), sino también la hipótesis alterna propuesta en esta tesis.

En los dibujos podemos observar remarcaciones con líneas gruesas, fragmentadas y confusas; todas ellas indicadoras de conflicto según Machover (1949).

Portuondo (1979) y Grassano (1982), afirman especialmente respecto a las personas con padecimientos de índole gastrointestinal, que este tipo de enfermos tiende a detallar, permeabilizar, agregar, omitir o remarcar algún elemento en la figura; detalles todos que podemos observar en los dibujos de los sujetos estudiados en el grupo experimental de esta tesis.

Los enfermos de úlcera gástrica, proyectan en el dibujo de la figura humana, omisiones en el área de conflicto en un 27.7%, pero en general todos los pacientes enfermos omiten alguna área en el resto de la figura; esto indica que perciben su imagen corporal como incompleta, deformada, empobrecida, carente de valores para enfrentar los retos de la vida diaria, y la incapacidad para asumir la enfermedad, al desplazar el conflicto hacia otra área.

Grassano (1982) en sus postulados afirma que el sujeto enfermo (no sólo de úlcera gástrica), muchas veces desplaza en el dibujo la parte afectada de su organismo hacia otra área del cuerpo, por la incapacidad que tiene de aceptar su patología por considerarla amenazante, castrante y que en último

término le plantea la posibilidad de muerte; cuestión que le es totalmente amenazante por la desestructuración yoica que la idea de muerte le plantea.

Para este tipo de personas, la enfermedad no sólo es la enfermedad "per se", sino un enfrentarse a la posibilidad de no ser; esto nos muestra claramente la dialéctica mente-cuerpo, que ante la incapacidad de acercamiento y unificación de dicha dualidad, una puede destruir a la otra; la mente puede destruir la materia.

Una patología que tiene tratamiento y diagnóstico favorable casi en cualquier estadio y que por lo tanto no es mortal, puede "matar" al sujeto si su psique decide que es hasta ese grado amenazante.

Es por eso que la medicina cuántica, tiene un porvenir tan brillante. En ésta el objetivo principal, es el manejo del inconsciente, para que éste funcione en favor de la persona y no en contra, encaminándose principalmente a que el pensamiento domine la materia a voluntad, y cada persona tenga la capacidad de auto-sanarse o al menos, pueda contribuir en alto grado a su curación.

La permeabilidad, que está presente en el 72.2% de las figuras del grupo experimental, y que consiste en labilidad en el trazo, agujeros, mallas y transparencias, reafirma la vulnerabilidad del yo del sujeto ante la patología y la facilidad que éste siente ante agentes externos, de ser destruido; mientras que en el grupo control sólo se presentó en un 33.3%.

Este porcentaje en el grupo experimental fue más alto que el de las omisiones, que fue de un 27.7% y se piensa que dicha elevación se debe a un manejo más libre de la enfermedad, por haber sido estos pacientes internos con diagnóstico de úlcera gástrica; pero aún, cuando proyectan más aceptación de la patología, esta no deja de indicar una percepción deformada de la imagen corporal, y una incapacidad hacia el manejo de estímulos externos.

Kotkov y Goodman 1962, en De la Fuente (1980) investigaron con mujeres obesas la premisa básica de que los dibujos proyectan la imagen corporal; la hipótesis de su investigación se comprobó por un alto margen; en los resultados del grupo experimental (mujeres obesas), se observó que estas

pacientes dibujaron figuras más gruesas y grandes que las del grupo control (mujeres delgadas).

Machover (1949), Portuondo (1979) y Grassano (1982), en su investigación estudiaron la misma premisa con resultados positivos.

Los resultados obtenidos en la investigación de esta tesis, también confirman los postulados de los autores anteriores, en el sentido de que la figura humana retrata la conflictiva de quien la elabora; es la impresión de sus miedos y conflictos internos, así como de su problemática física.

Definitivamente tanto los sujetos enfermos, como los sanos, proyectan su imagen en el dibujo de la figura humana.

En cuanto a las omisiones, el porcentaje de sujetos que las presentó, es más alto (38.8%) en el grupo control, que el porcentaje del grupo experimental (27.7%), la mayoría de las omisiones en los sujetos sanos, sucede en el cuerpo en general, proporcionando un énfasis al área de la cabeza (área intelectual); este contradictorio resultado, puede deberse a que el sujeto sano está más interesado en su capacidad cognitiva y sobre todo en su capacidad para resolver problemas; son sujetos que no tienen la preocupación de una patología, y, que por lo tanto están centrados altamente en sus capacidades intelectuales. Sin dejar de señalar, que éstos sujetos pueden tener otro tipo de conflicto, ya sea físico o psicológico.

Resultados adicionales

El 90% de las figuras de los sujetos del grupo experimental, presentó un emplazamiento adecuado, lo cual indica que los sujetos con úlcera gástrica se adecuan bien en el ambiente. La patología no les hace sentirse diferentes con respecto a otros, ni tienen sentimientos de rechazo del mismo. El porcentaje de adecuación ambiental en los sujetos sanos es de 96.6%.

Los sujetos enfermos omiten la base en un 98.8%; dibujan figuras flotando, volando e incapaces de localizar algún tipo de apoyo; son figuras básicamente desprotegidas. Con respecto a los sujetos sanos las omisiones

de base es de un 80% por lo tanto observamos en ambos grupos inseguridad, que es el rasgo que nos proporciona la omisión del piso. Sin embargo, los sujetos sanos, muestran figuras más firmes, menos desprotegidas y con capacidad para buscar apoyo.

El dato más alto que arrojan las pruebas del grupo experimental en su totalidad del 100%, es la proyección de un manejo inadecuado de la agresión; los sujetos, presentaron alteraciones en las manos principalmente; en algunas figuras esta área se omite, esconde o distorsiona. Además de los datos de las manos, en la figura en general, encontramos terminaciones agudas y agresivas.

El hecho de que todos los pacientes del grupo experimental manifieste agresión reprimida, indica que estos sujetos tienen problemas en el manejo de la misma; esto es, no dan respuestas manifiestas hacia el exterior al ser agredidos; en este sentido se hipotetiza, que la úlcera gástrica puede ser su única capacidad de respuesta; al volcar la agresión hacia sí mismos, la somatizan. El paciente con úlcera gástrica percibe su imagen corporal incompleta, frágil, vulnerable, deformada, empobrecida y se sienten inseguros y desprotegidos por la patología.

Los sujetos del grupo control (sanos), muestran un manejo más libre de la agresión y una capacidad para canalizar más adecuada. Estos sujetos proyectan menos inseguridad, fragilidad y desprotección, y, más aptitud para buscar apoyo.

Este grupo enfatiza el área de la cabeza; proporcionando más interés hacia el área intelectual. Son sujetos con capacidad para competir, y se valoran tanto a sí mismos, como a los demás por la inteligencia. Sin descartar, que la atención hacia esta área, puede deberse a la presencia de algún trastorno físico o psíquico.

Conclusiones

1.- El concepto del organismo como totalidad, se asienta en el de personalidad, entendida como una integración de fuerzas; fuerzas que no son otras que las necesidades humanas, teniendo sus raíces en la estructura biológica del organismo, son modificadas desde el principio de la vida por el medio ambiente y la cultura que el sujeto experimenta como deseos, impulsos o intereses.

2.- Debido a que el stress se genera al prolongarse los estadios de tensión, el organismo requiere de mayor movilización fuera del funcionamiento normal y como aviso se da una reacción esencial de alarma (síntoma) para que la persona se persuada de ello y cambie la situación que le está causando el malesta.

3.- La experiencia clínica con los mecanismos de defensa como lo es el desplazamiento, así como una amplia gama de fenómenos patológicos, en especial síntomas de conversión, identificación proyectiva, disociación, represión, defensas maníacas, así como las defensas de control obsesivo, entre otros son aquellos que pueden comprenderse dentro del marco que nos ofrece el concepto de simbolismo.

4.- Las simbolizaciones evidentes que surgen del inconsciente al realizar los dibujos de Machover se expresan por medio de diferentes detalles dentro de la elaboración del mismo; como lo podrían ser entre otras las remarcaciones, distorsiones, permeabilidad y omisiones.

5.- Los padecimientos psicósomáticos están asociados fuertemente a las emociones, y el proceso para su examen logra, que el organismo humano se estudie como una totalidad.

6.- Derivados importantes del estudio sobre las enfermedades psicósomáticas, facilitaron incluso la asociación de reacciones químicas y funciones endocrinas del organismo con estímulos del medio ambiente.

7.- Términos como órgano-neurosis, conversión y represión, forman parte del vocabulario actual del médico. El conocimiento de lo que estos términos

significan, ha facilitado al especialista de la medicina, rapidez en su diagnóstico, así como para el tratamiento, la curación y prevención en combinación con expertos en la salud mental

8.- La subjetividad con que se trataba estos padecimientos ha modificado el pensamiento del médico y le ha hecho concluir que la objetividad científica no se pierde con el entendimiento de que hay situaciones que aún no podemos cuantificar ni reproducir a la voluntad, pero que tampoco podemos negar que existen.

9.- Actualmente el tratamiento del paciente se ha hecho tan amplio, que los métodos holísticos "totalitarios" son los que se perfilan como la medicina del siglo XXI. A este respecto la principal aportación nos la muestra la "Medicina Cuántica".

10.- Las perturbaciones psicosomáticas son procesos tan desconocidos como lo es el universo del cerebro, la información genética, la sinapsis y el concepto de homeostasis.

11.- Los resultados indican que sí hay diferencias entre los dibujos que elaboran enfermos de úlcera gástrica y los dibujos que elaboran personas sanas (sin úlcera gástrica); por lo que la hipótesis alterna (H1.1) se acepta.

12.- Este resultado es contrario al de la hipótesis nula, que plantea que tanto los sujetos con úlcera gástrica y los sujetos sanos en general, elaboran un tipo de dibujo de figura humana que al analizarla no muestra diferencias significativas en cuanto a las variables independientes propuestas.

13.- En general, los resultados obtenidos en los dibujos de ésta investigación, muestran diferencias entre los sujetos sanos y los sujetos enfermos.

14.- El enfermo de úlcera gástrica proyecta sus conflictos físicos y psíquicos en la figura que elabora. Su imagen corporal, la perciben incompleta, vulnerable, distorsionada y empobrecida, así mismo, muestran una incapacidad para manifestar la agresión hacia el exterior. Su única

posibilidad de reacción hacia ésta, es somática; la vuelcan hacia sí mismos y aparece en forma de úlcera.

15.- Los sujetos sanos, manifiestan una capacidad para manejar la agresión más adecuada. Y la percepción de su imagen corporal es menos frágil y empobrecida.

16.- Sus valores de juicio, hacia los demás y hacia sí mismos, están constituidos y centrados en la capacidad intelectual. Para éstos, las demás personas tienen valor en función de la cantidad de cultura e información que poseen.

Limitaciones

Dentro de las limitaciones que tuvimos en las pruebas del grupo experimental, existen variables que no fueron posibles de controlar, ni homogeneizar, como son, el nivel socioeconómico, edad, escolaridad, gravedad de la enfermedad, falta de disponibilidad de algunos pacientes, debido a su enfermedad, no se dispuso del tiempo que se hubiera deseado, y esto limitó también el número de sujetos para realizar los dibujos.

Debido a los problemas para la aplicación de las pruebas en el grupo experimental, la muestra es pequeña.

Sugerencias

Podemos sugerir que para la realización de estudios posteriores sobre este tema se considere controlar algunas variables como lo sería el nivel económico, sexo, escolaridad, estado civil la misma gravedad del paciente; esto por medio de algún instrumento adicional como lo sería un cuestionario previo, así como de contemplar un tiempo adicional para la aplicación de los test gráficos del grupo experimental. Así mismo, utilizar muestras más grandes y poder comparar entre pacientes con diferentes enfermedades.

Bibliografía

- ABAHAMSEN, David. The psychology of crime. Ed. Moreva, 3er. Nueva York. 1967.
- CHOPRA, Deepak. La perfecta salud. Ed. Grijalbo, México, D.F. 1990.
- CHOPRA, Deepak. Como crear salud. Ed. Grijalbo, México, D.F. 1987.
- CHOPRA, Deepak. Cuerpos sin edad, mentes sin tiempo. Ed. Vergara, Buenos Aires, Argentina. 1994.
- CHOPRA, Deepak. La curación cuántica. Ed. Grijalbo, México, D.F. 1991.
- DE LA FUENTE, Muñoz, Ramón. Psicología médica. Ed. Fondo de cultura económica, México, D.F. 1980.
- FENICHEL, Otto. Teoría psicoanalítica de la neurosis. Ed. Paidós, Buenos Aires, Argentina. 1985.
- LAPLANCHE. Diccionario psicoanalítico. Ed. Nueva Visión, Buenos Aires, Argentina. 1985.
- PÍCCOLO, Grassano, Elsa. Indicadores psicopatológicos en técnicas proyectivas. Ed. Nueva Visión, Buenos Aires, Argentina. 1980. 2a. Edición.
- PORTUONDO, Juan. Test proyectivo de Karen Machover. Ed. Biblioteca Nueva, Almagro, Madrid. 1979.
- SEGAL, Hanna. Introducción a la obra de Melanie Klein. Ed. Paidós, Buenos Aires, Argentina. 1979.
- SIEGEL, S. Estadística no paramétrica. Ed. Trillas, México, D.F. 1986.
- TALLAFERRO, A. Curso básico de psicoanálisis. Ed. Paidós, México, D.F. 1983.

Glosario de términos técnicos

ACTIVIDAD PARASIMPÁTICA. Rige las funciones del sistema nervioso vegetativo que corresponden a las fibras que se encuentran en la parte lumbar de la columna como son actividad cardíaca, gástrica, etc.

ACTIVIDAD SIMPÁTICA. Es la que rige la vida vegetativa; está en la parte del sistema nervioso que se encuentra a lo largo de la columna vertebral en la región lumbar y torácica; abarca las funciones involuntarias y automáticas como son el sueño, la vigilia, secreciones, etc.

ANABOLISMO. Conjunto de fases del metabolismo que dan por resultado la síntesis de las materias del protoplasma.

ANSIEDAD. Estado de inquietud del ánimo ante un peligro inminente, pero indeterminado y que generalmente concierne al futuro.

ARTERIOSCLEROSIS. Endurecimiento de las arterias.

ARTRITIS REUMATOIDE. Inflamación de una articulación debida a infección por gérmenes patógenos o a una deficiencia en la nutrición y eliminación.

CARDIOVASCULAR. Relativo del corazón y a sus vasos.

CATÁLISIS. Acción que ejercen ciertos cuerpos sobre la composición de otros sin sufrir ellos mismos descomposición.

CATEXIS. Es la forma variable en que una persona reparte su energía (libido) entre sus objetos y consigo; esta dinámica es inconsciente.

CONDICIONAMIENTO. Proceso por medio del cual se adquiere una conducta que originalmente dependió de un estímulo determinado.

CONFLICTO. Estado emotivo doloroso producido por una tensión entre deseos opuestos y contradictorios.

COMPLEJO DE EDIPO. Deseo por lo general inconsciente del hijo por la madre y hostilidad o afán de destruir al padre.

CONVERSIÓN. Transformación de un estado mental o afecto reprimido, en manifestación física como en los casos de parálisis histérica, ceguera, etc.

DEFENSA. Es cualquier técnica que utiliza el yo en conflictos que pueden conducir a la neurosis; su función es proteger al ego de su desestructuración.

DELIRIO. Estado casi total de obnubilaciones de la consciencia, con nociones, ilusiones y alucinaciones de naturaleza onírica, inquietud y estupor con débil recuerdo de la experiencia.

DESPLAZAMIENTO. Proceso por el cual la energía (catexis) es transferida de una imagen mental a otra. Este proceso puede observarse claramente en los sueños.

DISOCIACIÓN. Estado de cosas en el que dos o más procesos mentales coexisten sin llegar a estar conectados o integrados.

EMPATÍA. Es la capacidad de ponerse uno en los zapatos de otro.

ENDÓCRINO. Correspondiente a las glándulas de secreción interna como la tiroides.

ENZIMA. Sustancia orgánica soluble que actúa como catalizador en los procesos de metabolismo.

EROGENEIDAD. Capacidad que posee toda región corporal de constituir la fuente de una excitación sexual, es decir, de comportarse como zona erógena.

ESCISIÓN. Mecanismo de defensa en el cual una estructura mental pierde su integridad y es remplazada por dos o más estructuras partes, en la cual sólo una de las partes resultantes se experimenta como yo mismo.

ESCISIÓN DEL OBJETO. Es la defensa más primitiva contra la angustia, se acompaña de la separación del objeto en uno "bueno" y otro "malo", considerándose estos dos objetos parte del ambiente y ajenos al yo.

ESTENOSIS PÍLORICA. Son cicatrices consecutivas a procesos inflamatorios, corrosión por ácido, álcalis, cáncer. Los síntomas son la dificultad de ingestión, vómito y pérdida paulatina de las fuerzas.

FANTASÍA. Representación mental de una escena o suceso irreal, pero que se desea o espera.

FILOGENÉTICA. Ciencia que agrupa los organismos según su raza o especie.

FÍSTULA. Conducto anormal, ulcerado, abierto en la piel o en las mucosas.

FRUSTRACIÓN. Es el efecto de no satisfacción de un impulso, o el fracaso ante la obtención de una meta.

GASTRECTOMIA. Escisión total o parcial del estómago.

GASTROENTEROTOMIA. Incisión quirúrgica del estómago y el intestino.

HIPERACIDEZ. Trastorno producido por un exceso de ácido clorhídrico en el jugo gástrico. Se observa en el 5% de los individuos aparentemente normales. Su tratamiento es el mismo que en la úlcera gástrica.

HIPERSECRECIÓN. Exageración de la secreción de una glándula.

IDEALIZAR. Concepción de un objeto de acuerdo con los propios deseos o ideales.

INCISIÓN. Hendidura o corte que se hace en algunos cuerpos con instrumento cortante.

INCONSCIENTE. Es una actividad que ocurre sin que el organismo que la ejecuta se da cuenta de ella. Proceso dinámico que no llega a la consciencia

a pesar de su intensidad y, al cual ningún esfuerzo de la voluntad, ni ningún acto de la memoria pueden traer a la experiencia consciente.

INGÉNITO. No engendrado, natural.

INSTINTO. Facultad ingénita de los seres vivos que los capacita para actuar de manera adecuada sin recurrir a la experiencia o al aprendizaje.

INTROYECCION. Proceso en donde el sujeto hace pasar en forma fantástica de "afuera" hacia "adentro" objetos o cualidades inherentes a estos objetos. Tendencia o acto de observar el medio o la personalidad de otros en la propia psique, produciendo así, la identificación de uno mismo con otras personas u objetos; este mecanismo puede o no estar acompañado por la fantasía de incorporación.

IMPULSO. Fuerte tendencia a ejecutar cierto acto que no suele ser concretamente consciente.

JUICIO. Facultad intelectual, mediante la que el hombre puede distinguir lo verdadero, de lo falso y lo bueno de lo malo.

LATENTE. Período comprendido entre la declinación de la sexualidad infantil (quinto o sexto año) y el comienzo de la pubertad, y que representa una etapa de detención en la evolución de la sexualidad. Se observa una disminución en la actividad sexual y desexualización de las relaciones objeto y de los sentimientos (especialmente el predominio de la ternura sobre los deseos sexuales).

LÚDICO. Referente al juego.

MANÍA. Aceleración grosera de la actividad mental y física que conduce a excitación, insomnio, agotamiento y fuga de ideas.

METABOLISMO. Es la suma de cambios físicos y químicos que tienen lugar en el cuerpo de un organismo vivo, e incluye los procesos constructivos y destructivos.

MNÉTICO. Propio o relativo a la memoria.

MUCOSA. Relativo al moco o parecido a él. Que tiene mucosidad o la segrega.

OBJETAL. Es la relación en la cual la pulsión básica busca alcanzar su fin, es decir, su satisfacción

OBJETO. Es todo aquello hacia lo cual una persona dirige una acción o un deseo, aquello que el sujeto exige con el fin de obtener satisfacción instintiva; pueden ser personas, partes de personas, símbolos de unas u otras cosas.

OBNUBILACIÓN. Trastorno encefálico que hace borrosa la visión.

OCLUSIÓN NASAL. Término general para las afecciones que resultan de la detención, en un punto cualquiera en los conductos de la nariz por sustancias contenidas en su interior. Puede ser causada por la obstrucción de cuerpos extraños.

PATONEUROSIS. Rama de las ciencias biológicas que estudia las causas de las enfermedades del organismo que las padece.

PERISTÁLTICA. Son los movimientos que hacen procesar el alimento desde el esófago por el estómago e intestinos y expulsar heces.

PERSONALIDAD. Organización integrada por todas las características cognoscitivas, afectivas, volitivas y físicas de un individuo, tal como se manifiesta a diferencia de otros.

PETEQUIA. Mancha puntiforme en la piel, de carácter hemorrágico.

PILOCARPINA. Sustancia tóxica y de acción sudorífica y miótica.

PIROSIS. Sensación de quemazón o irritación en el esófago. Se presenta generalmente después de las comidas. Con frecuencia es causada por un error dietético y desaparece rápidamente al corregirlo. En personas

susceptibles es desencadenada por los alimentos grasosos, muy dulces o ácidos. Puede ser un síntoma de una afección gástrica.

PSICÓGENO. Evolución y desarrollo de los procesos mentales que tienen su origen en la vida psíquica.

PSICOMÉTRICO. Técnica empleada para medir la intensidad de las causas físicas que provocan el fenómeno psíquico, la duración de éste, sus efectos y la frecuencia con que suelen producirse en determinados individuos o grupos.

PSICOSOMÁTICO. Es cualquier síntoma corporal que procede de un estado psíquico.

PSICOSIS. Cuadro psicopatológico caracterizado por desintegración de la personalidad en donde se presentan reacciones psíquicas cualitativamente distintas a las del hombre sano.

RECURRENTE. Del síntoma que reaparece después de una remisión.

REMISIÓN. Disminución de la intensidad de los síntomas de una enfermedad.

RETALIATIVO. Imponer represalias.

RINITIS. Inflamación de la mucosa de las fosas nasales.

RITUALISMO. Sistema organizado de ritos o ceremonias en que hay repetición de los mismos actos o las mismas frases.

SOMÁTICO. Referente al cuerpo de cualquier organismo.

TURGENTE. Inflamación, abultamiento o elevación de alguna parte del cuerpo.

VEGETATIVO. Referente a la nutrición y crecimiento de los organismos

VASO DILATADOR. Es todo aquello que dilata (ensancha) los vasos sanguíneos.

VASO MOTOR. Son los nervios que determinan la contracción o dilatación de los vasos sanguíneos.