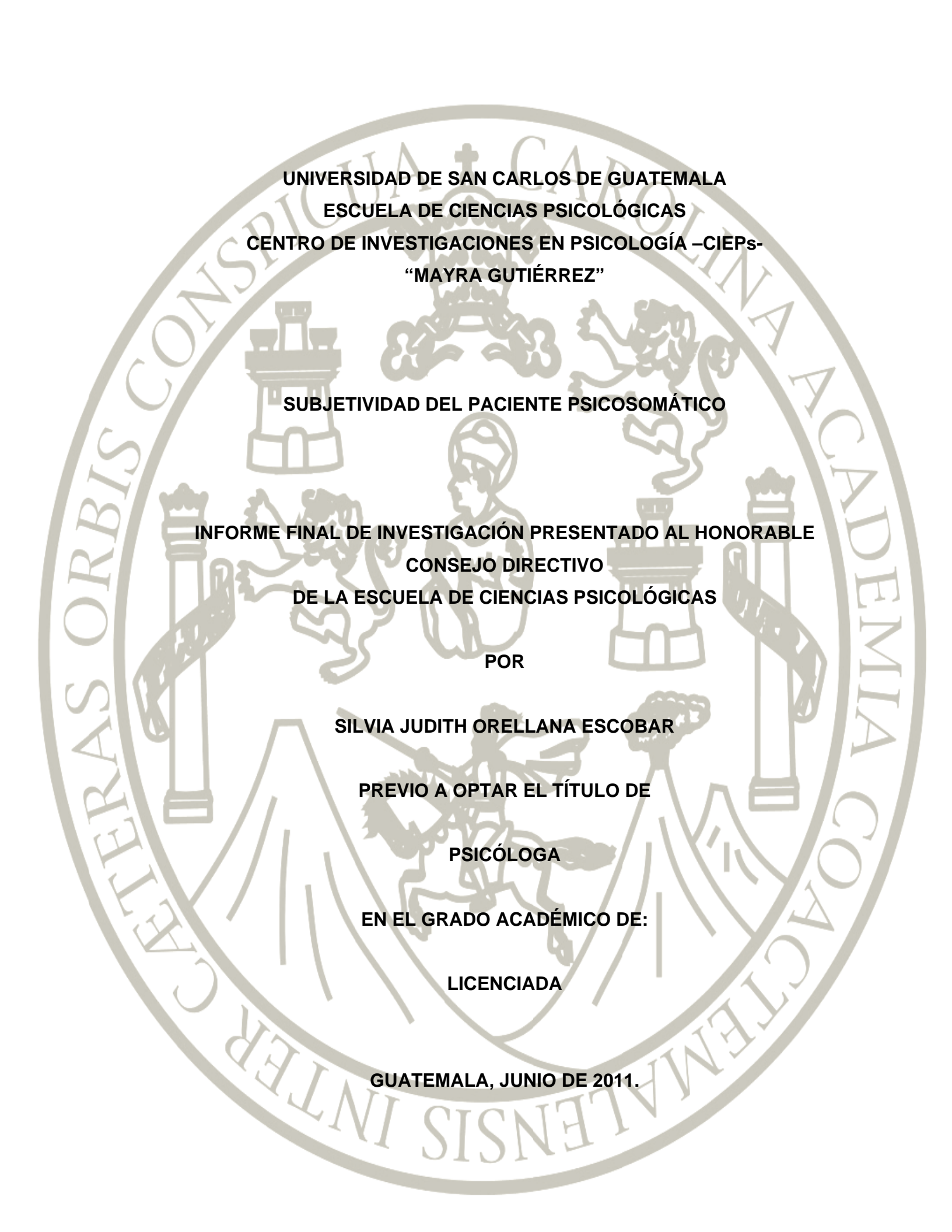
The background of the page is a large, faint watermark of the seal of the University of San Carlos of Guatemala. The seal is circular and contains the following elements: a central figure of a man with a halo, likely a saint, holding a book; a lion rampant on the right; a castle on the left; a figure on horseback at the bottom; and two columns with banners on the sides. The Latin motto "LETTERAS ORBIS CONSPICUA CAROLINA ACADEMIA GOACCTEMALENSIS INTER" is inscribed around the perimeter.

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA –CIEPs-
“MAYRA GUTIÉRREZ”**

SUBJETIVIDAD DEL PACIENTE PSICOSOMÁTICO

SILVIA JUDITH ORELLANA ESCOBAR

GUATEMALA, JUNIO DE 2011.

The background of the page features a large, faint watermark of the seal of the University of San Carlos of Guatemala. The seal is circular and contains a central figure of a man on horseback, surrounded by various symbols including a castle, a lion, and a cross. The Latin motto "LETTERAS ORBIS CONSPICUA CAROLINA ACADEMIA COACTEMALENSIS INTER" is inscribed around the perimeter of the seal.

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA –CIEPs-
“MAYRA GUTIÉRREZ”**

SUBJETIVIDAD DEL PACIENTE PSICOSOMÁTICO

**INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO AL HONORABLE
CONSEJO DIRECTIVO
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

POR

SILVIA JUDITH ORELLANA ESCOBAR

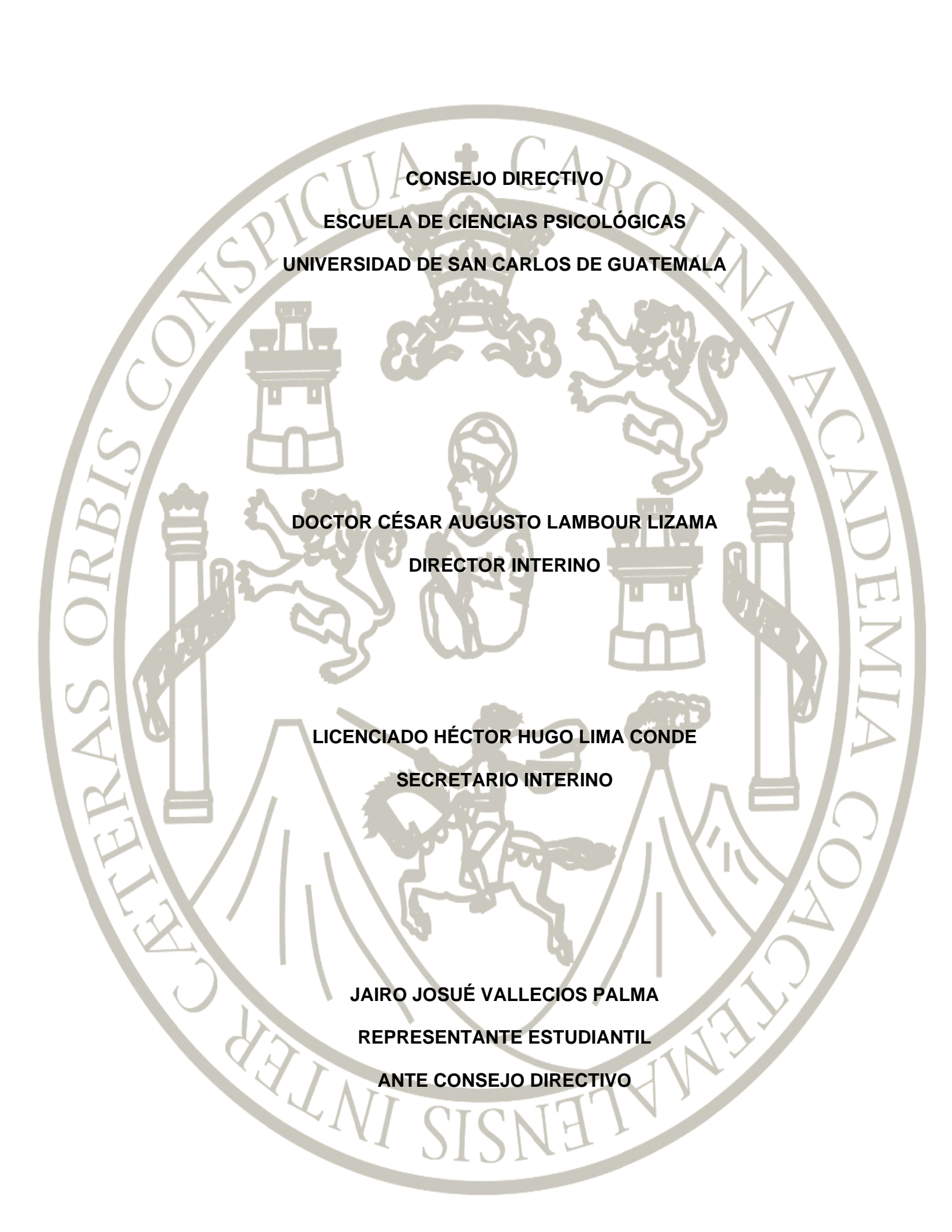
PREVIO A OPTAR EL TÍTULO DE

PSICÓLOGA

EN EL GRADO ACADÉMICO DE:

LICENCIADA

GUATEMALA, JUNIO DE 2011.

The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a large, circular emblem in the background. It features a central figure of a man on horseback, surrounded by various symbols including a castle, a lion, and a cross. The text "UNIVERSITAS CAROLINA ACCADEMIA COACTEMALENSIS INTER CÆTTERAS ORBIS CONSPICUA" is inscribed around the perimeter of the seal.

CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

DOCTOR CÉSAR AUGUSTO LAMBOUR LIZAMA
DIRECTOR INTERINO

LICENCIADO HÉCTOR HUGO LIMA CONDE
SECRETARIO INTERINO

JAIRO JOSUÉ VALLECIOS PALMA
REPRESENTANTE ESTUDIANTIL
ANTE CONSEJO DIRECTIVO



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9ª. Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"

Tel. 24187530 Telefax 24187543

e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

CC. Control Académico

CIEPs.

Archivo

Reg. 89-2011

DIR. 1,059-2011

De Orden de Impresión Informe Final de Investigación

08 de junio de 2011

Estudiante

Silvia Judith Orellana Escobar

Escuela de Ciencias Psicológicas

Edificio

Estudiante:

Transcribo a ustedes el ACUERDO DE DIRECCIÓN MIL TREINTA Y CINCO GUIÓN DOS MIL ONCE (1,035-2011), que literalmente dice:

"MIL TREINTA Y CINCO": Se conoció el expediente que contiene el Informe Final de Investigación, titulado: **"SUBJETIVIDAD DEL PACIENTE PSICOSOMÁTICO** De la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

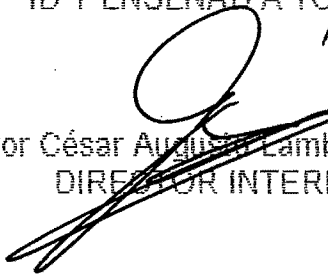
Silvia Judith Orellana Escobar

CARNÉ No. 2004-16081

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por el M.A. Luis Arturo Estrada Carranza y revisado por el Licenciado Carlos Antonio Marroquín Villacorta. Con base en lo anterior, se **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación de Tesis, con fines de graduación profesional."

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODO"


Doctor César Augusto Lambour Lizama
DIRECTOR INTERINO



Zusy G.



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

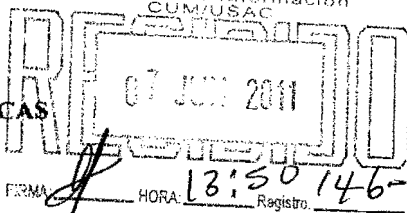
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9ª. Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"

Tel. 24187530 Telefax 24187543

e-mail: usacpsic@usec.edu.gt

Escuela de Ciencias Psicológicas
Recepción e Información
CUM/USAC



CIEPs 089-2011
REG: 146-2010
REG: 146-2010

INFORME FINAL

Guatemala, 03 de Junio 2011

**SEÑORES
CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO**

Me dirijo a ustedes para informarles que el Licenciado Carlos Antonio Marroquín Villacorta ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN** titulado:

“SUBJETIVIDAD DEL PACIENTE PSICOSOMÁTICO.”

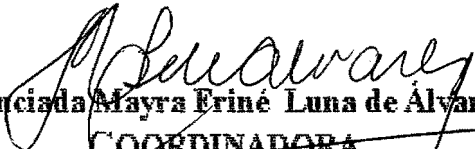
ESTUDIANTE:
Silvia Judith Orellana Escobar

CARNÉ No:
2004-16081

CARRERA: Licenciatura en Psicología

El cual fue aprobado por la Coordinación de este Centro el día 31 de Mayo 2011 y se recibieron documentos originales completos el día 02 de Junio 2011, por lo que se solicita continuar con los trámites correspondientes para obtener **ORDEN DE IMPRESIÓN**

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


Licenciada Mayra Eriné Luna de Álvarez
COORDINADORA



Centro de Investigaciones en Psicología-CIEPs. “Mayra Gutiérrez”

c.c archivo
Arelis



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9ª. Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"

Tel. 24187530 Telefax 24187543

e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

CIEPs. 090-2011
REG: 146-2010
REG 146-2010

Guatemala, 03 de Junio 2011

Licenciada Mayra Friné Luna de Álvarez, Coordinadora.
Centro de Investigaciones en Psicología
-CIEPs.- "Mayra Gutiérrez"
Escuela de Ciencias Psicológicas

Licenciada Luna:

De manera atenta me dirijo a usted para informarle que he procedido a la revisión del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN**, titulado:

"SUBJETIVIDAD DEL PACIENTE PSICOSOMÁTICO."

ESTUDIANTE:
Silvia Judith Orellana Escobar

CARNE
2004-16081

CARRERA: Licenciatura en Psicología

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE** el día 05 de Abril 2011 por lo que solicito continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑADA TODOS"

Licenciado Carlos Antonio Marroquín Villacorta
DOCENTE REVISOR



Arelis./archivo



Paz y Bien

Guatemala, noviembre del 2010.

Consultorios
Médico - Dental

Licenciada Mayra Luna de Álvarez
Coordinadora
Centro de Investigaciones en psicología
-CIEPs- "Mayra Gutiérrez".

Escuela Vocacional
de Carpinteros

Licenciada Luna de Álvarez:

De manera atenta nos dirigimos a usted, deseando éxitos en sus labores diarias.

Academia de Corte
y Confección

El motivo de la presente es para hacer constar que la estudiante Silvia Judith Orellana Escobar, carné No. 200416081, previo a optar el título de Licenciada en Psicología, realizó el estudio titulado: "Subjetividad del Paciente Psicossomático" en esta institución. Por este motivo, entrevistó a los pacientes, al médico general, al ginecólogo, al dermatólogo y al jefe de personal de las clínicas. Asimismo, aplicó el test MMPI con algunos pacientes. Cabe mencionar que durante este tiempo, la señorita Orellana demostró su calidad humana así como profesionalismo. Esta actividad se realizó durante el mes de octubre, 2010.

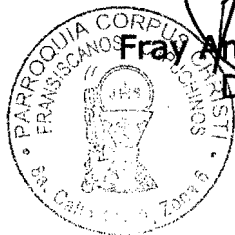
Programa Nutricional

Y para los usos que sean necesarios se extiende la presente.

Atentamente,

Colegio Parroquial
"Divina Pastora"


T.U. Jacqueline Aguilar
Jefe de Personal




Fray Amílcar Mönroy Rosales
Director General

Programas de
Educación Integral

Guatemala, noviembre del 2010.

Licenciada Mayra Luna de Álvarez
Coordinadora
Centro de Investigaciones en psicología
-CIEPs- "Mayra Gutiérrez".

Licenciada Luna de Álvarez:

De manera atenta me dirijo a usted, para informarle que he procedido a la asesoría del Informe Final de Investigación titulado:

"Subjetividad del Paciente Psicossomático"

Realizado por la estudiante Silvia Judith Orellana Escobar, carné No. 2004-16081, previo a optar el título de Licenciada en Psicología. El trabajo cumple con los requerimientos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología y considero que puede continuar con los trámites correspondientes.

Atentamente,



M.A. Luis Arturo Estrada Carranza
Asesor.

PADRINO DE GRADUACIÓN

BYRON HORACIO ZAMBRANO PREM

INGENIERO AGRÓNOMO

COLEGIADO 3417

DEDICATORIAS

A Dios: Infinitas gracias por mi vida.

A mis padres, Silvia y Mario: Este triunfo es en homenaje a ustedes, dedicado con todo mi amor. Eternamente estaré agradecida por su amor demostrado.

A mis hermanos y hermanas, Alba, Eduardo (†), Mario, Manfred y Vivina: Gracias por cada momento compartido, por su ejemplo, apoyo y cariño; los quiero muchísimo.

A mi novio, José Zambrano: Eres especial en mi vida, gracias por demostrarme cada día tu amor y apoyo absoluto, te amo.

A mis sobrinos, Karla, Alex, Billy, Jessica, Erick, Marialé, Katerinne, Diego y Sara María: Los quiero mucho, cada uno es especial y único en mi vida.

A mis cuñados, Eduardo y Maricela: Muchas gracias por su amistad y aprecio, valoro que sean parte de mi familia.

AGRADECIMIENTOS

1. Universidad de San Carlos de Guatemala, Escuela de Ciencias Psicológicas: gracias por proveerme la formación académica y por darme a conocer el verdadero significado de “Id y enseñad a todos”.
2. A los catedráticos: por fomentar la excelencia académica.
3. Al Consultorio Médico-Dental El Martinico: por el apoyo y la apertura mostrada, que permitió realizar esta investigación.
4. M.A. Luís Arturo Estrada: por el apoyo incondicional recibido, por sus enseñanzas al ejercer mi práctica supervisada y por su valioso asesoramiento.
5. Lic. Carlos Marroquín: por motivarme y manifestar su colaboración y disposición en la revisión de esta investigación; para hacer de ella un trabajo de calidad.
6. A todos aquellos pacientes que atendí durante mi práctica supervisada y a los que colaboraron en esta investigación; sin ustedes no hubiera integrado mi aprendizaje, compromiso y dedicación para ejercer esta excelentísima profesión.

ÍNDICE

	Página
Resumen	3
Prólogo	4

CAPÍTULO I - INTRODUCCIÓN

Introducción.	5
Planteamiento del problema.....	8
Marco teórico.	10
Hipótesis de investigación.....	59
Definición conceptual de las variables.....	59
Definición operacional de las variables.....	60
Delimitación	61

CAPÍTULO II – TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Entrevistas estructuradas.	62
Prueba psicológica Inventario Multifásico de la Personalidad MMPI.....	63

CAPÍTULO III

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

Características del lugar.....	64
Características de la población.....	64
Gráficas	74

CAPÍTULO IV - CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones	95
Recomendaciones	97

Bibliografía	98
---------------------------	----

Anexos

Anexo 1: Entrevista estructurada a pacientes	101
Anexo 2: Entrevista estructurada a directora de la institución	103
Anexo 3: Entrevista estructurada a médicos	104
Anexo 4: Hoja de respuestas MMPI.....	105
Anexo 5: Perfil y sumario MMPI.....	106

RESUMEN

Subjetividad del Paciente Psicossomático

Silvia Judith Orellana Escobar

La investigación presenta una base teórica para conocer la subjetividad y los factores que influyen en su configuración; explica la psicodinamia de las enfermedades psicossomáticas, las cuales están ordenadas en la siguiente forma para su mejor comprensión: trastornos gastrointestinales, trastornos cardiovasculares, trastornos respiratorios, trastornos genitourinarios, trastornos obstétricos, ginecológicos y sexuales, trastornos endocrinos, trastornos alérgicos y cutáneos, trastornos musculoesqueléticos, cefalea y migraña. Indicando las repercusiones psíquicas y sociales en las personas que los padecen. Sugiriendo a la vez el tratamiento idóneo para su salud.

Los resultados muestran las características generales de la muestra que comprende a 50 pacientes que asisten al médico, mayores de 18 años, de sexo masculino y femenino, de una condición socioeconómica media-baja, que manifiestan alguna enfermedad; determinando qué conocimientos poseen en relación a las enfermedades psicossomáticas y las actitudes y/o consecuencias que ha generado su enfermedad; estableciendo la frecuencia de personas que asisten a psicoterapia, conociendo simultáneamente la percepción que tienen en relación a esta.

La investigación también contempla las técnicas e instrumentos utilizados, los cuales son las entrevistas estructuradas y la prueba de medición psicológica llamada Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI), con las cuales se recolectaron los datos para posteriormente analizarlos e interpretarlos.

PRÓLOGO

Las enfermedades psicosomáticas son muy frecuentes, presentándose en el 73% de la población mundial; la subjetividad es un factor íntimamente relacionado a estos trastornos. Este estudio es un aporte más a la investigación científica del campo de la psicología; se conocerán las condiciones cotidianas, culturales y educativas que vive esta población, ayudando a delimitar un patrón común del subjetivismo guatemalteco.

Asimismo se conocerán las enfermedades psicosomáticas más frecuentes, y al analizar la construcción de la subjetividad, podremos encontrar algunas acciones emprendidas por los pacientes ante su enfermedad. Estudiantes y profesionales encontrarán una guía para comprender la psicodinamia del paciente psicosomático y su subjetividad, porque el sentido de las respuestas fisiológicas para una persona determinada, se hace comprensible conociendo su biografía.

Existen una serie de reacciones psicosomáticas que generalmente tienen el mismo sentido emocional para varias personas. Por ejemplo: el estómago es el órgano de recepción del alimento, y la alimentación está asociada desde los primeros días de vida, al afecto; por lo tanto cuando una persona siente molestias constantes en el estómago, está reflejando el sentimiento de no sentirse querido o de sentirse rechazado por alguien importante en su vida; este síntoma sería comprensible al conocer la vida del paciente, no obstante es una respuesta fisiológica común en muchas personas que poseen el mismo sentido emocional.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

La investigación expone el tema subjetividad del paciente psicosomático, determinando que el ser humano existe a través de su cuerpo; todo lo que somos, pensamos, sentimos, queremos, expresamos, o realizamos; se manifiesta corporalmente. Las enfermedades psicosomáticas revelan vivencias estresantes no elaboradas, conflictos psicológicos no resueltos, y emociones no expresadas adecuadamente a lo largo del tiempo. Considerando que, los factores sociales; como los altos índices de violencia, inseguridad, problemas socio-económicos, etc., que se viven a diario en la mayoría de lugares del país, son circunstancias que han ocasionado transformaciones a nivel subjetivo, y sumado a los propios trastornos de la persona, desencadenan una serie de manifestaciones somáticas.

Las principales manifestaciones somáticas son: Los trastornos gastrointestinales que comprenden la úlcera péptica, adicción a los laxantes, enemas, irrigación del colon alto, encopresis y megalocolon psicógeno, colitis ulcerosa, síndrome del colon irritable, obesidad y anorexia mental. Los trastornos cardiovasculares contienen la cardiopatía, la hipertensión esencial y el síncope vasodepresor. En los trastornos respiratorios se encuentra el asma bronquial y el síndrome de hiperventilación. Los trastornos genitourinarios incluyen la impotencia en sus diversas manifestaciones y la eyaculación precoz. Los trastornos obstétricos, ginecológicos y sexuales abarcan los trastornos de la menstruación, la frigidez y los problemas de fertilidad. Los trastornos endocrinos son el hipertiroidismo, el hipotiroidismo y la diabetes mellitus. También se analizan los trastornos alérgicos y cutáneos. Por último se estudia la artritis reumatoidea que es un trastorno musculoesquelético; la cefalea y la migraña.

Cada trastorno es explicado de forma clara y concisa para comprenderlo, además se muestra la situación del enfermo y sus implicaciones psíquicas y sociales; exponiéndose sugerencias del tratamiento idóneo para cada situación.

La investigación se realizó en octubre del año 2010, en el Consultorio Médico-Dental El Martinico ubicado en la zona 6 capitalina, con 50 personas que asisten a consulta; mayores de 18 años de edad, de sexo masculino y femenino, de una condición socio-económica media-baja; que manifiestan alguna enfermedad. La selección de la muestra se realizó utilizando el muestreo de juicio, las técnicas de recolección de datos fueron entrevistas estructuradas y la prueba de medición psicológica Inventario Multifásico de la Personalidad MMPI para evaluar las escalas: 1 Hipocondría (HS), 2 Depresión (D), 3 Histeria (Hi), las cuales están relacionadas a la somatización.

Los objetivos de la investigación consistieron en establecer las características subjetivas comunes de los pacientes psicósomáticos, para comprender e intervenir en su problemática. Proponiendo la teoría psicodinámica freudiana como guía de estudio en pacientes psicósomáticos, siendo necesario interpretar la expresión corporal como lenguaje de la psique e indagar cuáles son los factores sociales relacionados con las enfermedades psicósomáticas, permitiendo identificar las principales formas de tratamiento elegidas por los pacientes de enfermedades psicósomáticas.

La hipótesis de investigación, fue aceptada, concluyendo que las características individuales, sociales, educativas y religiosas influyen subjetivamente, en la salud y en las acciones a tomar con respecto a la enfermedad.

Después de recabar la información necesaria, los datos obtenidos fueron organizados y analizados, el tipo de investigación, fue de enfoque mixto (cualitativo-cuantitativo). Los datos fueron tabulados por la investigadora utilizando el programa Excel para la elaboración de gráficas y para determinar porcentajes; luego fueron descritas las interpretaciones cualitativas de los resultados obtenidos de las entrevistas y de la aplicación del test.

Dentro de los resultados más significativos se encuentra que las enfermedades psicosomáticas predominan en la adultez media y tardía, siendo las mujeres las que destacan en las consultas. Los padecimientos que sufren son diversos y el índice de tiempo que han permanecido con la enfermedad, es elevado, la mayoría consiste en más de un año. Se evidencia la falta de conocimiento acerca de las enfermedades psicosomáticas, los pacientes reconocen factores emocionales que tienen cierta influencia en su enfermedad, pero no consideran que el factor psicológico sea determinante de la misma.

Planteamiento del problema.

El problema titulado subjetividad del paciente psicossomático consistió en establecer las características subjetivas comunes que tienen los pacientes psicossomáticos, haciendo más comprensible la interpretación del simbolismo del alma expresado en el cuerpo. La subjetividad juega un papel importantísimo no solamente en la génesis de la enfermedad sino también en las decisiones que toma el paciente al saber que necesita atención psicológica.

Un estado emocional saludable imprime la salud en el cuerpo físico, por lo tanto fue necesario determinar los factores individuales que perjudican el estado emocional. En Guatemala hombres y mujeres no están libres de emociones negativas, como la angustia, las preocupaciones, el miedo, la irritabilidad, las frustraciones, la fatiga, el estrés, los conflictos personales, familiares y sociales, el estilo y la calidad de vida, etc.; lo cual repercute en la subjetividad de las personas causando enfermedades psicossomáticas.

El paciente psicossomático se encuentra en una situación difícil de llevar en su vida cotidiana, sufre de enfermedades físicas a causa de trastornos psicológicos, pero para llegar a esta conclusión debe recorrer un arduo camino en la mayoría de los casos. Lo común es acudir al médico aquejado de alguna enfermedad o dolencia y después de hacerse un chequeo minucioso, no encuentran nada en el organismo que justifique lo que ocurre, esto ocasiona cierto desconcierto y cuando al paciente se le sugiere que asista a psicoterapia comúnmente cree y expresa esta frase: “no estoy loco para ir al psicólogo”, esto es algo que usualmente expresan los guatemaltecos, siendo un pensamiento subjetivo que se ha configurado en la sociedad a través del tiempo, sin ningún beneficio para la salud de la población.

Para este estudio también fue necesario conocer qué factores a nivel social, educativo, familiar, etc. son comunes en esta población, cuáles eran los síntomas del paciente y qué acciones emprendía ante su enfermedad, estas características ayudaron a establecer la percepción que tiene el paciente de sí mismo y de su entorno.

Los principios teóricos que sustentaron esta problemática fueron: el psicoanálisis que explica la psicodinamia de los trastornos psicosomáticos, y la conceptualización de varios autores que explican la subjetividad. El estudio se ubicó dentro de la rama de la psicología de la salud.

Marco Teórico

La subjetividad en el sujeto es todo aquello que constituye su ser en sí y para sí en sus disposiciones naturales, sus capacidades, en el sentir, el querer, el pensar, en la nostalgia, el amor, el sufrimiento y la fe.¹

La subjetividad para E. Pichón Riviere es de naturaleza social, lo es en referencia a lo que ya S. Freud planteó en Psicología de las Masas y Análisis del Yo; en el sentido que, en la vida anímica del individuo, el otro cuenta, con total regularidad, como modelo, como objeto, como auxiliar y como enemigo. Partiendo de los conceptos psicoanalíticos se puede afirmar que la familia cumple una función fundamental en la producción subjetiva.²

El ser humano al nacer se encuentra desamparado por lo tanto será necesaria la presencia de otro, que lo determinará como ser del lenguaje, es decir del mundo simbólico. La familia no es una mera filiación biológica, sino que es fundamental tener en cuenta el orden simbólico, para poder diferenciarse del reino animal.

Este orden simbólico instaura una pertenencia social, con sus correspondientes leyes que establecerán lo permitido y lo prohibido. Las leyes, al igual que la construcción de la realidad, se irán constituyendo en cada persona de un modo singular.

Es en este proceso en donde la familia ocupará un lugar fundamental, indicándole al niño lo permitido y lo prohibido; luego en esta función, se sumarán otras instituciones sociales, en especial la escuela.

¹ Ritter, Joachim. Subjetividad seis ensayos. Editorial Alfa, S.A. España, 1986. Página 51.

²Freud, Sigmund. Obras completas. Cuarta Edición. Biblioteca Nueva, España, 1981. Página. 2307.

El ser humano nace con una incapacidad funcional, apareciendo su cuerpo fragmentado, con movimientos disociados entre sí. Entonces para constituirse como unidad tendrá que hacer una apropiación de su imagen, para lo cual necesitará establecer identificaciones. Esa imagen no es solo verse reflejado en un espejo, sino que está relacionado con la mirada del otro, con el adulto que lo cuida, es decir con la función materna. La imagen se devuelve a través del modo de mirar, a través de la voz, de la palabra y de la manera en que se le habla; de esta manera lo va significando, le otorga un lugar y una identidad, va llegando a lo que es la subjetividad.

El otro social siempre está presente en el horizonte de toda experiencia humana, el sujeto no es solo un sujeto relacionado, es un sujeto producido. No hay nada en él que no sea la resultante de la interacción entre individuos, grupos y clases, ello significa que no hay nada en el sujeto que no implique la presencia del otro social, culturizado. Por lo tanto ubica la constitución de la subjetividad en una dimensión interaccional simbólica. El ser humano carece de cualquier facultad o mecanismo instintivamente adquirido que le facilite su adaptación al medio, al territorio o establezca respuestas fijas a los estímulos de su hábitat. En este sentido el hombre es el único mamífero superior que crea la naturaleza a la cual se va a adaptar.

La subjetividad es al mismo tiempo singular y emergente de las tramas vinculares que lo trascienden y con las que guarda una relación de productor y producido. Dice E. Pichón Riviere: el contraste que más sorprende al psicoanalista en el ejercicio de su tarea consiste en descubrir, con cada paciente, que no nos encontramos frente a un hombre aislado, sino frente a un emisario, en comprender que el individuo como tal, no es solo el actor principal

de un drama que busca esclarecimiento a través del análisis, sino también el portavoz de una situación³.

La subjetividad se constituye en las estructuras vinculares que la trascienden y que conceptualiza en términos de ámbitos grupales, institucionales y comunitarios. Concibe al sujeto en una doble dialéctica: intrasistémica e intersistémica. La subjetividad no es una interioridad, tampoco este sujeto vale solo por su exterioridad. El sujeto del Esquema Conceptual Referencial y Operativo (ECRO) pichoniano es un sujeto concebido desde su verticalidad pero descentrado en el vínculo, que habla más allá de sí y produce socialmente, siempre con un otro imprescindible.

Se juega en el adentro-afuera en el interior-exterior. Este posicionamiento subjetivo justamente tiene que ver con su concepción de salud que implica a un sujeto cognoscente. El proceso de socialización es concebido como un largo proceso de aprendizaje que da lugar a la conformación en cada subjetividad de un esquema referencial que va a denominar también aparato para pensar la realidad.

Este concepto va a dar cuenta de una estructura subjetiva que, producto de la socialización va a determinar la reproducción inconsciente que el sujeto lleva a cabo de las relaciones sociales que lo han conformado. El esquema referencial es lo que da cuenta de la reproducción de las condiciones de existencia que el sujeto lleva a cabo, reproducción, incluso, de sus situaciones de explotación o de sometimiento.

Este aparato para pensar nos permite percibir, distinguir, sentir, organizar y operar en la realidad. A partir de un largo proceso de identificaciones con

³ Adamson, Gladys. Escuela de Psicología Social del Sur. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. 2007. <http://www.psicosocialdelsur.com.ar/contenido198c.html?idtexto=5>.

rasgos de las estructuras vinculares en las cuales estamos inmersos, construimos este esquema referencial que nos estabiliza una determinada concepción de concebir al mundo que de otra manera emergería en su condición de desmesura, inabarcabilidad y caos. Esta conformación del esquema referencial lo lleva a cabo una subjetividad activa, productora también de sus condiciones de existencia, esta subjetividad implica que este sujeto piensa, siente y hace transformadoramente su contexto. Esta condición activa transformadora hace que la reproducción que lleva a cabo el ser humano de la estructura social que lo produjo nunca pueda ser textual, siempre se reproduce aunque sea con mínimas transformaciones. Esto lleva a E. Pichón Riviere a pensar la metáfora de la espiral para dar cuenta de esta característica donde la repetición o reproducción parece igual, pero no es igual.

La estructura social externa a través de todos los ámbitos intermediarios deviene estructura subjetiva a través del esquema referencial. Aquí el gran mediador es el concepto de vínculo. El origen etimológico de la palabra vínculo es atadura y creo que ha sido elegido por E. Pichón Riviere como la condición material de nuestra constitución subjetiva. Los vínculos humanos son las estructuras que permiten y efectivizan la atadura del ser que nace abierto al mundo y con impulsos inespecíficos a un campo simbólico que es la cultura en el tiempo histórico social que le ha tocado vivir.⁴

Vínculo es esa estructura sensible, afectiva ideativa y de acción que nos une, nos ata a otro ser y con la cual el sujeto se identifica. La identificación no está planteada como identificación a una imagen sino a un rasgo de la estructura vincular que incluye modelos de significaciones sensibles, afectivas, ideativas y de acción y que luego el sujeto reproduce. El vínculo es el que intermedia y permite la inserción del sujeto al campo simbólico de la sociedad. El vínculo es

⁴ Ídem.

una estructura bifronte, posee una cara interna y otra externa. La subjetividad es entendida por E. Pichón Riviere como una verdadera selva de vínculos.

El esquema referencial es el conjunto de conocimiento, de actitudes que cada uno de nosotros tiene en su mente y con el cual trabaja en relación con el mundo y consigo mismo. Partimos de la base de la preexistencia en cada uno de nosotros de un esquema referencial que consiste en un conjunto de experiencias, conocimientos y afectos con los que el individuo piensa y hace.⁵

Este esquema referencial es el que le permite al sujeto poseer modelos de sensibilidad, modos de pensar, sentir y hacer en el mundo y que marcan su cuerpo de determinada manera. Es en su tendencia a la repetición que va a ofrecer resistencia ante lo novedoso, ante los estímulos, ideas o experiencias, que tiendan a desestructurarlo.

E. Pichón Riviere concretamente plantea que nuestro esquema referencial debe permanecer flexible permeable a los cambios pero no concibe a las modificaciones del esquema referencial como una renuncia sino como las modificaciones necesarias para una adaptación activa a la realidad y para que, ante los cambios en el contexto los deseos y proyectos sigan siendo posibles.

En síntesis: todo esquema referencial es inevitablemente propio de una cultura en un momento histórico-social determinado, somos siempre emisarios y emergentes de la sociedad que nos vio nacer. Todo esquema referencial es a la vez producción social y producción individual, se construye a través de los vínculos humanos y logra a su vez que nos constituyamos en subjetividades que producimos y reproducimos a la sociedad en que vivimos.

⁵ Ídem.

Enrique Pichón Riviere nos sitúa frente al desafío de pensarnos como sujetos signados por el cambio inserto en una sociedad que también se modifica permanentemente y que actualmente ha sido definida como contexto de turbulencia. Ello nos obliga a pensar al sujeto y a la sociedad en condiciones de creación y mutabilidad. E. Pichón Riviere rescata así nuestras condiciones de creadores, porque no concibe ningún sistema como cerrado y producido para siempre, porque todos los sistemas, el sujeto, los grupos, las instituciones, los marcos teóricos, su ECRO están abiertos a los cambios, los cuales, inexorablemente, nos van a someter la sociedad desde su condición de modernidad.

Los problemas de salud mental no se conocen a profundidad en nuestro país, Guatemala; sin embargo se presentan como una mezcla de sufrimientos psicosociales colectivos, derivados no sólo de los problemas propios de la enfermedad mental, sino de una serie de eventos traumatizantes a los que se ha visto expuesta la población guatemalteca, consistentes en pobreza, marginalidad, desastres naturales, violencia producida por el conflicto armado interno y una situación de creciente inseguridad, violencia social, cultural e intrafamiliar que actualmente resultan ser los problemas más graves a tratar por la sociedad guatemalteca, con un carácter intersectorial.

Los problemas de violencia en Guatemala, ameritan una respuesta social integral en donde exista la participación de amplios sectores sociales; sus efectos en el nivel de la salud mental se desconocen, sin embargo son de magnitud considerable.

Se tiene evidencia a nivel mundial, de que una de cada cuatro personas desarrollará uno o más trastornos mentales o de la conducta a lo largo de su vida y que cinco de cada diez de las causas principales de discapacidad y

muerte prematura en el nivel mundial se deben a condiciones psiquiátricas. Los trastornos mentales y de conducta están presentes en cualquier momento, aproximadamente en el 10% de la población adulta en el ámbito mundial. Estas cifras probablemente se incrementen en sociedades como la guatemalteca que ha atravesado por conflictos bélicos masivos y niveles de violencia que sobrepasan las cifras mundiales.

En el 2006 se elabora el Informe Sobre el Sistema de Salud en Guatemala IESM-OMS cuyos datos más relevantes dan cuenta que en Guatemala no existe ninguna política, plan o marco legal actualizado de salud mental, del presupuesto total de salud sólo el 1% es destinado a la salud mental y de éste el 90% es absorbido por el Hospital Nacional de Salud Mental.

Los servicios de salud están concentrados en la capital del país y no se dispone de un adecuado sistema de referencia y respuesta. Esta concentración urbana del personal y la incipiente ubicación de recursos en el nivel regional y en las áreas de salud del país, indican que no se ha avanzado lo suficiente, en la descentralización y en el proceso de modernización de los servicios de salud mental, los cuales continúan siendo de cobertura insuficiente en el área rural e inequitativos; con un enfoque dirigido solamente a tratar la enfermedad.

Estar enfermo significa en mayor o menor medida: estar en situación de debilidad, la enfermedad representa casi siempre sufrimiento, daño corporal y limitación de las posibilidades físicas cuando no se trata de invalidez, es un daño de la integridad de la persona y una molestia en el ejercicio normal de su vida. Encontrarse en situación de dependencia es el corolario de la situación de debilidad. Dependencia con respecto a aquellos considerados como el poder de reparar la falta, dependencia con respecto al medio que le rodea, física y moralmente.

El dolor, síntoma prototipo del estado de enfermedad, refleja bien esta situación de debilidad y de dependencia. Resulta en vano querer separar el dolor físico del sufrimiento moral, ya que los dos componentes están íntimamente asociados en caso de daño físico. El dolor es ante todo un fenómeno subjetivo y no se le puede disociar de su percepción por el que sufre. R. Leriche menciona que el dolor físico no se trata de un simple suceso de influjo nervioso transmitido a un nivel determinado por un nervio. Es el resultado del conflicto de un excitante y de la totalidad del individuo⁶.

Los traumas, la ira, la violencia, la excesiva individualidad, la agresividad, etc., producen en diversa medida e intensidad somatizaciones en el cuerpo del ser humano. Es imposible separar lo emocional, de lo psicológico y lo psicológico de la somatización en el cuerpo. Este es el prototipo de toda situación de enfermedad.

Dentro de las consecuencias psíquicas para el enfermo se encuentran; la regresión, que se trata de un mecanismo inevitable, universal. Cualquier herida y enfermedad conllevan una reacción de protección. Es una reacción natural de todo organismo replegarse sobre sí mismo en caso de agresión y de sufrimiento.

El componente psicológico es evidentemente primordial en el hombre. Se caracteriza en el hombre, más allá de la contracción sobre sí mismo, por la emergencia de un comportamiento infantil con: reducción de los intereses, el enfermo que sólo vive en el presente y en el futuro más próximo, que no soporta la espera; también se caracteriza con egocentrismo, el enfermo que no percibe el mundo más que en relación con él mismo, que no imagina que los otros puedan también encontrarse enfermos o cansados, que no soporta la frustración.

⁶ Jeammet, Ph., Reynaud, M., Consoli, S. Manual de Psicología Médica. Toray-Masson, S.A. Barcelona, 1982, Pág. 231.

Además la dependencia de lo que le rodea es otra característica; a través de los alimentos, la bebida, los cuidados corporales, acompañada de una hipersensibilidad a las reacciones de este contorno, el enfermo se comporta como un niño que busca una buena madre; retorno a satisfacciones arcaicas: sueño o búsqueda de satisfacciones orales que pueden verse favorecidas por el alcohol o los medicamentos; igualmente posee un modo de pensar mágico, ilógico, con creencia en la omnipotencia del médico, de los medicamentos o de la enfermedad.

La palabra regresión tiene a menudo una connotación peyorativa: evoca el regreso al estado infantil y el ceder, el abandono de sí mismo, propio del anciano senil. En realidad la regresión es, por regla general, muy útil e incluso necesaria. Retroceder significa en efecto: abandonar sus preocupaciones y las exigencias habituales y concentrar sus fuerzas en sí mismo. Serán útiles para luchar contra la enfermedad y proteger al enfermo que se ha vuelto vulnerable; aceptar ayuda y apoyo del medio, contar con él para el seguimiento del tratamiento y no oponerse a su buena marcha por culpa de iniciativas intempestivas y un activismo molesto.

El rechazo a retroceder a menudo refleja el miedo a retroceder, que traduce el temor de una pasividad excesiva o acercarlo con imágenes maternas interiorizadas, muy utilizadas y a veces peligrosas. La ausencia de regresión puede, en estos casos, tener graves consecuencias.

La regresión puede tener efectos negativos, puede sobrepasar su meta y encerrar al enfermo en una conducta que se autoentretiene. Éste es el caso de las personalidades neuróticas que pueden encontrar una ocasión de expresar su reivindicación afectiva.

La depresión en pacientes psicossomáticos es prácticamente inevitable. Sobre todo es su componente narcisista quien se manifiesta. La enfermedad representa siempre un perjuicio de la imagen ideal de uno mismo y una prueba de falibilidad. Una cosa es creerse falible y otra el constatarlo en su propia carne. El enfermo pierde inmediatamente su ilusión de omnipotencia o al menos de invulnerabilidad.

Si el sistema familiar es flexible y abierto se adaptará, teniendo en cuenta algunas modificaciones, a la nueva situación creada por la enfermedad. Si al contrario, el sistema es rígido y cerrado, la nueva situación será percibida como una amenaza para su equilibrio y dos tipos de conductas serán posibles: el rechazo del enfermo o su utilización, la enfermedad pasa a ser entonces parte integrante del sistema y necesaria para su mantenimiento.

El rechazo del enfermo puede explicarse directamente o a través del intermediario de formaciones reaccionales, tales como solicitud excesiva, sobreprotección, ansiedad exagerada, etc., el conjunto de gestos y actitudes con respecto al enfermo refleja entonces en negativo la agresividad subyacente y el temor, si ésta encontrara la menor ocasión de expresarse, que no se hiciese incontrolable.

El descubrimiento de una víctima propiciatoria, que puede ser el médico, puede aportar una cierta solución, constituyendo un compromiso aceptable. Es necesario comprender que tal actitud refleja más a menudo la fragilidad del sistema que la maldad intrínseca de todo cuanto le rodea. En este caso, el médico será más eficaz si desempeña un papel de protección y de consuelo susceptible de suavizar a la familia tranquilizándola, que si adopta una actitud de desaprobación y por tanto de condena.

La utilización del enfermo y su enfermedad a través del sistema familiar parece una respuesta más satisfactoria a primera vista, pero no resulta menos peligrosa por sus posibles consecuencias. El sistema familiar guarda su rigidez inicial y se contenta con englobar el nuevo trastorno alrededor del cual se reorganiza. Este trastorno se arriesga entonces a ser necesario al nuevo equilibrio y constituir a su vez un factor patógeno.

Éste será naturalmente el caso en los trastornos crónicos, provocando inconvenientes más o menos persistentes. Las reacciones del entorno adquieren entonces una importancia muy grande. De ellas dependerá en gran parte la manera en que el inconveniente será vivido por el enfermo. Puede servir de pararrayos cristalizando el conjunto de las inquietudes de la familia. Culpabilidad y agresividad pueden llegar a explicarse a través de contrainversiones reparadoras. Un neoequilibrio familiar puede así instaurarse, pudiendo comprender los esfuerzos de mejoría y explicar ciertas actitudes familiares paradójicas: repentina agresividad contra el enfermo o depresión si sobrevienen una mejoría o curación.

Es absolutamente necesario saber que la expresión de la enfermedad, su instauración y aceptación por el entorno socioprofesional se hallan íntimamente ligados a la estructura de la sociedad. Una situación socioeconómica difícil, condiciones de trabajo insatisfactorias, una vida familiar perturbada constituyen factores favorecedores patógenos y de incremento de la utilización médica.

Freud en sus Obras Completas expone que en la histeria la representación intolerable queda hecha inofensiva por la transformación de su magnitud de estímulo en excitaciones somáticas, proceso para el cual propone el

nombre de conversión⁷. La conversión puede ser total o parcial, y sucede a aquella inervación motora o sensorial más o menos íntimamente enlazada con el suceso traumático. El yo consigue con ello verse libre de contradicción; pero, en cambio, carga con un símbolo mnémico que en calidad de inervación motora insoluble o de sensación alucinatoria de continuo retorno habita como un parásito en la consciencia y perdura hasta que tiene lugar una conversión opuesta. La huella mnémica no desaparece por ello, sino que forma a partir de aquí el nódulo de un segundo grupo psíquico.

En pocas palabras expone su anunciada opinión de los procesos psicofísicos en la histeria; constituido tal nódulo de una disociación histérica en un momento traumático, crece luego en otros momentos, a los que llama momentos traumáticos auxiliares, en cuanto una nueva impresión de igual género consigue traspasar las barreras alzadas por la voluntad, aportar nuevo afecto a la representación debilitada e imponer por algún tiempo el enlace asociativo de ambos grupos psíquicos hasta que una nueva conversión restablece la defensa.

La distribución del estímulo que así se establece en la histeria resulta casi siempre inestable. La excitación, impulsada por un falso camino; por el de la inervación somática, retrocede entre tanto hasta la representación, de la que fue separada, y fuerza entonces al sujeto a su elaboración asociativa o a su descarga en ataques histéricos, como lo prueba la conocida antítesis, formada por los ataques y los síntomas permanentes.

El efecto del método catártico de Breuer consiste en crear un retroceso de la excitación desde lo físico a lo psíquico y conseguir luego solucionar la contradicción por medio del trabajo mental del sujeto y descargar la excitación

⁷Freud, Sigmund. Obras Completas. Cuarta Edición. Biblioteca Nueva. España, 1981. Páginas 171-172.

por medio de la comunicación oral. Si la disociación de la consciencia en la histeria adquirida reposa sobre un acto de la voluntad, se explica ya fácilmente el hecho singular de que la hipnosis amplíe siempre la restringida consciencia de los histéricos y haga accesible el grupo psíquico disociado. Sabe, en efecto, que todos los estados análogos al sueño suprimen aquella distribución de la energía, sobre la que reposa la voluntad de la personalidad consciente. Considera pues, como el factor característico de la histeria no la disociación de la consciencia, sino la facultad de conversión, y ve una parte muy importante de la disposición a la histeria, por lo demás aún desconocida, en la transferencia a la inervación somática, de tan grandes magnitudes de inervación.⁸

Lo anteriormente expuesto por Freud es sumamente importante, explica cómo el paciente maneja la angustia utilizando el mecanismo de la conversión; que consiste en convertir la angustia en síntomas sensitivos, sensoriales o del sistema motor sin que exista una lesión, alteración o enfermedad orgánica. En el pasado Breuer utilizaba el método catártico, ahora la psicoterapia es el método para tratar al paciente conversivo.

M. Schur describió el desarrollo y la maduración normales como un proceso de desomatización progresivo. En los lactantes y los niños pequeños la reacción de miedo se asocia con una falta de movimiento global. La maduración del sistema nervioso y la superación del mundo de representación de objetos primarios, estimulación directa, pensamiento mágico, separación e intercambio de objetos, permiten una forma de elaboración de la realidad orientada a la misma.

Estos avances del desarrollo pueden determinar una destrucción de la percepción psicofísica simultánea según Mitscherlich, y se asocian con un

⁸Idem.

desarrollo de las funciones del yo como tolerancia a la frustración-ambigüedad, capacidad de anticipación, etc., condicionando una progresiva desomatización.

Los estados alcanzados son relativamente lábiles, por lo que una situación de tensión crítica puede determinar una regresión.

La elección de un determinado órgano se puede explicar por la denominada complacencia somática, que justifica una vulnerabilidad específica por la falta de valor que se da al órgano elegido según como propone Adler, en 1907.

El objetivo de la psicoterapia en esos casos será traer a la conciencia y verbalizar los conflictos y también las vías secundarias que explican la desomatización. Una idea próxima a este concepto es la de represión en dos fases de A. Mitscherlich⁹, en donde plantea que, cuando los mecanismos de defensa fracasan en una situación de conflicto o fase I, los afectos causantes del mismo se pueden desactivar convirtiéndolos en un síntoma; fase II: resomatización, esta se asocia con una desdiferenciación de la organización psicológica, que determina unos sentimientos globales y menos diferenciados de desesperanza e indefensión.

Se produce una alteración de las posibilidades de tratamiento del yo, ya que su atención se desplaza del conflicto al nuevo síntoma corporal. Sin embargo, aunque el conflicto es importante en la génesis del síntoma, no es suficiente para explicarlo, ya que el verdadero desencadenante suele ser la pérdida de un objeto real o imaginario.

⁹W. Machleidt, J.J. López-Ibor Aliño, M. Bauer, F. Lamprencht, C. Rohde-Dachser, HK. Rose. Psiquiatría, trastornos psicósomáticos y psicoterapia. Séptima Edición. Masson, S.A. España, 2004. Págs. 128-129.

Estos síntomas dominantes de indefensión y desesperanza son descritos por muchos pacientes con distintas enfermedades incluso antes de que empiecen los síntomas. La indefensión ante la pérdida de las posibilidades de satisfacción a través de un objeto externo al yo indica en realidad una pérdida de la autonomía del yo. La desesperanza se debe a un sentimiento de incapacidad de hacer algo por conseguir la satisfacción deseada.¹⁰

Los mismos autores describieron como parte de este complejo un sentimiento de renunciarse renunciado. La fase de renuncia se debe al fracaso de los mecanismos de defensa y de los medios que hasta ese momento habían resultado eficaces para conseguir satisfacción. La fase de ser renunciado se caracteriza por la conciencia de la pérdida definitiva de satisfacción como una realidad psíquica, que se deberá soportar mucho tiempo porque no parece existir una fuente real para la satisfacción. Los procesos fisiológicos asociados con la fase en la que se mantiene la defensa frente a la renuncia se caracterizan por una activación del sistema simpático; luchas o huida. Sin embargo, la fase de renuncia final se caracteriza por comportamientos regresivos; retirada conservacionista, y un predominio del sistema nervioso parasimpático.

La enfermedad psicósomática es siempre una reacción del individuo a una situación a la que no sabe encontrar salida. Perder a un objeto que, se cree, posee las características necesarias para alcanzar un ideal anhelado intensamente, genera una profunda depresión, ya que el sujeto mismo no cuenta con estas características en su Yo, el ideal se vuelve entonces inalcanzable para el sujeto y la melancolía toma el poder y las fuerzas.

¹⁰ Ídem.

En tiempos antiguos algunas culturas concebían que las enfermedades surgían cuando los espíritus malignos entraban al cuerpo, estos debían ser exorcizados a través de un proceso y tratamiento llamado trepanación, el chamán realizaba el ritual para tratarlo.

En Grecia Hipócrates desarrolló la teoría humoral (460 a.C.-377 a.C.) después fue ampliada por Galeno (129 d.C. 199 d.C.). De acuerdo a esta teoría, las enfermedades surgen cuando los cuatro fluidos circulantes del cuerpo: sangre, bilis negra, bilis amarilla y flemas se encuentran en desequilibrio además creían que dichos factores podían tener a su vez, impacto sobre la mente.

En el Medioevo, el misticismo y la demonología dominaban los conceptos de padecimientos y enfermedades, los cuales eran considerados como castigos de Dios por actos malvados. Las curas consistían en sacar del cuerpo al demonio a través de la tortura del cuerpo. Después esta “terapia” fue sustituida por penitencia a través de la oración y las buenas obras.¹¹

Iniciando el Renacimiento y continuando hasta la actualidad, trabajos de Anton Van Leeuwenhoek (1632-1723) con el microscopio y los de Giovanni Morgagni (1682-1771) con autopsias, rechazaron la teoría de los humores como base para las enfermedades. Como resultado la medicina se acercó cada vez más a los laboratorios médicos y a los factores corporales, más que a la mente, reforzando la concepción dualista de la mente y el cuerpo.¹²

Los trabajos de Flanders Dunbar en 1943 y Franz Alexander 1950 permitieron dar forma al surgimiento del campo de la medicina psicosomática al ofrecer perfiles de padecimientos particulares los cuales se cree que son de

¹¹Taylor, Shelley E., Psicología de la Salud. Sexta Edición. Mc-Graw Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V. México, 2007. Págs. 4-6.

¹² Idem.

origen psicosomático; eso es, padecimientos físicos causados por conflictos emocionales¹³.

Por ejemplo las úlceras son producidas por estrés; situación que también está implicada en el origen del trastorno cardiovascular conocido como hipertensión, el hipertiroidismo se asocia a la ansiedad y la tensión entre otras causas; la neurodermatitis es la expresión de conflictos psicológicos, como la dependencia, miedo, etc., la artritis reumatoide es manifestación de la rabia reprimida, la colitis tiene relación con la personalidad obsesivo compulsiva y el asma bronquial con la dependencia.

Algunos investigadores consideran que un conflicto particular o un tipo específico de personalidad no es suficiente para producir un padecimiento o enfermedad; sostienen la idea que la generación de una enfermedad requiere de la interacción de varios factores; incluyendo predisposición genética, estresores ambientales, conflictos en etapas del desarrollo, etc. Sin embargo a pesar de las críticas ahora se sabe que la salud física está intrínsecamente ligada con los ambientes psicológico y social: toda condición de salud y enfermedad, no solo los padecimientos identificados por los primeros teóricos psicosomáticos, están influidos por factores psicológicos y sociales.

La mente y el cuerpo no pueden ser significativamente separados de los asuntos de la salud y la enfermedad. Un adecuado entendimiento de aquello que mantiene sanas a las personas o que facilita su recuperación, es imposible sin el conocimiento del contexto psicológico y social dentro de los cuales la salud o la enfermedad se experimentan. Si la persona vive en un ambiente familiar funcional que ofrece a sus miembros un contexto sano, es decir que provee seguridad, amor, diálogo, etc., la persona satisface sus necesidades.

¹³ Idem.

Por el contrario, una familia disfuncional se asocia a la aparición de conflictos y dificultades emocionales en los individuos que la integran.

De igual forma sucede en el ambiente social, escolar, laboral, etc. si la persona satisface sus necesidades de autorrealización, recreación, etc., experimenta satisfacción consigo mismo y de lo contrario experimentará una serie de repercusiones que dañan su integridad como persona.

En las enfermedades psicosomáticas se pueden identificar diversos trastornos entre los cuales están los trastornos gastrointestinales. El tracto gastrointestinal está muy inervado por el Sistema Nervioso Autónomo, canal de expresión fisiológica de las emociones, por lo que es una de las localizaciones más frecuentes de trastornos psicosomáticos. Desde el nacimiento, y a lo largo de las dos primeras fases del desarrollo psicosexual comprendiendo la fase oral hasta el año seis meses y la fase anal hasta los 3 años; la función digestiva como mamar, masticar, tragar, digerir, absorber, retener, controlar esfínteres y expulsar se va asociando a vivencias emocionales; por lo que las emociones van a influir en los órganos digestivos el resto de la vida.

La úlcera péptica es un trastorno gastrointestinal psicofisiológico, los pacientes presentan con frecuencia determinados estados emocionales, como la cólera, la frustración, el resentimiento; originando una crisis emocional y acrecentando la secreción gástrica. Alexander postuló un tipo específico de conflicto emocional en esta población de pacientes: el de dependencia-independencia que de una parte se produce por la persistencia de intensas tendencias receptoras orales inconscientes y su repudiación por el Yo adulto (vergüenza, orgullo), o por ciertas circunstancias externas de otra.

La estructura de defensa del Yo que se forma desde la infancia, única en cada persona, determina su reacción a acontecimientos ambientales de estrés. Por ejemplo una persona puede experimentar síntomas de úlcera cuando la figura que le servía de apoyo le falla. El acontecimiento social que precipita la úlcera duodenal varía de una persona a otra; sin embargo todos estos acontecimientos implican la activación de las necesidades orales y de dependencia y la frustración de estas necesidades. La reconstrucción psicoanalítica de los datos históricos obtenidos de los pacientes con úlcera duodenal sugiere que sus intensos deseos de dependencia oral se produjeron bien por un rechazo parental o por actitudes excesivamente tolerantes en la primera infancia. Estos conflictos también pueden existir cuando la relación madre-hijo era relativamente buena y los impulsos orales del niño permanecieron sin ser gratificados debido a que eran fisiológicamente insaciables.

Los factores psicosociales tienen una influencia innegable en el desarrollo de úlceras, la precariedad económica y de las condiciones de vida, el mal ambiente familiar, el esfuerzo intelectual continuado, el cansancio crónico, el exceso de responsabilidad, etc., son circunstancias que afectan la subjetividad del individuo y por consiguiente altera su salud física. En psicoterapia, los trastornos gastrointestinales se observan asociados a trastornos de ansiedad y depresión, el estado afectivo más asociado a la úlcera péptica es la ansiedad.

En los trastornos gastrointestinales se observa el abundante simbolismo expresado por el paciente, asociado con las heces, la defecación y la erogenicidad del ano, más el hecho de que su función es aprendida y en parte bajo control voluntario, predispone al recto y al ano a patrones de conversión y de impulso anal. Las fantasías reprimidas y las manifestaciones de conversión correspondientes comprenden ideas de embarazo rectal como la constipación grave, distensión abdominal, seguida de una gran evacuación; el coito anal y los

deseos homosexuales relacionados al espasmo de esfínter, espasmo rectal, prurito anal, constipación, evacuaciones frecuentes y dolor en el recto.

Cuando el control del intestino ha desempeñado un papel excesivamente importante en la primera y segunda infancia, los síntomas intestinales, sobre todo constipación y diarrea, expresan con frecuencia tendencias psicológicas profundamente enraizadas en la matriz de la personalidad. Tendencias de la personalidad como el control y la falta de control, la generosidad y la avaricia, la obstinación y la flexibilidad, el orden y el desorden, la limpieza y la suciedad pueden equipararse con la conducta intestinal correspondiente y expresarse así.

El paciente puede presentar una constipación o tener diarrea cuando se le pide que dé o realice más de lo que se siente capaz, cuando se encuentra en un lugar de desorden, cuando siente ira contra alguien, o cuando se siente excluido. Estas personas son caracteres anales típicos. Las pautas de eliminaciones inadecuadas o raras difieren de la histeria de conversión en que representan trastornos complejos de la conducta asociada con la eliminación más que utilidades simbólicas y defensivas de una parte del cuerpo o función. Estos trastornos pueden ir desde una conducta de eliminación inadecuada o indiferenciada a la conducta determinada por la ideación rara, habitualmente psicótica. El uso excesivo de laxantes o enemas puede ir racionalizado por el paciente, pero la conducta se basa en conceptos psicológicos mórbidos de algo malo o destructor dentro del cuerpo, desplazamientos de pensamientos o fantasías malas o perturbadoras.

La encopresis o ensuciamiento fecal representa un complejo fracaso o lapso en el control de esfínteres determinado psicológicamente. Empieza de manera característica en la infancia como un fracaso en conseguir un control adecuado o como pérdida del control del intestino previamente conseguido.

Toma la forma de la expulsión promiscua y casual de heces siempre que el impulso se pone en acción, o de retención prolongada de excrementos con expulsión de heces o grandes movimientos periódicos. Lo último puede ir asociado con una enorme distensión del colon que se designa algunas veces como megacolon psicógeno.

La colitis ulcerosa es un trastorno que afecta en primer lugar a la mucosa y submucosa del intestino grueso, y se caracteriza por grandes hemorragias con excrementos moldeados o diarreicos cuando el recto y el sigmoide están afectados, por calambres, diarrea y hemorragias ocultas cuando lo que está afectado es el colon más proximal.

Una personalidad obsesivo compulsiva, la sensibilidad al rechazo o a la hostilidad, que alcanzan ocasionalmente proporciones paranoides, y una tendencia a relacionarse de una forma intensa, dependiente y ambivalente con un número limitado de personas, son características psicológicas que se presentan con frecuencia en el paciente con colitis ulcerosa. Estas características anticipan el desarrollo de la enfermedad manifiesta.

El comienzo y las exacerbaciones de la colitis ulcerosa se producen en situaciones en que la relación clave o alguna representación de ella es amenazada o realmente se rompe, y el paciente se siente incapaz de enfrentarse con lo que está sucediendo debido a su vulnerabilidad a la pérdida de objeto. Las hemorragias, la diarrea, y otros síntomas orgánicamente determinados, se experimentan como amenazas para la intensa necesidad del paciente de mantener el control sobre su ambiente, incluyendo su propio cuerpo, y contribuyen al creciente sentimiento de desamparo y desesperación que subjetivamente experimenta.

El síndrome del colon irritable es el clásico trastorno intestinal funcional, caracterizado por diarrea y constipación alternante, calambres abdominales, flatulencia, y a veces aumento de moco en las heces. Tanto los síntomas característicos como los cambios fisiológicos en el colon son el resultado de influencias parasimpáticas sobre el colon. El cuadro de síntomas también comprende una sudoración excesiva, rubefacción, dermografismo, labilidad pulsátil y vasoconstricción periférica. Estos pacientes son en general personas rígidas, obsesivas y compulsivas que intentan mantener un estrecho control sobre sus impulsos. Tienden a ser ordenados, metódicos, escrupulosos, precisos, y muy preocupados por la limpieza, el aseo, la regularidad, la puntualidad y los inventarios.

Especialmente importantes en la psicodinámica subyacente se encuentran los conflictos sobre el dar y recibir y el control de la agresión. Se ha sugerido que las oscilaciones entre constipación y diarrea reflejan cambios entre la retención psicológica y el mantenimiento del control, por una parte, y la expulsión en un ensuciamiento inconscientemente agresivo o una manera de dar despreciativamente, por la otra.

Como tratamiento para estos trastornos, los pacientes pueden beneficiarse de la psicoterapia, la mayor contribución de ésta, es la modificación de la estructura psicológica básica para hacer al paciente menos vulnerable a los tipos de situación en que la enfermedad se hace manifiesta.

La obesidad se considera en general como el producto final de un trastorno en el equilibrio de energía, es decir, se ingiere más calorías de las que consume. Según este punto de vista, la obesidad humana consta de muchos trastornos diferentes que pueden resultar de una variedad de determinantes que actúan aislados, en combinación o uno a través de otro.

Muchas personas relatan que comen excesivamente cuando están trastornadas emocionalmente, por ejemplo cuando tienen mucho trabajo pendiente y poco tiempo para realizarlo, la preocupación, la angustia, la ansiedad ocasionan que la persona coma más de lo normal. Además estos individuos presentan rasgos y síntomas neuróticos con mayor frecuencia que las personas no obesas.

Sin embargo estudios no han descubierto un perfil psicológico específico de personalidad de las personas obesas o un conflicto psicodinámico relacionado específicamente al hecho de comer excesivamente, excepto que se han demostrado en la obesidad todos los conflictos de personalidad.

Algunas personas tienen dificultad para identificar entre el hambre y la saciedad, y con frecuencia parecen incapaces de distinguir entre el hambre y otros tipos de disforia. Bruch ha asociado esta confusión conceptual a déficit grave en la identidad, y eficiencia del Yo y la necesidad de señales del exterior para saber cuándo tiene que comer y cuándo debe terminar.¹⁴ La persona devalúa su identidad al desvalorizarse como persona, teniendo una percepción equivocada de su ser y su aspecto físico, puede sentir que su cuerpo es repugnante, grotesco y que los demás solo pueden verlo con hostilidad y desprecio, estas preocupaciones incrementan su ingestión, pueden rebajar todas las relaciones personales y hacer del cuerpo de la persona una explicación y un símbolo de todos sus fracasos y desilusiones.

La reducción de peso en las personas obesas muchas veces tiene éxito cuando se lleva a cabo en un hospital, y en general no lo tiene cuando se intenta ambulatoriamente. En ambos casos, los obesos que se han sometido a dietas, con éxito vuelven a ganar el peso perdido al cabo de un corto período de tiempo.

¹⁴Freedman, Alfred M., Harold I. Kaplan y Benjamin J. Sadock. Compendio de Psiquiatría. Primera Edición. Salvat Editores, S.A. España, 1983, Pág. 483.

A pesar de estas limitaciones, la psicoterapia está indicada en el tratamiento de algunas personas obesas, puede ayudárseles mediante la psicoterapia a vivir una vida de menos tensión y más gratificadora, tienen menos tendencia a comer excesivamente y pueden perder peso, a veces de manera permanente. Los trastornos en la imagen corporal y el síndrome de la gula compulsiva han sido tratados con éxito, con una pérdida de peso permanente en estos bulímicos. El uso prudente de anfetaminas también ha sido eficaz, especialmente cuando el exceso de peso va asociado con estados depresivos leves.

En relación a la ingesta, también se dan los casos de anorexia mental, algunos sugieren una designación mejor denominándola malnutrición psicógena que se debe a una reducción voluntaria de calorías. Algunos pacientes refrenan un intenso deseo de comer; otros pierden realmente el hambre. Algunos provocan el vómito o retiran la comida de la vista, se deshacen de ella o usan purgantes.

La mayoría son pacientes adolescentes perturbados, otros son histéricos, obsesivos o esquizofrénicos. En realidad, los pacientes abarcan todo el rango de la nomenclatura psiquiátrica. El paciente adolescente anoréxico se preocupa por la obesidad y se pone a dieta exagerada para aumentar su autorespeto y huir del ridículo. El paciente histérico desarrolla trastornos somáticos que interfieren con la ingesta del alimento. El paciente fóbico teme la obesidad o se resiste a comer, mientras que el paciente obsesivo reflexiona sobre la alimentación y la obesidad y sigue una dieta ritualista. El paciente deprimido pierde su apetito y desarrolla una falta de interés por el alimento, pero el esquizofrénico desarrolla ideas delirantes respecto al alimento y piensa que está contaminado o envenenado.

En muchos casos, la alimentación y los contornos del cuerpo adoptan un significado simbólico poco común. Para algunos, la obesidad implica unas curvas voluptuosas y prominencias sexualmente excitantes que son motivo de vergüenza, otros consideran que la delgadez es una vuelta a la insignificancia o una regresión a una falta de responsabilidad infantil. Estos pacientes son inmaduros y narcisistas.

Los cambios en la función cardiovascular forman parte de todas las reacciones emocionales. Representan un componente importante de la respuesta vegetativa al estrés psicológico. Otros componentes de la respuesta vegetativa comprenden vías metabólicas que pueden influir sobre el sistema circulatorio a través de cambios en el equilibrio acuoso y electrolítico, las grasas en sangres, y los mecanismos de coagulación.

Los signos y síntomas que normalmente se asocian a la cardiopatía pueden observarse también en los estados de ansiedad bien desarrollados en ausencia de patología vascular subyacente. En algunos casos las sensaciones y síntomas precordiales llegan a convertirse en el foco principal de atención del paciente, y existe una intensa preocupación y ansiedad periódica que no responde a la tranquilización directa. Otros pacientes se quejan de fatiga y debilidad crónica, lasitud, sudoración excesiva, y frialdad en las extremidades además de dolor precordial y respiratorio durante los ataques agudos de ansiedad.

Los síntomas y el diagnóstico de cardiopatía pueden provocar un dolor psicológico, es decir, un sufrimiento intrínseco que afecta considerablemente al paciente, quien vive con angustia por la enfermedad. Y la ansiedad no resuelta puede además agravar el estado patológico o contrarrestar los efectos del tratamiento médico.

La negación puede conducir a que el paciente no coopere con el régimen médico, o puede aparecer una invalidez excesiva, desproporcionada con la gravedad del trastorno circulatorio. La importancia de la tranquilización verbal directa y no verbal, la sedación, y el uso prudente de tranquilizantes, sobre todo en situaciones agudas, es evidente. A lo largo del tiempo, estas reacciones psicológicas que complican el cuadro pueden requerir el uso de técnicas psicoterapéuticas limitadas.

Todos los síntomas de cardiopatía pueden producirse como manifestaciones de la histeria. De vez en cuando los pacientes que tienen una cardiopatía subyacente y han experimentado algunos síntomas en relación con ella pueden experimentar los mismos síntomas con una fase de conversión puramente psicológica. Y eventualmente pueden producirse síntomas de ansiedad aguda que se repiten de manera crónica sin movilización fisiológica.

La hipertensión esencial es el aumento permanente de la presión arterial sistólica y diastólica en ausencia de todas las causas demostrables conocidas de hipertensión arterial. Existen dos formas, la benigna y la maligna, que se distinguen esencialmente por el grado de lesión visceral, el modo de progresión, y en un grado menor por el aumento de la presión sanguínea del paciente, sobre todo la diastólica. La enfermedad puede seguir, y suele ser así, un curso lento y benigno.

La reacción general en una persona no hipertensa con ansiedad es un aumento de la presión sistólica, una disminución en la presión diastólica, aumento del rendimiento cardíaco, y una disminución de la resistencia periférica. Pero en las personas normotensas no se ha demostrado de manera satisfactoria una relación diferencial inequívoca y delimitada entre las emociones específicas como la rabia y la ansiedad, y pautas específicas de cambios dinámicos

cardiovasculares. Por otra parte el mecanismo hipertensivo; esto es, el espasmo de las arteriolas con aumento de la resistencia periférica, puede fácilmente y de manera reproducible activarse psicológicamente en el paciente con hipertensión arterial.

El comienzo o la manifestación de la enfermedad, la aparición de complicaciones, y el paso de la fase benigna a la maligna pueden producirse en relación con crisis vitales, como una emoción fuerte causada por la muerte de un ser querido, cambios en la estructura familiar, situaciones de sobrecarga de trabajo o desempleo, etc.

El núcleo de los conflictos psicológicos del paciente se centra muchas veces en problemas libidinales pregenitales, en los que no controla su impulso sádico sobre la madre, por lo tanto en su vida presenta dificultades en la neutralización de la agresión.

Además tienen problemas en las relaciones de dependencia, generalmente expresa conductas como desvirtuar el éxito de los demás, quitarle valor al trabajo de otros, desacreditar sus ideas, o negarles atención o ayuda, desarrollando grados extremos de ambivalencia, que con frecuencia interfieren en la relación médico-paciente, especialmente en el período de crisis.

Sin embargo, el mecanismo y el papel de los factores psicológicos no se comprenden de manera clara. Franz Alexander postuló la existencia de un problema emocional específico que comprende la modulación y el manejo de la rabia reprimida como condición necesaria, pero no suficiente para el desarrollo de la hipertensión esencial.¹⁵

¹⁵Freedman, Alfred M.; Harold I. Kaplan y Benjamin J. Sadock. Compendio de Psiquiatría. Primera Edición. Salvat Editores, S.A. España, 1983. Pág. 486.

Como tratamiento deben reservarse los fármacos hipotensivos, la cirugía y las dietas especiales hasta que la enfermedad presenta signos de un aumento del índice de progresión. El problema psicológico principal emana del miedo a la enfermedad por parte del paciente. Para que sea eficaz, la tranquilización debe basarse en una convicción firme derivada de una valoración cuidadosa del estado clínico del paciente y una formulación cuidadosa de los mecanismos subyacentes a sus síntomas, entre los cuales está la situación particular del individuo en el momento que surgió la enfermedad y los conflictos vividos en la infancia, considerando que pudo tener una fijación a temprana edad.

El síncope, o pérdida de conocimiento, se debe a una insuficiencia circulatoria periférica aguda que en general es rápidamente reversible. El síncope vasodepresor puede producirse en una gran variedad de circunstancias como el dolor, la ansiedad, o el shock, pero el miedo es un componente importante de cada una de ellas, y todas se experimentan en relación con algún tipo de daño para el organismo, ya sea real, de amenaza, o perteneciente a la fantasía. Un ejemplo sería presenciar un asesinato, la persona no soporta la situación y desarrolla el síncope.

Engel ha establecido la hipótesis de que el síncope vasodepresor se produce cuando el paciente carece de libertad para emprender una actividad adecuada frente a su miedo o ansiedad, retomando el ejemplo anterior, la persona se siente incapaz de hacer algo al respecto, teme por su vida. La preparación circulatoria para la acción que comprende un aumento de flujo sanguíneo muscular ocurre pero no va seguida de la acción. La presión sanguínea disminuye como resultado de la acumulación de sangre en la masa muscular de las extremidades, que permanece inmóvil.¹⁶

¹⁶ Ídem.

En general el paciente vuelve a recuperar la conciencia poco después de haber caído o de haber sido colocado en una posición acostada, y los signos circulatorios y otros signos fisiológicos vuelven a la normalidad. Sin embargo, pueden persistir brevemente algunos síntomas premonitorios, y puede repetirse el desmayo si el paciente se sienta o se pone de pie demasiado pronto. Debería alentarse al paciente a que mueva sus piernas mientras está todavía tendido y, cuando se ha levantado, a pasearse hasta que su circulación y presión sanguínea estén estabilizadas. Si los ataques de síncope vasodepresor se repiten sin ninguna causa física demostrable y sin provocación situacional adecuada, deben considerarse como pruebas de existencia de un trastorno neurótico, de manera subjetiva la persona tiene un miedo constante.

El sistema respiratorio está estrechamente relacionado con una variedad de actividades conductuales que tienen un significado emocional considerable. El llanto, la succión, la olfacción y la expulsión de irritantes mediante la tos y el estornudo están asociados con la respiración desde los primeros momentos de la vida. El sistema respiratorio también está implicado en las relaciones significativas más primitivas que una persona tiene con los demás y proporciona uno de los medios más primitivos de expresión de las reacciones y necesidades emocionales.

El trastorno respiratorio psicofisiológico más importante es el asma bronquial, el cambio pulmonar primario en la respiración asmática es la obstrucción bronquial que resulta de una combinación de broncospasmos, edema bronquial y tapones mucosos. Los procesos obstructivos producen los signos y síntomas. Las emociones pueden modificar los mecanismos inmunológicos o alérgicos responsables de algunos casos de asma. Los fenómenos emocionales también pueden relacionarse con el asma mediante el control de la función bronquiolar por el sistema nervioso central.

Como pautas de la personalidad, el asma es desarrollada por una variedad de factores psicológicos y ambientales, algunos estudios han sugerido que existe una relación entre una personalidad histérica o ciclotímica y el asma. Se ha descrito un tipo de personalidad respiratoria en asmáticos, caracterizada por una disposición ciclotímica asociada con rasgos paranoides, hostilidad reprimida y un deseo de autocastigo.

Tallaferro, explica que los desórdenes respiratorios son expresión de conflictos durante la fase oral del desarrollo de la libido. El ataque de asma se compara con el ataque de llanto de un niño, que al verse frustrado o castigado, o que por miedo o terquedad llora en forma de acceso hasta que se produce una real dificultad respiratoria. En ambos casos, el ataque constituye una descarga de tensiones acumuladas.¹⁷

Dentro de la psicodinámica, a algunos investigadores les ha interesado la estrecha relación entre el asma y las fantasías asociadas con impulsos agresivos y sobre todo con impulsos de ensuciamiento anal. Se ha sugerido que la obstrucción bronquiolar es un intento de desviar impulsos anales agresivos de venganza.

Gran parte de la importancia reciente sobre la génesis psicológica del asma se ha interesado por el punto de vista de que el proceso psicodinámico expresivo del asma es el miedo inconsciente a perder a la madre o una figura materna. El asma se ha descrito como el llanto que reclama a la madre. Las tentaciones sexuales, los sentimientos competitivos y deseos narcisistas, e impulsos hostiles pueden preceder los ataques asmáticos. La conducta o las fantasías respecto a estos temas se convierten en fuentes de tensión emocional

¹⁷Freedman, Alfred M.; Harold I. Kaplan y Benjamin J. Sadock. Compendio de Psiquiatría. Primera Edición. Salvat Editores, S.A. España, 1983. Pág. 488.

para el asmático porque estimulan miedos de aislamiento o alejamiento vengativo de una figura parental.

Sin embargo la dependencia observada en los asmáticos puede ser secundaria al proceso patológico. El propio ataque asmático podría dar lugar a una aguda necesidad de adherirse a una figura materna y por tanto puede tender a reforzar la dependencia desvalida observada en estos pacientes. Una variedad de otras afecciones que pueden atribuirse al sistema respiratorio pueden clasificarse como psicofisiológicas. La laringitis, la faringitis crónica y otras afecciones del tracto respiratorio superior pueden ser el resultado de la ansiedad. Resfriados crónicos y recidivantes pueden ser el resultado de sutiles cambios en la mucosa de la nasofaringe precipitados por estrés que permiten que comience el proceso infeccioso, bacteriano o vírico.

Puesto que en el desarrollo y precipitación del asma intervienen muchos factores, es importante que los tratantes unan sus esfuerzos para manejar los aspectos médicos y psicológicos de la enfermedad. El tratamiento psicoterapéutico puede ir desde psicoterapias de apoyo a formas intensivas de insight. Los ataques asmáticos pueden enmascarar la ansiedad grave e incluso la psicosis. En estos casos los tranquilizantes pueden ser de utilidad.

El funcionamiento sexual en el hombre está bajo la influencia de complejos factores físicos conscientes e inconscientes, de factores fisiológicos, como el estado neurológico y endocrino, la edad y factores socioculturales, como los ingresos monetarios, la educación y costumbres prevalecientes a las actitudes respecto a la mujer.

La impotencia es un estado en el que el hombre no puede obtener y mantener una erección satisfactoria para practicar el coito heterosexual. La

impotencia primaria consiste en la incapacidad del macho para obtener alguna vez una erección suficiente para la inserción vaginal. La impotencia secundaria consiste en que el macho ha conseguido una penetración vaginal en algún período de su vida sexual, pero después desarrolló la incapacidad de hacerlo. La impotencia selectiva se refiere al hecho de que el hombre es capaz de realizar el coito en unas circunstancias, pero no en otras.

Toda enfermedad que produce debilidad y malestar interfiere de manera comprensible con el impulso y la excitación sexuales. La impotencia acompaña frecuentemente a la diabetes mellitus y, de hecho, puede ser uno de los primeros síntomas. El hipotiroidismo, las anemias y la malnutrición también han sido mencionados como factores causales, así como varias enfermedades neurológicas, por ejemplo la esclerosis múltiple. Asimismo algunos agentes químicos entre los que se encuentran los narcóticos, como la heroína y la morfina.

Sin embargo los factores psicológicos son la causa principal de impotencia. En más del 90% de los casos puede descubrirse que la impotencia es debida a un conflicto entre el impulso sexual y su expresión, por miedo, ansiedad, ira o prohibición moral, en algunos casos se da la impotencia por inexperiencia; esta ocurre con frecuencia cuando un joven sano experimenta impotencia al principio de su vida heterosexual.

Si hay una explicación fácil, probablemente es debida en gran parte a un sentimiento de ineptitud, miedo a herir a la chica, sentimientos de culpa y de maleficencia, incapacidad de conciliar el amor a una mujer con la pasión sexual, miedo al embarazo, etc.; sentimientos que ha adquirido en su contexto, porque está realizando algo prohibido moralmente, esta situación es subjetiva y depende del medio en que viva la persona, de la educación sexual, moral y religiosa que

ha recibido; pero en general, a medida que se adquiere experiencia aumenta la potencia.

También se da la impotencia sólo con la esposa, la causa más frecuente es el desarrollo de sentimientos después del matrimonio ya sean manifiestos u ocultos, entre los cuales está no sentir interés por la pareja, mala relación en lo cotidiano o no recibir estímulos sexuales que logren provocarle la excitación sexual necesaria para la erección, lo cual provoca un aislamiento entre ambos.

En algunos casos no hay relación hostil y la mujer es muy amada. Debido a factores emocionales aprendidos en su infancia, en la cual interiormente la esfera amorosa continúa dividida entre lo sagrado y lo profano, como afirmó Freud: donde aman no desean, y donde desean no aman. El hombre nunca es capaz de conciliar la pasión sexual con una mujer a la que ama. Sin embargo, es sexualmente capaz con una mujer degradada, por ejemplo una prostituta, con la cual no necesita establecer una relación de afecto.

Freud explicó este fenómeno como la dificultad de combinar las dos corrientes en la vida: la afectiva y la sensual. La corriente afectiva es la más antigua de las dos. Proviene desde los primeros años de la vida y se dirige a la madre, que cuidó del niño. Paralelamente a estas corrientes afectivas se encuentran las sexuales, pero en la infancia estos sentimientos sexuales son reprimidos. Cuando el niño alcanza la pubertad, se intensifica la corriente sexual, pero a ésta se interpone la barrera del incesto. El niño, en su crecimiento, tiene que renunciar a la madre como fin para poder dirigirse a otra mujer con la cual puede llevar posteriormente una vida sexual real. Algunas veces, la fijación erótica a la madre es tan intensa que no puede abandonarse, y aun cuando el varón intenta de manera consciente la unión sexual con otra mujer, inconscientemente está fijado a la madre. El hecho de intentar relaciones

sexuales corresponde, por tanto, al quebrantamiento de la barrera del incesto, y para protegerse frente a esto se vuelve impotente.

Cuando la impotencia se da antes del orgasmo y de la eyaculación, el miedo a ser descubierto realizando el acto, al embarazo o a una compañera que no responda y no tenga interés; puede hacer que la erección desaparezca después de haber iniciado el coito. También la impotencia está asociada con la desviación sexual como el transvestismo, sadismo, masoquismo, voyerismo y el exhibicionismo, en estos casos son impotentes en la situación heterosexual, pero son capaces orgásmicamente en situaciones que reúnen las condiciones de sus perversiones.

En la eyaculación precoz el hombre llega al orgasmo antes de lo que desea. Es utilizado con frecuencia para describir la situación extrema, en la que el varón eyacula inmediatamente antes de penetrar la vagina o incluso bastante antes y la aventura sexual termina en un fracaso. La eyaculación precoz es considerada como una forma de neurosis. Cuando se emprende una psicoterapia, la finalidad es hacer consciente al paciente de la organización de su personalidad y ayudarlo a lograr un insight de cómo su disfunción sexual refleja conflictos inconscientes que desconoce. Kinsey explica que algunos pacientes creen que la rapidez en toda actividad humana representa un rasgo superior y que la eyaculación precoz, aunque pueda ser molesto para la compañera sexual, es un signo de superioridad, cuestión que no conoce el paciente pero que la psicoterapia le ayuda a descubrir.

Según la teoría psicoanalítica clásica, los problemas subyacentes a los trastornos menstruales pueden atribuirse a trastornos en la identificación femenina de la paciente. Si la situación de alimentación en el estadio oral es una experiencia emocional frustrante, las identificaciones posteriores con la madre

estarán impregnadas de miedo y hostilidad y, finalmente, darán como resultado una resistencia en la niña a identificarse con la madre. La ansiedad provocada por el trauma y la frustración asociados con la alimentación del pecho, posteriormente puede asociarse al pene e inhibir el placer sexual.

Una insistencia demasiado rigurosa o prematura sobre el control de esfínteres en el estadio anal puede provocar miedo, hostilidad o culpa considerables hacia el funcionamiento corporal en general y hacia el funcionamiento asociado anal-uretral en particular. Posteriormente, asociaciones inconscientes a la descarga menstrual, urinaria y fecal pueden desencadenar una reactivación del miedo intenso, hostilidad y culpa, establecidos durante el estadio anal. Durante la fase genital la niña se hace consciente de que posee un órgano, el clítoris, que puede ser estimulado y que produce una sensación agradable, mientras que el niño posee un órgano, del que ella carece.

La auto estimulación sexual y el sentimiento de culpa consiguiente, asociados con el primer descubrimiento, y la envidia del pene y el miedo de castración asociados con el último descubrimiento, se entrelazan con sus competencias sexuales y de amor y pueden dar lugar a sentimientos de resentimiento hacia los hombres por su dotación biológica, como el pene, y por su papel cultural dominante. Con el inicio de la menstruación, hay una reactivación de la ansiedad preadolescente que tiene su origen en impulsos sexuales más primitivos y la culpa asociada que acompaña estos impulsos. Particularmente frecuentes son la conciencia del Yo, el odio del Yo, el resentimiento por el papel femenino, temores de castración y culpa masturbatoria. La identificación inconsciente de la descarga menstrual con la mutilación interfiere posteriormente con la aceptación psicológica de este fenómeno fisiológico por parte de la joven.

Durante el embarazo puede reactivarse una rabia oral y hostil en respuesta a necesidades omnipotentes infantiles no satisfechas, de modo que la mujer se siente tan destructiva y sin valor que el feto representa una persona odiada o temida. Todas estas actitudes pueden ser canalizadas a través de síntomas fisiológicos de embarazo o expresadas por temores que pueden ser reales. Estos síntomas permiten a la mujer satisfacer sus necesidades de dependencia y evitar tareas domésticas y actividades sexuales.

La frigidez o anestesia sexual designa una variedad de trastornos sexuales relacionados con la inhibición de la respuesta sexual femenina, que van desde el orgasmo insatisfactorio, pero con una respuesta sexual intensa, a una falta completa de respuesta a la estimulación sexual. La frigidez también puede definirse como la incapacidad de conseguir el orgasmo a través de la masturbación o el coito. Los factores psicológicos asociados a la frigidez se atribuyen de diversas maneras al miedo del embarazo, el temor al rechazo sexual por parte de la pareja, envidia y hostilidad hacia el hombre, culpa respecto al indecoro del acto sexual y temor de castración.

La frigidez puede ser utilizada como un arma contra el hombre. Para la mujer que se siente inferior y, por tanto, hostil hacia el hombre por las diferencias anatómicas y los papeles sociales o debido a su dependencia respecto a él, la no participación sexual puede ser una proclamación de independencia. La frigidez también puede ser una defensa contra impulsos primitivos inaceptables, como la competitividad con la madre o fantasías sexuales prohibidas. El orgasmo también puede equipararse a la pérdida de control y a la conducta agresiva, destructiva o violenta. El temor a estos impulsos contribuye a la inhibición sexual, que es expresada en forma de respuesta no orgásmica.

La frigidez no indica que la mujer no quiera entregarse plenamente; sino que quiere hacer de hombre. No desea supeditarse, quiere mandar. Estas ansias de dominio y de poder son expresión del principio masculino e impiden que la mujer se identifique plenamente con el principio de la feminidad. Estas alteraciones, naturalmente, tienen que perturbar un proceso polar tan sensible como la sexualidad.

Esta observación se confirma por el hecho de que las mujeres frías pueden experimentar el orgasmo por medio de la masturbación. En el onanismo desaparece el problema del dominio y la entrega: se siente sola y no necesita acoger a nadie, sólo las propias fantasías. Un Yo que no se ve amenazado por un Tú se retira voluntariamente.

En la frigidez se manifiestan también los temores de las mujeres a sus propios instintos, especialmente cuando se valoran tópicos tales como mujer decente, golfa, etcétera. La mujer fría no quiere relajarse ni abrirse, sino mantenerse fría.

La excitación emocional que producen los pensamientos relativos a sentimientos de malestar, puede provocar una descarga de hormonas tróficas de la hipófisis, con la secreción consiguiente de las glándulas correspondientes, cuyo producto anula el mecanismo que provoca la descarga hipofisaria. Los productos secretados por las glándulas periféricas también pueden afectar al metabolismo cerebral, conduciendo a un trastorno posterior en la emoción o de la función cerebral.

Las manifestaciones psicológicas del hipertiroidismo comprenden la ansiedad, la tensión, hiperactividad física y del sistema nervioso autónomo, labilidad emocional y depresión, euforia o apatía. También pueden presentarse

enfermedad maniacodepresiva, depresión agitada, esquizofrenia y ocasionalmente manía. Los factores psicológicos pueden determinar la aparición del hipertiroidismo, pero no se tienen pruebas concretas. Suele tratarse de personas con una constitución emotiva inestable, regulan tener un comportamiento irritable e incluso violento y agresivo.

Puntúan alto en las escalas de paranoia y con frecuencia creen que deben protegerse de los demás, se sienten afectados personalmente cuando encuentran interferencias que les impiden realizar sus deseos y esto va seguido de una descarga emocional explosiva. De hecho, en estas personas son frecuentes los estallidos emocionales, que les crean problemas en sus relaciones con los demás.

Gibson encontró que el shock emocional grave, que puede ser provocado por terror después de vivir un terremoto, ante una operación quirúrgica o un parto, etc., puede precipitar la enfermedad en individuos genéticamente predispuestos, pero las tensiones prolongadas y el estrés emocional crónico parece que es más importante que los episodios agudos.¹⁸

Según la teoría psicoanalítica, en la infancia se da una unión emocional extrema con uno de los padres, generalmente la madre, y toda amenaza a esta protección o aprobación se encuentra intolerable. En muchos casos el paciente, cuando era niño, recibió un apoyo insuficiente. El paciente lucha continuamente para conseguir una autosuficiencia prematura y tiende a dominar a los demás suprimiendo la atención y el afecto. El paciente necesita construir unas defensas contra la repetición de los sentimientos insoportables de rechazo y aislamiento que se produjeron en la infancia y que aún forman parte de su subjetividad. Si estas defensas se derrumban, puede aparecer una tirotoxicosis.

¹⁸Freedman, Alfred M.; Harold I. Kaplan y Benjamin J. Sadock. Compendio de Psiquiatría. Primera Edición. Salvat Editores, S.A. España, 1983. Pág. 508.

En primer lugar, debería corregirse el trastorno metabólico con tratamiento antitiroideo médico adecuado o por cirugía. Puede obtenerse un alivio sintomático de la agitación y la ansiedad por medio de sedantes y tranquilizantes. Entonces pueden tratarse los factores emocionales como el nerviosismo, la irritabilidad, la ansiedad, la labilidad emocional, etc., con psicoterapia. Las personas que estaban psicológicamente alteradas antes de que se manifestara la enfermedad requieren un tratamiento psicoterapéutico continuado. Deben afrontar los sentimientos de rechazo y aislamiento que se produjeron en la infancia y que continúan latentes en la vida de la persona.

El comienzo de la diabetes mellitus coincide con trastornos emocionales o está muy estrechamente relacionado con ellos. En estrés experimentales se han demostrado varios cambios metabólicos en diabéticos. Una familia disfuncional, violencia doméstica, situación de pobreza, trabajo excesivo, pensamientos de incapacidad, de desvalorización, etc., son situaciones de estrés que producen cambios metabólicos y parecen tener un alto grado de especificidad para el paciente y en general involucran a personas significativas en su vida.

Los niños diabéticos se emberrinchan cuando se les prohíbe alimentos apetecibles. Los adolescentes con limitaciones en la dieta y en las actividades recreativas se sienten diferentes de sus compañeros y pueden ser considerados asociales por ellos. La ansiedad en los padres es transmitida rápidamente al paciente.

Se exige a cada paciente que realice su propia adaptación a los numerosos factores que provocan ansiedad asociados con la enfermedad. Los pacientes diabéticos pueden tener un deseo compulsivo de comer, que se intensifica durante períodos de soledad, tristeza o tensión. El diabético puede expresar impulsos suicidas de manera simbólica alterando su equilibrio

metabólico. La educación en las dificultades de una dieta restringida y las técnicas de inyección de insulina por un médico competente y alegre contribuye a aliviar la ansiedad. Puesto que la obesidad en general es ocasionada por problemas emocionales subyacentes, la psicoterapia de grupo puede ser una buena solución para tratarla.

La diabetes es una de las enfermedades crónicas más comunes, aparece entre el 1 y el 3% de la población general, incrementándose al 5-10% entre mayores de 40 años. Es una enfermedad caracterizada por un descenso de insulina e hiperglucemia, o una inadecuada efectividad de la misma, originada a partir de una actividad insulínica deficiente. Esto se produce, bien porque las células del páncreas secretan insuficientes niveles de esta hormona, o bien porque la insulina producida no se utiliza de forma efectiva. Existen dos tipos de diabetes: la diabetes tipo I o diabetes dependiente de la Insulina (DDI) y la diabetes tipo II o diabetes no dependiente de insulina (DNDI).

Vivimos en un mundo globalizado, con medios de comunicación que nos mantienen constantemente informados sobre catástrofes y crisis de toda índole, peligros para la salud, computadores, faxes, teléfonos celulares, etc., que forman parte de la rutina diaria, sumado a problemas personales y familiares, generan estrés en la persona; y el estrés puede contribuir al comienzo de la enfermedad incrementando directamente los niveles de glucosa en sangre a través de la secreción de ciertas hormonas como la adrenalina, noradrenalina y acetilcolina.

Sucesos importantes como la pérdida del padre o de la madre, separación o divorcio, problemas familiares desencadenados a partir de una enfermedad física o psicológica severa; están fuertemente asociados con el diagnóstico de la Diabetes Tipo I. También se puede agravar la enfermedad, ya que existe mayor acuerdo entre los profesionales de la salud para considerar el estrés como un

factor que incide negativamente el incremento de los niveles de glucosa en sangre y por lo tanto en el agravamiento de la diabetes.

La piel refleja muchas veces los estados emocionales. Debido a su rica dotación de receptores sensoriales para las sensaciones dolorosas, táctiles y térmicas, la piel llega a ser la matriz del Yo corporal. Freud estableció la hipótesis de la función sexual de la piel y la importancia del desarrollo de sus zonas erógenas sucesivamente libidinizadas.

En los trastornos alérgicos hay una intensa correlación con los acontecimientos que producen trastornos emocionales; dado que la piel es la parte más accesible de nuestro organismo, no es raro que muchas personas expresen a través de la piel impulsos de naturaleza agresiva, ansiosa o autodestructiva, provocándose síntomas dermatológicos que, según algunos observadores, tienden a ser algo específicos de la enfermedad y específicos en la reacción emocional que provocan. La sugestión es muy eficaz en la producción e inhibición de una respuesta cutánea alérgica, sobre todo cuando la sugestión activa emociones significativas. Existen algunos rasgos de la estructura y psicodinámica de la personalidad que son comunes a pacientes con trastornos alérgicos. El más sobresaliente es un deseo vehemente de amor, un anhelo de tipo infantil que conduce a una relación pasivo dependiente con la madre y un temor alejarse de ella y a quedarse solo.

Las situaciones que precipitan ataques alérgicos, por ejemplo: el deseo erótico hacia una persona y la imposibilidad de satisfacerlo, es una situación que reactiva miedo a sentirse solo y no amado. Para enfrentarse con estos miedos puede utilizarse una amplia serie de mecanismos de defensa, como la regresión que se trata de una respuesta emocional en la que el individuo abandona su

independencia y determinación y retrocede a estadios más precoces del desarrollo, cuando eran pasivos y dependientes de otros.

La evasión se presenta como un rechazo de la realidad actual por la creación de un mundo de fantasías y sueños en los que obtiene logros imaginarios, satisfacción mágica de las necesidades.

La agresión también es utilizada; es la movilización del acto ofensivo más frecuente que consiste en proyectar sobre el médico o el personal sanitario algunos incidentes desfavorables como: el origen de la enfermedad y las posibles complicaciones; la lentitud con que se produce el proceso de curación, etc.; no están satisfechos nunca con los cuidados que se les proporciona.

La inculpación se refiere a la liberación de mecanismos autopunitivos, hace que el enfermo se sienta culpable de su enfermedad y trata de aislarse. La autoagresión en el paciente alérgico es común, se siente culpable, ejemplo de ello es el rascado, un picor intenso puede hacer que una persona se olvide de cualquier otra cosa que no sea el prurito. Además, al rascarse, obtiene un alivio, lo cual supone no solo un alivio del picor en sí mismo, sino también de la tensión y malestar emocional que siente.

Otro mecanismo utilizado es la negación; puede negar un acontecimiento, como una enfermedad negando que la padezca, ocultando sus efectos o actuando como si no tuviese ningún efecto. Se trata de una respuesta emocional común ante la enfermedad.

La supresión es un proceso mediante el cual el individuo realiza un esfuerzo más o menos consciente para desviar del pensamiento todo aquello

que es desagradable para él; la represión es utilizada para rechazar o no identificar de forma consciente aquellas sensaciones desagradables.

De acuerdo con esto, se encuentra una gran variedad de personalidades, éstas pueden variar desde sentirse deprimido o desorientado hasta hiperactividad y drásticos cambios de humor, que a primera vista parecen tener muy poco en común.

Los conflictos emocionales pueden encontrar expresión a través del sistema musculoesquelético. De una manera característica, la rabia reprimida es la emoción que no puede ser verbalizada o expresarse físicamente y que se manifiesta como un trastorno fisiológico; la represión se da porque la persona al ser agobiada por amenazas y conflictos, recurre a la represión como un procedimiento protector.

La represión cumple el propósito de reducir la ansiedad al eliminar la carga emocional de la conciencia, pero obviamente el problema no se soluciona. La artritis reumatoide, enfermedad que provoca una lesión hística importante, es un excelente ejemplo de trastorno psicofisiológico. La enfermedad se localiza no solo en las articulaciones sino también en muchos otros tejidos.

Los pacientes con artritis reumatoide tienden a ser masoquistas, disfrutan al sentir dolor, o al imaginar que lo sienten; son autosacrificados, obtienen satisfacciones sirviendo a los demás; también son conformistas, autoconscientes e inhibidos rara vez expresan abiertamente sus sentimientos, otra característica es que son compulsivos e hiperreactivos respecto a su enfermedad y, a un nivel muy distinto, se interesan por los deportes y juegos; algunos niegan tanto su incapacidad como sus necesidades de dependencia a través de una

hiperactividad física e intelectual. También presentan una conducta obsequiosa, sólo para ser objeto de la explotación masoquística.

Los factores emocionales como la carestía afectiva, las tensiones provocadas por el estrés, desempeñan un papel importante en su enfermedad. La artritis reumatoide limita las actividades físicas del paciente, incluyendo su capacidad para el trabajo y su movilidad social. También puede dificultar sus relaciones matrimoniales y familiares.

La incapacidad física característica de los casos graves de artritis reumatoide parece justificar la gratificación de las necesidades de dependencia infantiles. Algunos pacientes utilizan su invalidez crónica grave para exigir la satisfacción directa de las necesidades de dependencia, y algunos llegan a ser dependientes de manera anormal a pesar del hecho de que su incapacidad es mínima.

Estos enfermos podrían haber permanecidos sanos si sus necesidades de dependencia hubieran sido adecuadamente satisfechas por su ambiente, familia o amigos. Los pacientes a los cuales se interroga sobre su vida anterior proporcionan una confirmación positiva de que experimentaron una privación materna. Sus madres, en general, parece que eran inmaduras, dependientes e incapaces de proporcionar un cuidado materno adecuado.

Los pacientes explican que la pérdida de apoyo o la separación de una figura crucial precedieron muchas veces el ataque de la enfermedad. Estos pacientes son profundamente inmaduros y muestran una estructura débil del Yo. Se quejan de fuertes sentimientos de insuficiencia, tienen dificultad para expresar sus sentimientos y con frecuencia manifiestan una intensa ansiedad.

Parecen reaccionar al estrés de frustración, rechazo o separación, sobre todo a un nivel somático. Puesto que habitualmente utilizan la negación como defensa, suelen desarrollar una confianza superficial en sí mismos y dan la impresión de una adecuada adaptación social y laboral.

Según F. Navarro estos enfermos se encuentran entre el deseo de servir a los demás y la tendencia agresiva para controlar el ambiente, así como la incapacidad para abandonarse. Esto provoca un aumento del tono muscular, una tensión muscular crónica. Ello le lleva a la necesidad de actividad corporal como descarga.

La primera fase en el tratamiento de la artritis reumatoide, en el momento que el paciente puede estar muy mal y quizá presenta una temperatura elevada y una incapacidad física considerable, constituye una urgencia aguda para el médico. Desde el punto de vista psicológico, la seguridad del paciente ha sido destruida; desde el punto de vista fisiológico, ha sido abrumado por su reacción al estrés precipitante. En este estadio debe intentarse disminuir la intensidad de los impulsos destructivos incontrolables, que se han expresado con el comienzo de la enfermedad, antes de que se produzca una lesión hística irreversible. Esto exige una enérgica terapia de apoyo, que debería consistir esencialmente en la acción más que en palabras.

Cuando las manifestaciones agudas de la enfermedad han sido dominadas, puede empezar una psicoterapia de orientación psicoanalítica. Si hay una regresión grave, la técnica analítica ortodoxa puede ser demasiado frustrante y suele ser más eficaz una técnica de entrevista. Hasta que se ha establecido una relación de confianza, estos pacientes parecen reaccionar esencialmente con acciones y sentimientos más que con palabras. El contacto

se pierde fácilmente, y la más ligera alteración en la relación entre el terapeuta y el paciente puede provocar reacciones profundas.

Puede pasar mucho tiempo antes de que el terapeuta deje de ser identificado con la madre hostil y, finalmente, pueda aparecer como un aliado amigo. Mediante una terapia de apoyo intensiva se ha conseguido una mejoría intensa y rápida, no sólo de los síntomas articulares sino también de los signos asociados. La psicoterapia tiene las mayores perspectivas de éxito si se utiliza antes de que se haya producido una lesión hística extensa, una importante incapacidad o un beneficio secundario.

En casos menos graves, una investigación completa del posible estrés emocional puede conducir a una mejoría o, al menos, a la eliminación de un elemento precipitante. Muchas veces es valiosa la expresión o verbalización de la rabia reprimida. Por ejemplo expresar los sentimientos de rencor hacia la madre u otras personas sin culpabilizarse a sí mismo y sin tanto miedo a que no le quieran o le rechacen.

Puesto que la cefalea es un síntoma y no una enfermedad, el significado de la cefalea puede considerarse solo en relación con el paciente y toda la situación en que se produce su queja. Sin embargo, en los síndromes cefalálgicos más frecuentes, las cefaleas de tipo vascular y de contracción muscular, no se manifiestan cambios estructurales evidentes entre los ataques y hay una estrecha relación entre la incidencia de cefaleas y las situaciones que producen ansiedad, como el exceso de trabajo y las preocupaciones personales que se repiten constantemente en la mente de la persona. Los conflictos en pacientes con cefaleas comprenden impulsos hostiles agresivos de naturaleza intensa y destructiva.

De manera característica, la cefalea se desarrolla cuando el paciente alcanza el límite de su capacidad para tolerar su rabia reprimida u oculta causada por el entorno familiar, tipo de trabajo, etc. Esta hostilidad surge y da lugar a sentimientos de culpa, que son generalmente inconscientes y que pueden ser responsables del dolor. Por ejemplo una madre puede sentir ira y desesperación a causa del llanto de su bebé y a la vez, sentir culpa por tener ese sentimiento hacia el hijo que ama, toda esta situación es inconsciente y puede desencadenar una cefalea.

La migraña es una reacción biológica compleja, que en algunos casos está estrechamente relacionada con actitudes de estrés y situaciones vitales como falta o exceso de sueño, mala alimentación y factores ambientales que producen tensión como sentirse inseguro en las calles por temor de ser víctima de la violencia. El diagnóstico se hace en base a la historia del paciente y la ausencia de pruebas de que haya patología intracraneal.

Las cefaleas migrañosas son recidivantes, unilaterales al principio, y se asocian con frecuencia con anorexia y, algunas veces, con náuseas y vómitos o trastornos sistémicos. En algunos casos, el ataque de migraña va precedido por trastornos sensoriales, motores y de los estados de ánimo, manifiestos o asociados con ellos. Las cefaleas migrañosas se dan con frecuencia en la misma familia. En la migraña clásica, la cefalea va precedida por trastornos sensoriales o pródromos motores muy definidos, o ambas cosas a la vez.

A la mayor parte de pacientes con migraña no se les permitía expresar las emociones de rabia cuando eran niños. Desviaron sus hostilidades en la ambición y en la lucha por el éxito y en el proceso crearon una manera de vivir que imponía unas demandas ambientales excesivas. Este trastorno psicológico, junto con un sistema nervioso autónomo sensible, hace que respondan de

manera excesiva a estas demandas. La mayor parte de pacientes con migraña son brillantes e inteligentes con técnicas intelectuales altamente desarrolladas para enfrentarse con sus crisis vitales.

Su estructura de personalidad se caracteriza por el perfeccionismo, la pulcritud, la ambición, la rigidez y la eficacia. Los estímulos prolongados, como la pubertad o el hecho de enfrentarse con las responsabilidades de un trabajo, pueden desencadenar un ataque de migraña.

En los síndromes corrientes de cefalea, el tratamiento se centra en la terminación o prevención del acceso de cefaleas. Cuando el dolor es iniciado por un proceso patológico, el tratamiento se dirige a eliminar o mejorar el proceso patológico más que el síntoma de cefalea. Todo paciente que sufre un dolor crónico grave requiere apoyo psicológico, el psicoterapeuta puede utilizar la terapia cognitiva, para que el paciente aprenda a controlar el estrés y las situaciones en la que es probable que se desencadene este dolor, al igual que en las cefaleas vasculares y de contracción muscular, además puede obtenerse un alivio sintomático de la cefalea por contracción muscular con el uso de analgésicos.

Las personas hipocondríacas son personas sumamente preocupadas por numerosos malestares corporales, carecen de alegría y perciben sus cuerpos como fuente de sufrimiento e incomodidad, son quejosos, enfermizos, narcisistas, egocéntricos y utilizan sus molestias para imponerse a los demás y controlar la conducta de los que les rodean. Son personas rígidas, egoístas, autoderrotistas, carentes de insight, críticas, pueden expresar también enojo y hostilidad de manera indirecta, probablemente por medio de sintomatología corporal.

En muchos casos estas personas o algún familiar cercano sufrieron enfermedades cuando eran niños, o fueron víctimas de abusos físicos, los cuales les atemorizaron, lo que les condujo a buscar una variedad de conductas autoprotectoras que les escudaran de sufrir más daño.

La depresión, cualidad del paciente psicosomático, se caracteriza por conducta indecisa y aislamiento, insomnio, sentimientos de inferioridad y apatía extrema, la persona refleja que se encuentra ansiosa, preocupada, su autoestima es baja y se muestra pesimista en su manera de percibir el mundo. Generalmente presenta una disminución de intereses, baja tolerancia a la frustración, pobre entereza de ánimo y un sentimiento generalizado de inutilidad y pesimismo. Todo esto se asocia con el hecho de que en la infancia hubo pérdida real o imaginaria de objetos emocionales o personas altamente valoradas.

Las personas responden a esta pérdida bloqueando los sentimientos de las necesidades, para poder evitar mayor sufrimiento por otras pérdidas. Permanecen demasiado paralizados por la desesperación que sienten al no poder gozar de la vida. Estos pacientes probablemente se encuentran dispuestos a explorar con el psicoterapeuta sus experiencias de pérdidas y sus desesperaciones, y pueden salir del cuadro depresivo, pero la terapia debe orientarse a estimularles para que expresen el enojo y la tristeza que las pérdidas les han causado. Además necesitan liberarse de los sentimientos de miseria y de las pérdidas de objetos emocionales que les afectan.

Hipótesis de Investigación

“Los guatemaltecos tienen características subjetivas comunes que repercuten en su salud y en la elección del tratamiento”.

Definición conceptual de las variables

Variable independiente: Subjetividad.

Es el sujeto en todo aquello que constituye su ser en sí y para sí en sus disposiciones naturales, sus capacidades, en el sentir, el querer, el pensar, en la nostalgia, el amor, el sufrimiento y la fe.

Variable dependiente: Paciente psicossomático y su tratamiento.

Persona que padece física y corporalmente, implica o da lugar a una acción de la psique sobre el cuerpo o al contrario. Tanto el alma como lo corpóreo convergen en un mismo sujeto, lo que actualmente ha llevado al reconocimiento de que en toda enfermedad hay una parte psicossomática, es decir, hay una relación entre la mente y el cuerpo.

El tratamiento para el paciente psicossomático es el conjunto de medios que se emplean para curar o aliviar una enfermedad; esto incluye la aplicación de terapia psicológica.

Definición operacional de las variables

Variable independiente: Subjetividad.

Por medio de entrevistas estructuradas, se conocieron los indicadores de esta variable, los cuales incluyen la percepción que posee el paciente de sí mismo, de su entorno, y cuál es el concepto de salud y enfermedad que posee.

Variable dependiente: Paciente psicossomático.

Los indicadores que determinaron los rasgos del paciente psicossomático son: los síntomas y signos que manifiesta; para esto se utilizó la prueba de medición psicológica Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI) y las entrevistas estructuradas; estas últimas también se emplearon para conocer el nivel educativo, la condición económica, las características del entorno social del paciente y las acciones que realiza ante su enfermedad.

Variable dependiente: Tratamiento.

Los indicadores de esta variable contienen: las características individuales del paciente psicossomático, la accesibilidad al tratamiento psicológico y/o médico. Esto se conoció a través de las entrevistas estructuradas.

Delimitación

El estudio fue realizado en el consultorio Médico-Dental El Martinico, ubicado en la zona 6 de la ciudad de Guatemala.

La selección de la muestra se realizó utilizando el muestreo de juicio. La característica de esta técnica es que todos los miembros fueron seleccionados mediante el juicio personal de la investigadora.

Se trabajó con 50 pacientes que asisten a consulta con el médico general, con el ginecólogo ó con el dermatólogo; mayores de 18 años de edad, de sexo masculino y femenino, de una condición socio-económica media-baja; que manifiestan alguna enfermedad.

La recopilación de datos se realizó en una temporalidad de cuatro semanas durante el mes de Octubre del año 2010, en horario de 7:00 a 12:00 horas.

CAPÍTULO II

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

1. Entrevistas estructuradas:

A todos los entrevistados se les hicieron las mismas preguntas con la misma formulación y en el mismo orden. Las entrevistas dirigidas a los pacientes, fueron con el objetivo de conocer sus características generales; y determinar qué conocimientos poseen en relación a las enfermedades psicosomáticas y las actitudes y/o consecuencias que ha generado su enfermedad; por medio de esto se estableció la frecuencia de personas que asisten a psicoterapia, conociendo a la vez la percepción que tienen en relación a esta, (Ver anexo 1).

La entrevista correspondiente a la directora del personal de la institución sirvió para conocer la organización, los servicios disponibles, y las características de la población atendida, (Ver anexo 2). Esta entrevista fue importante para determinar si los pacientes tienen accesibilidad para recibir un tratamiento multidisciplinario y para conocer el contexto.

También se entrevistaron a los médicos que atienden a la población, con el objetivo de conocer los casos comunes que atienden, el diagnóstico y el tratamiento sugerido y/o empleado y determinar en qué casos sospecha que el paciente somatiza, (Ver anexo 3).

2. Prueba de medición psicológica Inventario Multifásico de la Personalidad MMPI:

Esta prueba se aplicó al paciente después de realizar la entrevista estructurada; con el fin de respaldar la sospecha de que la persona manifestaba alguna enfermedad psicosomática; sin embargo no se aplicó a todas las personas entrevistadas, debido a dificultades encontradas al momento de realizar la investigación; entre las cuales resaltan la indisponibilidad de tiempo, algunas personas no podían leer, otras presentaban problemas de visión, otras no comprendían el test de manera que resultaba inválido, etc., por lo tanto solamente algunas personas respondieron el test.

Posteriormente con las pruebas aplicadas, se evaluó la escala 1 Hipocondría (HS), escala 2 Depresión (D), escala 3 Histeria (Hi), las cuales forman lo que se conoce en la literatura del MMPI como la V de conversión; escalas que están mayormente relacionadas a la psicopatización.

CAPÍTULO III

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

Características del lugar

El estudio se realizó en una institución religiosa de ayuda social, la cual brinda diversos servicios en el área de la salud; entre los cuales están la atención psicológica y médica. Cuenta con personal capacitado y provee todos los servicios necesarios para la salud integral de la población.

Características de la población

La investigación se realizó con 50 pacientes que asisten al Consultorio Médico-Dental “El Martinico” ubicado en la zona 6 del departamento de Guatemala, las entrevistas estructuradas fueron efectivas para establecer un diálogo con los pacientes; la información recabada es amplia y enriquece el conocimiento acerca de la subjetividad de los entrevistados.

En primer lugar se analizan los factores relacionados a la edad, el sexo, la religión, estado civil y procedencia, estos proporcionan los datos más generales de la muestra.

Los pacientes comprendidos en la etapa de la adultez media y tardía, es la población mayoritaria que manifiesta algún padecimiento. Al integrar estos datos con los obtenidos en las entrevistas dirigidas a los médicos; los cuales informan que las enfermedades psicosomáticas son muy frecuentes, mostrándose principalmente en pacientes que oscilan entre las edades de 40 y 60 años; es definitivo que los datos coinciden, revelando que la mayoría de la población atendida presenta estos trastornos, y tienen en común la etapa

evolutiva, siendo las mujeres quienes más se enferman, predominando por gran porcentaje, en la asistencia a consultas. (Ver gráfica 1 y 2).

La educación es un factor importante en cada ser humano, como indica E. Pichón Riviere la subjetividad es de naturaleza social, la familia y la escuela ocupan un lugar fundamental; en este estudio hay un número significativo de personas sin educación, o con una educación insuficiente.

Esto repercute en varios aspectos, por ejemplo: algunas personas se incomodaban al decir que no habían estudiado, o que solamente unos cuantos grados habían cursado; es notorio el efecto emocional que desencadena esta situación en los pacientes, además restringe las oportunidades de trabajo perjudicando su economía; muchos expresaban, como se observará más adelante, que tienen considerables preocupaciones causadas por dificultades económicas, perturbándolos emocionalmente y por consiguiente en la salud física. (Ver gráfica 3).

La muestra completa profesa alguna religión, ejerciendo gran influencia en la subjetividad; debido a sus creencias varios confían sus problemas y enfermedades a Dios, confían en que serán sanados por él y/o el médico ó tratante es utilizado como un instrumento para obtener la salud, consideran que Dios sabe porque pasan ciertas cosas en su vida y se resignan a padecer la enfermedad. (Ver gráfica 4).

La mayoría de la población entrevistada, tiene pareja o la tuvo en algún momento de su vida, influyendo emocionalmente en la persona, en algunos casos de manera positiva en otros de manera negativa. (Ver gráfica 5).

Los pacientes indicaron que parte de su vida la vivieron en sus pueblos, otros aún viven allí, y llegan a consulta a pesar de la distancia, pero la mayoría son originarios del departamento de Guatemala y sus municipios; nuestro país es rico en costumbres, culturas y tradiciones; cada lugar tiene sus propias características y cada individuo las manifiesta según las ha aprendido, constituyendo parte de su subjetividad conocido como esquema referencial, que es inevitablemente propio de una cultura en un momento histórico-social determinado, siendo siempre emisarios y emergentes de la sociedad que los vio nacer. (Ver gráfica 6).

Hasta este punto se han expuesto las características generales de la población, ahora continúa lo relacionado a determinar qué conocimientos poseen los pacientes en relación a las enfermedades psicosomáticas y las actitudes y/o consecuencias que ha generado su enfermedad.

Los motivos de consulta fueron clasificados según están indicados en el marco teórico para mejor comprensión. Originalmente, los pacientes indicaron por ejemplo: “tengoreflujo” o “tengo gastritis”, “problemas con el colon”, etc., los cuales están incluidos en los trastornos gastrointestinales; así respectivamente, cada uno fue incorporado a la clasificación que correspondía. Únicamente cuatro motivos de consulta, no corresponden a enfermedades psicosomáticas, dos corresponden a golpes, otro por dolor de oído y otro por embarazo, sin embargo en el caso de la persona embarazada, aunque el motivo de consulta era primordialmente por control prenatal, también padece de gastritis.

Según los resultados es evidente que las enfermedades psicosomáticas son muy frecuentes, los médicos coinciden con estos datos según lo expresan en las entrevistas. (Ver gráfica 7).

Cuando se preguntaba ¿Qué siente, qué le acontece en este momento?, la mayoría meditaba, algunos no entendían inmediatamente, y otros simplemente contestaban que estaban bien, dejando lugar a duda, si en realidad eso sentían; puede ser que el lugar en donde se realizaron las entrevistas, no permitía la discreción que ameritaba el paciente, porque tenían a varias personas a su alrededor, además se observó que cuando había mayor discreción los pacientes extendían el diálogo, comentando sobre su situación.

Esta pregunta buscaba indagar sobre la percepción que tenía el paciente en relación a su estado emocional, debido a que este aspecto está intrínsecamente relacionado a las enfermedades psicosomáticas; como dice E. Pichón Riviere el hombre es un emisario, portavoz de una situación.

Consecuentemente se puede concluir que el 34% de las personas entrevistadas reconocieron sus problemas emocionales, mientras que el 30% dice estar bien, aunque deja lugar a duda por lo anteriormente descrito, y el 36% que corresponde a la mayoría, solamente piensa y siente en relación a su enfermedad. (Ver gráfica 8).

Los padecimientos que sufren las personas, como se mostró anteriormente en el motivo de consulta son diversos, y la mayor parte de la muestra tiene más de un año de estar enfermo, este es un dato significativo, asimismo ayuda a comprender la pregunta anterior en la que expresan qué sienten, a la mayoría le preocupa su enfermedad y ahora es entendible este sentimiento; pasar varios meses e incluso años enfermo es una situación difícil. (Ver gráfica 9).

Por otro lado, existen las cuestionantes ¿porqué tienen tanto tiempo de padecer una enfermedad?, ¿podrá ser que no esté recibiendo el tratamiento

adecuado?, ¿será que realmente su enfermedad no tiene cura?, ó ¿puede ser que sea un paciente que disfruta la ganancia secundaria? la cual consiste, en un beneficio indirecto, obtenido por causa de enfermedad o incapacidad, las cuales pueden ser: atención personal o huida a situaciones desagradables y responsabilidades indeseadas; en fin cada caso es diferente, pero las acciones de los pacientes ante esta situación se describirán más adelante.

Es curioso que la mayoría de los pacientes tiene enfermedades por periodos prolongados pero opinan que se enferman poco, ¿cómo es posible esta opinión?, esto puede explicarse según lo indicado en el marco teórico en relación a las consecuencias psicológicas de la enfermedad; el mecanismo de defensa utilizado es la negación; es decir, el paciente puede negar un acontecimiento, como una enfermedad; niega que la padece ocultando sus efectos o actuando como si no tuviese ningún efecto. Se trata de una respuesta emocional común ante la enfermedad, no consideran que estén enfermos frecuentemente, a pesar que lleven varios meses, incluso años con el padecimiento. Solamente una pequeña parte de los resultados son coherentes a la realidad. (Ver gráfica 10).

Como se menciona con fundamento teórico, la enfermedad psicósomática es siempre una reacción del individuo a una situación a la que no sabe encontrar salida, el cuerpo y los síntomas simbólicamente expresan esa situación. Por lo tanto para interpretar correctamente los síntomas, debe conocerse a mayor profundidad la vida del paciente. Es por eso que los síntomas que mencionó la muestra son tan variados, cada uno tiene un simbolismo y significado diferente de acuerdo a la situación personal del paciente. (Ver gráfica 11).

Las personas dudan realmente cuál es la causa de su enfermedad, un gran porcentaje reconoce que no sabe; evidentemente la educación influye en esta respuesta, otras personas consideran que es causada por cuestiones

orgánicas, y otra mayoría indica que puede ser por otros motivos, como los virus, el clima, la mala alimentación, etc., pero principalmente argumentan que es por la edad, consideran que es normal que en cierta etapa de la vida, se enfermen.

Un porcentaje reconoció que el factor psicológico puede ser causante, pero no determinante en su enfermedad; la mayoría combinaba esta respuesta con otros factores, solamente 8 personas de 15 que tomaron en cuenta este factor, dijeron que la causa de su enfermedad era psicológica. (Ver gráfica 12).

Los pacientes no consideran que la causa de su enfermedad sea de origen psicológico; sin embargo han reconocido que los factores emocionales, como los enojos, el estrés, el estado de ánimo, la tristeza, la familia, el trabajo, etc., influyen en su situación; otro factor que sobresale es la mala alimentación, este puede deberse a la economía, y por consiguiente también puede relacionarse con la escolaridad. Nuevamente el argumento de decir “no se” es notorio en esta pregunta, la actitud de algunos pacientes durante la entrevista evidenciaba que son inhibidos y tímidos; puede ser que esto repercuta en este tipo de respuesta. (Ver gráfica 13).

Durante las entrevistas la mayoría demostraba inseguridad al responder esta cuestionante: ¿qué factores sociales considera que influyen en su enfermedad?, la mayoría afirmó que no sabía o decía que ningún factor social influía en su padecimiento, otros únicamente identificaban el clima que es un factor ambiental, especialmente los que tenían problemas respiratorios, o el sol en el caso de los que padecían manchas en la piel; fueron pocos quienes identificaron los factores sociales como la delincuencia, el aislamiento, el ambiente de trabajo; que según explica la teoría sí influyen en diversa medida e intensidad a producir somatizaciones en el cuerpo del ser humano, sin embargo, esto es desconocido por la mayoría de los entrevistados. (Ver gráfica 14).

Los médicos opinan que los factores individuales y/o sociales que influyen en las enfermedades psicosomáticas son: la falta de recursos, el hogar, los amoríos, la falta de educación, el alcohol, las enfermedades genéticas, el mal manejo de emociones y la sociedad.

Los pacientes expresaron sentirse mal, preocupados, desesperados, tristes, etc., a causa de su enfermedad. Como se menciona en el marco teórico resulta en vano querer separar el dolor físico del sufrimiento moral, ya que los dos componentes están íntimamente asociados. El dolor es ante todo un fenómeno subjetivo y no se le puede disociar de su percepción por el que sufre. (Ver gráfica 15).

No hay duda que existe un gran porcentaje, casi total, de personas que no tienen idea de que son las enfermedades psicosomáticas, nuevamente la falta de educación puede relacionarse a esta situación. Las repercusiones por este desconocimiento se ven reflejadas en sus acciones, al momento de tratar su padecimiento. (Ver gráfica 16).

A continuación se conocerán los resultados de la frecuencia de personas que asisten a psicoterapia, conociendo a la vez la percepción que tienen en relación a esta.

Un considerable porcentaje afirmó saber que es terapia psicológica, sin embargo los resultados de la gráfica 21 demuestran lo contrario, esa era una pregunta más descriptiva y sirvió para rectificar esta pregunta. (Ver gráfica 17).

Las personas contestaron que sí sabían que es terapia psicológica, sin embargo una minoría ha asistido a terapia, indiscutiblemente si la persona no

conoce qué son las enfermedades psicosomáticas, no buscará tratamiento psicológico. (Ver gráfica 18).

De 50 personas entrevistadas únicamente 8 han asistido alguna vez a terapia psicológica, la persona que más tiempo asistió a terapia individual fue durante 4 meses, quien calificó el proceso como un diálogo y comentó que le aplicaron un test; luego otra persona indicó que asistió aproximadamente a 5 entrevistas, otra persona iba con el psicólogo del colegio donde estudió, las otras personas solamente asistieron una vez; y una persona participó durante más de un año en un grupo de autoayuda.

La descripción del proceso fue corta, evidentemente porque varios asistieron una sola vez, únicamente las personas que asistieron más tiempo se expresaron mejor y afirmaron los beneficios que recibieron mediante el proceso, el cual admitieron haber abandonado antes de tiempo. (Ver gráfica 19).

Aparte de las opiniones descritas en la gráfica en relación al motivo por el cual nunca han asistido a psicoterapia; los entrevistados expresaron las siguientes: nadie de su familia ha ido, no ha visto que sea necesario acudir a algún tipo de terapia, he resuelto mis problemas sola, no he tenido problemas, ningún médico me ha enviado, todavía no estoy loco, etc.

Fue sobresaliente la opinión “no lo necesito”, definitivamente es una expresión de la subjetividad que impera en relación a la idea errónea que manifestaron al argumentar que los psicólogos solamente son para personas que están “locas”, esto indiscutiblemente repercute en la salud de las personas, se podría afirmar que la mayoría de entrevistados necesita psicoterapia y se beneficiaría grandemente al recibirla, pero evidenciaron desconocimiento. (Ver gráfica 20).

La mayoría de entrevistados contestaron que no sabían cómo es el proceso psicoterapéutico, puesto que no conocían sobre este tema, otros tenían una idea difusa, opinaron que es un proceso lento y le hablan respecto a la situación, otros creen que les dan medicamento, etc., se puede resumir afirmando que la mayoría desconoce la función de un proceso psicoterapéutico. (Ver gráfica 21).

A continuación se exponen los resultados del test MMPI, el cual fue aplicado para evaluar la configuración V de conversión, en la cual las escalas 1(HS) y 3(Hi) aparecen elevadas, generalmente sobre 70 T y la escala 2(D) se mantiene dentro de la zona normal. Esta configuración caracteriza a las personas que transforman los problemas psicológicos en quejas somáticas. La elevación general de la V refleja la cantidad de aflicción que la persona está experimentando y mientras más altas estén las escalas 1 y 3 en relación con la escala 2 más fuerte es la estructura defensiva que no le permite ver lo que le ocurre.

Los resultados obtenidos de la prueba no evidencian preponderancia de la V conversiva, al analizar los test, la mayoría tiene elevada la escala 2, y evidencian rasgos del perfil llamado tríada neurótica que es otro tipo de perfil en el que se observa una interrelación de las escalas clínicas 1, 2 y 3 en diferentes combinaciones.

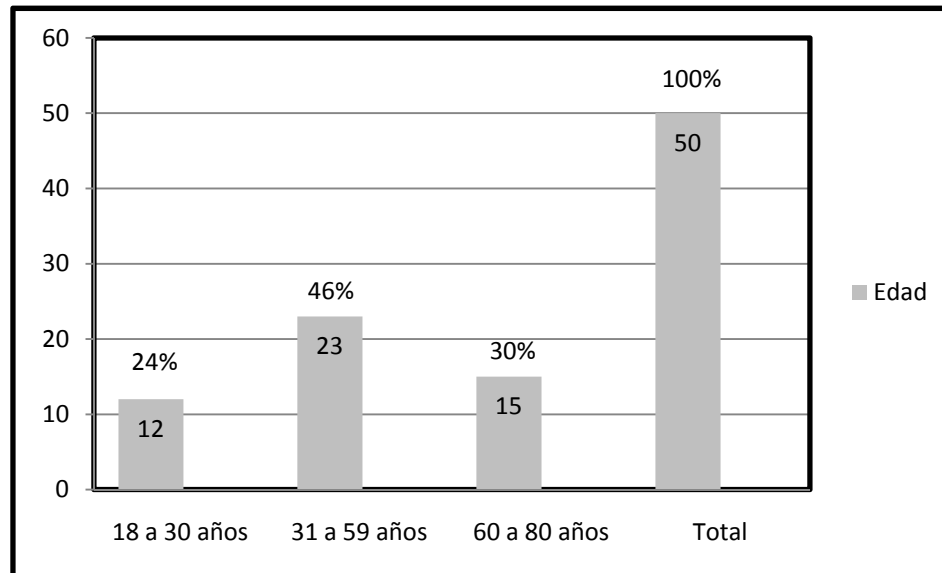
A partir de las distintas alteraciones en la personalidad, se establecen las patologías que constituyen la tríada neurótica. Estas son la depresión que es una condición de infelicidad y sentimientos crónicos de tristeza, estado de abatimiento, abulia, trastornos del sueño y alimenticios, que puede ser transitoria o permanente y se clasifica en depresión mayor o severa, distimia y depresión bipolar. La histeria es la presencia de enfermedades psicosomáticas sin ninguna

explicación médica; mientras que la hipocondría es el padecimiento de enfermedades imaginarias para poderse comunicar con el exterior.

Sin embargo, es importante considerar que no todos los pacientes realizaron el test; y debe tomarse en cuenta, con los que sí lo realizaron, que varios tenían dificultades para entender las preguntas, incluso dos test tuvieron que ser anulados por invalidez, ya que dejaron más de 30 preguntas sin contestar.

Gráfica 1

Edad



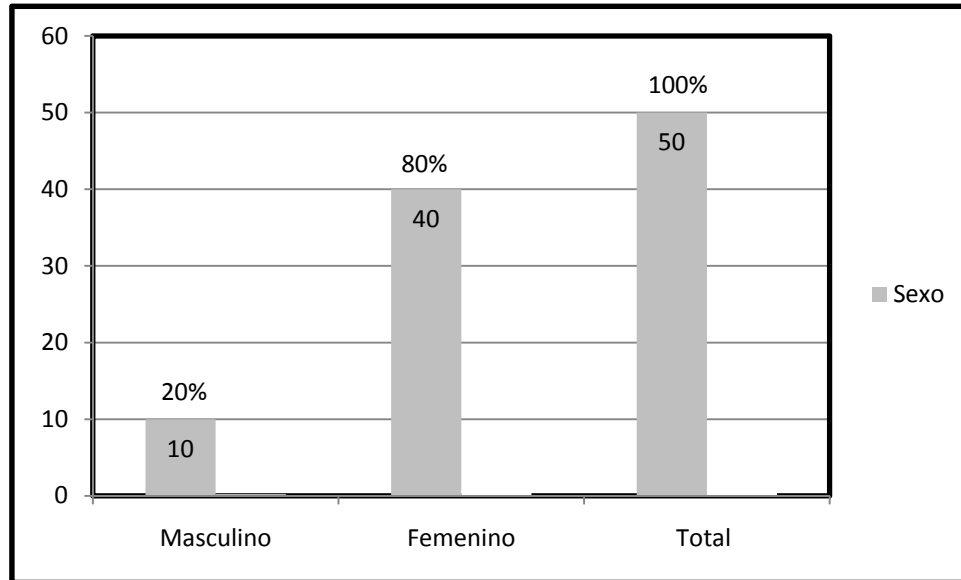
Fuente: Entrevista estructurada diseñada por la investigadora, realizada con una muestra de 50 pacientes del Consultorio Médico-Dental El Martinico, ubicado en la zona 6 de la ciudad de Guatemala, en el año 2010.

Interpretación:

Las enfermedades psicosomáticas pueden aparecer a cualquier edad, en este estudio la mayoría de personas que padecen estas enfermedades se encuentran en el rango de 31 a 59 años, correspondiendo a la etapa evolutiva de la adultez media, asimismo los pacientes comprendidos entre los 60 y 80 años, etapa evolutiva de la adultez tardía, también forman parte del porcentaje superior que manifiesta diversas enfermedades.

Gráfica 2

Sexo

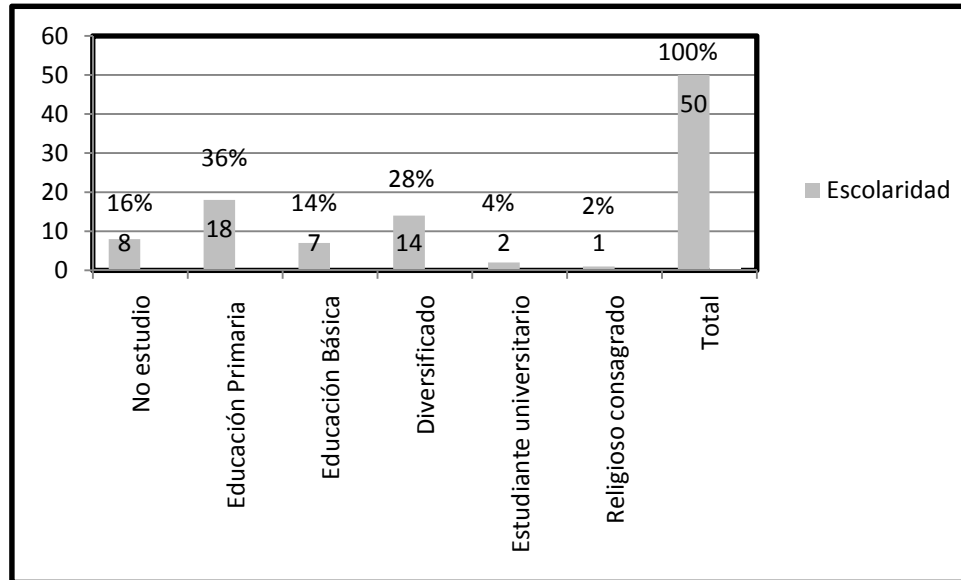


Fuente: Entrevista estructurada diseñada por la investigadora, realizada con una muestra de 50 pacientes del Consultorio Médico-Dental El Martinico, ubicado en la zona 6 de la ciudad de Guatemala, en el año 2010.

Interpretación:

Según los resultados de las entrevistas aplicadas, se evidencia que las mujeres son quienes prevalecen en mayor porcentaje a enfermarse, triplicando su incidencia a las consultas en comparación de los hombres, como se observa el 80% corresponde al sexo femenino y el 20% al sexo masculino.

Gráfica 3
Escolaridad

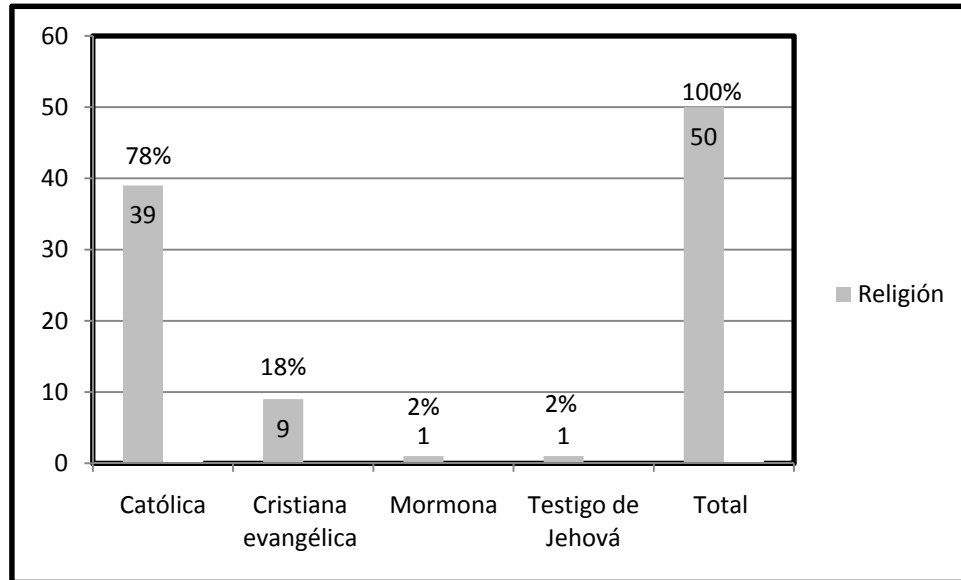


Fuente: Entrevista estructurada diseñada por la investigadora, realizada con una muestra de 50 pacientes del Consultorio Médico-Dental El Martinico, ubicado en la zona 6 de la ciudad de Guatemala, en el año 2010.

Interpretación:

La mayoría de personas entrevistadas tienen un nivel bajo de educación, originando una serie de repercusiones emocionales y económicas que desencadenan perturbaciones reflejadas en la salud física. La educación es un factor importante en cada ser humano y la falta de éste afecta a la persona en diversos ámbitos.

Gráfica 4
Religión

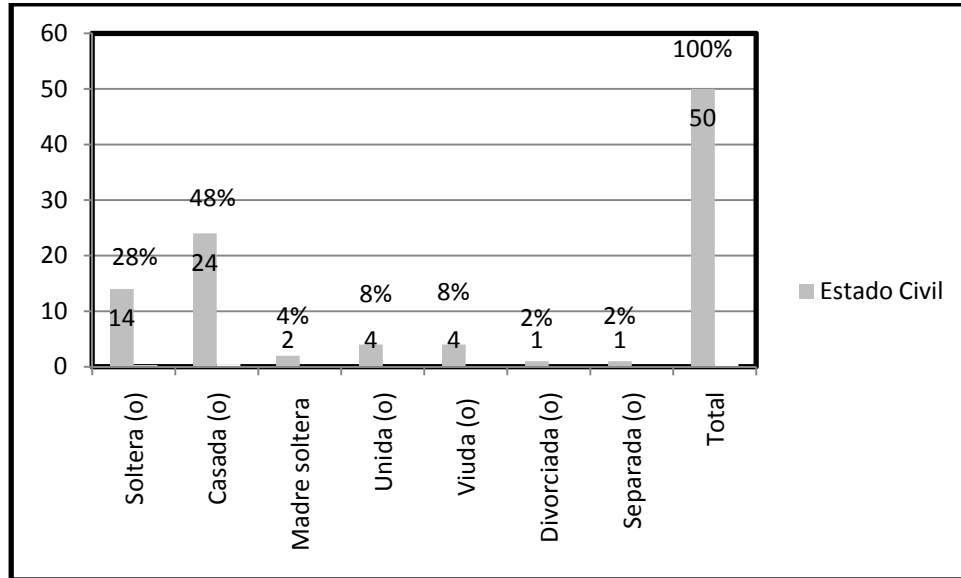


Fuente: Entrevista estructurada diseñada por la investigadora, realizada con una muestra de 50 pacientes del Consultorio Médico-Dental El Martinico, ubicado en la zona 6 de la ciudad de Guatemala, en el año 2010.

Interpretación:

Todos los entrevistados creen en Dios y ejercen alguna religión, esto impera en gran medida en su subjetividad e indudablemente en sus acciones; debido a sus creencias varios confían la solución de sus problemas y enfermedades a Dios.

Gráfica 5
Estado civil

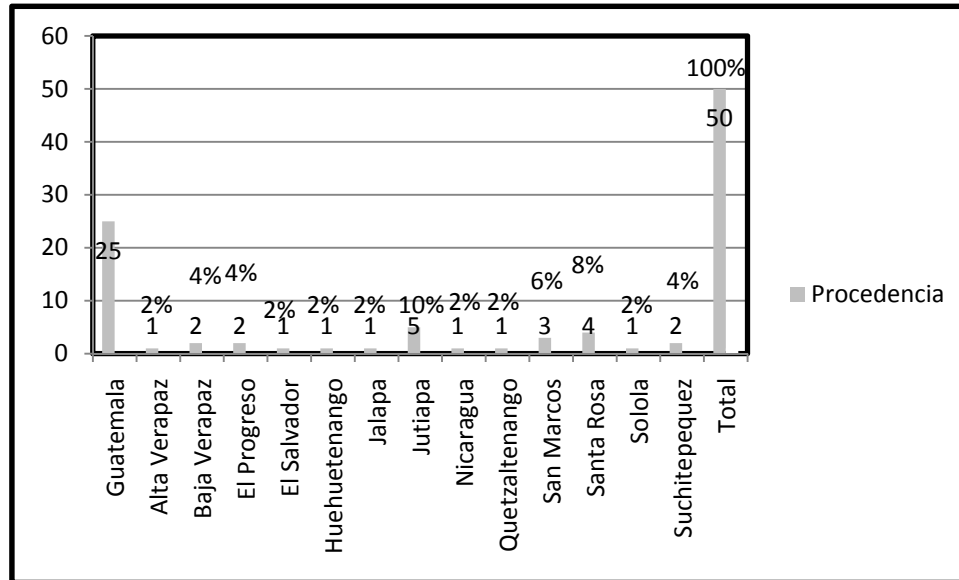


Fuente: Entrevista estructurada diseñada por la investigadora, realizada con una muestra de 50 pacientes del Consultorio Médico-Dental El Martinico, ubicado en la zona 6 de la ciudad de Guatemala, en el año 2010.

Interpretación:

La mayoría de entrevistados han estado implicados con una pareja, en algunos casos esto ha influido de manera positiva en sus vidas y en otros casos de manera negativa. Es decir, que indiferentemente de la situación de cada individuo la pareja contribuye emocionalmente en el paciente, produciendo perturbaciones o ayudando a la persona.

Gráfica 6
Procedencia

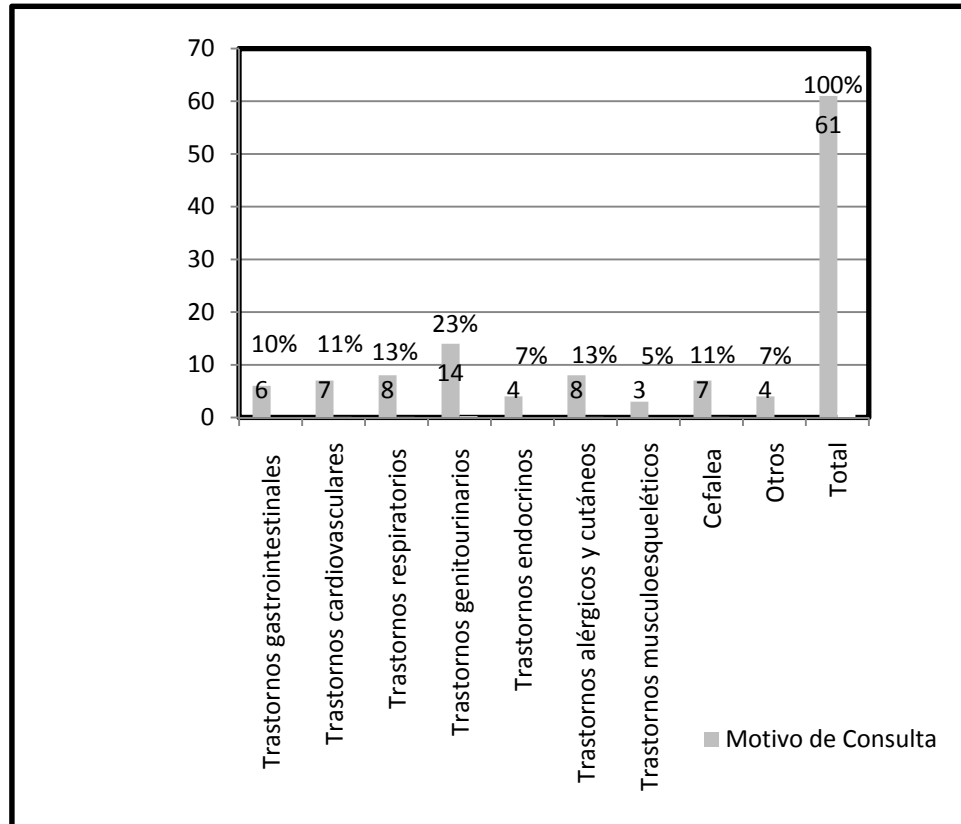


Fuente: Entrevista estructurada diseñada por la investigadora, realizada con una muestra de 50 pacientes del Consultorio Médico-Dental El Martinico, ubicado en la zona 6 de la ciudad de Guatemala, en el año 2010.

Interpretación:

Los pacientes son originarios de diversos lugares del país, principalmente del departamento de Guatemala y sus municipios, únicamente dos personas son extranjeras, cada lugar tiene sus propias particularidades y cada individuo las manifiesta según las ha aprendido, constituyendo parte de su subjetividad.

Gráfica 7
Motivo de Consulta



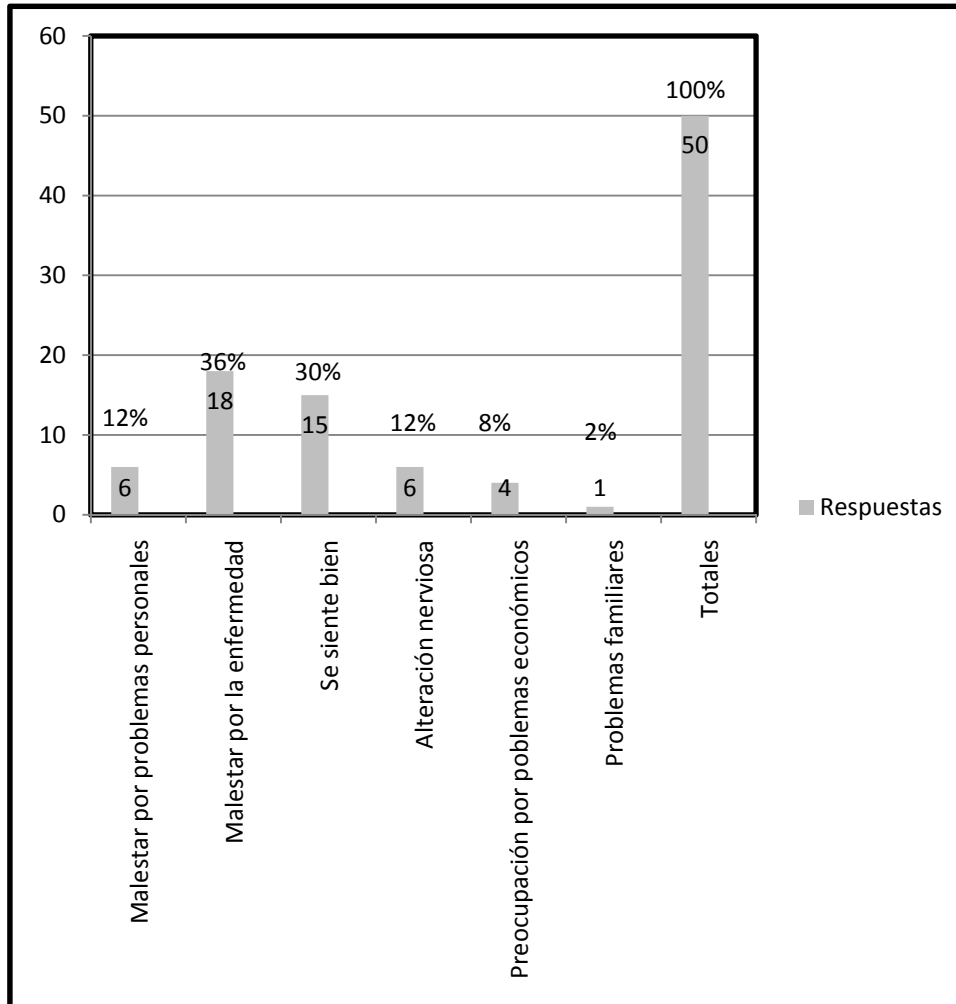
Fuente: Entrevista estructurada diseñada por la investigadora, realizada con una muestra de 50 pacientes del Consultorio Médico-Dental El Martinico, ubicado en la zona 6 de la ciudad de Guatemala, en el año 2010.

Interpretación:

Los resultados que indicó la muestra evidencian gran frecuencia de enfermedades psicosomáticas, los motivos de consulta son variados y abarcan toda la gama de trastornos relacionados a este tipo de enfermedades; aunque los porcentajes muestran cierto equilibrio sobresalen los trastornos genitourinarios.

Gráfica 8

¿Qué siente, qué le acontece en este momento?

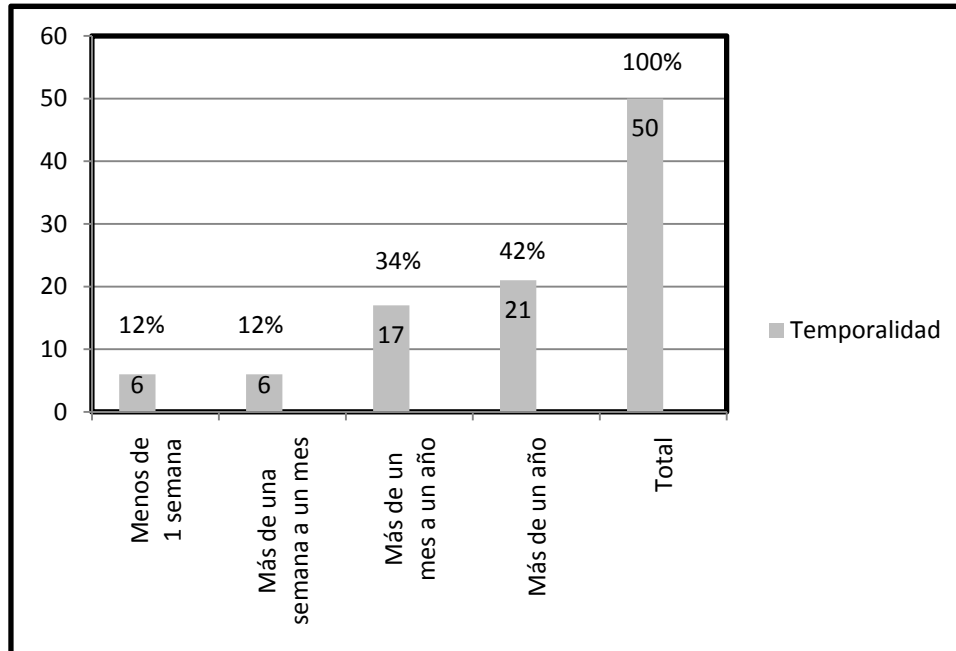


Fuente: Entrevista estructurada diseñada por la investigadora, realizada con una muestra de 50 pacientes del Consultorio Médico-Dental El Martinico, ubicado en la zona 6 de la ciudad de Guatemala, en el año 2010.

Interpretación:

El malestar por la enfermedad es lo más preocupante para el paciente, algunos reconocen que tienen alteración nerviosa y reconocen sentirse perturbados a causa de problemas personales, familiares y económicos, otros afirman sentirse bien.

Gráfica 9
¿Desde cuándo está enfermo?



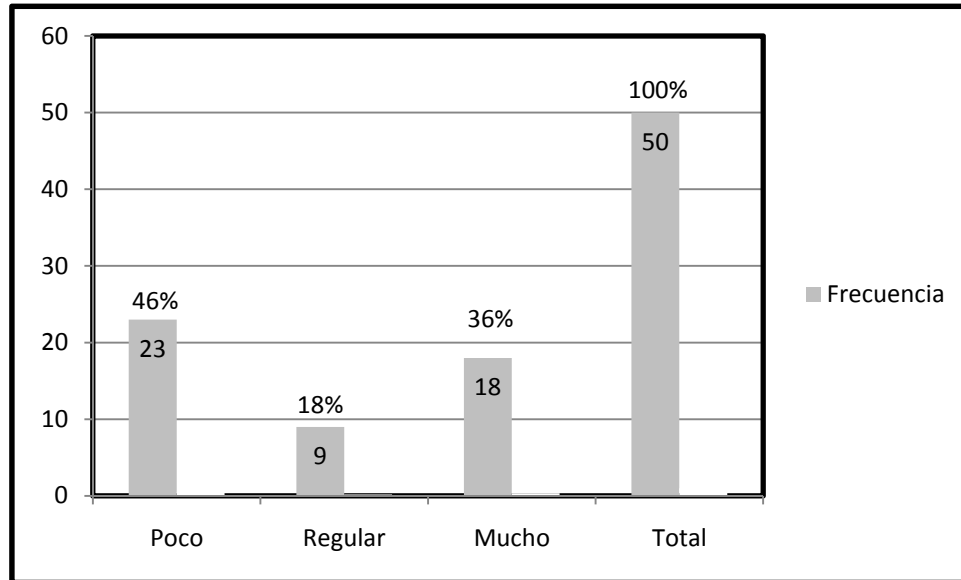
Fuente: Entrevista estructurada diseñada por la investigadora, realizada con una muestra de 50 pacientes del Consultorio Médico-Dental El Martinico, ubicado en la zona 6 de la ciudad de Guatemala, en el año 2010.

Interpretación:

Los pacientes entrevistados indicaron que han permanecido enfermos por períodos prolongados que oscilan en más de un año, lo que equivale al 42% de la muestra, éste dato puede ser un indicador de adaptación a la enfermedad en la que el paciente disfruta de la ganancia secundaria generada por la misma, o puede ser, que no este recibiendo el tratamiento adecuado, entre otras causas.

Gráfica 10

¿Con qué frecuencia se enferma?



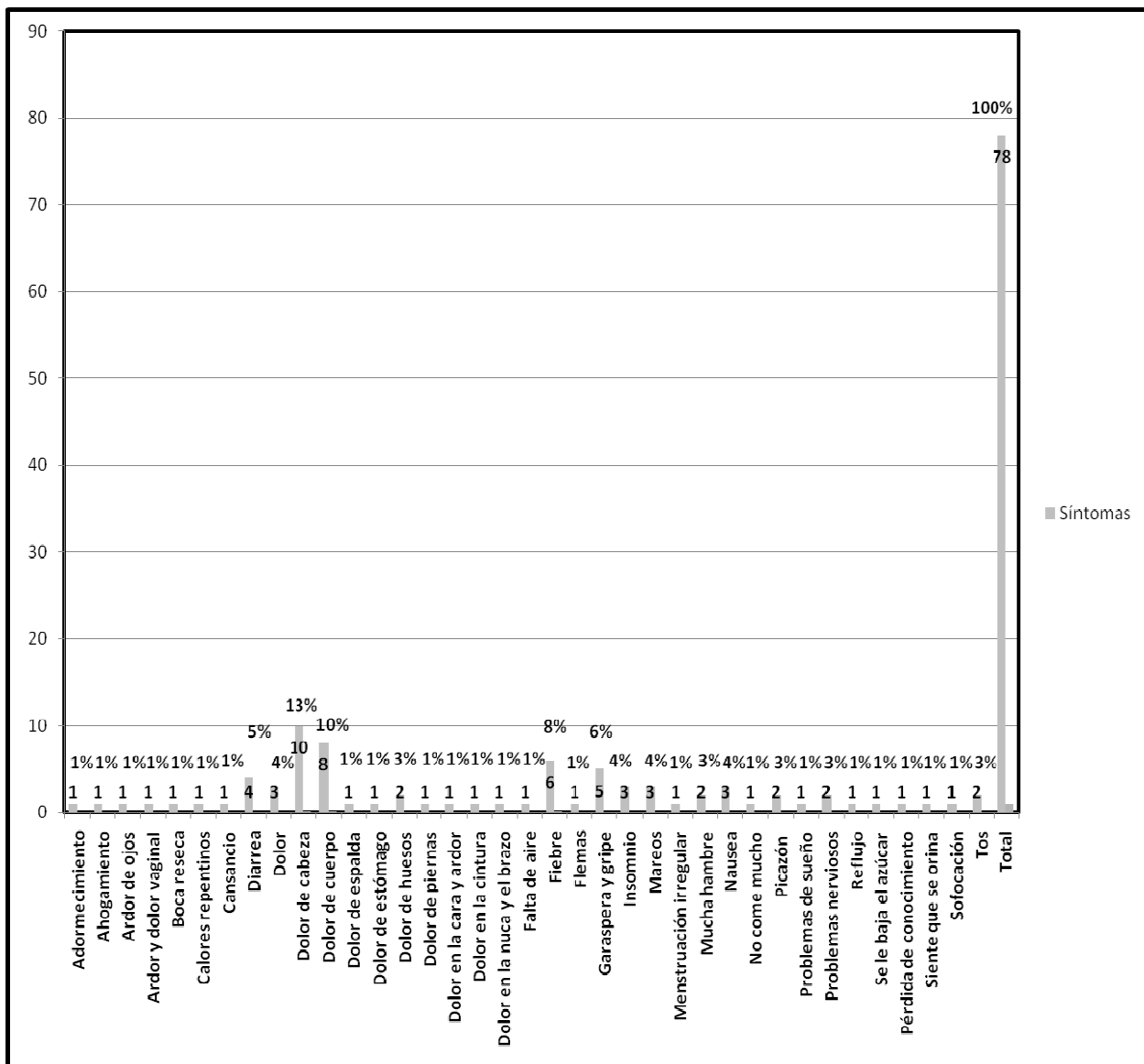
Fuente: Entrevista estructurada diseñada por la investigadora, realizada con una muestra de 50 pacientes del Consultorio Médico-Dental El Martinico, ubicado en la zona 6 de la ciudad de Guatemala, en el año 2010.

Interpretación:

Los pacientes entrevistados niegan su enfermedad como mecanismo de defensa, la cual es una refutación emocional frecuente ante la enfermedad, no razonan que estén enfermos periódicamente a pesar que lleven períodos prolongados con el padecimiento.

Gráfica 11

¿Qué síntomas ha padecido últimamente?



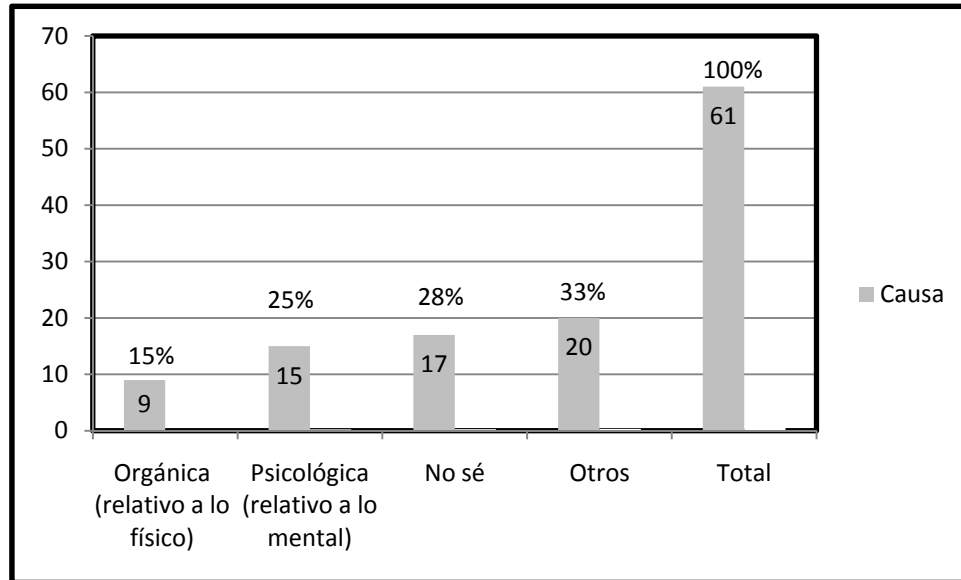
Fuente: Entrevista estructurada diseñada por la investigadora, realizada con una muestra de 50 pacientes del Consultorio Médico-Dental El Martinico, ubicado en la zona 6 de la ciudad de Guatemala, en el año 2010.

Interpretación:

Los síntomas simbólicamente expresan la situación individual del paciente, por tal motivo es comprensible que sean tan variados, poseen un significado particular.

Gráfica 12

¿Cuál es la causa de su enfermedad?



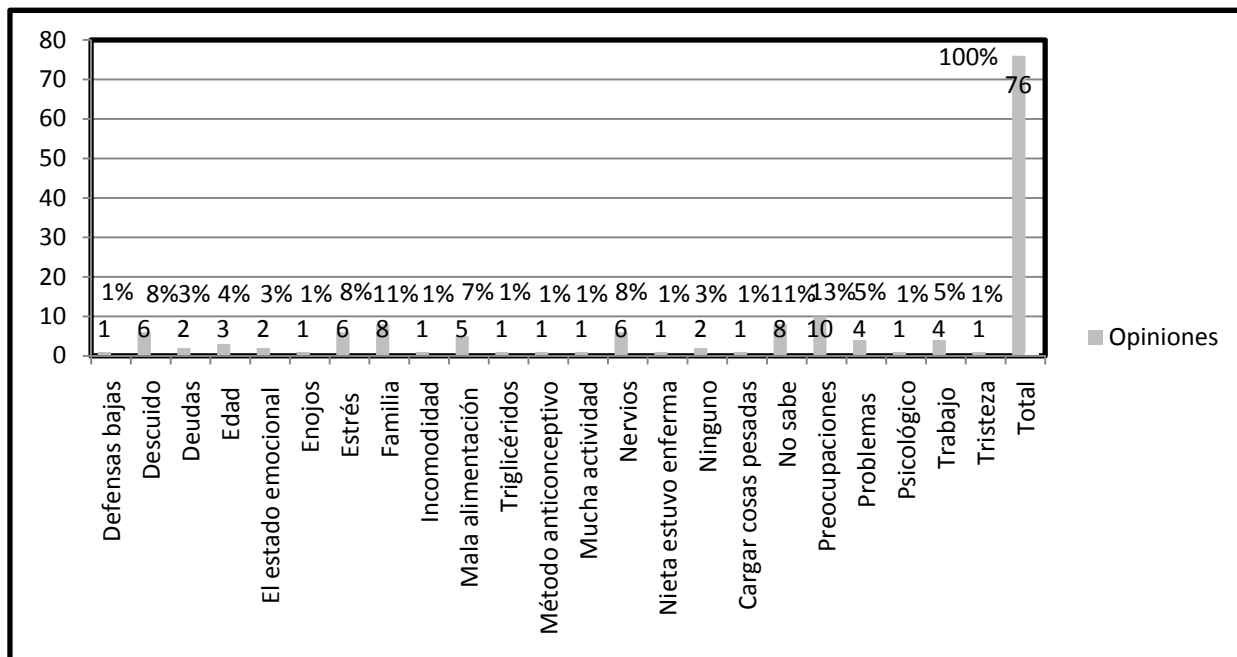
Fuente: Entrevista estructurada diseñada por la investigadora, realizada con una muestra de 50 pacientes del Consultorio Médico-Dental El Martinico, ubicado en la zona 6 de la ciudad de Guatemala, en el año 2010.

Interpretación:

Los pacientes entrevistados consideran que diversos factores repercuten en su salud; toman en cuenta el factor psicológico pero no como determinante, primordialmente argumentan que es causado por la edad y otro porcentaje significativo afirma su desconocimiento.

Gráfica 13

¿Qué factores individuales considera que influyen en su enfermedad?



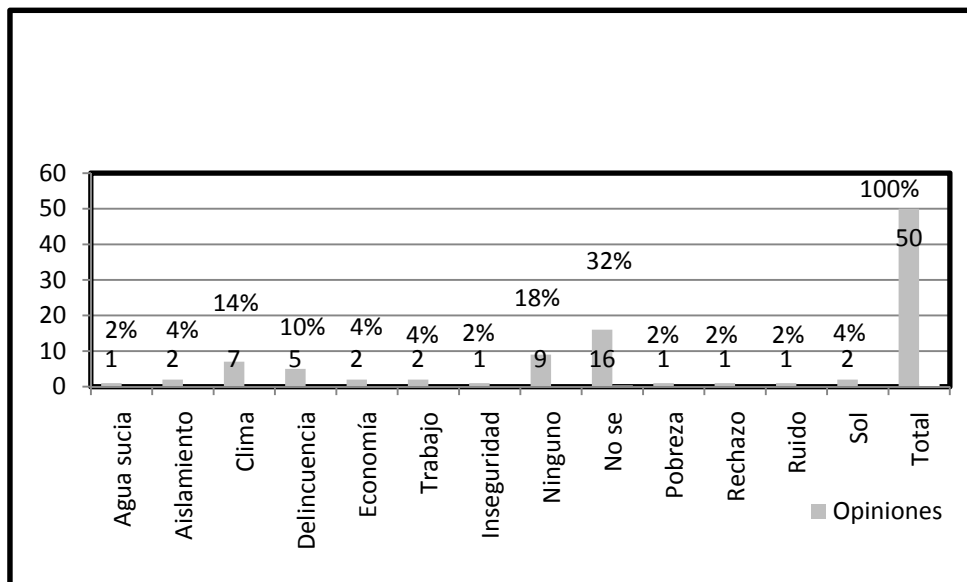
Fuente: Entrevista estructurada diseñada por la investigadora, realizada con una muestra de 50 pacientes del Consultorio Médico-Dental El Martinico, ubicado en la zona 6 de la ciudad de Guatemala, en el año 2010.

Interpretación:

Son variados los factores mencionados por los pacientes entrevistados, los relacionados a cuestiones emocionales son los que destacan, aunque no consideran que sea la causa determinante de su enfermedad, las preocupaciones personales fueron las más mencionadas como factor influyente en su padecimiento.

Gráfica 14

¿Qué factores sociales considera que influyen en su enfermedad?

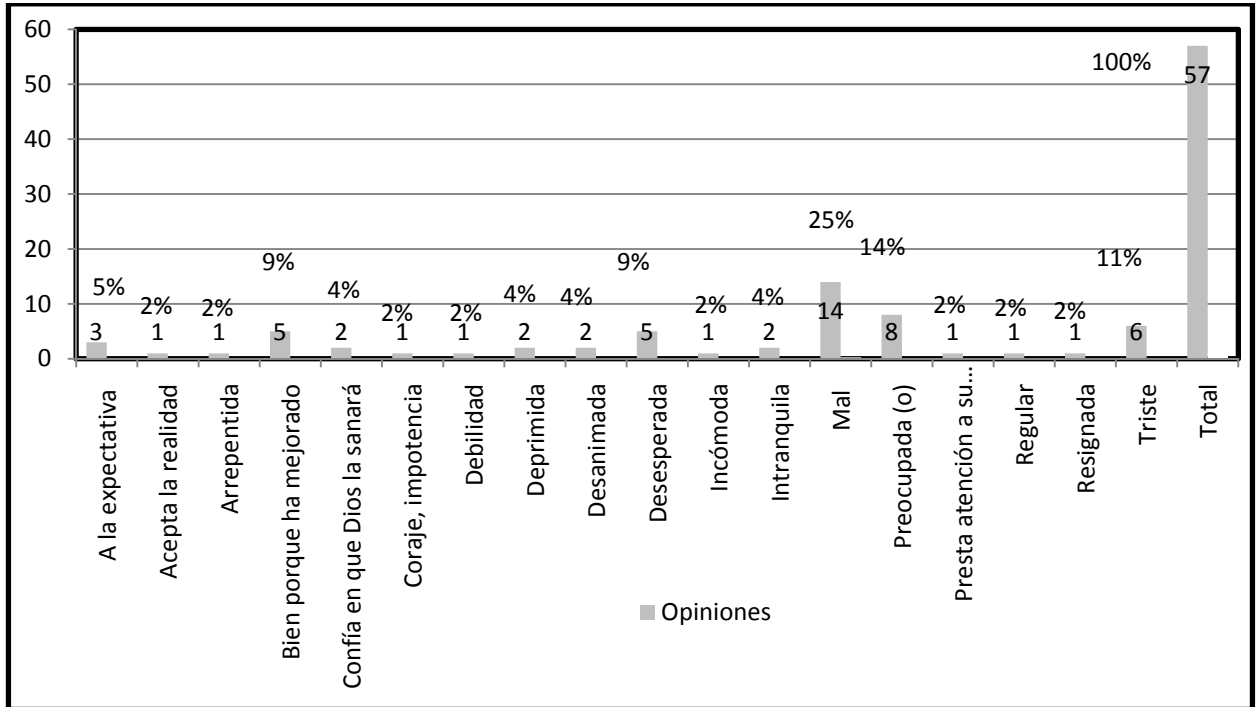


Fuente: Entrevista estructurada diseñada por la investigadora, realizada con una muestra de 50 pacientes del Consultorio Médico-Dental El Martinico, ubicado en la zona 6 de la ciudad de Guatemala, en el año 2010.

Interpretación:

Según los resultados, los pacientes entrevistados demuestran dificultad en reconocer los factores sociales que influyen en su enfermedad, el argumento de responder “no se” es el que predomina, haciendo evidente el desconocimiento en relación a la influencia de la sociedad para producir somatizaciones .

Gráfica 15
¿Cómo se siente por su situación?



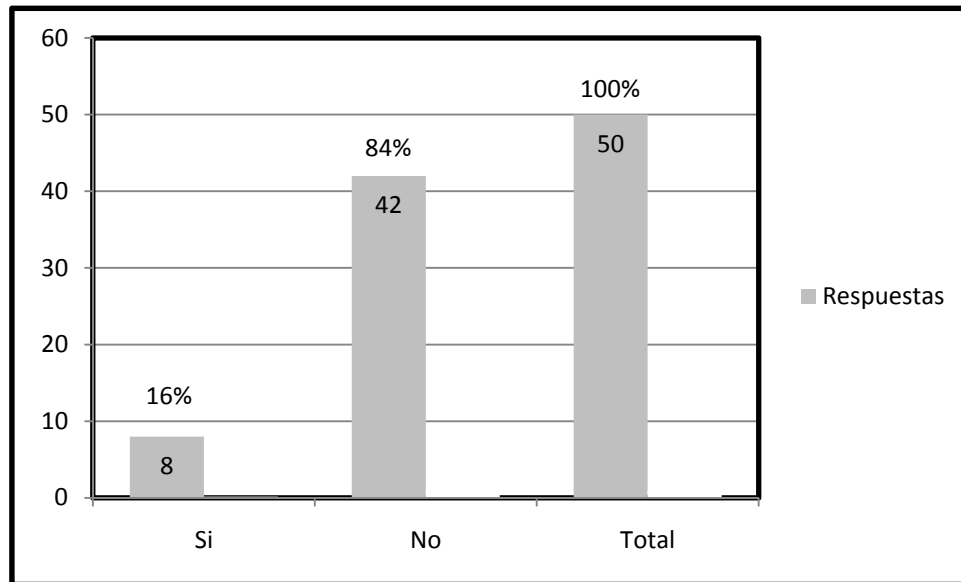
Fuente: Entrevista estructurada diseñada por la investigadora, realizada con una muestra de 50 pacientes del Consultorio Médico-Dental El Martinico, ubicado en la zona 6 de la ciudad de Guatemala, en el año 2010.

Interpretación:

Las opiniones expresadas, evidencian el malestar emocional que sufren los pacientes a causa de su enfermedad, el efecto del dolor físico no puede apartarse de la consternación moral, los dos componentes están íntimamente asociados.

Gráfica 16

¿Sabe qué son las enfermedades psicosomáticas?

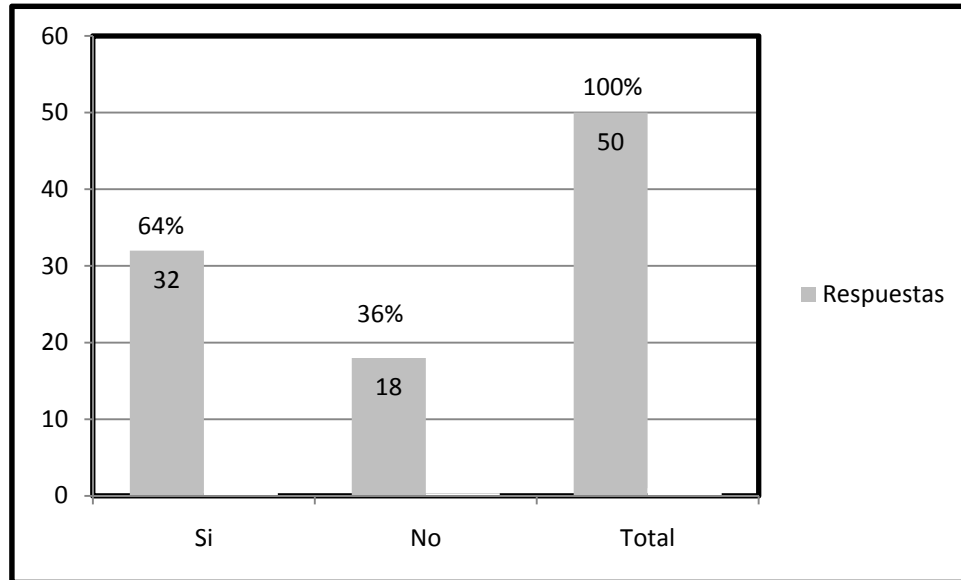


Fuente: Entrevista estructurada diseñada por la investigadora, realizada con una muestra de 50 pacientes del Consultorio Médico-Dental El Martinico, ubicado en la zona 6 de la ciudad de Guatemala, en el año 2010.

Interpretación:

Indiscutiblemente los pacientes entrevistados desconocen qué son las enfermedades psicosomáticas, sus causas y consecuencias, esto repercute en sus decisiones al momento de elegir un tratamiento adecuado para la solución de su padecer.

Gráfica 17
¿Sabe qué es terapia psicológica?



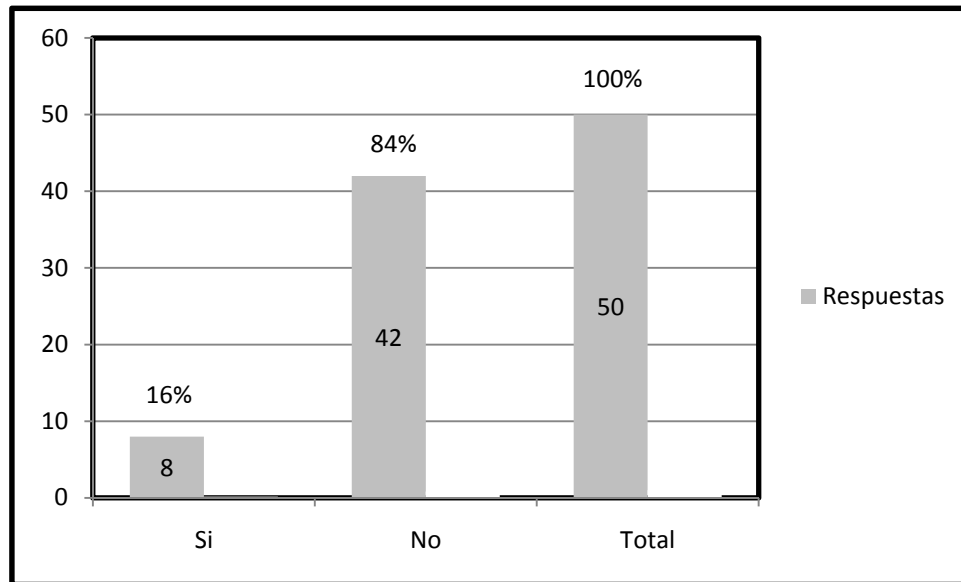
Fuente: Entrevista estructurada diseñada por la investigadora, realizada con una muestra de 50 pacientes del Consultorio Médico-Dental El Martinico, ubicado en la zona 6 de la ciudad de Guatemala, en el año 2010.

Interpretación:

Durante las entrevistas los pacientes interrogados expresaron tener algún conocimiento de lo que es terapia psicológica, pero al profundizar en el diálogo se evidenció que poseen una idea errónea de la función y los beneficios que ejerce la psicoterapia.

Gráfica 18

¿Alguna vez ha asistido a terapia psicológica?



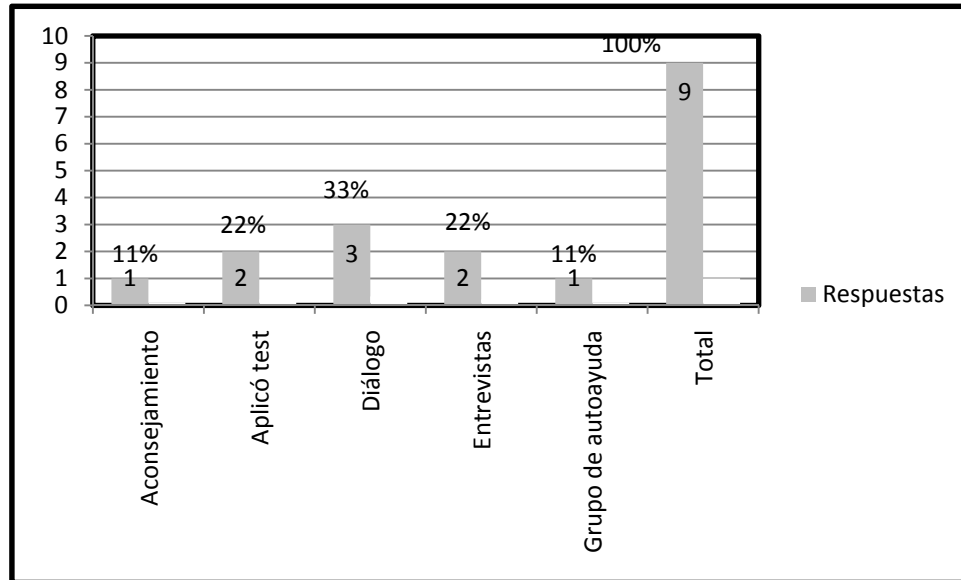
Fuente: Entrevista estructurada diseñada por la investigadora, realizada con una muestra de 50 pacientes del Consultorio Médico-Dental El Martinico, ubicado en la zona 6 de la ciudad de Guatemala, en el año 2010.

Interpretación:

La mayoría de personas entrevistadas nunca han asistido a terapia psicológica, y tampoco tienen planificado asistir, esto es el resultado del desconocimiento de la labor que ejerce la psicoterapia en la vida de las personas.

Gráfica 19

Describe el proceso terapéutico recibido.



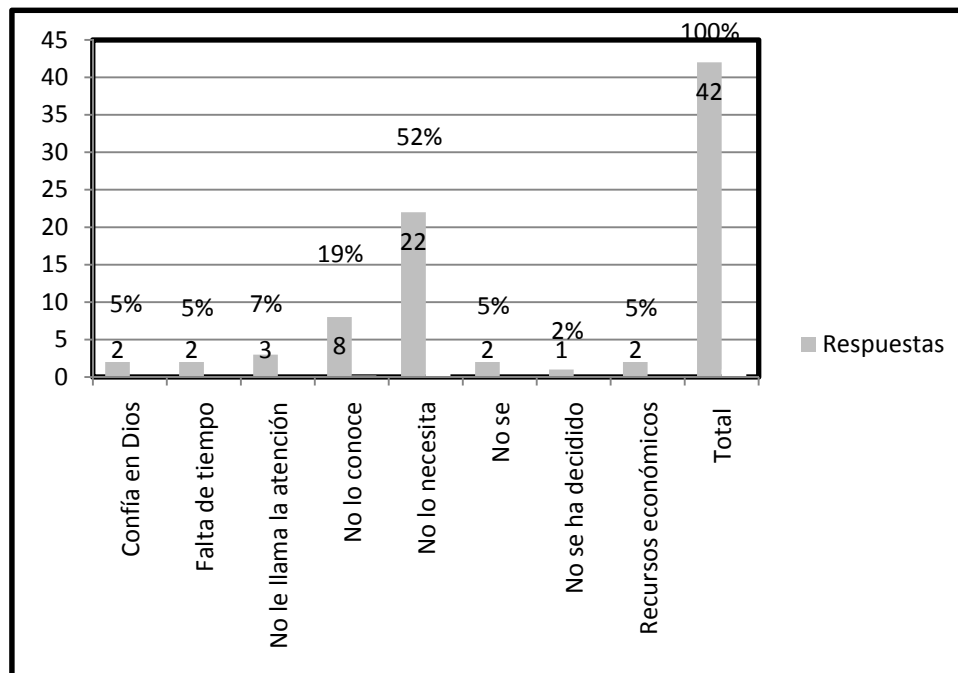
Fuente: Entrevista estructurada diseñada por la investigadora, realizada con una muestra de 50 pacientes del Consultorio Médico-Dental El Martinico, ubicado en la zona 6 de la ciudad de Guatemala, en el año 2010.

Interpretación:

Han sido pocos los pacientes que han recibido psicoterapia, al expresar sus opiniones coincidieron en decir que el proceso terapéutico consistía en un diálogo y en la aplicación de pruebas psicométricas; solamente una persona asistió a terapia grupal, los demás entrevistados asistieron a psicoterapia individual.

Gráfica 20

¿Por qué motivo, no ha asistido a terapia psicológica?



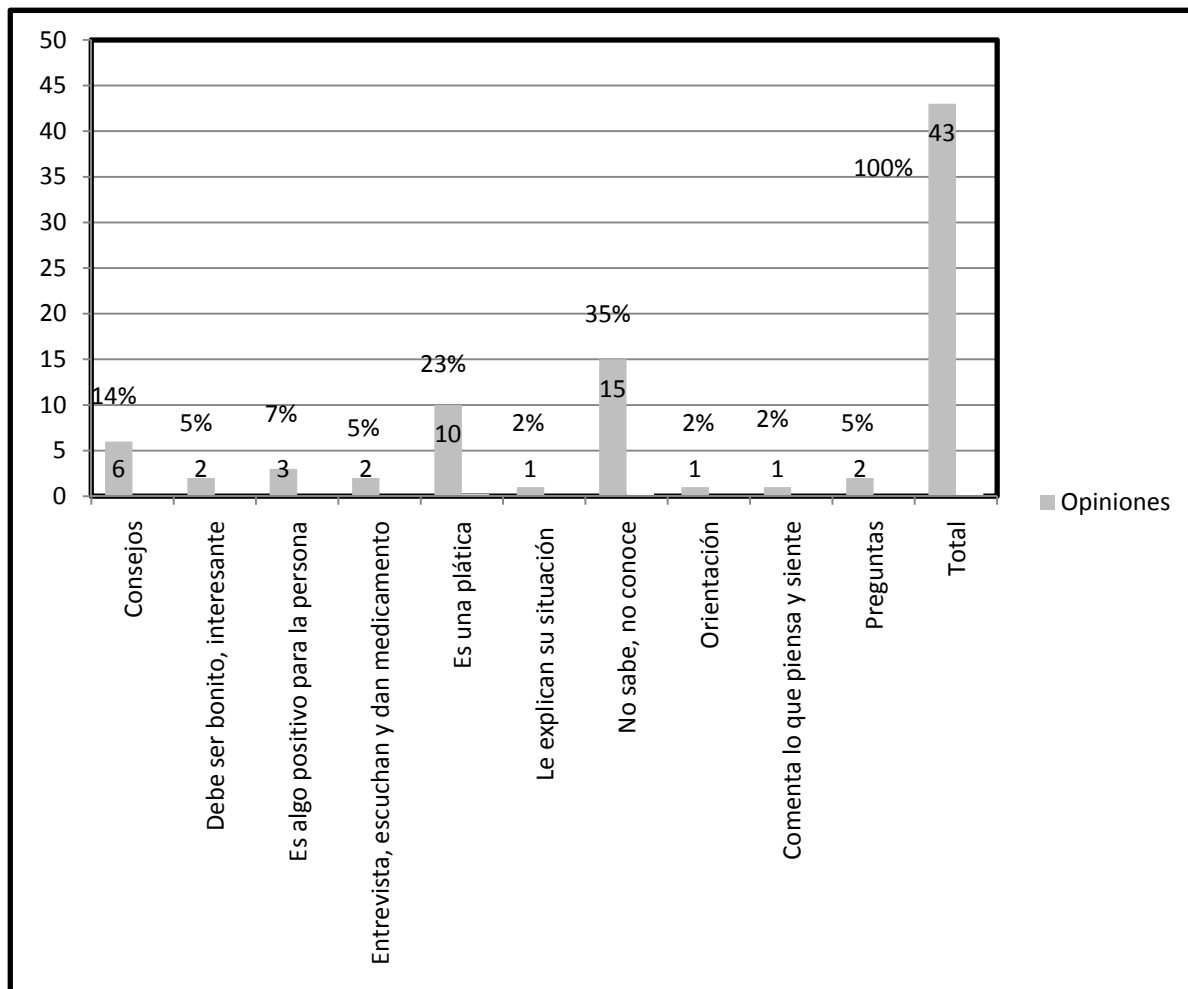
Fuente: Entrevista estructurada diseñada por la investigadora, realizada con una muestra de 50 pacientes del Consultorio Médico-Dental El Martinico, ubicado en la zona 6 de la ciudad de Guatemala, en el año 2010.

Interpretación:

La muestra demostró que existe un fuerte rechazo para recibir terapia psicológica, justificando la decisión con el argumento de decir “no lo necesito” correspondiendo al 52%, otro porcentaje significativo explicó su decisión a causa de no conocer acerca de la psicoterapia.

Gráfica 21

Describe cómo piensa que es el proceso psicoterapéutico.



Fuente: Entrevista estructurada diseñada por la investigadora, realizada con una muestra de 50 pacientes del Consultorio Médico-Dental El Martinico, ubicado en la zona 6 de la ciudad de Guatemala, en el año 2010.

Interpretación:

Las opiniones expresadas por los entrevistados son diversas, nuevamente predomina el desconocimiento en un 35%, también consideran que es una simple plática en la que dan consejos, pocas personas piensan que sea beneficioso para sus vidas.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

- 1)** De acuerdo a los resultados obtenidos en las entrevistas se acepta la hipótesis de investigación “Los guatemaltecos tienen características subjetivas comunes que repercuten en su salud y en la elección del tratamiento”. Evidenciando que características individuales, sociales, educativas y religiosas influyen subjetivamente, en la salud y en las acciones a tomar con respecto a la enfermedad.

- 2)** Las enfermedades psicosomáticas requieren de terapia psicológica para encontrar el origen del conflicto que causa los síntomas físicos y lograr que el paciente se fortalezca interiormente; debe elegirse el tratamiento psicoterapéutico que se ajuste a las necesidades y características individuales del paciente y sea destinado al desarrollo personal, ayudándolos a conectarse con su verdadera naturaleza, conocer sus verdaderos deseos y necesidades en la vida y tratar de alcanzarlos. De este modo, lograrán un mayor bienestar y equilibrio psicológico que, a su vez, llevará a un mayor bienestar físico y mejorará su salud en general.

- 3)** Las enfermedades psicosomáticas predominan en la adultez media y tardía, siendo las mujeres las que destacan en las consultas. Los padecimientos que sufren son diversos y el índice de tiempo que han permanecido con la enfermedad es elevado, la mayoría consiste en más de un año.

- 4) Se evidencia la falta de conocimiento acerca de las enfermedades psicosomáticas, los pacientes reconocen factores emocionales que tienen cierta influencia en su enfermedad, pero no consideran que el factor psicológico sea determinante de la misma.

- 5) Una minoría asiste o ha asistido a psicoterapia, esto está relacionado por el desconocimiento de los beneficios que proporciona el proceso psicoterapéutico y la idea errónea acerca del rol que ejerce el psicólogo, argumentando que es para locos, afirmando por eso, que no lo necesitan.

Recomendaciones

- 1)** A la Escuela de Ciencias Psicológicas: Continuar estudiando el tema de la subjetividad en los guatemaltecos y de las enfermedades psicosomáticas, esto proveerá conocimientos para mejorar la intervención psicoterapéutica.

- 2)** Al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social: Trabajar en equipo multidisciplinario para beneficio de la salud íntegra de los pacientes y proveer a la vez accesibilidad al servicio psicológico en las instituciones públicas y privadas de salud nacional.

- 3)** A la Sociedad Guatemalteca: Promover que la salud mental está íntimamente relacionada con la salud física, y que el factor psicológico es determinante en la vida del ser humano, por lo cual necesita atención y cuidado.

- 4)** Al Ministerio de Educación: Implementar estrategias educativas que muestren los beneficios del proceso psicoterapéutico.

BIBLIOGRAFÍA

Chávez Zepeda, Juan José. **Elaboración de Proyectos de Investigación.**

Guatemala: XL Publicaciones. Segunda Edición, 1994. 75 pp.

Freedman, Alfred M.; Harold I. Kaplan y Benjamin J. Sadock. **Compendio de**

Psiquiatría. España: Salvat Editores, S.A., 1983. 919 pp.

Freud, Sigmund. **Obras Completas.** España: Biblioteca Nueva. Cuarta Edición,

1981. 1179 pp.

Jeammet, Ph., Reynaud, M., Consoli, S. **Manual de Psicología Médica.**

Barcelona: Toray-Masson, S.A., 1982. 344 pp.

Mackinnon, Roger A. y Robert Michels. **Psiquiatría Clínica Aplicada.** México:

Grupo Litomex, S.A., 1988. 432 pp.

Núñez, Rafael. **Aplicación del MMPI a la Psicopatología.** México: Editorial El

Manual Moderno. Tercera Edición, 1998. 495 pp.

Ritter, Joachim. **Subjetividad Seis Ensayos.** España: Editorial Alfa, S.A., 1986.

161 pp.

Taylor, Shelley E. **Psicología de La Salud.** México: Mc-Graw Hill Interamericana

Editores, S.A. de C.V. Sexta Edición, 2007. 558 pp.

Tecla J. Alfredo, Alberto Garza R. **Teoría, Métodos y Técnicas en la**

Investigación Social. México: Editorial Taller Abierto. Treceava Edición,

1982. 160 pp.

W. Machleidt, J.J. López-Ibor Aliño, M. Bauer, F. Lamprencht, C. Rohde-Dachser, HK. Rose. **Psiquiatría, Trastornos Psicosomáticos y Psicoterapia**. España: Masson, S.A. Séptima Edición, 2004. 531 pp.

Sitios Web consultados:

Adamson, Gladys. **Concepción de Subjetividad en Enrique Pichón Riviére**. 12/07/2010. <http://www.psicosocialdelsur.com.ar/contenido198c.html?idtexto=5>

A
N
E
X
O
S

Universidad de San Carlos de Guatemala
Escuela de Ciencias Psicológicas
Centro de Investigaciones en Psicología –CIEP’s -“Mayra Gutiérrez”
Responsable: Silvia Judith Orellana Escobar
Entrevista estructurada dirigida a: Pacientes

Anexo 1

Edad: _____	Religión: _____
Sexo: _____	Estado civil: _____
Escolaridad: _____	Procedencia: _____

1. ¿Motivo de consulta?

2. ¿Qué siente, que le acontece en este momento?

3. ¿Desde cuándo está enfermo?

Menos de 1 semana _____	Un mes _____
Una semana _____	Un año _____
15 días _____	Más de un año _____

4. ¿Con qué frecuencia se enferma?

Poco _____ Regular _____ Mucho _____

5. ¿Qué síntomas ha padecido últimamente?

6. ¿Cuál considera la causa de su enfermedad?

Orgánica (relativo a lo físico) _____
Psicológica (relativo a lo mental) _____
No sé _____
Otros _____

7. ¿Qué factores individuales considera que influyen en su enfermedad?

8. ¿Qué factores sociales considera que influyen en su enfermedad?

9. ¿Cómo se siente por su situación?

10. ¿Sabe qué son las enfermedades psicosomáticas? Si _____ No _____

11. ¿Sabe qué es terapia psicológica? Si _____ No _____

12. ¿Alguna vez ha asistido a terapia psicológica? Si _____ No _____

13. Describa el proceso terapéutico recibido (en caso afirmativo).

14. ¿Por qué motivo? (en caso negativo).

15. Describa cómo piensa que es el proceso psicoterapéutico (en caso negativo).

16. Observaciones:

Universidad de San Carlos de Guatemala
Escuela de Ciencias Psicológicas
Centro de Investigaciones en Psicología –CIEP’s -“Mayra Gutiérrez”
Responsable: Silvia Judith Orellana Escobar
Entrevista estructurada dirigida a: Directora de la Institución Anexo 2

1. ¿Qué características tiene la población atendida por la institución?

2. ¿Qué servicios brinda la institución?

3. ¿Qué opina en relación a las enfermedades psicosomáticas?

4. ¿Con qué frecuencia se atienden este tipo de enfermedades?

5. ¿Qué factores individuales y/o sociales considera que influyen en estos trastornos?

6. Observaciones

Universidad de San Carlos de Guatemala
Escuela de Ciencias Psicológicas
Centro de Investigaciones en Psicología –CIEP’s -“Mayra Gutiérrez”
Responsable: Silvia Judith Orellana Escobar
Entrevista estructurada dirigida a: Médicos

Anexo 3

1. ¿Cuáles son las enfermedades más comunes que atiende?

2. ¿Qué tipo de tratamiento recomienda comúnmente?

Médico _____ Psicológico _____ Otros _____

3. ¿Qué opina en relación a las enfermedades psicosomáticas?

4. ¿Ha detectado este tipo de enfermedades? Si _____ No _____

5. ¿Con qué frecuencia? Poco _____ Regular _____ Mucho _____

6. ¿Qué características tiene la población mayoritaria que tiene este tipo de enfermedad?

Edades aproximadas _____

Sexo _____

Condición socio-económica _____

Procedencia _____

7. ¿Qué factores individuales y/o sociales considera que influyen en estos trastornos?

8. Observaciones

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90
	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120
	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150
	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180
	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210
	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240
	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270
	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300
	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330
	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360
	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390
	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420
	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450
	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466	467	468	469	470	471	472	473	474	475	476	477	478	479	480
	481	482	483	484	485	486	487	488	489	490	491	492	493	494	495	496	497	498	499	500	501	502	503	504	505	506	507	508	509	510
	511	512	513	514	515	516	517	518	519	520	521	522	523	524	525	526	527	528	529	530	531	532	533	534	535	536	537	538	539	540
	541	542	543	544	545	546	547	548	549	550	551	552	553	554	555	556	557	558	559	560	561	562	563	564	565	566	567	568	569	570

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español
 Dr. S. R. Hathaway y Dr. J. C. McKinley
 Traducción y adaptación por el Dr. Rafael Núñez

D. R. © sobre esta versión por
 EL MANUAL MCKINLEY, S. A.
 1987

Versión de 1978

INSTRUCTIVO

- Todas las contestaciones tienen que ser marcadas en esta hoja de respuestas. Nunca escriba usted en el folleto.
- Los espacios enumerados corresponden a las frases en el folleto, decida usted como desea contestar las frases, y después marque el círculo correspondiente.

Ejemplo: Frase No. 1: **Me gustan las revistas de mecánica.**

Llene usted el círculo encima de la cifra, si le gustan las revistas de mecánica (al margen izquierdo de la línea correspondiente encontrará la letra **C** = cierto)

C	●	○	○	○	○	○
F	○	○	○	○	○	○

Llene usted el círculo debajo de la cifra si las revistas de mecánica no le gustan (al margen izquierdo de la línea correspondiente encontrará la letra **F** = falso)

C	○	○	○	○	○	○
F	●	○	○	○	○	○
- Hay que usar un lápiz negro y llenar completamente los círculos seleccionados.
- Si las frases no significan nada para usted, o usted no ve claro el significado, no marque nada.

TRATE USTED DE CONTESTAR CADA FRASE

PERFIL Y SUMARIO

MMPI 2-4 **INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español**
Starke R. Hathaway y J. Charney Mckinley

F
Femenino

Nombre _____ (letra de molde)

Dirección _____

Ocupación _____ Fecha de aplicación _____

Años escolares o estudios cumplidos: _____

Estado Civil _____ Edad _____ Referido por _____

NOTAS

Fracciones K				
#	1	2	3	4
30	15	12	6	6
29	15	12	6	6
28	14	11	6	6
27	14	11	5	5
26	13	10	5	5
25	13	10	5	5
24	12	10	5	5
23	12	9	5	5
22	11	9	4	4
21	11	8	4	4
20	10	8	4	4
19	10	8	4	4
18	9	7	4	4
17	9	7	3	3
16	8	6	3	3
15	8	6	3	3
14	7	5	3	3
13	7	5	3	3
12	6	5	2	2
11	6	4	2	2
10	5	4	2	2
9	5	4	2	2
8	4	3	2	2
7	4	3	1	1
6	3	2	1	1
5	3	2	1	1
4	2	2	1	1
3	2	2	1	1
2	1	1	0	0
1	1	1	0	0
0	0	0	0	0

Puntuación natural _____

Agregar factor K _____

Puntuación corregida _____

Firma _____ Fecha _____

PERFIL Y SUMARIO

MMPI 2-4 **INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español**
Starke R. Hathaway y J. Charney Mckinley

M
Masculino

Nombre _____ (letra de molde)

Dirección _____

Ocupación _____ Fecha de aplicación _____

Años escolares o estudios cumplidos: _____

Estado Civil _____ Edad _____ Referido por _____

NOTAS

Fracciones K				
#	1	2	3	4
30	15	12	6	6
29	15	12	6	6
28	14	11	6	6
27	14	11	5	5
26	13	10	5	5
25	13	10	5	5
24	12	10	5	5
23	12	9	5	5
22	11	9	4	4
21	11	8	4	4
20	10	8	4	4
19	10	8	4	4
18	9	7	4	4
17	9	7	3	3
16	8	6	3	3
15	8	6	3	3
14	7	5	3	3
13	7	5	3	3
12	6	5	2	2
11	6	4	2	2
10	5	4	2	2
9	5	4	2	2
8	4	3	2	2
7	4	3	1	1
6	3	2	1	1
5	3	2	1	1
4	2	2	1	1
3	2	2	1	1
2	1	1	0	0
1	1	1	0	0
0	0	0	0	0

Puntuación natural _____

Agregar factor K _____

Puntuación corregida _____

Firma _____ Fecha _____