



UNIVERSIDAD POPULAR AUTÓNOMA DEL ESTADO DE PUEBLA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**“Enfermedades Psicosomáticas y el
Ciclo de la Experiencia”**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA
CON ORIENTACIÓN EN GESTALT**

**PRESENTA
Martha Nava Flores**

SINODALES:

**Directora: Dra. Ma. del Carmen Peñalva Díaz
Secretario: Dr. Carlos Martínez Aguilar
Vocal: Dr. Samuel Mejía Rodríguez**

Puebla, Pue.

Agosto de 2003



UPAEP – Secretaría General

Dirección General de Apoyos Académicos

Dirección del Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación.

Biblioteca Central - **Karol Wojtyła**

Tesis Digitales Restricciones de uso:

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

El uso de textos, imágenes, gráficas, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente de donde la obtuvo mencionando el autor o autores involucrados en el documento.

Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

Carta al asesor.....	i
Resumen.....	ii
Agradecimientos y dedicatorias	

Capítulo I.

1.1. Introducción.....	1- 4.
1.2 Planteamiento del problema.....	4- 8.
1.3 Hipótesis.....	8- 9.
1.4 Objetivos.....	9.
1.5 Justificación.....	10- 11.
1.6 Definición de términos.....	12-14.

Capítulo II.

SALUD Y ENFERMEDAD.

2.1 Salud, salud física y salud mental.....	15-18.
2.2 La salud en la sociedad.....	18-19.
2.3 Enfermedad, enfermedad física y enfermedad mental.....	20-25.
2.4 Relación cuerpo mente.....	25-29.
2.5 Historia de las enfermedades psicosomáticas.....	30-33.
2.6 Enfermedades psicosomáticas.....	34-39.
2.6.1 Trastorno somatoforme.....	39.
2.6.2 Trastorno de somatización.....	40-41.
2.7 Mecanismos psicofisiológicos y su relación con los trastornos psicosomáticos.....	41-42.
2.8 Reacciones psicosomáticas.....	43-51.
2.9 Las emociones y las enfermedades psicosomáticas.....	51-56.
2.9.1 De la emoción a la lesión.....	56-61.
2.9.2 Colon irritable como enfermedad psicosomática.....	62-67.
2.9.3 La Gastritis como enfermedad psicosomática.....	67-75.
2.9.4 La Neurodermatitis como enfermedad psicosomática.....	75-80.

Capítulo III.

GESTALT

3.1 Antecedentes del enfoque gestalt.....	81-87.
3.2 Conceptos básicos de la teoría gestalt.....	87-94.
3.3 Ciclo de la experiencia.....	95-98.

3.4 Bloqueos en el ciclo de la experiencia	98-101.
3.5. Identificación de la Psicopatología en el ciclo de la experiencia.	102-106.
3.6 Autorregulación Organísmica.....	106-110.
3.7 Concepto de salud de acuerdo con la gestalt.....	110-114.
3.8 Concepto de enfermedad de acuerdo con la teoría gestalt.....	114-120.
3.9 Retroflexión.....	122-126.
3.9.1 La retroflexión y las enfermedades psicósomáticas.....	126-130.
3.9.2 Estrategias terapéuticas para la retroflexión.....	131-134.

Capítulo IV.

MÉTODO

4.1 Sujetos.....	135.
4.2 Muestreo.....	136.
4.3 Escenario.....	137.
4.4 Materiales.....	137.
4.5 Instrumentos.....	137-143.
4.6 Procedimiento.....	144.
4.7 Estadística.....	144.
4.8 Grupo psicósomático.....	145-146.
4.9 Resultados.....	147-151

Capítulo V.

ANÁLISIS CUALITATIVO.

5.1 Resultados cualitativos.....	152-159.
5.2 Discusión y conclusiones.....	159-161.

Referencias Bibliográficas.
 Apéndices A. CDEP.
 Apéndice B. TPG.

INDICE DE FIGURAS Y TABLAS.

Figura 3.1 Ciclo de la experiencia.....	97.
Figura 3.2 Hemiciclos del ciclo de la experiencia.....	98.

Figura 3.3 Bloqueos del ciclo de la experiencia.....	101.
Figura 3.4 Patología localizada en el ciclo de la experiencia.....	106.
Tabla 4.1 Variables sociodemográficas de la muestra.....	136.
Tabla 4.2 Análisis factorial del CDEP.....	139.
Tabla 4.3 Análisis de confiabilidad del CDEP.....	139.
Tabla 4.4 Correlación de reactivo total del TPG.....	143.
Tabla 4.5 Distribución de enfermedades psicosomáticas.....	148.
Tabla 4.6 Correlaciones entre los bloqueos y la enfermedad psicosomática, Medias y desviaciones estándar.....	147.
Tabla 4.7 Medias y desviaciones en el TPG por género.....	149.
Tabla 4.8 Medias y desviaciones de el TPG por NSE.....	150.
Tabla 4.9 Medias y desviaciones en el TPG por tipo de enfermedad.....	151.

Oficio No. 51/03

ASUNTO: ACEPTACIÓN DE TRABAJO DE TESIS

Puebla, Pue., a 10 de Julio de 2003.

Dr. José Angel Pejenaute Pejenaute
Director del Departamento de Humanidades
Presente

A través de este medio me permito saludarle y hacer de su conocimiento que la Lic. **MARTHA NAVA FLORES**, alumna de la Maestría en Psicología Clínica con orientación en Psicoterapia Gestalt, con número de matrícula 068131, ha terminado satisfactoriamente su trabajo de Tesis denominado: **LAS ENFERMEDADES PSICOSOMÁTICAS Y EL CICLO DE LA EXPERIENCIA**, y hago constar que ha cumplido con las exigencias y condiciones para ello establecidas, por lo que, como directora de la misma no tengo inconveniente en extender la presente para que inicie sus trámites de titulación.

Agradeciendo su atención me despido de usted.

Atentamente

Por la Cultura al Servicio del Pueblo


Dra. Ma. Del Carmen Peñalva Díaz
Coordinadora de Posgrados de Psicología

C.c.p. Interesada
C.c.p. Expediente

RESUMEN

Se ha comprobado que el estado emocional de las personas afecta el sistema inmune. Se poseen muchas experiencias que demuestran esta relación, por ejemplo cuando alguien sufre una contractura cuando estuvo abrumado por grandes preocupaciones. Hay ciertas enfermedades en la que esta incidencia es más evidente y son conocidas como psicosomáticas. La enfermedad psicosomática es una enfermedad real, en donde existe una disfunción en el organismo, sólo que el origen o las causas son emocionales. En esta investigación se buscaba probar la relación entre dichas enfermedades, en particular la gastritis, la colitis y la neurodermatitis, con el bloqueo de retroflexión del ciclo de experiencia del enfoque gestalt y la posible relación con otros bloqueos. La retroflexión se define como que un individuo se hace así mismo lo que quiere hacerle en realidad a los demás, y finalmente termina en una autoagresión.

Se trabajó con 123 estudiantes de bachillerato de una escuela particular: el 61% mujeres, el 38.2% hombres, de edades entre 14 y 20 años. De los cuales 39 alumnos padecían las enfermedades psicosomáticas mencionadas; además uno presentaba migraña y otro un desorden hormonal.

La hipótesis que se planteó fue la siguiente: Existe relación entre las enfermedades de gastritis, colitis y neurodermatitis y el bloqueo de retroflexión en las personas que las padecen.

No se comprobó estadísticamente dicha hipótesis; se aplicaron correlaciones de Spearman que resultaron no significativas.

Sin embargo los resultados aportan diferencias por género, nivel socioeconómico y tipo de enfermedad.

Se concluye que en dicha población las mujeres somatizan en comparación con los hombres; los hombres presentan el bloqueo de Desensibilización y el nivel socioeconómico bajo presenta puntajes más altos en fijación en comparación con el nivel alto y medio.

AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIAS.

A Dios, gracias por tu cercanía, por bendecirme tanto, por que me acompañas siempre en mi camino, por que me proteges. Por las fuerzas que me diste para terminar este proyecto. Te amo.

Al más grande amor de mi vida; gracias por tu capacidad de sorprenderte, por tu inocencia, por tu amor, por tus travesuras, por tu ternura, por tu inteligencia, por tus enojos, por tus ocurrencias, por que me enseñas algo todos los días y por la maravillosa experiencia de ser mamá.
TE AMO ANDY.

A mis mejores amigas Malú, Lety, Guille y Dolores, gracias por que el tiempo pasa, nuestra amistad perdura y el cariño crece. Las quiero mucho.

A mi Mamá y a mi Papá; gracias por el apoyo, los cuidados, el amor y por que siempre buscan mi bienestar. Los quiero mucho.

A Mtra. Paty Gutiérrez y Mtro. Manuel Ruiz por su apoyo incondicional, un agradecimiento especial a ambos con mi admiración, respeto y cariño.

A Cesar por la experiencia de compartir conmigo el cuidado y la educación de nuestro hijo. Gracias!!.

A la Doctora Mari Carmen Peñalva; gracias por tu tiempo y por tus enseñanzas.

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

Existen muchas evidencias que demuestran la existencia de una relación entre las emociones y el cuerpo. ¿Quién no se ha ruborizado alguna vez con un piropo? ¿Quién no ha sufrido una contractura cuando estuvo abrumado por grandes preocupaciones? ¿Quién no ha sentido que su corazón latía más de prisa al enfrentar alguna situación difícil?. Hay ciertas condiciones en las que estas incidencias son aún más evidentes, por ejemplo las enfermedades conocidas como psicosomáticas o trastorno de somatización.

Valdés (1983) comenta que al iniciarse la década 1961-1970, el psicoanálisis había creído en el lenguaje simbólico de los órganos y hablaba del síntoma como estrategia defensiva. Al mismo tiempo las teorías sobre la emoción estaban centradas en las manifestaciones psicofisiológicas de cada estado emotivo y habrían descubierto que la fisiología y la patología eran representables a lo largo de un continuum.

Goldman (1996) afirma que el ser humano se tiene que considerar dentro de un modelo biopsicosocial, o como unidad biopsicosocial, lo cual implica una interrelación constante entre esos ámbitos, donde cada uno influye y es influido por el otro.

Por ello, Mc Dougall (2002) resume que varias investigaciones demuestran que los factores psicológicos pueden desempeñar un

papel fundamental en la causa y curso de distintas enfermedades físicas. De hecho, cualquier trastorno médico lo considera potencialmente conceptualizado como psicológico. Este término, comenta el mismo autor, se ha utilizado para referirse a la multicausalidad e interrelación entre los factores biológicos y los psicosociales que colaboran en la historia de la enfermedad. Interpreta también que las personas que desarrollan dichas enfermedades tienen una tendencia a ignorar las señales de su cuerpo, o en el caso de ser registradas, las consideran desprovistas de importancia. Son individuos sobre adaptados, que ante momentos difíciles o traumatizantes parecen inquebrantables.

Mc Dougall (2002) analiza otra teoría: "la especificidad de respuesta", que se basa en la concepción de la debilidad genética de un órgano. Es decir, la persona tendría una parte de su cuerpo predispuesta a enfermar, independientemente del factor estresante. El tipo de enfermedad que puede surgir está determinado por el "eslabón más débil" dentro de un sistema funcional orgánico. Ante las mismas condiciones estresantes, un individuo más vulnerable (por constitución personal) es más probable que desarrolle un trastorno que otro individuo con menor predisposición. También refiere que en la actualidad las teorías tienden a ser explicaciones multifactoriales en vez de estar centradas en un único aspecto. Algunas sugieren incluso la existencia de un estilo emocional negativo, definido por el predominio de un complejo de variables emocionales como la ansiedad, la

depresión, la ira-hostilidad, que podría estar implicado en el desarrollo de múltiples trastornos físicos. Este tipo de evidencia sugiere la posibilidad de que exista un tipo general de persona predispuesta a la enfermedad caracterizado por la preponderancia de un estado emocional.

Séller (1989) manifiesta que las fuertes emociones producen en el organismo cambios fisiológicos que llevan a aumentar la frecuencia del ritmo cardiaco, la presión arterial y el ritmo de la respiración, sólo por mencionar algunas. Comenta también que cuando pasa la emoción no siempre la persona recobra su ritmo normal de vida y almacena tal tensión que puede desencadenar desarreglos orgánicos.

Lowen (1993) completa esta idea diciendo que en verdad la emoción incluye una energía y en realidad hay energía en todos los procesos de la vida, en el movimiento, en el sentimiento y en el pensamiento, además estos procesos pueden interrumpirse si falta al organismo energía. Por ejemplo el individuo deprimido lo está también en su energía. Los organismos vivos sólo son capaces de funcionar cuando existe equilibrio entre la carga y la descarga de su energía. Y si no existe dicho equilibrio el cuerpo y la mente se enferman.

Por ello cuando se habla de un equilibrio es importante mencionar un enfoque psicológico que toma en cuenta esto: el enfoque GESTALT.

Perls (1976) dice que el proceso homeostático es el proceso mediante el cual el organismo mantiene su equilibrio y por lo tanto su

salud. Y este proceso exige cierta capacidad de darse cuenta y cierta acción deliberada por parte del organismo, entonces los procesos psicológicos no pueden divorciarse de los procesos fisiológicos.

Por ello esta investigación relaciona el ciclo de la experiencia de la gestalt y las enfermedades psicosomáticas o trastornos de somatización, en las personas que padecen gastritis, colitis y neurodermatitis; sobre todo destaca los bloqueos que dichas personas tienen, en particular el bloqueo de retroflexión; que consiste en una agresión dirigida hacia la misma persona.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Goldman (1996) comenta que antes de iniciarse el siglo XX, la filosofía del dualismo cartesiano consideraba a la mente y el cuerpo como entidades separadas. Las religiones organizadas reclamaban para su dominio la mente y el espíritu, en tanto que se concedía el cuerpo a los médicos. Ahora se considera el espíritu a la religión, la mente a la psicología y el cuerpo a los médicos. Esta dicotomía se intensificó con el progreso científico a fines del siglo XIX. El descubrimiento de que los agentes causantes de enfermedades eran bacterias, puso de relieve los aspectos físicos de la medicina y también culminó en el concepto de la causalidad lineal: un tipo de bacterias produce directamente una enfermedad. Este concepto sobre simplificado de una causa unitaria de enfermedad para una

enfermedad específica influyó en el desarrollo de la teoría psicosomática.

Cannon (citado en Goldman, 1996), uno de los pioneros en la medicina psicosomática, observó que los efectos del temor y la ansiedad causaban situaciones urgentes con cambios fisiológicos, que preparaban a los seres a "huir o a luchar".

Seyle (1974) extendió los estudios de Cannon y postuló que el organismo entero reacciona al estrés; por ejemplo, el flujo sanguíneo puede desviarse desde el tubo gastrointestinal hacia el corazón, cerebro y musculatura durante el mismo. Esta adaptación ayudaría al organismo a afrontar el estrés a corto plazo, pero si este se prolonga, la adaptación puede dar como resultado aumento de la friabilidad de la mucosa gastrointestinal y por último ulceración de la misma.

Valdes (1983) manifiesta que en la investigación psicosomática se empieza a utilizar el término estrés como equivalente a sobrecarga de estímulos. Y resume que con el abandono del modelo estímulo-respuesta, estrés pasa a ser sinónimo de que el descontrol emocional constituye el primer paso hacia la disfunción.

Al paso de los años Alexander Lowen (1993) dice que el individuo es su cuerpo, que la persona es la suma total de sus experiencias vitales, cada una de las cuales está registrada en su cuerpo. Mente y cuerpo constituyen la misma cosa, están interrelacionados; lo que pasa en la mente pasa en el cuerpo y lo que pasa en el cuerpo pasa en la mente.

Goldman (1996) concluye que hay una interrelación entre el cuerpo (bio) y la mente o procesos mentales (psico) y la relación con el exterior o la zona externa social. Acepta en gran medida que los problemas biomédicos, por ejemplo ataques cardíacos, son influidos por factores psicosociales, como por ejemplo la muerte súbita de un ser querido: los problemas biomédicos, como un accidente vascular cerebral, pueden producir problemas de conducta y psicosociales, como la pérdida de trabajo o la disolución matrimonial.

Referente a la interrelación es importante destacar de qué manera las emociones en particular pueden alterar las funciones de los órganos.

Cameron (1982) explica que las enfermedades psicosomáticas tienen esta interrelación y son desórdenes en donde el paciente reacciona al estrés, tensión o ansiedad con un mal funcionamiento directo que incluso llega a provocar daños irreversibles en órganos y tejidos.

Perls (citado en Salama, 1992) manifiesta que obviamente ningún humano puede pasar su vida dejándole rienda suelta a cada uno de sus impulsos. Al menos algunos tienen que ser controlados. Pero el resistir impulsos destructivos deliberadamente es bastante diferente a volverlos contra uno mismo. Por ello las personas que tienen el bloqueo de retroflexión en el enfoque gestalt saben cómo trazar una línea demarcatoria entre él y el ambiente y dibuja una línea clara y nítida por la mitad, pero la traza por el medio de sí mismo.

Polster (citado en Salama 1992) plantea que existen dos niveles de toxicidad dentro de la retroflexión; el menos tóxico es aquel en el que el sujeto se da a sí mismo lo que necesitaría de otro; se toca, se compra cosas, etc. El otro nivel, más difícil de vencer, es aquel en el que esta atención a sus necesidades es mínima, "ha llegado a sentirse a sí mismo como intocable, ni siquiera puede auto gratificarse". Es importante considerar además que el ser humano es holístico, un evento se puede deber a muchos aspectos. Y uno de ellos podría ser que el individuo al elaborar psíquicamente un conflicto no logra una descarga física. Y como consecuencia puede aparecer una enfermedad psicosomática como los son: la gastritis, la colitis y la neurodermatitis.

Es importante responsabilizar a la gente que padece dichas enfermedades y reflexionar que han hecho ellas mismas para padecerla.

Valdés (1983) concluye que todo acto es un agente modificador de la psicofisiología del sujeto, de modo que bien puede afirmarse que cada acción provoca consecuencias tanto dentro como fuera del organismo.

Por ello el tema de investigación de este trabajo plantea las siguientes preguntas:

- 1) ¿Si existen enfermedades de tipo psicosomático como gastritis, colitis y neurodermatitis en los sujetos que participaron en la investigación, entonces necesariamente en su ciclo de la experiencia

aparecerá, de acuerdo con el modelo de la gestalt, el bloqueo de retroflexión en niveles significativos?

2) ¿Existen diferencias en el ciclo de la experiencia en personas con y sin gastritis, colitis y neurodermatitis?

3) ¿Existen diferencias en el grado de retroflexión entre las personas con y sin enfermedades psicósomáticas?

HIPÓTESIS

H₁: Si existen enfermedades de tipo psicósomático como gastritis, colitis y neurodermatitis entonces en su ciclo de la experiencia, de acuerdo con el modelo de la terapia gestalt, aparecerán niveles significativos de retroflexión.

Variable Dependiente: enfermedad psicósomática.

Variable Independiente: retroflexión.

H₂: Existen diferencias en el ciclo de la experiencia del modelo gestalt en personas con y sin enfermedades psicósomáticas.

Variable Dependiente: enfermedad psicósomática.

Variable Independiente: ciclo de la experiencia.

H₃: Existen diferencias en el grado de retroflexión entre las personas con y sin enfermedades psicósomáticas.

Variable Dependiente: gastritis, colitis y neurodermatitis.

Variable Independiente: retroflexión.

OBJETIVOS

Objetivo General: Determinar la relación del bloqueo de retroflexión del ciclo de la experiencia del modelo Gestalt y las enfermedades psicosomáticas de gastritis, colitis y neurodermatitis.

Objetivos Específicos:

- 1.- Describir las características del ciclo de la experiencia de la muestra de sujetos con gastritis, colitis y neurodermatitis.
- 2.- Identificar el grado de conciencia corporal en las personas enfermas de gastritis, colitis y neurodermatitis.
- 3.- Identificar la existencia de otros bloqueos del ciclo de la experiencia, de acuerdo al modelo de la gestalt, de las personas enfermas de gastritis, colitis y neurodermatitis.
- 4.- Destacar en los lectores la conciencia del contacto con su autorregulación orgánica.

JUSTIFICACIÓN

Existen pocos estudios relacionados con las enfermedades psicosomáticas, sobre todo con el enfoque gestalt, en particular con el ciclo de la experiencia y sus bloqueos de los que habla dicha teoría.

Lo relevante es que el trastorno de somatización o enfermedad psicosomática es un patrón de síntomas somáticos recurrentes, múltiples y clínicamente significativos, es decir que, requieren tratamiento médico.

Entonces, esto causa un deterioro evidente en la actividad laboral, social o en otras áreas importantes de la vida del individuo. Por ello es el momento de investigar más sobre este tipo de enfermedades, ya que las personas que las padecen generalmente no son conscientes de ellas, y puede ser causa de emociones mal trabajadas o manejadas o contenidas en el ser humano. Y qué mejor que el enfoque gestalt, que fomenta vivir en el momento presente, en el aquí y el ahora, en sí el trabajo sobre el estado anímico, y ubica en dónde el ser humano está bloqueando esta energía; se pueden encontrar las causas de su enfermedad, conectando la vida mental de las personas y la vida física. Por ejemplo de acuerdo con Jaret (2003) hay investigaciones que han demostrado que la depresión reduce la respuesta inmunológica y que la risa la incrementa. Las emociones son una energía básica y los motivadores de la conducta.

Lo esencial es crear un documento que haga reflexionar a los lectores sobre la conciencia corporal, sobre los mensajes que el cuerpo envía, en donde a veces lo hace incluso enfermándose, para manifestar lo que pasa en la vida interior; es importante aprender a guiarse intuitivamente por el organismo, permitir que la energía pueda fluir hacia fuera y más allá de uno mismo. Escuchar a la autorregulación orgánica, que implica la percepción, la aceptación de lo que existe y el surgimiento de la necesidad dominante. Y sobre todo satisfacer esta necesidad.

Manejar el estrés, para preservar no sólo la salud mental sino física. Por ejemplo el estrés crónico puede dañar el corazón y favorecer la obstrucción de las arterias.

Y así existen infinidad de trastornos somáticos. El Seguro Social es un ejemplo de que hay mucha enfermedad en la vida de las personas, está saturado de personas así; muchas de ellas pueden estar somatizando y no se le enseña a la gente, ni se les educa para trabajar su vida emocional.

Por ello este trabajo pretende investigar más y reflexionar sobre la relación de las enfermedades psicosomáticas y las emociones contenidas en particular.

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.

Autorregulación orgánica: proceso mediante el cual el organismo interactúa con su ambiente, sucede cuando el organismo lucha por mantener un equilibrio que continuamente es alterado por sus necesidades y recuperado por su satisfacción o su eliminación (Perls, 1976).

Colón irritable: alteración funcional de la motilidad del tracto intestinal (Belloch, 1996).

Emoción: reacción afectiva de gran intensidad acompañada por manifestaciones físicas (Dabray, 1986).

Enfermedad psicosomática: es toda alteración que afecta los órganos internos o de la función involuntaria o también a la imagen corporal como un todo, que están matizadas en su manifestación por las características particulares de la personalidad de cada sujeto (Zamora, 1996).

Gastritis: inflamación del estómago; es producida por sustancias que irritan la membrana de la mucosa del estómago (Pons, 1983).

Holismo: implica ver al ser humano como un organismo unificado, donde el todo es diferente a la suma de sus partes y que, alterada cualquier parte, se altera el todo (Perls, citado en Salama, 1996).

Metabolismo: proceso mediante el cual el organismo vivo desintegra los alimentos, los quema para crear su energía y los utiliza también para reconstruir las células orgánicas (Pons, 1983).

Neurodermatitis: afección cutánea que aparece en la piel sana, origina placas, liquenificaciones y prurito (Pons, 1983).

Región Epigástrica: cuadrante superior y central del estomago (Pons, 1983).

Retroflexión: es cuando alguien retrofecta una conducta, se trata a sí mismo como originalmente quería tratar a otras personas u objetos. Deja de dirigir sus energías hacia fuera en un intento de manipular y llevar cambios en el ambiente que le satisfarán sus necesidades; más bien, reorienta su actividad hacia adentro y se sustituye a sí mismo por el ambiente como objetivo del comportamiento (Perls, 1976).

Salud: es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (Organización Mundial de la Salud, citado en García, 1997).

Salud física: proceso dinámico de normalización vital que sin alteración física permite al individuo el pleno goce de la vida humana (Piedrola, 1990).

Sistema Inmune: designa un estado en el que el individuo, a consecuencia de un contacto previo con un agente infeccioso, ha logrado una defensa específica contra este agente, como bacterias y virus. Esta inmunidad depende de los anticuerpos que están presentes en el suero sanguíneo después de una infección o vacunación (Pons, 1983).

CAPITULO II

SALUD Y ENFERMEDAD.

2.1 SALUD, SALUD FÍSICA Y SALUD MENTAL.

A lo largo de la historia humana la gente siempre ha buscado estar con salud; incluso los científicos a diario buscan la cura para diversas enfermedades y hace muchos años también tenían sus remedios para curar y mitigar dolores físicos.

Sierra (1990) define la salud física como un estado del ser orgánico (personas en este caso) en que todas las funciones se realizan normalmente. Piedrola (1990) concuerda con esto y menciona además que la salud física no es un fenómeno estático, sino un proceso dinámico de normalización vital sin alteración física, permitiendo al individuo el pleno goce de la vida humana. La Organización Mundial de la Salud (1990) la define como el estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Pérez (1998) define la psicología de la salud como la suma de contribuciones educacionales, científicas y profesionales de la disciplina psicológica a la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de enfermedades, la identificación de la etiología y el diagnóstico de los factores asociados a la salud, la enfermedad u otras disfunciones

asociadas, así como el análisis y ayuda al sistema de salud y la formación política de la salud.

Por ello, de acuerdo con lo anterior y con Lowen (1993), el ser humano es un todo, no sólo es parte física, no sólo es cuerpo, sino también mente, procesos mentales; lo que pasa en el cuerpo pasa en la mente y viceversa. Destacando la enfermedad y la salud, es esencial tocar el tema de la salud mental.

La Salud mental, comenta Guinsberg (citado en García 1997), comprende el desarrollo óptimo de las aptitudes físicas, intelectuales y emocionales del individuo, en cuanto no contraríe el desarrollo de los otros individuos.

Para Carrol (1972) la salud mental incluye los siguientes aspectos:

- a) Respeto a la personalidad propia y de los demás; uno de los requisitos primordiales de la salud mental es que la persona se quiera a sí misma; el individuo normal se considera un miembro bien aceptado dentro del grupo social, supone que cae bien a la gente dentro del mismo y quiere a los demás.
- b) Reconocimiento de las limitaciones propias y ajenas; consiste en aprender a aceptar no sólo las condiciones del mundo exterior, aún siendo éstas muy difíciles, sino también a ese mundo tal cual es. El sujeto bien equilibrado es aquel que sabe aprovecharse de sus facultades y aceptar sus limitaciones.

- c) **Apreciación de la importancia que tiene la secuencia causal de la conducta. Nada ocurre sólo por que sí, existen razones para todo, incluso para la conducta humana, entender que la conducta es causada por uno mismo.**
- d) **Comprensión del impulso de Autorrealización; el comportamiento humano es dinámico. Toda persona va empujada a lo largo de la vida por deseos que piden ser satisfechos. La vida es una continua lucha por el alimento, por el calor, por el salir adelante, por el cariño, por la satisfacción sexual, por el pertenecer a algo, por la seguridad económica y por la tranquilidad. También es una constante lucha por la autorrealización. El individuo entonces reconoce la necesidad o el propósito en su vida.**

Posteriormente Pérez (1998) habla de un enfoque antropológico que constituye un aporte valioso para la implementación, la promoción, la prevención, asistencia y rehabilitación en la salud mental y considera que hay una estrecha relación entre las pautas culturales y el comportamiento sanitario de las personas, donde entran en juego las costumbres, los valores, mitos y creencias que incidirán en él. Este aporte coadyuva a considerar al individuo no sólo en su aspecto somático, sino como ser bio-psico-social integrado en un contexto cultural. Las pautas culturales se vinculan a lo relacionado con los procesos de salud y enfermedad, con la manera de vivir y sentir estos

estados del ser humano. Los problemas de salud y salud mental, por su multicausalidad y por el entrecruzamiento de los factores asociados cobran una dimensión importante en el hombre de la sociedad, por impregnar en la vida cotidiana manifestaciones tales como angustia y ansiedad, sensación de vacío, soledad y frustración, que dificultan la realización de un proyecto existencial. El contexto cultural puede actuar como factor predisponente, asociado a una multicausalidad, condicionante o precipitante, de trastornos psicopatológicos.

Pérez (1998) afirma que en el marco de las sociedades complejas se evidencia la incidencia de los factores culturales en el incremento de determinados fenómenos psicopatológicos, tales como las adicciones, depresiones, intentos de suicidio, bulimia, anorexia y diversas manifestaciones psicósomáticas, conductas psicopáticas, etc. Por lo tanto, un abordaje adecuado es el que plantea el enfoque interdisciplinario en salud, donde se da una interrelación que apunta a crear una especial confluencia para comprender al ser en forma integral, con sus componentes biológicos, psicológicos, socio-culturales y existenciales.

2.2 LA SALUD EN LA SOCIEDAD

Todos los seres vivos y los elementos inorgánicos del universo, unidos constituyen el campo o el ambiente, y el funcionamiento del ser humano exige el contacto con este medio.

Por ello, Latner (1978) opina que es evidente que las condiciones de la vida no siempre permiten al hombre satisfacer sus propias necesidades. Cuando tal cosa no es posible, los resultados no son tan buenos. Entonces comenta que la salud es la satisfacción de las necesidades del ser humano y la satisfacción de la sociedad en la que vive. La salud tiene más probabilidades de salir adelante en una situación que favorezca, que en un campo de concentración, y la inserción creadora satisface en tanto que se permita utilizar todos recursos de las persona.

El mismo autor resume que la salud no es equivalente a la felicidad, a estar hartado o con buen éxito. Es ante todo, integrar un todo completo con cualesquiera que sean las circunstancias en que la persona se encuentre. La salud es la integración del organismo y el ambiente a través de adaptaciones creadoras que se llevan a cabo por la formación y destrucción de gestalts. El equilibrio entre los conflictos internos y los que se presentan entre las necesidades sociales y personales deben ser resueltos y compatibles con un funcionamiento sano. Se necesita ser capaz de permanecer en marcha a pesar de los obstáculos y solucionar la situación, cualquiera que sea.

Entonces todo eso es salud y todo ser viviente pasa por periodos de salud y también de enfermedad; son dos realidades intrínsecas de la existencia.

2.3 ENFERMEDAD, ENFERMEDAD FÍSICA Y ENFERMEDAD MENTAL.

De acuerdo con Arredondo (2002) las enfermedades pueden aparecer en la vida del hombre desde su concepción en el seno materno e incluso afectar y determinar la existencia del individuo; por consiguiente, las causas y la cura de las mismas han sido estudiadas desde siempre. Los métodos que el hombre ha utilizado para recobrar la salud en todas las épocas, van desde el uso de plantas medicinales hasta poderosos fármacos; desde técnicas psicoterapéuticas hasta creencias supersticiosas; finalmente, lo que se busca es el bienestar integral y la salud.

Para Cohen (citado en Goldman, 1996), la enfermedad es una alteración de la salud. Para Sánchez (1985) la enfermedad es un conjunto de fenómenos que se producen en un organismo vivo que sufre la acción de una causa morbosa y reacciona contra ella. El mismo autor opina que la enfermedad física puede definirse como un trastorno de la función fisiológica del organismo. Es la enfermedad lo que usualmente identifica el médico, mientras que la dolencia es un estado subjetivo morboso que experimenta el paciente. Puede existir una enfermedad sin dolencia, la cuál no presenta síntomas y puede existir una dolencia sin enfermedad, como cuando un paciente se queja de no sentirse bien y el médico no puede encontrar algún trastorno orgánico.

De acuerdo con Pons (1983) las principales subdivisiones que caracterizan el progreso de una enfermedad son los términos aguda y crónica:

- a) **Enfermedad Aguda:** es la que aparece bruscamente y presenta síntomas intensos que desaparecen con relativa rapidez. La fase que sigue inmediatamente a la recuperación de una enfermedad se denomina convalecencia y el paciente convaleciente acusa durante un periodo ciertos efectos secundarios, especialmente cansancio. Se designa recaída de una enfermedad aguda, cuando la convalecencia es interrumpida por un nuevo brote de actividad del proceso que ya se creía curado. Generalmente su duración va de 3 a 7 días.
- b) **Enfermedad Crónica:** es aquella de carácter permanente o de larga duración, aún en el caso de que los síntomas puedan ser dominados por el tratamiento. La enfermedad crónica puede mejorar temporalmente y se trata entonces de una remisión o regresión espontánea de la enfermedad. En este caso la recaída se denomina exacerbación de la enfermedad. Si una enfermedad crónica va desarrollando síntomas más graves se dice que es progresiva, mientras que si permanece invariable se denomina estacionaria. Su duración es de 30 a 40 días.

Igualmente Goldman (1996) habla de la influencia de los factores a considerar en la etiología y el curso de una enfermedad y refiere los siguientes:

- a) **La Edad:** las personas pertenecientes a diferentes edades están expuestas a distintos problemas médicos. Las anormalidades congénitas y el nacimiento prematuro contribuyen a la mayoría de las muertes de lactantes durante su primer año de vida. Muchas de ellas se relacionan con factores de riesgo materno durante el embarazo, como malnutrición, tabaquismo, consumo de drogas, embarazos, embarazos después de los 38 y falta de atención prenatal. Y quienes rebasan los 65 años sufren predominantemente enfermedades crónicas como artritis, hipertensión y enfermedades cardíacas.
- b) **El sexo:** las diferencias entre la longevidad entre varones y mujeres, parecen resultar de una interacción de procesos filológicos, psicológicos y sociales. Los índices de mortalidad prenatal y neonatal para varones son superiores a los de las mujeres, lo que indica una vulnerabilidad fisiológica.
- c) **La clase social:** es un factor primario en el rumbo y el desarrollo de muchas enfermedades. Mientras más baja sea la clase social más vulnerable se es a la enfermedad y a la muerte.
- d) **La familia:** esta influye en el desarrollo y el curso que toma la enfermedad de por lo menos 3 maneras:

- El estilo de vida de una familia influye de manera decisiva; los patrones que sigue una persona para comer, beber, así como para el uso del tabaco y otras drogas. Las actitudes hacia el cuidado corporal, la limpieza y las medidas sanitarias preventivas que se aprenden a una edad temprana y se refuerzan dentro del contexto familiar. Si todos los miembros de una familia están *excedidos de peso, por ejemplo, o si todos fuman y abusan del alcohol*, aumentan las posibilidades de que los nuevos miembros incorporen estas conductas para el detrimento de su salud futura.
- La familia puede influir en la salud y enfermedad de sus miembros mediante sus patrones de interacción.
- La familia puede actuar como un amortiguador para cierto tipo de enfermedades. No están completamente claros los mecanismos por los cuales la interacción familiar ayuda a sus miembros a disminuir su vulnerabilidad a la enfermedad. Sin embargo abundan las evidencias de que la presencia de varios apoyos sociales tiene una influencia positiva tanto en los estados psicológicos y la *proporción de enfermos*, así como la adaptación de los regímenes del tratamiento y la experiencias de recuperación.

Vogt (citado en Goldman, 1996) comenta que hay datos de que el estrés psicológico, especialmente en ausencia de apoyos sociales, contribuye a las enfermedades tanto físicas como psicológicas.

Por lo tanto surge la necesidad de definir también a las enfermedades mentales.

En una enfermedad mental o emocional, lo mismo que con las enfermedades físicas, los factores sociales tienen una función importante.

Goldman (1996) explica el concepto de trastorno mental escrito en el DSM-IV. Refiere que al igual que muchos conceptos en ciencia y medicina, es inherentemente difícil proporcionar una definición de trastorno mental que se tome en cuenta con precisión para todas las situaciones.

De acuerdo con Goldman (1996) el DSM IV dice: Cada trastorno mental se conceptúa como una conducta clínicamente significativa o síndrome o patrón psicológico que ocurre en un individuo y esta asociado con enfermedad actual (un síntoma doloroso) o incapacidad (deterioro en una o más áreas importantes del funcionamiento) o con un riesgo aumentado de manera significativa de sufrir muerte, dolor, incapacidad o una pérdida importante de la libertad. También se observa que una respuesta que se espera o se sanciona culturalmente para un evento en particular (por ejemplo, duelo por la pérdida de un ser querido), no debe considerarse un trastorno. Las circunstancias de

conductas desviadas o los conflictos con la sociedad, tampoco deben considerarse trastornos mentales, a menos que el conflicto represente una disfunción individual como ya se ha detallado. Existe una clasificación , un resumen de los cinco ejes diagnósticos del DSM IV, para ubicar los trastornos:

Eje I . Trastornos clínicos. Otras enfermedades que puedan ser foco de atención clínica.

Eje II. Trastornos de personalidad y retardo mental.

Eje III. Alteraciones médicas generales.

Eje IV. Problemas psicosociales y ambientales.

Eje V. Valoración global del funcionamiento.

De acuerdo con Goldman (1996) existe en el DSM IV el trastorno somatoforme, donde esta incluido el trastorno por somatización, que es el que confiere a esta investigación, por orden se definirá más adelante. Para introducir esto se repasa a continuación la unión cuerpo mente antes de llegar a los trastornos.

2.4 RELACIÓN CUERPO Y MENTE.

Friedman (2002) comenta que siempre existe una relación mente y cuerpo, por cada pensamiento hay una reacción química en el cuerpo. Por ejemplo: ¿Cuántas la veces la tensión ha terminado en un infarto?, un coraje recae en el hígado, un susto en diabetes, etc. De acuerdo con dicho autor todo tiene una razón y es porque cada

pensamiento o emoción libera sustancias químicas que ayudan ya sea al buen funcionamiento del cuerpo o a liberar sustancias tóxicas que lo envenenan e impiden su función natural. Por eso existen enfermedades incurables, porque la medicina tradicional no estudia la relación alma-cuerpo del ser humano, estudia solamente el cuerpo físico, descartando a el alma; en el cuerpo no reside la raíz del problema en ningún caso, el cuerpo es reflejo de lo que sucede en el interior, en el alma, en la mente. Por ello el equilibrio de las emociones da al cuerpo el equilibrio físico que necesita.

Lowen (1993) afirma que mente y cuerpo constituyen en realidad una misma cosa. Comenta que el individuo es su cuerpo; dice que no hay persona que exista separada del cuerpo vivo en el que tienen su ser y a través del cual se expresa y se relaciona con el mundo que lo rodea; el cuerpo entonces expresa lo que la persona es .

Dicho autor también afirma que cuanto más vida tenga el cuerpo, más se está en el mundo; cuando el cuerpo pierde algo de su vitalidad, por ejemplo cuando se esta agotado, la persona tiende a retirarse. El mismo efecto produce la enfermedad, que provoca un estado de retiro. Esto no es un secreto, la gente lo siente, como siente su fatiga o su enfermedad. La persona es por lo tanto la suma total de sus experiencias vitales, cada una de las cuales está registrada en su personalidad y estructurada en su cuerpo. Lo que siente el hombre puede leerse también en la expresión de su cuerpo. Las emociones son hechos corporales, son literalmente movimientos o alteraciones

dentro del cuerpo, que generalmente se traducen en alguna acción exterior. La ira por ejemplo, produce tensión en los dientes o brazos. Se conoce al individuo enojado por su cara sonrojada, sus puños apretados y la contracción torva (irritado) de su boca. El amor suaviza, por el contrario, todos los rasgos fisonómicos y llena de color la piel y los ojos.

Kepner (1992) coincide con estos argumentos y comenta que ver a la persona como un todo mayor que la suma de sus partes es verla como todas las partes: cuerpo, mente, pensamiento, sentimiento, imaginación, movimiento y así sucesivamente; pero no cualquiera de sus partes. Comenta el mismo autor que la persona es el funcionamiento integrado de los variados aspectos del todo en el tiempo y en el espacio. Desde esta perspectiva, tratar un aspecto exclusivo de la persona o identificar una parte como la causa del problema es fragmentar artificialmente lo que es en realidad una unidad en funcionamiento.

También explica esta unión cuerpo y mente de la siguiente manera: comenta que un enfoque integrado de la persona intenta mirar cualquier proceso (como un conflicto, un tema vital o un síntoma físico) como parte de un todo mayor, que incluye aspectos somáticos y psicológicos. Cualquier problema psicológico (por ejemplo un conflicto entre las partes de sí mismo, un trauma emocional, una interacción inconclusa) es parte de una gestalt (de un todo) mayor que incluye la expresión física de ese dilema (por ejemplo, patrón de tensión, modo

de sostener el cuerpo, inhibiciones en la respiración). Cualquier síntoma somático, como una tensión crónica o una distorsión de la postura, es una expresión de un todo mayor que incluye un dilema psicológico y es parte de su expresión. Es decir, procesos físicos como postura, contención muscular y perturbaciones somáticas, son vistos como expresiones significativas de la persona. Considera que tanto los procesos físicos como los psicológicos son aspectos del mismo todo (persona/organismo). Y el proceso psicológico que se expresa verbalmente (por ejemplo conflictos o creencias) está implícitamente conectado a sus expresiones corporales. Como consecuencia el conflicto mental causa los síntomas físicos. La visión integrada considera a ambas partes (mente y cuerpo) como partes de una expresión unitaria o en términos del enfoque Gestalt, del organismo.

Maudsley (citado en Haynal, 1984) le da importancia a esta conexión entre cuerpo y mente y en particular reflexiona sobre las emociones y la conexión corporal y afirma que si la emoción no se libera se fija en órganos y trastorna su funcionamiento. La pena que se puede expresar mediante gemidos y llantos se olvida con rapidez, mientras que la pena muda roe el corazón continuamente y acaba por romperlo.

Grinker (citado en Haynal, 1984) complementa esta idea y habla de un enfoque llamado psicósomático, en donde engloba la totalidad de los procesos integrados de transacciones entre muchos sistemas:

somático, psíquico, social y cultural. De hecho comenta que la noción de psicósomática no se refiere ni a la fisiología o la patofisiología, ni a la psicología o la Psicopatología, sino a un concepto de proceso entre los sistemas vivos y su elaboración social y cultural.

Lowen (1993) manifiesta que en una personalidad sana, los niveles mental y físico de actividad cooperan para promover su bienestar, en cambio en una personalidad trastornada hay áreas de emoción y conducta en que estos niveles o aspectos de la personalidad están en conflicto.

Sandín (2002) coopera con estas ideas y comenta que la energía de una emoción por salir condiciona un estado de angustia y ansiedad, y el individuo que no tiene la capacidad de captarlo o enfrentarlo, lo manifiesta de otra manera; esta energía puede salir entonces en enfermedades, depresiones, trastornos obsesivos compulsivos y hasta psicosis. Y en el caso de que la energía salga por enfermedades, comenta el autor que dicha energía busca un órgano blanco u órgano de choque y puede ser cualquier parte del cuerpo: cerebro, piel, estómago, etc. Y lo enferma. Y surge lo que actualmente se conoce como Enfermedades Psicósomáticas o Trastorno por somatización.

2.5 HISTORIA DE LAS ENFERMEDADES PSICOSOMÁTICAS.

Lacovella (2002) comenta que la historia de la medicina psicosomática corre paralelamente a la historia de la humanidad. Sociedades primitivas decían que una enfermedad estaba causada por poderes espirituales y debía combatirse con métodos espirituales. Entendiéndose por espiritualidad lo que hoy se denomina como factores psicológicos.

De acuerdo a Arredondo (2000) a finales de la civilización griega y principios de la romana, Galeno postula que la enfermedad está causada por alteraciones en los fluidos del cuerpo. La medicina entonces adopta una visión holística de la enfermedad. Refiere también que el término de "psicosomática" fue introducido en 1818 por Heinroth, internista y psiquiatra, para describir la influencia de las pasiones sexuales en la tuberculosis, epilepsia y cáncer, mientras que el término somatopsíquico lo acuñó en 1828 para referirse a las enfermedades corporales que modifican el factor psíquico. Sin embargo es hasta la segunda década del siglo XIX cuando se observa en realidad la importancia de la influencia del aspecto psicológico en la etiología de las enfermedades y comenta que después de que aparece el psicoanálisis, los psicoanalistas introducen el término de conversión como mediador entre la enfermedad física y los aspectos psicológicos; esto llevó a un discurso psicopatológico-somático donde se habla de

neurosis de órganos y enfermedades como la hipertensión, artritis reumatoide, tirotoxicosis, úlcera péptica, colitis, etc. Y son consideradas entonces como trastornos psicosomáticos. Freud (1900) dice que los síntomas aparecen cuando un afecto asociado a una idea entra en conflicto y es reprimido. Esto lleva a la conversión somática, es decir, el conflicto no está en la mente, sino que se manifiesta en el cuerpo. Ferenczi (1920) interpretó los síntomas psicosomáticos como reacciones de conversión y fue el primero en aplicarlos a enfermedades como la colitis.

Adler (1907) señaló que ciertas predisposiciones constitucionales familiares estaban relacionadas con sistemas específicos de órganos y que estos marcaban pautas psicológicas de autominusvaloración, ansiedad e inhibición, es decir, cada hombre tiene una deficiencia en alguna parte de su herencia orgánica y los conflictos se localizan en los sistemas y aparatos corporales. Esta teoría de Adler influyó poderosamente en la medicina psicosomática. Y Wolf (1953) destaca conceptos de estrés psicológico y el énfasis en emociones conscientes. Decía que si se prolonga el cambio fisiológico, puede dar lugar a un cambio estructural.

Goldman (1996) igualmente resume los orígenes de los desordenes psicosomáticos y dice que antes de iniciarse el siglo XX, la filosofía del dualismo cartesiano consideraba a la mente y al cuerpo como entidades separadas. Las religiones organizadas reclamaban

para su dominio el espíritu, la psicología la mente, en tanto que se concedía el cuerpo a los médicos. El descubrimiento de los agentes causantes de enfermedades, que eran las bacterias, puso de relieve los aspectos físicos de la medicina y también culminó en el concepto de la causalidad lineal: un tipo de bacterias produce directamente una enfermedad. Este concepto sobre simplificado de que una causa unitaria origina una enfermedad específica limitó el desarrollo de la teoría psicosomática durante varios decenios.

Canon (citado en Goldman, 1996), uno de los pioneros de la medicina psicosomática, llevo a cabo complicados experimentos de laboratorio que estudiaron los efectos del temor y la ansiedad en los animales. Observó que éstos reaccionaban a las situaciones urgentes con cambios fisiológicos adaptativos que los preparaban para luchar o huir. Supuso que el mecanismo consistía en inhibir funciones anabólicas y activar las funciones catabólicas; así se proporcionaba a los animales la energía necesaria para hacer frente a la situación urgente.

Seyle (citado en Goldman, 1996) extendió los estudios de Canon. Postuló que el organismo entero reacciona al estrés; por ejemplo, el flujo sanguíneo puede desviarse desde el tubo gastrointestinal hacia el corazón, cerebro y musculatura durante el mismo. Esta adaptación ayudaría al organismo afrontar el estrés a corto plazo, pero si éste se prolonga, la adaptación podría dar por

resultado un aumento de las sustancias de la mucosa gastrointestinal y, por último, ulceración de la misma. Además considera, que el estrés puede causar estragos en la salud, sobre todo el estrés sostenido. También es relevante identificar cómo el sistema inmune colabora para que un desorden de este tipo surja.

Kaplan (2000) explica que la función principal del sistema inmune consiste en identificar y eliminar las sustancias extrañas que entran en contacto con el organismo. Estas sustancias extrañas, destaca dicho autor, son denominadas antígenos, e incluyen los virus, las bacterias, los parásitos y los hongos. El sistema inmune está compuesto por un conjunto de células que se originan en la médula ósea, que posteriormente se van concentrando en distintos órganos como el timo, el bazo, los órganos linfáticos periféricos y los ganglios linfáticos. Destaca cómo varios estudios han demostrado la influencia del estrés psicosocial y del estado de ánimo, en particular la depresión, en el sistema inmune. Los factores vitales importantes como eventos relacionados con pérdidas, desempleo, estrés académico, divorcio y separación han sido identificado como factores que favorecen una disminución de la inmunocompetencia. Es decir el sistema inmune por estos acontecimientos disminuye su funcionalidad; y el ser humano queda expuesto a contraer una serie de enfermedades que van desde enfermedades infecciosas hasta cáncer.

Entonces surgen las llamadas enfermedades psicosomáticas, en donde la etiología de la enfermedad es por factores psicológicos.

2.6 ENFERMEDADES PSICOSOMÁTICAS.

Sadock (1997) señala que las ideas y tradiciones acerca de lo que es el cuerpo y la mente están basadas en conceptos obsoletos, ideas que pueden reducirse al nivel de creencias. La gente, comenta el autor, está acostumbrada a sentirse como seres separados, como si el ser humano fuera una simple máquina. Si esta máquina se descompone, solamente tiene que ser arreglada. Si duele la cabeza, una aspirina acabará con el dolor, si se sufre de insomnio, una pastilla para dormir hará que se vuelva a conciliar el sueño. Pero el cuerpo no es una máquina robotizada que solo responde a medicamentos, es un ser perfecto que responde a una programación, la cuál se produce en la mente. Mente y cuerpo están unidos, el cuerpo es el reflejo de la programación mental. El cuerpo físico es sólo un reflejo de lo que sucede en el interior de la persona; un cuerpo enfermo corresponde a un alma enferma, a una mente programada con ideas, creencias, actitudes y emociones negativas. Incluso Sadock (1997) afirma que el 99% de las enfermedades son psicosomáticas, que son enfermedades creadas por la mente. Si se sana el alma, el resultado será una vida armónica y por lo tanto un físico armónico también.

Sánchez (1985) refiere que las perturbaciones emocionales están unidas a un exceso de actividad fisiológica, que puede producir enfermedades e incluso la muerte. Por eso surge también una medicina psicosomática. También comenta que la medicina

psicosomática es un rama de la ciencia médica que estudia la relación entre la vida mental y las funciones físicas, particularmente con respecto a la etiología de la enfermedad. Ya que los factores físicos y mentales se influyen entre sí, por ejemplo es frecuente que una infección produzca alteraciones mentales y que los trastornos hormonales puedan reflejarse también en anomalías mentales. De la misma forma la tensión mental puede abrir un camino a la enfermedad física, las tensiones y preocupaciones pueden producir por ejemplo, úlceras gástricas, siendo particularmente responsables el sistema nervioso y los factores hormonales.

Haynal (1984) influye en el enfoque psicosomático y dice que se caracteriza porque:

1. Pretende idealmente ser una síntesis, en función de un enfermo individual, de todas las explicaciones procedentes de horizontes diversos; una práctica integrativa que supondría que el médico posee la capacidad de asimilar y relacionar informaciones obtenidas por distintos métodos (exámenes clínicos, de laboratorio, observación de la relación médico-enfermo, expresiones psíquicas del individuo, informaciones procedentes de la familia y de su medio ambiente). Buscar una aproximación al hombre enfermo en su totalidad y no a una enfermedad aislada de su contexto.

2. Con un equipo multidisciplinario, hace hincapié en la importancia de la investigación de las interacciones psique-soma.
3. Toma en cuenta que la experiencia emocional determina el vínculo entre los fenómenos psíquicos, incluso en el caso de emociones abortadas o frustradas que sólo se manifiestan a través de cambios de ciertos parámetros corporales, sin que la emoción llegue a la conciencia.

Lo grave de las enfermedades psicosomáticas es que pueden llevar a lesiones orgánicas o de tejidos irreversibles.

Zamora (citado en Salama, 1996) define las enfermedades psicosomáticas como toda alteración que afecta los órganos internos o de la función involuntaria o también a la imagen corporal como un todo; que están matizadas en su manifestación por las características particulares de la personalidad de cada sujeto.

Cameron (1982) destaca que el paciente psicosomático, a pesar de sus problemas físicos, sigue teniendo un sistema de ego (estructura yoica) sumamente organizado, tiene riqueza de pensamiento. Incluso un desorden psicosomático se pone en lugar de una situación intolerable física real o aparente. En lugar de volverse neurótica o psicótica, la persona enferma físicamente. Menciona también que se asocia a las enfermedades psicosomáticas con ansiedad difusa y agresiva. O también el paciente puede utilizar su enfermedad física

como medio para obtener el interés, el cuidado y el afecto que ha estado necesitando siempre, pero no pudo tener cuando estuvo sano.

A continuación se mencionan afirmaciones hechas por Valdés (1983) referente a las enfermedades psicosomáticas o trastorno de somatización:

Señala que el psicoanálisis influyó para entender la enfermedad psicosomática. Dicho autor explica además que existe una relación entre los sistemas del organismo y el síntoma psicosomático; la respuesta permitiría determinar la base fisiopatológica de disfunciones tradicionalmente explicadas en términos de causalidad psicofísica. El recelo con que la medicina ha recibido siempre proposiciones etiopatogénicas del tipo ulcera-conflicto, empieza a desaparecer cuando se recurre a la terminología anatomofisiológica.

El empleo de esta terminología, subraya Valdés (1983), no significa la negación del papel causal desempeñado por fenómenos inequívocamente psicológicos; al contrario, se trata de proponer una base material para ellos, sin acogerse al dualismo mágico, a la mezcla de niveles de abstracción o al empirismo de la inferencia clínica. De esa manera el fenómeno psicológico es reductible a sus consecuencias operantes y, desde ellas, a un sustrato psicofisiológico preciso.

Entiende la emoción como el resultado funcional de una interrelación de subsistemas nervioso centrales y sí, como se ha comprobado, el síntoma psicosomático emerge a partir de la disfunción

emocional, es claro que tal síntoma dependerá en gran medida de la psicofisiología ventricular. Desde la perspectiva de este autor, la enfermedad psicosomática entonces no sólo es el resultado de la acción morbosa del estrés, sino la consecuencia funcional de un subsistema nervioso central. Además subraya la permanencia de las hipótesis que vinculan síntoma y vida emocional.

Alexander (citado en Goldman, 1996) constituye además tres factores necesarios para que el individuo padezca una enfermedad psicosomática:

1. El individuo debe tener un grupo específico de conflictos psicológicos o hasta factores inespecíficos. Por ejemplo la pérdida de una persona significativa para el sujeto o de una situación que aporta seguridad o de emociones que no han tocado a la conciencia.
2. Debe ocurrir una situación específica que desencadene la iniciación de la enfermedad. Como por ejemplo algún factor estresante específico, como un divorcio o la muerte del cónyuge. Se sugiere que conflictos específicos y personalidades de los individuos se asocian con enfermedades psicosomáticas concretas. Es decir, hay un condicionamiento a nivel de los órganos probablemente por mediación del sistema neuroendocrino.

3. El individuo debe tener una vulnerabilidad constitucional, un factor "X" que lo predisponga biológicamente a esta enfermedad específica.

Por lo tanto, se habla en este último punto de un estresor inespecífico, llámese ansiedad u otro factor, que posee correlatos fisiológicos que, combinados con la vulnerabilidad genética u orgánica, predisponen a ciertas personas a padecer trastornos psicosomáticos.

2.6.1. Trastornos Somatoformos.

De acuerdo con el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV) (1997) la característica común de los trastornos somatoformos es la presencia de síntomas físicos que sugieren una enfermedad médica y que no pueden explicarse completamente por la presencia de una enfermedad, por los efectos directos de una sustancia o por otro trastorno mental. Los síntomas pueden presentar malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. A diferencia de lo que ocurre en los trastornos facticios y en la simulación, los síntomas físicos no son intencionados, es decir bajo control voluntario. Los trastornos somatoformos se diferencian de los factores psicológicos que afectan el estado físico por la ausencia de una enfermedad médica diagnosticable que pueda explicar por completo todos los síntomas físicos. Y un trastorno somatoforme es el trastorno de somatización.

2.6.2. Trastorno de Somatización.

El DSM IV (1997) dice lo siguiente del trastorno de somatización o enfermedades psicosomáticas:

Es un trastorno polisintomático que se inicia antes de los 30 años, persiste durante varios años y se caracteriza por una combinación de síntomas gastrointestinales (náuseas, distensión abdominal, vómitos, diarrea o intolerancia a diferentes alimentos) , sexuales (indiferencia sexual, disfunción eréctil o eyaculatoria, menstruaciones irregulares), pseudoneurológicos (parálisis o debilidad muscular localizada, dificultad para deglutir, sensación de nudo en la garganta, retención urinaria, pérdida de conciencia distinta del desmayo) y dolor.

- a) Características diagnósticas: la característica esencial del trastorno de somatización es un patrón de síntomas somáticos, recurrentes, múltiples y clínicamente significativos. Se considera que un síntoma somático es clínicamente significativo si requiere tratamiento médico, es decir cuando se requiere tomar un medicamento, o causa un deterioro evidente de la actividad social. Debe existir una historia de dolor relacionada con zonas como por ejemplo, cabeza, abdomen, espalda, articulaciones, extremidades, tórax, recto, o con diversas funciones como menstruación, coito, micción, etc.

b) **Curso:** el trastorno de somatización es una enfermedad crónica, es poco frecuente que pase más de un año sin que el individuo que la padece no busque ayuda médica por síntomas somáticos inexplicados. Los primeros síntomas pueden empezar a presentarse ya durante la adolescencia; en las mujeres las irregularidades menstruales constituyen uno de los signos que se manifiesta con más prontitud. Y se ha observado que el 10-20% de las mujeres parientes de primer grado de estos enfermos presentan también trastorno de somatización.

Es importante recalcar que los síntomas no se producen intencionalmente y no son simulados (a diferencia de lo que ocurre en el trastorno facticio y en la simulación).

2.7 MECANISMOS PSICOFISIOLÓGICOS Y SU RELACIÓN CON LOS TRASTORNOS PSICOSOMÁTICOS.

Haynal (1984) considera que los fenómenos somáticos acompañan a las diferentes emociones o afectos. Y expone dos categorías:

1. **La angustia;** señala el peligro. Se habla de miedo si el peligro es inmediato, por ejemplo encontrarse frente a un enemigo, y de ansiedad o angustia cuando el peligro tiene un carácter menos definido, cuando no se sabe qué es lo que la está provocando. La ansiedad tiene reacciones neurofisiológicas como las

reacciones de alerta o de alarma en el caso de un ataque sorpresa.

Comenta el mismo autor que los síntomas somáticos que acompañan a la angustia, simpático tónicos, forman parte de la reacción de alarma de Canon: midriasis, palidez del rostro, sudoración profusa, sequedad en la boca, diarreas, anorexia, insomnio, disminución de la libido, hipertensión, hiperglucemia.

2. La depresión; que señala la pérdida, el cambio, que tiene para el individuo un sentido negativo. Reacciones opuestas a lo anterior, parasimpaticotónicas acompañan a los sentimientos depresivos: bradicardia, sequedad de la piel, constipación, bulimia, hipotensión, hipoglucemia, etc.

Y cuando estos trastornos van acompañados de modificaciones corporales duraderas, hay una distonía neurovegetativa. Entonces en el corazón hay palpitaciones, taquicardia, disritmia, en el sistema digestivo gastralgias, espasmos, náuseas, vómitos, por mencionar algunos ejemplos.

Haynal (1984) también dice que los síntomas pueden verse investidos de una cierta expresividad; por ejemplo las tendencias retentivas se manifestarían por la constipación, el vómito podría ser la expresión simbólica de algo insoportable que se tiene en el estómago; estos síntomas son la expresión, a través del lenguaje del cuerpo, de un contenido psíquico. Por lo tanto, cada órgano puede expresar por un síntoma la angustia o la depresión, eliminando así estos afectos.

2.8 REACCIONES PSICOSOMÁTICAS.

Coleman (citado en Whittaker, 1991) subraya que en las enfermedades psicosomáticas se producen enfermedades genuinas. Aquellas enfermedades que de hecho son de naturaleza orgánica verdadera, pero que han sido precipitadas por algún desajuste crónico. Son trastornos del ajuste que se han asociado con ciertos procesos corporales, de tal manera que producen una enfermedad orgánica verdadera, sólo que el desajuste crónico o el problema emocional son el factor primario y el trastorno orgánico es el secundario. Afirma que existen 10 grupos o tipos de reacciones o desarreglos fisiológicos con componente psicosomático:

1. Reacciones cutáneas: como el eccema alérgico, algunos casos de urticaria y de acné, neurodermatitis y otros trastornos en que los factores emocionales desempeñan el papel más significativo en la producción de estas enfermedades.
2. Reacciones esqueléticas: como dolor de espalda, calambres musculares y ciertos tipos de reumatismo, lumbago, ciática y artritis.
3. Reacciones respiratorias: incluidos algunos casos de asma, rinitis espástica, bronquitis de repetición y fiebre del heno.
4. Reacciones cardiovasculares: comprenden algunos ataques al corazón, presión arterial elevada y dolores de cabeza de tipo

migraña. Además posiblemente algunas formas de trombosis coronaria y angina de pecho.

5. **Reacciones sanguíneas y linfáticas:** comprenden cualquier trastorno de los aparatos sanguíneo y linfático, en el que los factores emocionales son básicamente la causa, como la anemia hipocrómica idiopática.
6. **Reacciones gastrointestinales:** como úlcera duodenal, colitis, gastritis, estreñimiento, pirosis, pérdida de apetito, hemorroides y enfermedades de la vesícula biliar.
7. **Reacciones genitourinarias;** como algunos tipos de trastornos menstruales, micciones dolorosas y constricción dolorosa de la vagina que interviene en algunos casos de frigidez, leucorrea, fibrosis uterina e hipertrofia de la próstata.
8. **Reacciones endocrinas:** comprenden el aumento del tamaño de la glándula tiroides, con los síntomas concomitantes del hipertiroidismo por ejemplo.
9. **Reacciones del sistema nervioso:** incluyen reacciones de ansiedad, pérdida de fuerzas con fatiga y dolores musculares, Corea.
10. **Reacciones de los órganos de los sentidos:** incluyen trastornos como conjuntivitis crónica, es decir inflamación de la delicada membrana que recubre los párpados. Nistagmo de los mineros y blefaritis crónica.

Whittaker (1991) explica que estos trastornos físicos mencionados no son necesariamente resultado de perturbaciones emocionales, se dan los casos en que el trastorno orgánico sea sólo la causa exclusiva. Cuando el médico no puede descubrir ninguna base orgánica posible que haya dado origen a alguna de estas enfermedades puede entonces considerarse la posibilidad de que tal trastorno sea de origen psicosomático; en otras palabras, que la causa básica del trastorno sea emocional más que orgánica.

Dougall (2002) considera que es importante tener en cuenta que el hecho de haber resuelto el trastorno orgánico no significa que el conflicto que desencadena el cuadro se haya resuelto, por lo que el aspecto psicológico siempre ha de tenerse presente.

Una meta muy importante en un primer lugar, comenta Dougall (2002), es lograr la reorganización del espacio psíquico de estas personas, para atacar a la enfermedad desde distintas fuentes posibles.

Y algo de vital importancia en estas reacciones psicosomáticas lo señala Haynal (1984), quien comenta que la enfermedad modifica la situación social del sujeto, en la pequeña comunidad familiar, con el cónyuge, en la comunidad profesional e incluso en la sociedad, la persona que padece este tipo de enfermedades; de ellas o de ello puede derivarse BENEFICIOS SECUNDARIOS, cambios de equilibrio de la pareja y en la familia, influenciados por el sistema de seguros, el aislamiento en el hospital, la relación con el médico, etc. Por ello es

esencial saber si la enfermedad se ha mantenido por la ansiedad u otro factor emocional o porque el paciente al padecerla ha tenido recompensas positivas.

El abordaje de los pacientes psicósomáticos deber ser amplio y englobar las variables físicas, psicológicas y sociales. Además debe de buscarse qué está manteniendo la enfermedad. Por ejemplo, menciona Dougall (2002) que la depresión reduce la respuesta inmunológica y la risa la incrementa. Es necesario entender, además, que cada persona es diferente y que las personas no son afectadas de la misma manera.

A continuación se explica la conexión del sistema nervioso con el trastorno de somatización y la conexión del estrés con dicho trastorno:

A) Enfermedades Psicósomáticas y Sistema Nervioso:

Carlson (1997) destaca que el Sistema Nervioso anatómicamente se divide en:

1. Sistema nervioso central.
2. Sistema nervioso periférico, que incluye a todo el cerebro.

Y a nivel funcional se divide por funciones o especialidades:

1. Simpático.
2. Sistema nervioso autónomo o parasimpático o vegetativo.

Carlson (1997) señala que ambos se refieren a aspectos mecánicos, sólo que el simpático consiste en las cosas que el ser humano hace voluntariamente y el parasimpático maneja todas las funciones vitales como respirar. Es donde el ser humano no tiene la

capacidad de cambio. Sólo se establecen estas divisiones para estudiar y entender al sistema nervioso, ya que no se puede fragmentar al ser humano porque es una unidad y así funciona internamente.

El mismo autor comenta que las personas poseen lo siguiente:

1. Genotipo: consiste en la carga genética.
2. Fenotipo: es la carga genética más el ambiente.

Entonces en función de la carga genética, un sistema nervioso se va estimular o no. Tiene que ver también con la calidad de estimulación que se le de.

Por ello en las enfermedades psicosomáticas la gente puede estar predispuesta genéticamente a una enfermedad, o también puede ser la tensión interna no expresada que busque por donde salir.

Dicho autor comenta que la frustración sostenida sale en general por los órganos del cuerpo. Nada funciona de la misma manera cuando un órgano se encuentra desequilibrado, porque el ser humano está en interacción con todo su organismo. Si la tensión y el estrés, las emociones de enojo, ira o depresión, se van siempre a un órgano y la intensidad y el tiempo es muy prolongado, el impacto sobre el organismo va a ser mayor.

Ardila (1997) señala que la emoción es un cambio global del organismo en el que toman parte el sistema nervioso central, el sistema nervioso autónomo, el sistema endocrino y factores aprendidos. La emoción finalmente es una pérdida de equilibrio, las llamadas

Reacciones Neurovegetativas, que forman uno de los aspectos de la emoción, poseen numerosas variaciones.

Fraisse (citado en Ardila, 1997) presenta la siguiente lista de manifestaciones **NEUROVEGETATIVAS** que pueden encontrarse en una emoción y que no se pueden controlar:

- Cambios en la electricidad de la piel.
- Velocidad cardíaca.
- Nivel de presión sanguínea.
- Vasoconstricción y vasodilatación.
- Amplitud y regularidad de la respiración.
- Temperatura de la piel, sudoración.
- Alteraciones del diámetro de la pupila.
- Cambios en el funcionamiento digestivo.
- Contracción y relajación de los esfínteres.
- Variaciones en la electricidad del cerebro.
- Cambios en la química de la sangre, de la orina y de la saliva.
- Alteraciones en el metabolismo.

Ardila (1997) destaca que los dos sistemas simpático y parasimpático son antagónicos y complementarios. El efecto que uno de ellos produce sobre determinado órgano es opuesto al efecto que causa el otro. El simpático y el parasimpático se complementan y en muchas situaciones; los dos actúan como unidad. La excitación del simpático acelera el corazón, dilata la pupila, provoca dilatación de los

vasos capilares superficiales y la contracción de los vasos de las vísceras, la secreción de las glándulas sudoríparas, de las suprarrenales, el orgasmo y la inhibición de las glándulas salivales. La excitación del parasimpático disminuye la frecuencia cardíaca, provoca la contracción de los capilares superficiales y la dilatación de los vasos de las vísceras provoca secreción, salivar, liberación de insulina y erección del pene.

Fraisse (citado en Ardila, 1997) señala que durante un estado de intensa emoción ocurren cambios de diversa índole, por ejemplo se inhiben los movimientos de estómago, la secreción de jugos gástricos y los movimientos peristálticos, disminuye la secreción de saliva, lo que produce sequedad en la boca, el colon y la vejiga no se vacían normalmente, lo que pueden resultar en constipación. Estos son cambios autónomos; sin embargo cabe destacar y recordar que el ser humano es una unidad, y las enfermedades, sobre todo, no se les puede separar tampoco, ya que si se enferma un órgano esta enfermedad afectará el funcionamiento de otro órgano tarde o temprano. No existe un sistema responsable únicamente de la enfermedad; por ejemplo, la neurodermatitis de la piel es a nivel periférico e incluye a otros sistemas. Es así, con todo este proceso, que el cuerpo origina una enfermedad de tipo psicosomático.

B) Estrés y Enfermedades Psicósomáticas:

Seyle (citado en Pons, 1983) destacó que estrés es la palabra que significa esfuerzo, presión o tensión, pero que posee una relación biológica, cuando el organismo se expone a tensiones de diversas clases, por ejemplo infecciones o situaciones de conflicto mental, tales tensiones producen trastornos en los procesos normales del organismo, entre los cuales existe constantemente un estado de equilibrio; el organismo intenta restablecerlo y el resultado común de lo que entonces sucede se denomina estrés. Además señala la importancia de las tensiones mentales, a las cuales están expuestos muchos individuos, o a la ansiedad en distintas formas, por lo que surge un mecanismo de defensa del organismo contra los factores de tensión físicos y psicológicos. Por lo tanto esta tensión es activada por el Sistema Nervioso Autónomo (involuntario) y por las glándulas endocrinas. Dicho autor explica también el siguiente curso:

1. Las dos subdivisiones del sistema nervioso, los sistemas simpático y parasimpático, intentan primeramente adaptar las funciones orgánicas a los trastornos del estrés.
2. La fase siguiente se caracteriza por un aumento de la producción de adrenalina juntamente con los impulsos procedentes del hipotálamo. Este centro autónomo del cerebro estimula la hipófisis, con lo que ésta aumenta su producción de hormonas, entre estas las corticosteroides.

3. Existe por consiguiente una nueva disposición, no despreciable, de un estado delicado de equilibrio, que se logra entre las diversas funciones hormonales, con la consiguiente influencia sobre los diversos órganos internos: el corazón late más rápidamente, aumenta la velocidad de la respiración y el tono muscular y la sangre se dirige nuevamente a la musculatura esquelética desde los órganos digestivos y diversos lugares. Estas reacciones al estrés son completamente normales, sólo que si duran horas o días, pueden ser muy molestas. Por otra parte, si persisten o se repiten por espacio de semanas o meses, pueden producir trastornos sobre el adecuado funcionalismo del organismo. Por lo tanto los individuos, que están expuestos al estrés durante períodos prolongados de tiempo corren el riesgo de desarrollar gradualmente diversos trastornos nerviosos o iniciar con enfermedades psicósomáticas, es decir, con enfermedades físicas reales cuya etiología es por estrés emocional o tensión emocional.

2.9. LAS EMOCIONES Y LAS ENFERMEDADES PSICOSOMÁTICAS:

Ardila (1997) define a la emoción como un estado de gran excitación, que se acompaña de cambios viscerales y glandulares, que

se manifiesta en forma de patrones complejos del comportamiento; estos cambios pueden estar orientados o no hacia la consecución de metas. del ser humano y con las enfermedades de tipo psicosomático.

Ardila (1997) además comenta, que las emociones expresan la unidad

psicofisiológica del organismo y son una respuesta del mismo a una situación interna o externa. Existen tres componentes de una emoción:

1. Un afecto: es decir un estado subjetivo experimentado por el sujeto; es un estado elemental penoso o agradable que expresa a la vez un estado subjetivo y las modificaciones físicas que lo acompañan. Sobreentiende la existencia de una relación consciente e inconsciente entre el estado subjetivo y los sistemas de activación interior (pulsiones) o exterior (estímulos provenientes del entorno), que modifican el sentimiento que tiene la persona de sí misma y desencadenan los fenómenos corporales.
2. Aspectos fisiológicos que se reflejan en procesos bioquímicos y neuroendocrinos, que son los que se desencadenan por el afecto.
3. Pautas expresivas, que son la exteriorización de los dos anteriores y que se reflejan en cambios faciales, movimientos musculares, etc. Además de ser un estado subjetivo, las emociones son procesos de retroalimentación, donde

prácticamente tiene injerencia el Sistema Nervioso Central (sistema límbico, formación reticular, etc.) .

Dougall (2002) señala que las emociones fuertes producen amplios cambios fisiológicos en todo el organismo. Dice que el sistema nervioso actúa para aumentar la frecuencia del latido cardiaco, la presión arterial y la respiración. En una persona ajustada, los estados emocionales pasan rápidamente y poco a poco el cuerpo vuelve a lo normal; sin embargo; en algunas personas esta norma autónoma de descarga queda constantemente alta, y las concomitantes fisiológicas de la emoción no ceden.

Canon (citado en Linn, 1997) descubrió que el negarse a tratar con las emociones de ira y temor puede desencadenar enfermedades físicas. Cuando este doctor midió los cambios que sufrió un gato expuesto a un perro que le ladraba, abrió el camino para que los médicos comenzaran a tomar en cuenta las reacciones del cuerpo durante el enojo y el temor. Descubrió que tanto el enojo que estimula al ser humano a pelear , como el miedo que impulsa a huir, alteran el sistema nervioso autónomo produciendo cambios físicos. Por ejemplo los procesos digestivos de asimilación y eliminación se detienen al contraerse los vasos sanguíneos del estómago y del intestino. El flujo de sangre aumenta en las zonas importantes para la decisión que se tome, ya sea presentar pelea o huir, tales como el corazón y los músculos externos. El corazón y los pulmones bombean más aprisa

mientras que los bronquios se relajan con objeto de que pueda entrar al organismo más oxígeno. Ocurren también otros cambios en la sangre; el bazo envía más glóbulos blancos en caso de que puedan necesitarse para combatir la infección de una herida. El número de plaquetas aumenta asegurando así una coagulación más rápida de la sangre, por si se produce la herida.

Linn (1997) destaca que todos estos cambios fisiológicos del mecanismo lucha-huida son la manera sana en que el cuerpo se prepara para el combate o retiro. El daño físico se presenta cuando este mecanismo que está diseñado para emergencias momentáneas, se convierte en una respuesta constante. En las situaciones en las que se siente temor o ira, se presenta la reacción lucha-huida, ya sea que la persona se da cuenta de ello o no. Por ejemplo el detector de mentiras registra los cambios físicos que se producen por las emociones que surgen de recuerdos conscientes o sepultados en el inconsciente. No se vive con un detector de mentiras, pero sí las emociones producen cambios físicos que nadie mide. La reacción lucha-huida puede activarse dentro del ser humano mientras desayuna con su cónyuge, se viaja a casa, etc. Si al terminar el día se continúa sepultando el enojo y el miedo, el mecanismo lucha-huida puede propiciar un colapso. Entonces se pueden adquirir enfermedades que van desde una constipación ligera (cuando la digestión, asimilación y evacuación se interrumpen) hasta el aumento persistente de la presión arterial. Incluso el enojo y la culpa son factores importantes en una

enfermedad física considerada como psicósomáticas. Estas son dos emociones negativas que reprimidas acumulan una gran tensión. Y las tensiones y frustraciones debilitan los mecanismos de inmunización del cuerpo, abriendo las puertas a los virus, bacterias que causan las enfermedades físicas.

Holmes (citado en Linn, 1997) también opina que las situaciones emocionalmente tensas desencadenan enfermedades físicas. Para él la enfermedad guarda relación con las situaciones más tensas emocionalmente, que implican algunos cambios que intensifican los sentimientos de temor, enojo y culpa. La tensión de una situación cambiante tiende a aumentar mientras más se siente que el cambio está fuera de control (ansiedad), que no hay nadie que pueda ayudar (temor), que alguien podría haber intervenido par cambiar la situación y no lo hizo (enojo), o se podría haber cambiado la situación y no se hizo (culpa). Y entre más interés personal se tenga, se siente más profundamente todas las emociones, incluyendo la ansiedad, el temor, el enojo y la culpa. Concluye dicho autor diciendo que la tensión emocional reprimida puede desencadenar enfermedades.

De la misma forma Simonton (citado en Linn, 1997) relaciona las enfermedades que van desde un catarro hasta un cáncer, no únicamente con agentes externos que operan en el organismo, sino que la mente y el cuerpo actúan de una manera conjunta y no se les puede separar. Por lo tanto recomienda que cuando la gente se

enferme, se pregunte por qué necesita estar enfermo o que propósitos pueden esconderse tras esa enfermedad. Al sentirse el individuo responsable de crear sus propias enfermedades, admite que tiene participación emocional y física.

2.9.1. DE LA EMOCIÓN A LA LESIÓN

Este apartado incluye los puntos de vista de Diez (1976) referente a cómo la emoción se convierte en una lesión:

-Destaca que la supresión o expresión de los estados emocionales es particularmente importante en el desarrollo de las lesiones físicas (trastornos funcionales que pueden producir un deterioro estructural, como resultado de las tensiones y experiencias emocionales). También comenta que existen complejas interrelaciones entre la ansiedad y la depresión y que la mayoría de los trastornos afectivos son continuos. La ansiedad es un fenómeno humano normal que únicamente debe ser considerado patológico cuando compromete el bienestar general o la eficacia personal.

-Subraya que la emoción resulta de la interacción de por lo menos dos estados. Una alta respuesta fisiológica y una recepción sensorial apropiada. Los estímulos repetidos incrementan el grado de excitabilidad, deteriorando de este modo la aptitud individual para adaptarse a los mismos. Cuando se llega a esta fase la sobre

excitabilidad fisiológica se auto perpetúa, de forma que la supresión de los estímulos no ejerce ya efectos benéficos, en el sentido de aliviar el estado de respuesta.

-Destaca que durante largo tiempo las emociones fueron definidas psicológicamente por estados de sensación que cada persona adulta puede reconocer en sí misma por introspección y se define como una experiencia subjetiva. Las emociones como ansiedad, ira, amor, depresión, felicidad, culpabilidad, vergüenza, son análogas a las sensaciones experimentadas en relación más inmediata con la estimulación de ciertos órganos de los sentidos: las sensaciones agradables asociadas con el hecho de ser tocados suavemente o con el dolor al ser lastimados, el orgasmo genital, el vértigo al girar, la repugnancia al oler ciertos olores o el hambre y la sed como resultado de la privación de alimentos líquidos.

-Señala que las emociones también pueden manifestarse con diversos cambios en los órganos viscerales: aumento de la velocidad del pulso, volumen cardiaco de expulsión, presión sanguínea y sudoración, o incremento del número de defecaciones o diarrea.

De igual manera comenta que los científicos pueden medir actualmente las emociones gracias a estas manifestaciones; si se establece de manera suficiente la relación entre comportamiento (ya sea físico, motor o autónomo) y emoción, la medida del primero puede ser relacionada con la segunda. Dice que la emoción incluye actividad de los sistemas especiales de retroalimentación que tiene su centro de

detección en el sistema nervioso central. A dichos sistemas de retroalimentación pertenecen los órganos de los sentidos que llevan información a los centros de detección del cerebro, donde ésta es reconocida y da lugar a estados emocionales. Los mencionados sistemas incluyen todas las vías como el cerebro, los órganos efectores como el corazón, los vasos, estómago e intestino. Una gran parte del estudio de las emociones se ocupa de dilucidar precisamente cuáles son las estructuras del cerebro, del Sistema Nervioso Simpático y Parasimpático y de las glándulas endocrinas que forman parte de los sistemas específicos de retroalimentación en los cuales se manifiestan las diversas emociones.

-Destaca que dentro del sistema nervioso central habrá una activación del sistema de alerta (formación reticular). Si la persona se encuentra en peligro, su corazón comenzará a latir más de prisa, tendrá una tensión arterial elevada y sudará. La ansiedad es el reconocimiento de un estado de activación de ciertos centros del cerebro y al mismo tiempo la percepción, por parte del individuo, de las manifestaciones concomitantes a la emoción. Se potencian una a la otra, y ésta es la razón de que se integra un sistema de retroalimentación.

-Comenta el descubrimiento de que sustancias iguales o similares a las liberadas en la sinapsis del sistema nervioso autónomo y periférico son también liberadas en el cerebro; ciertas zonas de éste, tales como el sistema límbico, el hipotálamo y el sistema reticular

ascendente participan de manera especial en esta función (noradrenalina, acetilcolina, serotonina y dopamina). Y la ansiedad es una emoción desagradable y es inducida por la anticipación de un peligro o frustración y que amenaza la seguridad, la homeostasis o la vida del individuo o del grupo biosocial al que esté pertenece. Es ejemplo de que las emociones son realmente procesos de retroalimentación en los que participan, comenta el autor, varios sistemas del cerebro (sistema límbico, formación reticular y también los sistemas medio-ventral o lateral) y ello implica en primer lugar porque cuando se administran ciertos fármacos, pueden estos disminuir la ansiedad o influirla favorablemente pero no eliminarla.

-Interpreta la frustración como un estado emocional que se presenta cuando un individuo no puede reaccionar según los modos (innatos o adquiridos) de comportamiento que le satisfacen, o cuando su comportamiento no le proporciona la recompensa o premio que esperaba; entonces reacciona con agresividad, ansiedad, depresión, etc.

-Comenta también que los estados crónicos de tensión producen a su vez estrés adicional y pueden conducir a diversas formas de enfermedad psicosomática.

-Considera las emociones como activaciones de sistemas especiales de retroalimentación que tienen centros de detección en el sistema nervioso central. El sistema límbico participa en la determinación de la totalidad especial de frustración o de complacencia

de una emoción; el sistema reticular ascendente de activación controla la actividad (estado de alerta) de las respuestas cognoscitivas y efectoras; en cambio, parece que ciertas partes del hipotálamo controlan el comportamiento de evitación de conflictos. Y existe otro punto importante mencionado por este autor y que ya se mencionó anteriormente: El Equilibrio Neurovegetativo, que consiste en que toda perturbación del equilibrio dinámico del organismo pone en juego mecanismos que lo anulan. Cuando una célula o un organismo responden a excitación con una reacción adecuada, se habla de adaptación o correspondencia armónica. La reacción puede manifestarse en dos formas fundamentales:

1. Variante positiva: se entiende por tal toda forma de reacción a una excitación cuya amplitud es excesiva.
2. Variante negativa: se entiende por tal toda forma de reacción a una excitación de pequeña amplitud.

-Menciona dos casos de infección gripal; en el primero el organismo reacciona con una fiebre de 40° C, es la variante positiva, en el otro la temperatura normal, es la variante negativa. Por ello un trastorno neurovegetativo sólo se convierte en enfermedad en el momento que irradia a la esfera afectiva del individuo. Debido a las comunicaciones que aseguran la formación reticular, toda excitación, cualquiera que sea su origen, determina una reacción de alerta generalizada con elevación a nivel de actividad biológica. Entonces las dos variantes, positiva y negativa, constituyen dos formas posibles de reacción

biológica que sólo se toman patológicas en el momento en que la reacción se fija, convirtiéndose en estado permanente. Clínicamente, se concluye que la sintomatología positiva corresponde a una reacción de alerta generalizada y la negativa es sinónima de inactividad.

Latner (citado en Salama, 1996) destaca que con la represión, la inhibición premeditada de los impulsos se olvida y la conciencia se desvanece en lo que se refiere a un conflicto interno. Al perder contacto el ser humano con sus conflictos, el funcionamiento del yo se limita, prescinde los impulsos, sentimientos y acciones imponiendo un funcionamiento orgánico que responde de manera alterada ante situaciones de crisis, bloqueando la energía y canalizándola hacia uno mismo ocasionándose alteraciones orgánicas, provocándose, por consiguiente, un aumento de tensión que desencadena una excitación sostenida del sistema nervioso central en sus ramas simpática o parasimpática de acuerdo al proceso de autorregulación.

Por lo tanto esta excitación y estas tensiones ocasionan la enfermedad, en este caso las enfermedades de tipo psicosomático de colitis, gastritis y neurodermatitis.

2.9.2. COLON IRRITABLE COMO ENFERMEDAD PSICOSOMÁTICA

Furman (citado en Valdés, 1983) utilizó la retroacción biológica para tratar a cinco pacientes de diarrea funcional sin otros trastornos orgánicos acompañantes. Se usó un estoscopio electrónico para amplificar los sonidos del tracto intestinal y cuando se producía una modificación en ellos, dispensaba un refuerzo social. La base de esta terapia era conseguir una disminución de los ruidos intestinales, que están en relación con la motilidad del intestino. Cuando esto se lograba desaparecía el factor que mantenía activa la diarrea funcional, ya que el factor desencadenante era una situación que suscitaba estímulos de carácter emocional. Los resultados obtenidos con el procedimiento eran excelentes, ya que tanto los sujetos que consiguieron un control mayor como los que lo desarrollaron menor, regularizaron su hábito intestinal y eliminaron completamente el dolor.

De acuerdo con Furman (citado en Valdés, 1983) el síndrome del colon irritable tiene otros nombres como diarrea funcional, colon espástico, diarrea emocional, etc., y queda delimitado desde el punto de vista clínico por un dolor abdominal periódico y una gran irregularidad del hábito intestinal, con periodos de diarrea, constipación y evacuación normal. El cuadro se presenta independiente de cualquier patología orgánica.

A) FISIOLÓGÍA DEL COLON.

Villalobos (1994) señala que el colon tiene dos funciones básicas:

- 1) La motora.
- 2) La de absorción.

Explica que este órgano absorbe agua en cantidades importantes, de 1,500 a 2,000 ml. , en 24 horas, cantidad que el contenido intestinal lleva al colon para que finalmente éste permita la salida por heces de sólo 50 a 100 ml. de agua. En el colon se absorben además electrólitos como: sodio, potasio, cloro y bicarbonato. Y el intestino grueso tiene la capacidad para absorber algunos nutrientes ya digeridos en proporciones previas del tubo digestivo.

B) COLON IRRITABLE O COLITIS O SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE:

Dougall (2002) explica que de entre las abundantes patologías que en mayor o menor medida se han relacionado con malestar psíquico cobra especial importancia el conocido síndrome de colon irritable, que se asocia con el tracto intestinal bajo, trastorno en que el enfermo presenta síntomas análogos a los de un trastorno somático que se encuentra totalmente o en su mayor parte bajo control e inervación del sistema nervioso vegetativo. El colon irritable es un trastorno funcional de la motilidad interna (alteración del ritmo intestinal). Presenta sintomatología típica consistente en dolor abdominal, estreñimiento,

diarrea, períodos de necesidad urgente de defecar, sensación de evacuación incompleta, gases, meteorismo (distensión del abdomen por gases retenidos en el tubo digestivo). El tratamiento es únicamente sintomático (alivio de los síntomas). La elevada motilidad gastrointestinal puede desencadenar o agravarse por factores emocionales, la dieta, los fármacos, la variada actividad hormonal, etc. La defecación como función corporal está sujeta a numerosas y complejas variables de los patrones de conducta y hábitos intestinales varían considerablemente de personas a otras y se ven afectados especialmente por la edad, la fisiología, los alimentos y por factores tanto sociales como culturales. El síndrome del colon irritable es un padecimiento común ocasionado por contracciones anormales de los músculos del intestino grueso, y un aumento de la sensibilidad del intestino a la presencia de gases y movimientos del sistema digestivo, que empeora en presencia de estrés. Los síntomas incluyen dolor abdominal tipo cólicos, movimientos irregulares del intestino que provocan diarrea o estreñimiento.

Dougall (2002) explica que existe en el ser humano el intestino grueso o colon, el ascendente, el transverso y descendente en este último al final está el recto. Entonces se habla de colitis o colon irritable cuando se afecta al intestino grueso. Y los estudios clásicos experimentales psiquiátricos, que dicho autor menciona, evalúan la función motora, hablan de una rica conexión neurohumoral entre el sistema nervioso y el intestino grueso. Dice que siempre debe tenerse

en cuenta el componente emotivo que entra en juego en pacientes con esta enfermedad.

Villalobos (1994) señala que la ansiedad puede dar lugar a alteraciones acentuadas en el paciente con colon irritable, bajo estas circunstancias no es raro que pueda producirse diarrea y cólicos intestinales. Para expresarlo en forma distinta, debe tenerse en cuenta que las vísceras no se expresan como entidades aisladas, todos los síntomas son expresión de la interacción de la actividad psicológica y fisiológica, ya sea orgánica o funcional la causa de estos.

Dicho autor afirma que el médico debe recordar siempre que el cuerpo y la mente se desarrollan en forma paralela, y que debe apreciar el significado de la acción de uno y otro. La actividad fisiológica del colon está bajo control del sistema nervioso autónomo y en su sistema estimulador e inhibitor. Que busca un equilibrio del organismo, para seguir funcionando. Destaca además, que el estrés altera el equilibrio a nivel respiratorio y esto se ve en la sangre, se habla de una acidosis respiratoria, por que hay situaciones tóxicas, y se respira más rápidamente y al respirar así el organismo entre en desequilibrio, entonces el colon se inflama como respuesta de esta energía que no ha podido hablarse, ni sacarse. El colon se convierte entonces en el órgano de choque u órgano blanco de la persona, es decir el órgano que la persona escoge inconscientemente para descargar esta energía o esta tensión. El órgano saca la emoción y no la persona.

El mismo autor comenta que el colon es el órgano que expresa las emociones sin embargo no todas las colopatías son de origen emocional hay algunas a causa de un factor endocrino, de tiroides, alergias, consecuencia de infecciones severas, etc.

Dougall (2002) resume que el colon irritable consiste en una distensión abdominal, es decir en inflamación y dolor del abdomen y alteraciones en el hábito intestinal de la persona al defecar, los síntomas pueden volverse crónicos y al paciente se le pueden hacer incluso úlceras y padecer colitis ulcerosa; que es un padecimiento más grave aún.

Haynal (1984) concluye que las lesiones y los trastornos de motilidad intestinal tienen una relación con las emociones y conflictos.

Wolf (citado en Haynal, 1984) distingue dos tipos de respuestas del colon ante las emociones y los estrés emocionales:

1. Hiperdinamia con diarrea; las diarreas son desencadenadas por una angustia aguda.
2. Hipodinamia con constipación; disminución de la fuerza motora de los órganos con capacidad contráctil y una disminución de la secreción de las mucosas, se encuentran los sujetos que reaccionan ante el temor de una agresión con sentimientos de derrota.

Haynal (1984) comenta que se desarrollaron estudios en donde introdujeron tres pequeños balones en el colon y el recto en ciertos

pacientes y pudieron registrar los cambios de volumen por medio de un quimógrafo; la angustia y la agresividad se traducían por un aumento de la motilidad del colon. En las constipaciones menciona dicho autor se nota frecuentemente una afectación del estado en general; fatigabilidad, dolores de cabeza y angustias. La constipación traduciría un profundo deseo de mantenerse y se el mensaje de la persona sería: "Debo mantener lo que tengo", lo que también manifestaría un deseo de posesión en el sentido de conservar una situación adquirida. Dicha situación es resultado de una fijación a un estado afectivo en la que la solución de los problemas pasa por la retención (estado anal). Destaca también que el colon irritable es una enfermedad que generalmente esta acompañada de trastornos funcionales que se unen a una depresión, a una decepción, a una insatisfacción crónica, un sentimiento de que el futuro es negro, una falta de esperanza.

2.9.3. LA GASTRITIS COMO ENFERMEDAD PSICOSOMÁTICA.

A) SISTEMA GASTROINTESTINAL.

Valdés (1983) señala que esta formado por un largo tracto de diámetros variables, con válvulas o esfínteres de distintos niveles. Sus funciones primordiales son las de trasportar los alimentos y los líquidos

hasta que son absorbidos; la digestión y absorción de dichos elementos, y el transporte de la materia residual (heces) hasta el exterior del organismo. El aparato digestivo empieza en la cavidad oral y termina el ano. Las principales estructuras que lo componen son: orofaringe, esófago, estómago, duodeno, yeyuno, íleon, marco cólico, colon sigmoides, recto y ano. La actividad de la fibra lisa del tracto gastrointestinal permite el traslado de la comida a través de su luz. La inervación corre a cargo del sistema nervioso vegetativo, orto y parasimpático. La rama parasimpática controla la secreción ácida gástrica, los movimientos de la pared y el esfínter esofágico; la rama simpática controla otros dos esfínteres, el interno del ano y el de la acodadura de paso del intestino delgado al grueso. El aumento de la actividad parasimpática incrementa la absorción de los alimentos, mientras que el aumento de la actividad simpática tiende a disminuir la actividad gastrointestinal y retarda la absorción de los alimentos. El esfínter externo del ano está formado de músculo estriado y por lo tanto se encuentra bajo control voluntario.

Valdés (1983) menciona que gran parte de la investigación que se ha desarrollado en el campo de la retroacción biológica gastrointestinal ha centrado su interés en el control del grado de acidez gástrica, o pH del contenido gástrico. El estómago tiene un grupo de células especializadas en la secreción de un ácido fuerte que ayuda a la digestión del alimento. Aunque la mucosa del estómago es resistente

al ácido, refiere este autor, la secreción excesiva de éste puede llevar a la aparición de úlceras.

B) FISIOLÓGÍA DEL ESTÓMAGO.

Villalobos (1994) señala que el estómago tiene varias capas musculares, una es la mucosa gástrica que es una capa protectora del estómago y debajo de la mucosa esta el ácido clorhídrico que sirve para la digestión, sin la mucosa gástrica el ácido clorhídrico desbarataría las paredes del estómago. Refiere también, que la mucosa gástrica depende del equilibrio entre los factores agresivos y los defensivos. El sistema nervioso central manda los impulsos al simpático o parasimpático, ya sea para estimular o para inhibir, si hay otro acontecimiento hay una inhibición o sobreproducción y vienen los problemas y surge de acuerdo con el autor la gastritis.

C) GASTRITIS.

Villalobos (1994) señala que la gastritis consiste en un dolor verdadero en la región epigástrica (estómago), se inflama la mucosa gástrica, existe náusea, vómito, sudoración, etc. Se requiere realizar para un mejor diagnóstico la combinación de síntomas clínicos y una biopsia (que es la muestra de tejido) para analizar en el laboratorio el grado del daño existente en la mucosa gástrica. La inflamación aguda

del estómago puede ser originada por diversos factores tales como alimentos irritantes o muy calientes, bebidas alcohólicas, medicamentos de diferente naturaleza, y entonces en este caso se habla de una gastritis exógena.

Y de Gastritis Endógena; cuando la mucosa gástrica se inflama por alguna infección, por alguna alergia o por estrés.

Es este último caso refiere Villalobos (1994) si existe estrés mantenido, si hay muchas frustraciones en la persona, entonces habrá muchas represiones, y la energía del individuo condiciona un estado de angustia, ansiedad y el individuo

no tiene la capacidad de captarlo, puede salir en enfermedades, esta energía busca un órgano blanco de choque donde dirigir esa energía y puede ser cualquier parte del cuerpo, en este caso de la gastritis es en el estómago, en la mucosa gástrica. En la gastritis comenta el autor endoscópicamente la mucosa gástrica esta enrojecida.

Moreno (citado en Arredondo, 2000) destaca que muchos autores coinciden que la gastritis constituye una patología gástrica que ha sido revisada minuciosamente y ha sido modificada en varias ocasiones con el fin de precisar su entidad real y formar un solo criterio para la misma.

Dicho autor comenta que se le denomina gastritis a toda lesión inflamatoria que afecte la mucosa gástrica. En base a esto las divide en:

- 1) **Agudas:** las manifestaciones clínicas pueden no presentar síntomas, puede haber molestias leves o moderadas tales como epigástrico, anorexia, mareos, vómitos ocasionales. Se diagnostica así dependiendo de la lesión de la mucosa gástrica.

- 2) **Crónicas;** siendo la biopsia gástrica un estudio de laboratorio importante para determinarla. La sintomatología de los pacientes es dolor en el estómago, a veces variable, con frecuencia como quemazón o un calambre, aparece generalmente media hora antes o después de las comidas. Son raros los vómitos, la diarrea y el estreñimiento, aparecen en ciertos casos los eructos con olor desagradable. Sin embargo también existen los pacientes asintomáticos.

Moreno (citado en Arredondo, 2000) menciona que existen causas higieno-dietéticas, como el alcoholismo crónico, mala higiene alimentaria que se traduce en irregularidad en las comidas, polifagia (que es la masticación insuficiente por mala dentadura o por hábitos); además la mala calidad de los alimentos. Cita también que existen causas medicamentosas para la gastritis como los laxantes y ciertos antibióticos irritantes. Además causas infecciosas como la caries dental, tifoidea, fiebre. Y otras causas como endocrinopatías, estrés, emociones contenidas, etc.

Mackinnon (citado en Arredondo, 2000) describe los trastornos gastrointestinales como enfermedades psicosomáticas más frecuentes en la medicina general, ya que menciona, los diversos estados emocionales, incluyendo la cólera y el placer aumentan la actividad muscular, la motilidad y secreción gástrica.

De la Fuente (citado en Arredondo, 2000) señala que las enfermedades del estómago se dan repetidas en una misma familia y son específicamente humanas, típicas de la civilización. El motivo de elegir el aparato gástrico, menciona el autor, para desarrollar la enfermedad es por la importancia primaria de la relación alimentaria entre madre e hijo, ya que la primera como es natural, presta mucha atención a la alimentación, digestión y defecación del infante y ser alimentado constituye uno de los primeros contactos con el mundo exterior. Desde el nacimiento la ingestión de alimentos va ligada a las sensaciones de bienestar y de seguridad. Dicho autor refiere que para los psicoanalistas comer es la primera experiencia de posesión y morder es uno de los recursos para expresar hostilidad. Por lo tanto resume que en el enfermo de gastritis existen los deseos de ser amado, de estar protegido y de expresar hostilidad.

Borja (citado en Arredondo, 2000) destaca que es probable que la gastritis sea el resultado de tensiones psíquicas que el individuo ha experimentado en toda su vida, que existe una rabia interna y una sensación de ansiedad.

Villalobos (1994) señala que el aparato digestivo es afectado por estados emocionales como: preocupaciones, cólera, miedo, tristeza. En estas condiciones menciona, perder el apetito, indigestarse, constiparse o sufrir diarrea es frecuente. Muchas personas sufren un tipo de dispepsia gástrica (trastorno que se caracteriza por una sensación de estar lleno después de comer) cuando se exponen a un estrés psicológico.

Grace (citado en Haynal, 1984) manifiesta que si la gastritis se vuelve crónica se debilita la mucosa hasta llegar a ser úlcera, que son como cicatrices y perforaciones en el estómago. En este caso se le llama úlcera péptica refiere el autor. En donde una tasa elevada de la secreción gástrica y un perfil psicodinámico son parámetros que juntos constituyen las determinantes esenciales que pueden precipitar la aparición de una úlcera péptica. Y la úlcera se desencadenaría por un empuje de agresividad no exteriorizada contra un entorno hiriente.

Mirsky (citado en Haynal, 1984) refiere que las personas que tienen gastritis revelan en estudios una ansiedad difusa caracterizada por asociaciones depresivas o bien presentan problemas relacionados con la actividad y la pasividad, la sumisión y la propia seguridad.

El mismo autor comenta que la enfermedad física impide ver el conflicto real del individuo, y las ganancias secundarias (que en cada enfermo son diferentes) son las que mantienen la enfermedad.

Ivancko (citada en Arredondo, 2000) resume cinco factores predisponentes para la aparición de la enfermedad.

- 1) Factor constitucional (genético).
- 2) Factor adquirido (familia, cultura).
- 3) Tipo de personalidad.
- 4) Fragilidad en determinado punto del organismo (en este caso el estómago).
- 5) Significado simbólico del órgano para la persona.

De la Fuente (citado en Arredondo, 2000) dice que el gastrópata, la persona enferma de gastritis, le es difícil de tratar socialmente, se concentra en sí mismo t todo se le queda por dentro.

Dethlefsen (citado en Arredondo, 2000) refiere que el enfermo del estómago es una persona que no exterioriza su agresividad o que la demuestra exageradamente; sin embargo ninguna de las posiciones le ayuda a resolver conflictos. Además menciona que el estómago es centro de recepción de comida y de producción de ácidos, por lo que una mala masticación o mala alimentación, hacen que el estómago no trabaje normalmente. Y señala que los enfermos de gastritis suelen ser personas ansiosas, más o menos deprimidas o inestables y como la enfermedad aumenta con la edad, es probable que la gastritis sea

resultado de tensiones psíquicas que el individuo ha experimentado en toda su vida.

2.9.4 LA NEURODERMATITIS COMO ENFERMEDAD PSICOSOMÁTICA.

A) ALERGIAS Y PROBLEMAS EN LA PIEL.

Kaplan (2000) destaca que una alergia se entiende como una reacción desproporcionada del sistema de defensa del organismo ante determinadas sustancias aparentemente inocuas (por ejemplo; polen, polvo).

Menciona además que la mayor tendencia a adquirir una alergia y problemas en la piel está determinada por factores hereditarios, la importancia de los factores emocionales ha sido también demostrada. Explica que algunos autores asocian la alergia con una experiencia de dependencia infantil relacionada a una conducta de dominancia de la madre.

Kaplan (2000) señala que algunas teorías del estrés han relacionado el estrés y el brote o exacerbación de reacciones alérgicas en personas propensas a dichas afecciones, es decir, que ciertos factores estresantes que inducen cambios emocionales reactivan la vulnerabilidad inmunológica de estas personas.

B) FISIOLÓGIA DE LA PIEL.

Brocq (citado en Haynal, 1984) señala que la piel es el revestimiento exterior del cuerpo, su envoltura; por ello a través suyo efectuarán numerosas tomas de contacto y servirá de medio de comunicación y al mismo tiempo de protección hacia el mundo exterior. Algunas enfermedades se acompañan de modificaciones de la piel: enrojecimiento, sudores, etc.; además el lenguaje traduce la sensibilidad a los estímulos con metáforas que hacen alusión al espesor de la piel. Estas relaciones entre la piel y el psiquismo fueron reconocidas muy pronto según comenta dicho autor. Y lo denominaron Neurodermatitis.

C) NEURODERMATITIS.

Brocq (citado en Haynal, 1984) la define como la eccema endógena para subrayar su origen nervioso. La eccema sería una respuesta a la excitación refleja acrecentada.

El mismo autor también menciona que la neurodermatitis o dermatosis localizada, es caracterizada por una o varias placas liquenificadas circunscritas (que son de un tipo abultada y engrosada y que sobresalen de la piel). Aparecen en la piel sana por un factor psicológico que provoca rascado crónico, mismo que origina liquenificación y ello ocasiona un círculo vicioso y produce de nuevo

prurito (granitos con comezón) muchas veces compulsivo. No intervienen factores inmunológicos, sino mecánicos.

Arenas (1987) destaca que la neurodermatitis se localiza por lo general en la nuca, en las caras anteroexternas de piernas (anterior-externas), frente. Muñecas, vulva (genitales externos de la mujer), ano u otros sitios; constituidas por una o varias placas (ronchas grandes) con liquenificación (abultadas) y escamas bien delimitadas y en ocasiones pigmentadas.

Villalobos (1994) dice que las investigaciones modernas tienden consistentemente a relacionar estos desordenes con conflictos en los que están implicados impulsos hostiles o sentimientos de hostilidad y de depresión y las exacerbaciones de la erupción cutánea. Los enfermos con neurodermatitis y la urticaria psicógena son el equivalente de un llanto hostil, que se genera debido a la frustración de tensiones dependientes, manifiesta dicho autor.

Villalobos (1994) afirma que lo factores mentales pueden desempeñar cierto papel en la producción del prurito. El proceso además puede agravarse por el calor y por una piel excesivamente seca. Y cree la influencia de un factor emocional, dice que hay una causa que continua generando angustia en este tipo de personas. Por lo tanto aparte del tratamiento médico que el paciente lleve se tiene que investigar esa causa psicológica para darle una curación integral al individuo.

Haynal (1984) comenta que los pacientes afectados de enfermedades dermatológicas psicósomáticas han tenido frecuentemente madres inadecuadas: hiperprotectoras, demasiado envolventes y estimuladoras a través de la piel, o bien francamente rechazadoras y que inspiran al niño profundo sentimiento de culpabilidad y la erotización masoquista de este sentimiento.

Rechenberg (citado en Haynal, 1984) ha clasificado a las enfermedades dermatológicas en cuatro grupos de acuerdo con los aspectos psicológicos de la personalidad:

- 1) Enfermedades dermatológicas psicósomáticas, neurodermatitis cuyo síntoma corporal se interpreta como un equivalente somático de la emoción, relativamente poco estructurado, fundamentalmente y vital. Forman parte la eccema constitucional, la urticaria, la psoriasis vulgar, la dermatitis herpetiforme de Dering, el herpes del embarazo, el herpes genital y labial, el liquen plano generalizado, los aftas repetitivos, el acné rosáceo, el prurito, la eccema de las manos, la alopecia, etc.
- 2) La neurosis que eligen la piel como lugar de manifestación; en ellas la modificación dermatológica es una forma de actuación, de expresión del conflicto neurótico estructurado. Pertenecen a este grupo la acné excoriada, los condilomas acuminados (que terminan en punta), la dermatitis perioral, la onicofagia, las

mordeduras de la boca y de los labios, la pseudo esclerodermia con contracturas de tipo epiléptico o histérico, etc.

3) Las modificaciones dermatológicas que enmascaran otros trastornos mediante la racionalización. Puede servir:

- a) Para manifestar una alteración de la valoración de sí mismo. Ejemplo: mi piel es flácida, estoy flácido, algo anda mal.
- b) Para hablar de sus problemas.
- c) Para llamar la atención y obtener fines y manipulaciones. (ejemplo con exámenes dermatológicos y ginecológicos)
- d) Alteraciones banales a las que se da una interpretación delirante psicótica: por ejemplo las alucinaciones olfativas suscitan quejas a causa de trastornos de la sudoración.

Haynal (1984) señala que la neurodermatitis son trastornos de la sensibilidad de la piel, en donde las observaciones etiológicas han demostrado la existencia, en ciertas condiciones de actividades de desplazamiento cuando la pulsión instintiva no puede descargarse por su vía habitual y se libera por otro sitio; por ejemplo, cuando los impulsos agresivos son inhibidos socialmente, pueden aparecer comportamientos de rascarse o ataviarse (arreglarse, limpiarse, adornar, embellecerse). Así la comezón puede representar en el hombre el desplazamiento de una excitación sexual o agresiva. Puede permitir la descarga de una tensión cuando fuertes inhibiciones frenen

su expresión. También las considera como autoestimulación y la manifestación de un deseo de caricias en relación con un sentimiento de no estar suficientemente atendido.

Musaph (citado en Haynal, 1984) ha puesto en evidencia que en los pruritos primarios (la comezón), una estructura de carácter en la que domina la sensibilidad hacia las tensiones de los demás, pero con incapacidad de manifestar los propios sentimientos de una forma adecuada, y de ahí el bloqueo y la congestión ; la imposibilidad de conducir sus propias tendencias agresivas, aunque estos pacientes hayan dado la impresión a sus padres de ser "niños buenos" , una armadura caracterizada destinada a combatir una enorme ansiedad que les hace muy dependientes de sus objetos amorosos. El acceso de prurito sobrevendrá cuando se intensifiquen los sentimientos agresivos. La persona puede manifestar un odio vuelto contra el propio sujeto es decir contra sí mismo o ser la expresión de tensiones sexuales o agresivas. Entonces se trata finamente de acuerdo con este autor, de un mecanismo punitivo.

Grace (citado en Haynal, 1984) completa estas afirmaciones y dice que la urticaria (erupción cutánea) de la neurodermatitis es una vasodilatación y esta es análoga a la que se observa después de recibir golpes.

CAPITULO III

GESTALT

3.1. ANTECEDENTES DEL ENFOQUE GESTALT.

A continuación se presenta una revisión hecha por Salama (1996), de los orígenes y antecedentes de la gestalt:

•Explica los fundamentos filosóficos en los que se apoya el enfoque gestalt; cita a Moreno y manifiesta que la mayoría de las concepciones de la Psicoterapia Gestalt se encuentran profundamente impregnadas por el movimiento filosófico existencial, en donde la palabra existencia ha dejado de tener la aceptación clásica del mero existir y se ha convertido, según dicho autor, en la expresión del modo de existir humano, el Ser existente en el momento presente, en el aquí y ahora en términos gestálticos.

•Señala que el existencialismo plantea que las cosas no deben ser explicadas sino vividas, entonces lo importante es la presencia y sólo se puede tener evidencias de la existencia mediante la experiencia. Dicho autor destaca que existir es una experiencia de vida, única, subjetiva, por lo que no se puede universalizar al hombre mediante la razón, sino singularizarlo mediante su existencia. Comenta la Psicoterapia Gestalt y se apoya en este principio: el cambio en el paciente no se logra a través de la racionalización y explicación, sino por medio de la experiencia, es decir, de la vivencia. Menciona además que el primer paso del existencialismo fue poner a todo hombre en

posesión de su vida y asentar sobre él la responsabilidad absoluta y total de su existencia. Así mismo , el primer paso de la Psicoterapia Gestalt, es facilitar al individuo para que asuma la responsabilidad de sus actos, de sus sentimientos y de su experiencia.

•El enfoque gestalt adopta para su teoría algunas fuentes del existencialismo como; de Soren Kierkegaard; nació en Copenhague el 15 de Mayo de 1813 y murió en 1855; precursor del existencialismo, no uso una metodología para llegar al conocimiento, sino intuición; dice que el bien más elevado para el individuo es encontrar su propia y única vocación. Como escribió en su diario: "Tengo que encontrar una verdad que sea verdadera para mí....la idea por la que pueda vivir o morir".

La primera característica del ser humano según la mayoría de los existencialistas, es la libertad para elegir. La elección es, por lo tanto, fundamental en la existencia humana y es ineludible; incluso la negativa a elegir implica ya una elección. Heidegger (1889-1976) afirmó que la humanidad se encuentra en un mundo incomprensible e indiferente. Los seres humanos no pueden esperar comprender por que están aquí, en su lugar, cada individuo ha de elegir una meta y seguirla con apasionada convicción. Edmund Husserl, filósofo alemán, nació en 1859 y murió en 1938. Iniciador del método fenomenológico. Interpretar no entra en el terreno de la fenomenología.

Salama (1996) señala que la gestalt incorpora del existencialismo algunos principios básicos:

1. La existencia humana es considerada como una actualidad absoluta, no es algo estático, sino que se está creando a sí misma.
2. El hombre se halla esencial e íntimamente vinculado con el mundo y en especial con los demás seres humanos.
3. Rechaza la distinción entre sujeto y objeto y los visualiza en un todo. De ahí la gestalt asume su carácter holístico.
4. No da importancia al aspecto intelectual dentro del campo de la filosofía. Menciona que no es la inteligencia la que logra el conocimiento verdadero, sino que es necesario vivir la realidad.
5. En el concepto de continuo de conciencia, manejado en la psicoterapia gestalt, se hace obvia la importancia del aquí y ahora.
6. Lo importante del encuentro existencial es el yo-tú; la psicoterapia gestalt consiste en atender a otro ser humano en tal forma que le permita ser lo que realmente es con fundamento en el poder que lo constituye, como lo menciona Kierkegaard.
7. Para la psicoterapia gestalt es esencial el vivenciar la experiencia, para que se dé así un aprendizaje efectivo, ya que se ha comprobado que las personas aprenden cuando vivencian la experiencia.

Salama (1996) destaca que otra de las fuentes filosóficas de las que se alimenta la psicoterapia gestalt es el budismo. Esta filosofía comenta nace en la India a mediados del milenio antes de esta era. En los siglos VI y V a.C., surge la doctrina religiosa del budismo, contraria a la antigua religión sacerdotal del Brahmanismo. Las doctrinas budistas parten de la leyenda relativa a su fundador, el príncipe Siddharta Gautama o Buda, es decir, el iluminado. Otra rama del budismo se extendió por Tíbet, Japón y China y es en este último país donde se origina el Cha'n que luego se denomina Zen en Japón.

Destaca también que el budismo zen es un sistema japonés de meditación y auto-disciplina cuyo propósito es transformar radicalmente la experiencia cotidiana de quien lo practica mediante la trascendencia espiritual y el desarrollo del pensamiento. La meditación zen ayuda a la persona a concebirse como parte de un proceso de cambio interminable y a desligarla de la imagen que tiene de sí mismo. El budismo zen puede ayudar a cualquier persona que tenga la necesidad de conocerse más profundamente o que se sienta insatisfecha del tren de vida materialista y egoísta que predominan en las sociedades occidentales.

El budismo zen, al igual que la terapia gestalt, enseña que si se consideran los sentimientos negativos como lo son, si se aceptan como sufrimientos inevitables, se puede sujetar el aspecto voluntarioso y exigente de la personalidad. Los maestros del budismo enseñan que el objetivo del conocer es liberar al hombre del sufrimiento. La ética del

budismo descansa en la convicción de que sabe salvarse del sufrimiento no en la vida de ultratumba, sino en la vida presente, o sea en el aquí y ahora, sin fantasear sobre el futuro.

Salama (1996) refiere que tanto para la psicoterapia gestalt como para el budismo zen, son fundamentales los conceptos de integración, cambio, movimiento, satisfacción de necesidades, reconocimiento, respeto de uno mismo, de los demás y del mundo. También señala la importancia de no sobrestimar el razonamiento ni el intelecto. Comenta también los fundamentos psicológicos del enfoque gestalt; manifiesta que la psicología gestalt centró gran parte de sus estudios en investigaciones sobre la percepción; luego se extendió a otros campos como el aprendizaje, las conductas sociales y el pensamiento. El nacimiento de la psicología gestalt, menciona el mismo autor, se sitúa en 1912 con Werthamer y Koffka y sus experimentos sobre la percepción del movimiento. A la psicología de la gestalt se le conoce también como Teoría de campo (Lewin), debido a que la gestalt considera que la conducta tiene lugar en un medio ambiente que consiste en un sistema organizado de tensiones y fuerzas, análogas a las que se dan en un campo gravitacional o magnético. Las necesidades están determinadas por la naturaleza del organismo; su esencia, que se actualiza a través de los cambios en el ambiente que actúan sobre el, distinguiendo lo que para el individuo permanece en primer término (figura) sobre lo que estaría en último término (fondo).

Salama (1996) señala que Fritz Perls y Laura Posner de Perls fueron cofundadores de la psicoterapia gestalt, y cada uno le imprimió su sello particular; mientras que para Laura, una psicóloga de la gestalt y psicoanalista, era muy importante el ritmo, para Fritz médico y psicoanalista freudiano, lo era la armonía del cuerpo. Fritz, cuyo verdadero nombre era Friedrich Salomón; nació a los alrededores de Berlín el 8 de Julio de 1893, Alemania; se graduó como médico en la universidad F-Wilhelm de Berlín; se psicoanalizó con Karen Horney y supervisó a sus pacientes con Helen Deutsch; se casó con Lore Posner o Laura Posner. Fritz murió de un ataque cardiaco el 14 de Marzo de 1970. La autopsia reveló cáncer de páncreas. Laura Posner nació en Pforzheim, Alemania en 1905 y murió en 1990.

Naranjo (1999) señala que Perls tiene una concepción orgánica del hombre y rechaza de Freud que trate el hecho psicológico como algo aislado del organismo en su totalidad. La intelectualización y teorización psicoanalítica son vistas como aspectos que contribuyen a deformar la realidad. Afirma además que la terapia gestalt es un sistema construido más bien sobre el entendimiento intuitivo que sobre la teoría; las ideas son parte del sistema, dice dicho autor, pero ellas son sus flores y nunca sus raíces.

Perls (citado en Naranjo, 1999) menciona que ser psicoterapeuta era ser uno mismo, significaba estar aquí y ahora, estar consciente y ser responsable, es decir, estar detrás de las propias acciones y sentimientos.

Naranjo (1999) también manifiesta que en la terapia gestáltica existe una actitud de respeto por la enfermedad de la persona; más que un intento de efectuar cambios, aceptar a una persona tal como es; la vida es proceso y vivirla es todo lo que se necesita para mantener su flujo.

3.2 CONCEPTOS TEÓRICOS BÁSICOS DE LA GESTALT.

Naranjo (1999) destaca que el concepto de hombre de la gestalt es el siguiente: Persona única, trascendental, cuya unidad no radica exclusivamente en tomar en cuenta su organismo, sino que incluye al medio como parte de esa unidad. Menciona que Perls sostenía que en todo individuo hay tres zonas de conocimiento:

- 1) Conocimiento del sí mismo (self).
- 2) Conocimiento del mundo.
- 3) Conocimiento que hay entre estos dos, la interacción.

Considera que el hombre tiene la capacidad de auto apoyarse y autorregularse y no esperar que se lo brinde el medio. Señala también que para la gestalt las emociones son como la fuerza que da energía a

todas las acciones; decía que las emociones son la vida misma, son el lenguaje mismo del organismo.

A continuación se definen alfabéticamente algunos elementos del enfoque gestalt:

- **Asimilación**: Salama (1992) dice que los organismos llevan a cabo un constante ciclo metabólico de gastar energía en el afuera, basados en una necesidad y preferencia interna junto con el conocimiento de que en el exterior se encuentran los nutrientes. La gente crece por medio de morder un pedazo de tamaño apropiado (sea éste comida, ideas o relaciones) y masticándolo (considerándolo), para descubrir si es nutriente o tóxico. Si es nutriente al mascararlo y tragarlo, el organismo lo asimila y pasa a formar parte del sí mismo. Si es tóxico, se vomita o escupe (rechaza).
- **Capas o estratos de la neurosis**: Perls (citado en Salama, 1992) afirma que en el esfuerzo de la persona por tratar de ser, no es y utiliza juegos, roles. Dice que antes de llegar a existir plenamente al neurótico tiene que romper las capas que se ha construido por encima de él mismo. En cuanto a la manera de ser, son dos:

1. El lugar común señales: en esta capa se puede encontrar un ir y venir de clichés, en donde las palabras carecen de afectividad con el objeto de no proponer un contacto real. Por ejemplo el clásico cliché sin ningún interés; "hola" o "buenos días".
2. Representación de un papel o un "como si" : es el comportarse en tal forma que el individuo no se compromete con su verdadero sentir, con el fin de no asumir lo que verdaderamente se siente, por ejemplo: actuar como si se estuviera triste, como si se estuviera enojado, etc.

Las capas o estratos de la neurosis se dividen también en cuenta al momento existencial:

1. Estrato fóbico o callejón sin salida: es donde se encuentran los roles polares de opresor (*top dog*) y oprimido (*under dog*). Se encuentra la resistencia a ser como se es. Por ejemplo quiere y no quiere estudiar. También en ocasiones se encuentra la existencia obstruida; es un sentimiento de pánico, de estar perdido y no saber que hacer.
2. Estrato de impasse o implosión: aquí el individuo presenta el miedo a la nada y a la muerte, contrayendo sus emociones. A veces la persona logra cursar esta capa ya veces se regresa a la anterior; se tiene que atravesar este estrato para llegar al sí mismo auténtico.

3. **Explosión:** ocurre cuando se soluciona la lucha entre las fuerzas polares gracias a la emergencia de una emoción espontánea. Hay cuatro tipos esenciales de explosión; estallidos de ira, alegría. Aflicción y orgasmo.
4. **Vida:** cuando se logra lo anterior llega al sentimiento de confianza, se afirma la creatividad y se es lo que realmente se es, se es auténtico.

- **Contacto:** Polster (1973) refiere que la función que sintetiza la necesidad de unión y de separación es el contacto. A través del contacto, cada persona tiene oportunidad de encontrarse nutricionalmente con el mundo exterior. Una y otra vez se conecta; el encuentro de cada momento acaba inmediatamente, para ser sustituido por el que le sigue pisándole los talones. El contacto sólo puede existir entre seres separados, que siempre necesitan independencia y siempre se arriesgan a quedar cautivos en la unión.
- **Darse Cuenta:** Fritz (1976) manifiesta que el darse cuenta o awareness, está caracterizado por el contacto, el sentir, la excitación y la formación de una gestalt. Es el yo integrad^o conciente de aquello de lo que el organismo está integrando. El darse cuenta implica aprender, y aprender

es descubrir que algo es posible. Posible descubrir medios y modos por los cuales se puede crecer y desarrollar el propio potencial de las personas y arreglar las dificultades de sus vidas. Es además una especie de cadena organizada de insights.

- **Figura-Fondo**: Salama (1992) manifiesta que para la psicoterapia gestalt figura es todo aquello que es foco de atención y que ocupa un lugar predominante en su necesidad de resolución. El fondo es donde destaca la figura y cuando más discriminado se hallé éste más fácil será resolver la necesidad. Este proceso es dinámico; asimismo, cuando la figura y el fondo no son fuertes y la energía no puede expresarse adecuadamente se puede hablar de la presencia de patología.
- **Formación de una gestalt**: Salama (1992) dice que ésta siempre acompaña al darse cuenta; así, la formación de gestalts comprensivas y complejas son la condición para la salud mental y el crecimiento. Cualquier gestalt incompleta representa una situación inconclusa que clama por atención e interfiere con la formación de cualquier nueva y vital gestalt; así, en vez de crecimiento y desarrollo, se encuentra estancamiento y represión.

- **Hollismo:** La persona es un todo, pero ha llegado a vivir la experiencia de sí misma como si estuviera constituida por partes separadas. Perls (1976) dice que uno de los hechos más notorios del hombre es que es un organismo unificado. Desde que surgió la medicina psicosomática la estrecha relación entre la actividad mental y física se ha hecho cada vez más aparente, existe un paralelismo psicofísico. Además el ser humano afecta y es afectado por el ambiente.
- **Presente:** Perls (citado en Naranjo, 1999) dice que nada existe excepto el ahora. Ahora es igual a la experiencia, está es igual a la toma de conciencia y está es igual a la realidad. El pasado ya no es y el futuro aún no es. Sólo existe el ahora. Naranjo (1999) refiere que la existencia en el presente está en la evidencia de la actualidad, es decir, la comprensión de lo que se está viviendo aquí y ahora, y que se es uno con sus acciones concretas; la evidencia de la responsabilidad (el hecho de que la persona hace lo que hace y que no es distinta de lo que es); y la evidencia del percatarse (de que, en cierto nivel, la persona sabe lo que está haciendo y

viviéndolo, a pesar de lo mucho que se engaña fingiendo que no lo hace). Se relaciona no sólo con la valoración del tiempo presente y el lugar presente, sino también con la valoración de la realidad concreta, de sentir y experimentar, en lugar de pensar e imaginar.

Laura Perls (citada en Salama, 1992) lo expresa de la siguiente manera; cuando el ser humano existe, existe aquí y ahora; el pasado existe ahora como memoria, nostalgia, reproche, resentimiento, fantasía, leyenda o historia. El futuro existe aquí y ahora en el presente como anticipación, planificación, ensayo, expectación y esperanza o temor y desespero.

- **Self**: este concepto de acuerdo con Salama (1992) se refiere como el variado sistema de relaciones indispensables para que el organismo humano pueda adaptarse; afirma que puede enriquecerse o empobrecerse en relación directa con el grado de intercambio nutritivo con su ambiente.
- **Vacio**: Salama (1992) dice que es una sensación displacentera relacionada con la angustia. La persona que lo padece tiende a señalar su pecho o su estómago (descartando que no sea por hambre o por cualquier manifestación fisiológica) y menciona que no le agrada.

Perls (citado en Salama, 1996) sugirió dos formas de vacío: *vacío estéril y vacío fértil, destacando que se podría cambiar del primero al segundo mediante una fantasía guiada en la cual se le sugiere al paciente a que se enfrente a su vacío, lo conozca y lo llene de lo que él desee.*

- **Zonas de relación:** De acuerdo con Salama (1992) todo organismo necesita establecer relaciones con el ambiente que lo rodea para poder subsistir; del adecuado intercambio de energía con dicho medio queda la historia de las relaciones impregnadas en la memoria. Así, el ser humano aprende a distinguir lo tóxico de lo nutritivo. Las zonas de relación son tres y se definen de acuerdo al contacto del organismo tanto consigo mismo como con el ambiente que le rodea:

1. Zona Interna: se determina de la piel hacia adentro y representa el enlace entre sensaciones y sentimientos.
2. Zona Externa: se la define como la unión con todo lo que ocurre desde la piel hacia fuera.
3. Zona Intermedia o de la fantasía: se relaciona con los procesos psicológicos; ideas, pensamientos, visualizaciones, etc.

3.3. CICLO DE LA EXPERIENCIA DE LA GESTALT.

Perts (citado en Salama 1992) define el ciclo de la experiencia como una manera didáctica y claramente en qué momento del proceso de la experiencia del individuo se interrumpe a sí mismo y cómo se expresan las interrupciones en la persona con la finalidad de darle una vivencia y resolución total de algún asunto inconcluso emergente.

De acuerdo con Salama (1996) en el enfoque gestalt es indispensable trabajar con una metodología en base al ciclo de la experiencia, en donde mediante estrategias terapéuticas se localizan los bloqueos para llegar a ubicar en qué parte de este ciclo el individuo tiene la energía interrumpida, con la finalidad de que la libere y fluya libremente. Se describen a continuación estas ocho fases:

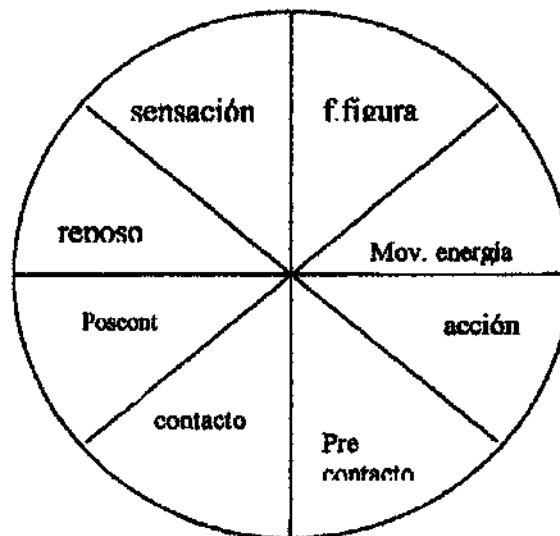
1. **Reposo:** representa el equilibrio y punto de inicio de una nueva experiencia. Tiene el mismo valor tanto la necesidad fisiológica como la psicológica, por lo que el inicio de esta fase esta conectada a la necesidad emergente, sea cual fuere. Por ejemplo cuando una persona esta estática, descansa, reposa.
2. **Sensación:** determina la identificación de la zona interna al sentir físicamente una tensión de algo que aún no se conoce. Por ejemplo es cuando la persona siente algo, pero todavía no sabe lo que es.

3. **Formación de la figura:** en esta fase el organismo ha diferenciado lo que le pertenece y necesita satisfacer. Se concientiza la sensación. Se establece el contacto con la zona de la fantasía o intermedia. Por ejemplo cuando la persona sabe lo que le está pasando, tiene la idea de lo que le sucede.
4. **Movilización de la energía o energetización:** en esta fase se reúne la energía indispensable para llevar a cabo lo que la necesidad demanda. Se potencia la energía hacia la acción. Por ejemplo cuando la persona está dispuesta a....., motivada hacia algo.
5. **Acción:** en esta etapa ocurre el paso a la parte activa movilizándose la energía del organismo hacia el objeto relacional. Se actúa ya en la zona externa. Por ejemplo es todo lo que hace la persona para llegar a algo, ya sea comer, fumar, tomar alcohol, cortejar, etc.
6. **Pre-contacto:** es cuando se identifica el objeto relacional para contactar. El organismo localiza la fuente de satisfacción y se dirige hacia ella. Aquí existe un límite de contacto y en ese momento la persona puede asumir si contacta o no. Por ejemplo: un alcohólico en este límite de contacto puede decidir si se toma la botella o no.
7. **Contacto:** en esta fase se establece contacto pleno con el satisfactor y se experimenta la unión con el mismo. El organismo experimenta placer ante la necesidad que está

satisfaciendo. Es la experiencia real del hombre y puede ser positiva o negativa. Por ejemplo: la persona besa a la chica, fuma, come, etc.

8. Post-contacto: en esta etapa da comienzo la des-energetización hacia el reposo junto con los procesos de asimilación y de alineación de la experiencia, todo esto dentro del continuo de conciencia. Es cómo se queda la persona después de la experiencia, después de contactar con algo o alguien. (Fig. 3.1)

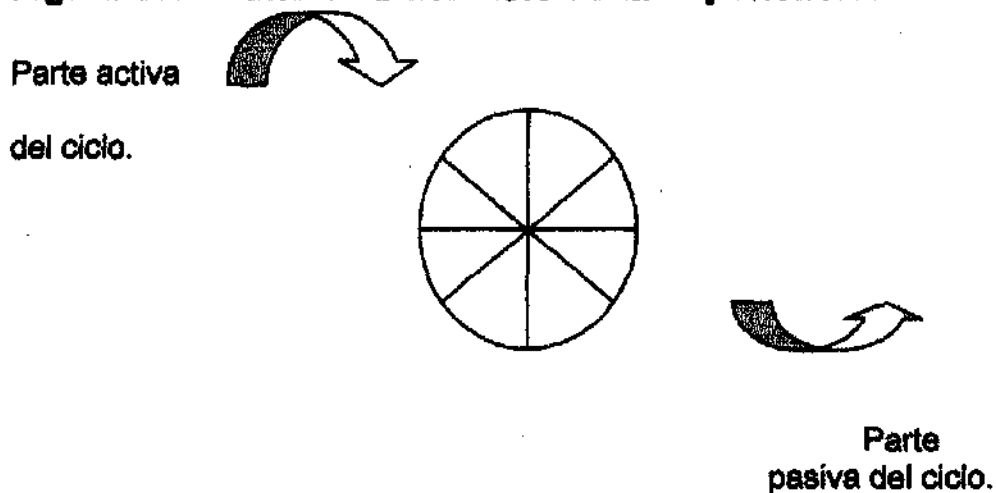
Figura 3.1 Ciclo de la experiencia.



Al ciclo de la experiencia de acuerdo con Salama (1996) se le ha dividido en dos hemicírculos: (fig. 3.2)

1. **Parte superior pasiva:** se llama así debido a que no hay acción en el organismo hacia la parte externa; sólo se conecta con la zona interna.
2. **Parte inferior activa:** la energía orgánica se pone en acción con su campo dentro de un contexto único e irrepetible, es decir, se relaciona con la zona externa.

Figura 3.2 Hemiciclos del ciclo de la experiencia.



3.4 BLOQUEOS EN EL CICLO DE LA EXPERIENCIA.

Salama (1996) destaca en el enfoque gestalt ocho bloqueos, correspondientes uno a uno, a las ocho fases del ciclo; se llaman bloqueos a la autointerrupciones de la energía que la persona presenta. Los bloqueos surgen para evitar el contacto con el satisfactor y el cierre de su experiencia en función a los esquemas neuróticos adquiridos desde temprana edad. Son los siguientes: (fig.3.3)

1. **Retención:** se halla localizado dentro de la fase de reposo. Surge para impedir la continuidad natural de cada momento, evitando así el proceso de asimilación-alienación de la experiencia e impidiendo el reposo. Es decir impide la fluidez natural y el reposo. Tiene la frase implícita "luego lo hago" y el mensaje introyectado de este bloqueo es "no merezco". Por ejemplo: la persona que le asignan tareas y no las termina, pospone, no concluye, por lo tanto no llega al reposo.
2. **Desensibilización:** esta localizado dentro de la fase de sensación, se presenta una negación del contacto sensorial entre el organismo y la necesidad emergente. Es decir niega contacto ante la necesidad. La frase es "no siento" y el mensaje es "no te amarán" . Por ejemplo: una persona que dice no querer a su pareja y dice que no le dolería lo que le llegará a hacerle, sin embargo sigue con ella, no se compromete emocionalmente para no sufrir, se desensibiliza.
3. **Proyección:** se ubica dentro de la fase de formación de la figura, consiste en atribuir a algo externo al individuo lo que le pertenece a si mismo, negándolo en él. Es decir es la persona que atribuye características propias a otras personas. La frase implícita de este bloqueo es "por culpa de" y el mensaje que esta en este bloqueo es "te dañaran". Por ejemplo: cuando un individuo dice que le caen mal las personas enojonas, no se responsabiliza de lo que él esta haciendo, se proyecta.

4. Introyección: se encuentra dentro de la fase de movilización de la energía implica la incorporación de actitudes, ideas y creencias que no fueron asimiladas por el organismo y son distónicas con el yo. Los individuos se colocan culpas ajenas para ser aceptado. La frase es "debería de", el mensaje es "te rechazarán". Por ejemplo: la señorita que no usa minifalda, por que las niñas decentes no las usan.

5. Retroflexión. Se localiza dentro de la fase de acción, en donde la persona se hace así misma lo que le gustaría hacerle a los demás, quienes por lo general son personas significativas para elle y está en relación con la energía agresiva; cuando el sujeto le hace a otros lo que le gustaría que le hagan a él. La frase implícita en este bloqueo es "me aguanto" y el mensaje es "no actúes". Por ejemplo el mayor grado de retroflexión es el suicidio, la persona se hace todo el daño a él mismo.

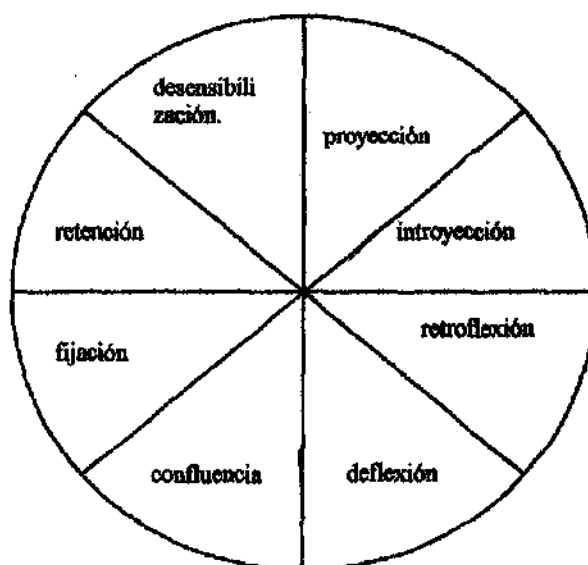
Latner (citado en Salama, 1996) afirma que este bloqueo tiene una parte que se llama Proflexión; está en relación con la energía amorosa. Por ejemplo, si la persona necesita amor, se va a cuidar, se toca a sí mismo, se da lo que quisiera que le dieran los demás.

6. Deflexión: se halla dentro de la fase de precontacto; el organismo evita enfrentar al objeto relacional dirigiendo su energía a objetos alternativos y no significativos. Es decir cuando la persona logra metas alternas, pero no la principal. La frase es "lo evito y lo conservo" y el mensaje es "no actúes".

Por ejemplo la persona que se quiere ir a estudiar al extranjero, pero siempre se le presentan cosas para no ir; se enferma, le surge otro trabajo, etc. Y no se va del país.

7. **Confluencia:** se encuentra dentro de la fase de contacto; el individuo no distingue límite alguno entre su sí mismo y el medio; confunde sus fronteras de contacto con las del ambiente que lo rodea. Es decir pierde sus límites de contacto, teme al abandono. La frase implícita es "tu mandas" y el mensaje de este bloqueo es "te dejaran". Por ejemplo: una persona que le dice "sí" a todo lo que su pareja le pide o le propone, aunque no le guste. Entonces se dice que confluye con él.
8. **Fijación:** se encuentra dentro de la fase de post-contacto, consiste en la necesidad de no retirarse del contacto, lo que lleva a rigidizar sus patrones de conducta.

Figura 3.3 Bloqueos del ciclo de la experiencia.



3.5 IDENTIFICACION DE LA PSICOPATOLOGÍA EN EL CICLO DE LA EXPERIENCIA.

Salama (1992) señala que la patología dentro del esquema del enfoque de la gestalt, ocurre cuando se hallan bloqueos que interrumpen el flujo energético y queda disminuida la capacidad del organismo para satisfacer plenamente la necesidad. La tendencia del organismo sano es apoyarse en sí mismo y cumplir con sus necesidades en armonía con su medio ambiente. Establece una comparación entre los bloqueos del ciclo de la experiencia y los trastornos de la personalidad según el DSM IV (1992): (fig. 3.4).

- 1) Trastorno Esquizoide: corresponde al bloqueo de retención y desensibilización. Existe restricción de la expresión emocional, con indiferencia y afectividad limitada debido a una carencia real o imaginada de afecto en sus relaciones inter.-personales tempranas; los individuos con este trastorno son inexpresivos y eligen no sentir para no sufrir. Hay ambigüedad respecto a sus acciones y están ensimismados y ausentes, sin contacto con la zona externa.
- 2) Trastorno Esquizotípico: corresponde al bloqueo de desensibilización y a la sensación; la persona no establece contacto con su medio ambiente por temor a sufrir, presentando una conducta peculiar y retraída; se encuentra

una pauta generalizada de ideas y pensamiento mágico discrepante, con déficit en las relaciones interpersonales debido a la carencia de aprendizaje afectivo en los primeros años de vida del sujeto, lo cual lo lleva a la no aceptación de sí mismo ni de los demás.

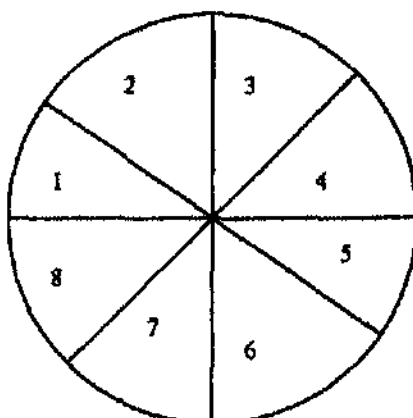
- 3) **Trastorno Paranoide:** corresponde al bloqueo de proyección, hay una tendencia general e injustificada de interpretar las acciones de otros como deliberadamente agresivas o amenazantes, con un temor al castigo por la escasa seguridad en sí mismo.
- 4) **Trastorno Narcisista:** corresponde al bloqueo de proyección; el individuo presenta un patrón de conducta o fantasía de grandiosidad, hipersensibilidad a la valoración de los otros y falta de empatía, careciendo de seguridad. La autoestima es frágil, ya que ni siquiera puede formar una figura clara de su necesidad, por lo que se les hace más fácil ver los errores de los demás. No diferencia su yo del no yo y culpa para no ser castigado.
- 5) **Trastorno Obsesivo-compulsivo:** corresponde al bloqueo de introyección y fijación; los síntomas más frecuentes son el perfeccionismo y la rigidez respecto a sus necesidades; sus objetivos son con frecuencia inalcanzables, lo que interfiere en la realización de sus tareas y sus proyectos. Hay preocupación por las normas, la eficacia, los detalles insignificantes, limitando su percepción del mundo, todo ello para no ser rechazado, lo

que constituye su temor básico, aunado a tener necesidad de controlar por su desconfianza en sí mismo. Por su temor a ser libre impide el fluir natural de su necesidad mostrándose rígido y atorándose en sentimientos, pensamientos y acciones que ya han pasado.

- 6) **Trastorno Pasivo-agresivo:** corresponde al bloqueo de retroflexión y retención. La parte pasiva presenta una resistencia a las demandas razonables, tanto sociales como laborales, expresando en forma encubierta su agresión, la cual vuelca sobre sí mismo por su temor a expresarla de manera abierta. Se opone a cualquier demanda acudiendo al retraso de tiempo, presentando ineficacia intelectual y tendencia a olvidar las cosas; se conduce asumiendo el papel del sometido, retardando su decisión de actuar.
- 7) **Trastorno por Evitación:** corresponde al bloqueo de deflexión; a mayor preocupación de estas personas mayor es su miedo a enfrentar la evaluación negativa y los juicios de los demás. Estas fantasías catastróficas aparecen cuando se rompe la rutina habitual y emerge la angustia. Tienden a evitar relacionarse íntimamente por su temor a confrontar cualquier pregunta o situación; frecuentemente exageran las dificultades potenciales, los peligros físicos o los riesgos de cualquier actividad por carecer de valor para enfrentarlos.

- 8) **Trastorno límite:** Pertenece al bloqueo de deflexión y es donde la persona percibe su autoimagen de manera inestable así como sus relaciones interpersonales y su estado de ánimo. Hay una alteración de la identidad en la orientación sexual, los objetivos a largo plazo, la elección de carrera, amistades o valores, lo cual eleva su nivel de angustia.
- 9) **Trastorno por dependencia;** corresponde al bloqueo de confluencia; el sujeto muestra una conducta dependiente y sumisa buscando apoyo en el medio externo por el temor de ser abandonado. No toma la responsabilidad de sus decisiones, por lo que solicita una cantidad excesiva de consejos y recomendaciones e incluso permite que otros decidan por él. Tiende a sentirse perdido cuando está solo, y cuando está acompañado, pierde sus límites de contacto al no diferenciarlos de los límites de los demás.
- 10) **Trastorno Histriónico:** corresponde al bloqueo de confluencia; hay una pauta generalizada de emocionalidad y de búsqueda de atención exagerada; demandan apoyo, aprobación o elogios por parte de los demás y se muestran incómodos en situaciones en las que no son el centro de atención por su temor al abandono.

Figura 3.4 Patología relacionada con el ciclo de la experiencia.



- 1- Retención = agresivo-pasivo.
- 2- Desensibilización = esquizoide-esquizotípico
- 3- Proyección = paranoide-narcisista
- 4- Introyección = obsesivo-compulsivo
- 5- Retroflexión = pasivo-agresivo.
- 6- Deflexión = por evitación-limite.
- 7- Confluencia = por dependencia-histrónico
- 8- Fijación = compulsivo-obsesivo.

3.6 AUTORREGULACIÓN ORGANÍSMICA:

Otro concepto muy importante y esencial en la teoría gestalt es la autorregulación del organismo. Latner (1978) hace una revisión exhaustiva de este concepto, por ello a continuación se menciona:

-Los organismos (la gente, los animales, las plantas) tienen necesidades específicas que se deben atender para vivir. Los cuerpos

precisan determinada cantidad de humedad para funcionar correctamente y las personas se mueren si la deficiencia o el exceso se exageran. En el curso de las actividades se consume una parte de agua que se ha ingerido, por medio del sudor, la evaporación y la orina. La cantidad de agua del interior del ser humano debe estar abajo del nivel que se necesita para funcionar bien; a la persona le da sed y encuentra la forma de reestablecer el nivel óptimo de agua en su sistema. Al mismo tiempo puede disminuir la cantidad de sal presente en los cuerpos y se encontrará alguna forma de tomar sal para restablecer el equilibrio del sistema metabólico, tal vez procurando comidas saladas o añadiendo más sal a lo que se come. Lo mismo sucede si se aplica a todos los elementos de la naturaleza, lo que se necesita para vivir y crecer: proteínas, minerales, vitaminas, estímulos sensoriales, movimiento, afecto, sueño, etc. Y esto también sucede así en todos los organismos vivos; cuando hay deficiencias, el sistema orgánico las remedia; cuando hay excesos se libra de ellos.

Perls (citado en Latner, 1978) le denomina a este proceso Autorregulación del organismo: el organismo lucha por mantener un equilibrio que continuamente es alterado por sus necesidades y recuperado por su satisfacción o su eliminación. Esta forma integrada y coherente de funcionar en el mundo se puede observar en todos los seres vivos y en todos los subsistemas que constituyen los organismos; las células contribuyen al funcionamiento unificado y también son, a su

vez, conjuntos autorreguladores unificados y organizados. La autorregulación del organismo es el nombre que la terapia gestált aplica a este complicado proceso de lograr, perder y volver a obtener el equilibrio biológico.

-Señalan que el principio de la autorregulación del organismo no es una teoría de los instintos, pero si está relacionada con esta idea antigua y más sencilla. La teoría de los instintos afirma que se bebe porque se tiene una necesidad instintiva del agua. Esta es una explicación mecanicista, al crear características (los instintos) en el interior de la persona que hacen que se comporte de una forma determinada y establecer una división entre la persona y sus instintos. La autorregulación del organismo es una representación holística, de un proceso biológico complejo, una descripción de las relaciones que hay entre las múltiples necesidades del organismo y su conducta. Se bebe cuando se necesita agua. Crear un instinto por el agua es una respuesta a la necesidad de explicar por qué se bebe; por tanto, se crea un mecanismo que hace a la persona beber. Pero la autorregulación no es un mecanismo, es un proceso.

Latner (1978) dice que otra forma de definir este principio de autorregulación del organismo es que el mismo funciona con una prudencia originada en sus necesidades y en la satisfacción de éstas. A no ser que se altere la capacidad de autorregularse (lo que sucede por lo general en los seres humanos y animales domesticados y rara vez en otros) los organismos muestran una gran sabiduría y economía

en su conducta. Los animales comen solo lo que necesitan y nada más. Cuando se les deja en paz no corren alocados, sino que son cuidadosos y prudentes. Las obras de etología, esto es el estudio de los animales en su ambiente natural, están llenas de ejemplos de autocontrol, de organización social; la matanza inútil, por ejemplo, no existe en los animales.

Rank (citado en Latner, 1978) señala que la autorregulación orgánica es la sabiduría de estas interacciones. A nivel humano la autorregulación consiste en que el yo posee en su naturaleza esencial la capacidad de enfrentarse, de estar en armonía consigo mismo.

Latner (1978) asegura que en la autorregulación está implícita la idea de que los organismos tienen conciencia. Para conocer su propio equilibrio, encontrar y obtener lo que necesitan, cuando se rompe dicho equilibrio, los organismos tienen que estar conscientes de sí mismos. Satisfacer las necesidades es algo que surge cuando la necesidad existe; no es automático. El organismo es un sistema abierto que se prepara a sí mismo en contacto consigo mismo. Una conducta automática, como ingerir tres comidas balanceadas al día, no precisa de mucha conciencia. Es un sistema cerrado programado de antemano. Pero buscar los medios de satisfacer las necesidades conforme surgen, requiere conciencia. La conciencia se emplea en un sentido de noción, de saber, de tener información acerca de ello. No implica necesariamente algo más profundo. Se está consciente de la

fuerza de gravedad y de su relación con sus movimientos al andar, sin saber que se sabe, ni ser capaces de explicarlo. Cualquier niño lo sabe antes de poder hablar o expresar conceptos.

Perls (citado en Latner, 1978) pensaba que la conciencia en este sentido era un aspecto de toda la existencia, orgánica e inorgánica, junto con el tiempo y el espacio. Y toda la naturaleza está unida por sensibilidad y correspondencias mutuas. El principio de la autorregulación orgánica no implica ni asegura la satisfacción de las necesidades del organismo, da por sentado que los organismos harán todo lo que puedan para regularse, de acuerdo con sus capacidades y los recursos del ambiente. La autorregulación del organismo no asegura la salud, únicamente que el organismo hace lo que puede con los medios de que dispone.

3.7 CONCEPTO DE SALUD DE ACUERDO CON LA TEORÍA GESTALT.

Latner (1978) señala que normal, natural y sano son diferentes formas decir lo mismo. Comenta que normal es una conducta sana e integrada; manifiesta que la ventaja de definir la salud de esta forma está en que así se obtiene un patrón para apreciar y juzgar la calidad de vida, tal como la vive el ser humano y como la que se vive en su

alrededor y en la que se puede recibir una serie de posibilidades que le sirven a la persona de reto, acicate y esperanza.

Resume los aspectos de la salud y destaca lo siguiente:

1ª. Una conducta sana en los seres humanos debe ser una conducta integral. Cuando se tiene salud se está a tono con las capacidades y con el proceso que hace ser a la persona lo que es. Se identifica con todas estas funciones vitales. En este estado de salud, la persona no se encuentra en una tregua incómoda entre facciones conflictivas de la psique, ni está dominada por los dictados de la mente, del cuerpo o de la voluntad. Al funcionar holísticamente, todo el ser es una parte de la actividad en movimiento.

2ª . La integración es un requisito previo par el funcionamiento satisfactorio del desarrollo figura-fondo. Si no se es capaz de contar con todas las partes del yo, las gestalts serán correspondientemente débiles. Si la conducta esta bien integrada, tendrá integridad, la persona será sincera y auténtica. Quizá la persona no se vea obligada a ser dura y desagradable, pero quizá esta sea una consecuencia necesaria de poder sincero.

3ª. La formación y destrucción satisfactorias de la gestalt es pues, otro aspecto de una conducta sana. Ya que la formación de gestalt es la función del organismo, la existencia de gestalts claras y fuertes es el criterio central de la salud. La capacidad de formar gestalts libremente y en forma apropiada, significa que la experiencia de vivir tendrá la profundidad y la satisfacción que son características de la salud. No es

necesario que se comprenda o se resuelvan todos los problemas y traumas que se han acumulado en el transcurso de la vida para estar sanos, ni es necesario no cometer faltas y los errores son esenciales para la salud y la madurez. La capacidad de crear y destruir gestalts, ese proceso en el cual se vive a tono con las aptitudes propias, es a la vez la definición más apta y más sencilla de salud.

4ª. Tener salud es poseer la capacidad de salir airoso de cualquier situación con que se tropiece, y la solución satisfactoria de las diversas situaciones de acuerdo con la dialéctica de formación y destrucción de gestalts. Formar gestalts en un funcionamiento libre no quiere decir que no implique un esfuerzo; la salud no asegura que los obstáculos desaparecerán cuando se tropiece con ellos. Esta actividad espontánea tampoco consiste en hacer aquello que se le antoje a la persona; es hacer lo que se desea cuando se está centrado, es decir, totalmente en conexión con lo que la persona es y con el medio.

Latner (1978) destaca que un concepto más amplio de salud exige que la persona identifique sus necesidades. El ser humano se debe mantener en contacto con lo que es importante para él. Para saber lo que necesita, se debe saber y aceptar lo que uno es en el momento presente, porque las necesidades están clavadas en la existencia en el aquí y el ahora. Este requisito para la formación de gestalts implica su opuesto: se tiene que saber qué se es, y la persona, cuando distingue lo que es y lo que no es, se distingue del resto del

campo. Si un hombre se identifica con su yo en formación y separa lo que no es orgánicamente suyo, está sano. Considera además, que un funcionamiento sano quiere decir entregarse de lleno al proceso para resolver las necesidades dentro del ambiente.

Perls (citado en Latner, 1978) señala que la integración del ser humano incluye algo más que aceptar todos los deseos, necesidades, proceder y aptitudes como partes de uno mismo. También exige que la persona se reconozca como parte del ambiente. Cuando se está sano se dice que se está en contacto con uno mismo y con la realidad.

Latner (1978) afirma que el aspecto final de un funcionamiento sano es la conciencia; sencillamente captar con todo el alcance de los sentidos propios el mundo de los fenómenos que están adentro y fuera de la persona, tal como se van presentando. La capacidad de percibir esto, comenta, es la salud. Como la formación de gestalts exige la organización de las partes distintas y pertinentes del campo, su proceso implica que se tenga alguna experiencia con cada una de las partes; sólo se puede manejar lo que se conoce. El proceso no puede seguir sin la participación de la persona en él. La participación consiste en estar en contacto con el fondo y la figura que surgen por que está en ellos. No está separado de ellos o actuando en ellos, el proceso son ellos mismos. Señala también que la conciencia es un acontecimiento que ocurre en el momento presente; sólo se puede estar consciente de

lo que está sucediendo ahora. Inclusive las reflexiones y recuerdos tienen lugar en el ahora, en el presente. Comprender con todo el ser lo que significa el ahora, eso es salud. Porque si se está totalmente conciente del ahora, se está en contacto con todo lo que existe alrededor, y este es el punto de partida del proceso en el que se va desarrollando la vida. En el presente se encuentran las necesidades de la persona y los medios para satisfacerlas tan plenamente como la situación actual lo permita. Vivir plenamente en el presente es salud; todo lo necesario para la mejor solución posible en estas circunstancias se encuentra aquí y ahora en dichas circunstancias. Un funcionamiento sano exige que la persona se ponga en contacto con los elementos figurativos y que este contacto quede registrado en ella. Un buen contacto exige conciencia.

3.8 CONCEPTO DE ENFERMEDAD DE ACUERDO CON LA TEORÍA DE LA TERAPIA GESTALT.

Goodman (citado en Latner, 1978) señala que gran parte de lo que se conoce como desesperación, frustración y desgracia se llama enfermedad mental, neurosis, psicosis, trastornos de la personalidad y de la conducta. Comenta además, que las categorías de enfermedad mental tienen muchos usos clínicos y sociales que de hecho, son perjudiciales para el éxito del tratamiento. Implican que se vuelve la

persona esquizofrénica igual que cuando adquiere un catamó y se colocan etiquetas de estigmas en los terapeutas, los enfermos y la familia. La terapia gestalt no usa estas divisiones en categorías porque son opuestas al enfoque gestalt.

Latner (1978) señala que, en primer lugar, los trastornos no son mentales sino del organismo. La división del cuerpo y mente manifiesta, en sí una forma trastomada de pensar. Las mentes no están enfermas; la persona es la que está enferma, todo el ser está enfermo. Y destaca los siguientes puntos:

- Que aquello a lo que se le denomina trastornos mentales, es lo que en el contexto de la terapia gestalt se llama interferencias en el proceso de formación y destrucción de la gestalt, las cuales acarrearán distorsiones y desequilibrios a la integración básica. Son trastornos del funcionamiento y desarrollo del yo.
- Estos trastornos del funcionamiento no son categorías fijas, como muy a menudo parecen ser en la terminología psicológica. O más bien, las categorías son fijas pero la conducta no lo es. En la terapia gestalt se entiende que las características de conducta sana y anormal son referencias de los procesos actuales, ellas representan al paciente en este preciso momento del tiempo, pero a medida que él cambia, se piensa de él en forma distinta.

- La caracterización del trastorno en la terapia gestalt consiste, en términos de diferencias, en la clase y la calidad de la discrepancia del proceso gestalt de formación y destrucción de figuras en relación con su modo sano y normal.
- Hace un intento por explicar la posición respecto a la enfermedad mental y establece y utiliza el término trastorno, anormalidad, disfunción, interferencia y rompimiento en vez de los términos tradicionales; lo que se implica es enfermedad, es decir ausencia del libre funcionamiento.
- Señala que el funcionamiento sano contiene en sí vulnerabilidades; el contacto con el medio significa que constantemente se está expuesto al peligro.
- Señala que una conducta trastornada no es sana, cuando no se funciona sanamente, no se funciona libremente tampoco. Comenta además que lo que se llama trastorno del organismo es la acumulación de sucesos, debido a la interferencia con las funciones de contacto y la persistencia de la función de seguridad, se pierde la unidad. Ya no se está en contacto con uno mismo, ni con el ambiente y el contacto y excitación ya no conducen a una gestalt intensa y a una acción expresiva. Por lo tanto en términos de la formación de la gestalt, la anormalidad consiste en interrumpir la gestalt en diversos aspectos de su aparecer. Una forma sencilla de expresarlo es utilizando el símil del metabolismo. El proceso metabólico (comer, digerir y

eliminar) es una manifestación del fenómeno figura-fondo al nivel físico. El ser humano es un ser unificado manifiesta el mismo autor, los procesos tienen una semejanza dinámica. El proceso de la comida es un aspecto del funcionamiento del organismo y opera fundamentalmente en la misma forma que el funcionamiento total. Se tiene apetitos y procesos del organismo, apetitos por experiencias, por contacto emocional, por la comida. Todos manejan esencialmente del mismo modo, clavar los dientes en un filete o atacar un problema de la vida son funciones similares; darle vueltas a una teoría y hacer lo mismo en la boca con un pedazo de pan son dinámicamente similares. En ambos casos se destruyen gestalts para crear otras nuevas. Al comer se destruye la comida, produciendo satisfacción y tejido nuevo para el cuerpo.

-Señala que se empieza en la vida con un proceso sencillo, succionando leche, tragándola, trasformándola en el ser. Al crecer se tienen dientes, llega el día en que se puede masticar partes del ambiente las cuales necesitan medidas desintegradoras más concretas y fuertes para que lleguen a formar parte del cuerpo. Las posibilidades aumentan y se llega a ser capaz de comer comidas sólidas con texturas y sabores diferentes. Al morder y masticar gradualmente se convierten en pedacitos realmente pequeños para que el sistema digestivo interno (la peristalsis, la acción trituradora de los intestinos y las

concluir la transformación de la comida en los materiales que construyen los tejidos corporales. En las etapas de desarrollo y al crecer, la persona se vuelve capaz de crear y destruir gestalts más complejas.

- Explica el primer límite de contacto de la siguiente manera:

El sentido del gusto y del olfato hacen las distinciones en la coordinación con las preferencias. Otro censor, es un paso ulterior del proceso es el disgusto. Si se ingieren cosas que no se necesitan, el reflejo de la náusea se activará y la persona rechazará lo que ha empezado a asimilar. Este proceso de censura sigue durante todo el proceso metabólico. Quizá se vomite la comida que resulte inaceptable en un punto de la región gastrointestinal. Finalmente se expulsa como sobrante una parte de lo que se ha ingerido y que no se puede utilizar para producir tejido del cuerpo o energía. Se puede ver que comer es un ejemplo de la formación de figuras, la persona termina el proceso saciado y destruye el hambre.

Destaca que la interferencia en este proceso total se puede presentar en cualquier punto. Y es donde comienza la anormalidad o la enfermedad por decirlo así, aunque son términos que la gestalt prefiere omitir para no poner etiquetas a las personas. Entonces como consecuencia las personas no logran la satisfacción que provienen de su conciencia, de manejarse a sí mismos y de manipular al ambiente para conseguir lo que se necesita. Y por lo tanto puede tragar en el caso de la comida trozos grandes y obliga a su aparato digestivo a

producir grandes cantidades de ácidos estomacales para disolverla, entonces se priva de la satisfacción.

Con este ejemplo de la comida metafóricamente, de acuerdo con dicho autor, pasa con las experiencias, sobre todo con las emociones que vive la persona como enojo, ira, agresión, etc. Las desorganizaciones en los procesos de morder, masticar y tragar son equivalentes a las disfunciones en el contacto, la diferenciación y la destrucción de la figura. En este caso los problemas comunes incluyen el arrancar pedacitos de comida en vez de morderlos, masticar insuficientemente para permitir su fácil asimilación en los procesos metabólicos y después tragar los trozos enteros de comida. De acuerdo con Latner (1978) la diarrea, el estreñimiento y la indigestión son dificultades en la destrucción de la figura que brota de fracasos anteriores de un funcionamiento adecuado. Sus equivalentes en el campo de la expresión verbal, por ejemplo, son la charla excesiva sin meditar (a menudo llamada verborrea), imperfecciones en la articulación y habla confusa respectivamente.

Así Latner empieza a relaciona la parte corporal con la parte mental, esta similitud entre procesos corporales y procesos psicológicos. En los conceptos de salud y enfermedad respectivamente.

Arredondo (2000) señala que se empieza también a relacionar la enfermedad física con procesos mentales y viceversa. Es decir, si una

parte del hombre enferma, existe una respuesta en su contraparte, ya que el ser humano esta formado de dos realidades ineludibles: la mente y el cuerpo. La condición de enfermar trae consigo muchas reacciones emocionales y afectivas en el hombre. Y menciona que para algunos estar enfermo significa sentirse inútil y abandonado, cercano a la muerte, lo que trae como consecuencia depresiones, enojos, autoagresiones e incluso suicidios. Para otros tener una enfermedad es una forma de obtener una ganancia de la gente que se encuentra alrededor del enfermo. Cada ser humano vive y experimenta la enfermedad desde su propia existencia.

De acuerdo con Castanedo (1999) el modelo médico asume que el experto (médico) conoce una enfermedad que el paciente desconoce. Por lo tanto, el médico es responsable del paciente, tiene el poder en la relación interpersonal (médico-paciente). Por otra parte, el mismo modelo médico asume que la enfermedad sigue ciertas leyes basadas en la teoría de las bacterias, la acumulación del colesterol, la presión arterial. Según este modelo, la enfermedad aparece cuando la persona es víctima del ataque de cuerpos extraños: bacterias y virus causados por epidemias. Enfermarse o no depende del ambiente en que se vive. Las bacterias y virus están en el aire que se respira, en el alimento que se come. La única responsabilidad que tiene el paciente es seguir las instrucciones del médico. Sin embargo, los virus están siempre presentes tanto fuera como dentro del organismo, los virus no

son enemigos, ni venenosos, más bien lo contrario, son parte del equilibrio del organismo, juegan un rol positivo, tienen una función reguladora del organismo. Por ejemplo algunas bacterias del cuerpo humano ayudan en las funciones digestivas del organismo, aunque si se encuentran en un ambiente tóxico llegan a ser tóxicas. Si el organismo inconscientemente decide enfermarse, bajará las resistencias (defensas) corporales y fracasará en la eliminación de productos excretorios, creándose un medio propicio a los virus. Todo esto frenará el funcionamiento del sistema inmune y permitirá la invasión de cuerpos extraños, y la persona se enfermará. Los medicamentos no enfrentan la causa de la enfermedad, sino que simplemente suprimen los síntomas. La aspirina hace desaparecer el dolor de cabeza, la penicilina reduce el síntoma de una pulmonía. Sin embargo, la condición tóxica que conduce a la enfermedad no es eliminada. Elegir la enfermedad es la causa.

Castanedo (1999) dice que una forma de reducir la incidencia de la enfermedad es ser capaz de detectar cuándo una persona se está enfermando y conocer cómo es que ésta se enferma. Lo que permitiría prevenir la enfermedad. Si una persona no quiere enfrentar un conflicto específico lo in "corpora" (lo introduce a su cuerpo), elige enfermarse y el tipo específico de enfermedad. Esta elección puede ser consciente o inconsciente.

Castanedo (1999) señala además que la enfermedad, en el fondo, se relaciona con el autoconcepto. Si la persona no se siente bien en un área, siente que no podrá enfrentar eficazmente situaciones relacionadas con esa área. Por lo tanto, intentará evitarlas o distorsionarlas. Por ejemplo si se siente insignificante (no significativo) puede experimentar una gran frustración y humillación que reprimirá (pondrá fuera de su pensamiento). Esto lo puede conducir a algunos síntomas físicos. Por otra parte, si enfrenta directamente su sentimiento de ser insignificante, evitará la necesidad de reprimirlo y por lo tanto no necesitará enfermarse.

3.9 LA RETROFLEXIÓN; BLOQUEO EN LA FASE DE ACCIÓN.

Se le dedica a la retroflexión un apartado especial, porque es el tema de investigación de este trabajo.

Corbella (1994) destaca que la psicología del comportamiento y la psicofisiología conciben la emoción como una estructura del comportamiento, desencadenada por un conjunto de causas directas e indirectas, internas y externas, que persisten mucho tiempo después de que el estímulo ha desaparecido por lo tanto cuando se habla de la existencia de un bloqueo de la gestalt, quiere decir que el individuo a pesar del tiempo sigue reteniendo determinado sentimiento o emoción,

es por esto que esta bloqueado, su energía esta parada, no esta viviendo en el presente, por lo tanto a nivel psicológico y a nivel físico constituyen una fuerza poderosa en el presente, por lo tanto a nivel psicológico y a nivel físico constituyen una fuerza poderosa en el comportamiento individual.

Corbella (1994) señala que el término emoción tiene un significado motor. Las emociones incitan a la acción y suelen aumentar el nivel de actividad del organismo, como por ejemplo ocurre en la piel cambios eléctricos, también se puede comprobar de que forma son alterados por una fuerte emoción los movimientos del estómago y del intestino. Así hay múltiples estados emocionales que según el manejo de su ciclo de la experiencia de la gente asume actuar de cierta manera u otra. Lo ideal sería exteriorizar la emoción aunque se ha aprendido a hacerlo de manera diferente. En el caso de la ira unas personas simplemente fruncen el ceño y refunfuñan, otras personas protestan y emiten algún sonido; algunos van más allá y amenazan y gritan; los más agresivos pueden llegar a destruir algo; algunos pueden reaccionar deprimiéndose y con conductas autodestructivas, también hay los que se dedican a buscar la solución al problema. Pero en el caso de las personas que optan por las conductas autoagresivas, muchas veces no concientemente son las que se relacionan con el bloqueo de retroflexión.

Salama (1992) manifiesta que el bloqueo de retroflexión de la teoría gestalt consiste en hacerse a uno mismo lo que se quisiera hacerle a otro, son expresiones que no pudo o no quiso manifestar la persona por lo tanto esta emoción se convierte en una retroflexión, el individuo no saca lo que tiene que sacar, por ejemplo la frustración provoca ira, existen depresiones que finalmente son autoagresiones, enojos, dolor, agresión que por lo general se contienen y no se exteriorizan. Y entonces que pasa con todas estas manifestaciones físicas en dichas emociones, como cambios hormonales, modificación de estructuras cerebrales, segregación de sustancias, por lo tanto en el cuerpo, es decir en la parte física del ser humano, por esta retención de sentimientos y emociones genera como consecuencia un maltrato del cuerpo entonces como resultado una enfermedad en este caso las enfermedades de tipo psicosomático.

Perls (citado en Salama, 1992) dice al respecto que obviamente ningún ser humano puede pasar su vida dejándole rienda suelta a cada uno de sus impulsos, al menos unos tienen que ser controlados, pero al resistir impulsos destructivos deliberadamente es bastante diferente a volverlos contra uno mismo.

Salama (1992) explica más a fondo lo que es la retroflexión y argumenta los siguientes aspectos:

- 1) Existe en la persona que retrofecta una no valoración de sí misma ni la de los demás. En donde la persona también evita

mostrarse como realmente es consigo mismo y con los demás por temor a enfrentar.

- 2) La actitud positiva de la retroflexión es el rescate; el individuo actúa como rescatador de aquellas personas que se hallen en problemas y que no pueden por sí mismos liberarse de la situación peligrosa.

La actitud negativa de este bloqueo es mostrarse como víctima, la persona se presenta en una actitud de queja continua.

- 3) También en cada fase hay una necesidad subyacente y esto consiste en que cada fase encierra una necesidad que se satisface cuando esta libre de bloqueo permitiendo el flujo de la energía hacia la resolución de la gestalt. Esta necesidad subyacente, cuando no es satisfecha, origina en el organismo displacer, la necesidad de la retroflexión es la de Expresión; es cuando la persona se permite enseñar lo que quiere.

Polster (1973) manifiesta que en este bloqueo la persona resuelve retroflexionar sobre sí los impulsos tiernos u hostiles que inicialmente debieron estar dirigidos hacia alguna otra persona. Rabietas, golpes, mordiscos, gritos fueron permanentemente anulados. Resurge, pues, un introyecto básico: "No debo enojarme con ellos", en torno al cual se erigió la defensa retroflexiva. Y vuelve la cólera contra sí mismo.

Salama (1992) concluye que el ciclo de la experiencia es un instrumento de identificación que puede ofrecer conocimientos, tanto a nivel de áreas sanas de la personalidad como de aquellas alteradas patológicamente. Habla de áreas sanas en el ciclo, cuando no se encuentran bloqueos y la energía fluye naturalmente hacia la satisfacción de la necesidad. Se nombra patología dentro del esquema de la gestalt cuando se hallan bloqueos que interrumpen el flujo energético y queda disminuida la capacidad del organismo para satisfacer plenamente la necesidad. La tendencia del organismo sano es apoyarse en sí mismo y cumplir con sus necesidades en armonía con su medio ambiente en contraste, la patología evita la diferenciación jerárquica entre sus necesidades tratando de manipular su medio apoyándose en él.

El estudio de esta investigación relaciona el bloqueo de retroflexión con el trastorno de somatización.

3.9.1 LA RETROFLEXIÓN Y LAS ENFERMEDADES PSICOSOMÁTICAS.

Kepner (1992) define al retroflexión como un proceso por el cual el movimiento se inhibe o se distorsiona, la retroflexión dice, significa voltearse o regresar hacia uno mismo y consiste en hacer a uno mismo lo que originalmente estaba dirigido hacia el entorno. Implícita

en cualquier retroflexión esta la escisión del funcionamiento de la persona en fuerzas opuestas, en términos gestalt, una polaridad. Menciona el siguiente ejemplo: cuando un movimiento o una expresión del sí mismo son detenidas, la polaridad incluye una parte que es actuar / expresar y otra parte que es la acción/ expresión (una parte cinestésicamente, dice muévete y otra dice detente). Al revertir la acción, la persona asume los papeles tanto del actor como del entorno. Se crea una polaridad interna en la cual la persona es tanto el objeto como el sujeto de la acción. Con el impulso a actuar aparece un temor a la reacción del entorno de modo que la expresión es redirigida de vuelta sobre uno mismo. Como en la detección del movimiento, hay también un sí y un no al movimiento o expresión del sí mismo, y el vínculo entre estas fuerzas en oposición (la necesidad de actuar y el temor a las consecuencias) da como resultado tensión muscular e inmovilidad.

Kepner (1992) señala que cuando la gente retroflexiona las acciones de una manera crónica, penetrante e inconsciente, distorsiona el funcionamiento y se deforma la vida corporal. La fuerza/ contrafuerza de la retroflexión se vuelve estática y estructural, si la retroflexión es habitual, comenta el autor, por que el conflicto entre actuar y no actuar *permanece crónicamente sin resolver y sin entrar a la conciencia, se desarrolla un patrón de tensiones retroflexivas el cual esta visible: en el desarrollo muscular. Y muchos síntomas psicósomáticos caen dentro de esta categoría de reversiones literales del movimiento.*

Zamora (citado en Salama, 1996) destaca que cuando el individuo experimenta situaciones por lo general amenazantes, en las que necesita dar libre curso a su energía a través de la acción y que implica actos en el que manifieste agresividad, decide bloquear esta expresión, volviendo la energía hacia sí mismo provocándose por consiguiente aumento de la tensión que desencadena una excitación sostenida del sistema nervioso central en sus ramas simpática y parasimpática de acuerdo al proceso de autorregulación, ocasionando con esto el fenómeno fisiológico que afecta a los órganos regidos por las ramas vegetativas o las correspondientes a la vida de relación. Señala también que lo que se refiere a las alteraciones de las funciones vegetativas, como resultado de la inhibición de impulsos hostiles o defensivos en donde se afecta la rama parasimpática del sistema nervioso, menciona los siguientes:

Por lo que respecta a la rama simpática se encuentra la migraña, hipertensión, neurosis cardiacas, artritis, síncope vasopresor.

Kepner (1992) manifiesta que en la psicoterapia gestalt las personas que experimentan ansiedad ante situaciones en las que necesitan responder con actitudes en las que se requiere la expresión espontánea de sus emociones y que se mantienen por el contrario reprimiendo este flujo de su energía, inhibiendo sus impulsos y manteniéndose suspendidos en un estrés constante, con un

sentimiento de incompetencia para enfrentar situaciones nuevas, su organismo en su proceso de autorregulación, dirige la energía acumulada, hacia los órganos internos manifestándose con esto la presencia de trastornos psicosomáticos.

Latner (citado en Salama, 1996) destaca que con represión, la inhibición premeditada de los impulsos se olvida la conciencia, se desvanece en lo que se refiere al conflicto interno que tenga la persona, al perder contacto con los conflictos, el funcionamiento del yo se limita, prescinde de los impulsos, sentimientos y acciones imponiendo un funcionamiento orgánico que responde de manera alterada ante situaciones de crisis bloqueando la energía y canalizándola hacia uno mismo ocasionándose la persona alteraciones orgánicas. Señala también que ubicando este proceso en el ciclo de la experiencia, e individuo en la satisfacción de sus necesidades bloquea el flujo de su energía en la fase de acción, volviéndola hacia sí mismo ante el temor de que al expresarse de manera libre, manteniéndose en la fantasía de ser rechazado por el medio que lo rodea, puesto que estas actitudes, dice, pueden ir en contra de los puntos de vista de personas significativas para él, decidiendo confluir con los demás y con el constante miedo de ser libres y de tomar las riendas de su propia vida.

Zamora (citado en Salama, 1996) interpreta que de acuerdo al manejo de agresión de la persona que retrofecta , lo hace de una manera pasiva, asumiendo actitudes de aparente conformidad y reteniendo sus resentimientos que lo fijan en el pasado y con fantasías catastróficas par el futuro por lo que pierde el contacto consigo mismo en el aquí y el ahora, así como en el contacto con el ambiente se mantiene en el como sí, asumiendo papeles en las diferentes situaciones de su vida.

Latner (citado en Salama, 1996) menciona que la persona que tiene el bloqueo de retroflexión, sus emociones no las expresa, se justifica en el afán de quedar bien con los demás, exagerando sus sentimientos y devaluando su potencial, asumiendo actitudes de manipulación al ambiente para la realización de aquello que supone está imposibilitado para desarrollar. Con estas características es frecuente que la persona experimente verdadero sufrimiento por su dolencia física, al mismo tiempo de una resistencia al relacionar está con un proceso de ansiedad acumulado, en consecuencia, se aboca a solicitar la solución rápida de sus enfermedades físicas, lo que corrobora su falta de contacto con su propia totalidad.

Sin embargo la idea de todos los enfoques de la psicología busca el crecimiento del hombre. Por ello el enfoque gestalt propone una serie de estrategias también.

3.9.2. ESTRATEGIAS TERAPEUTICAS.

Se mencionan a continuación sólo algunas estrategias terapéuticas para resolver la retroflexión, se abarca sólo este bloqueo por el tema de investigación.

Perls (citado en Salama, 1999) destaca que la persona con el bloqueo de retroflexión divide su personalidad en: hacedor y hechos, con lo que se constituye el peor enemigo de sí mismo. El retroflexor no sólo se hace miserable a sí mismo sino que también hace sufrir a los que están junto a él por su conducta autodestructiva. Dicho autor dice que la terapia consiste en identificar las falsas identificaciones que son aquellas que promueven las satisfacciones del individuo y de su medio ambiente. Restablecer la capacidad de discriminar. Descubrir que es él mismo y qué no es él mismo. Lo que realiza y lo que frustra integrarlo. Asistirlo en la búsqueda del balance y de los límites adecuados entre él mismo y el resto del mundo.

Y las técnicas sugeridas por Perls (citado en Salama, 1999) para la retroflexión son: silla vacía, psicodrama, fantasía. Preguntas como: ¿Qué buscas?...¿Cómo te lastimas?... ¿Qué evitas?

Kepner (citado en Salama, 1999) manifiesta que lo importante para la gente que tiene este bloqueo es ayudar a descubrir qué es lo que pasa, que tome conciencia de las retroflexiones, trabajo con el cuerpo y uso de movimientos expresivos. Integración del yo dividido en polaridades, liberar tensiones y miedos. Romper la armadura y trabajar introyectos.

Las técnicas sugeridas por Kepner (citado en Salama, 1999) para la retroflexión son: masaje para disminuir tensiones en áreas, trabajo de polaridades, golpeo de cojín, ejercicios de bioenergética de Lowen, trabajo de movimientos expresivos, metáforas.

Zinker (citado en Salama, 1999) dice que en la retroflexión hay que movilizar esa energía a la acción. Localizar la energía interior e impedir que prorrumpe antes de la tensión. Es decir que salga con ímpetu algo, que emita gritos, voces, suspiros, llanto.

Polster (citado en Salama, 1999) opina que la retroflexión es una función hermafrodita por la que el sujeto vuelve contra sí mismo lo que querría hacerle a otro o se hace a sí mismo lo que querría que le hicieran. Pone de relieve la capacidad de desdoblarse en un observador y en un observado. Por lo duro del mundo aprende a consolarse y a pedir poco. En su mejor aspecto sirve para auto rectificarse y contrarrestar las limitaciones. Se paraliza su energía cuando hay resignación y queda dividido en dos fuerzas que lo inhiben o estresan.

Las técnicas sugeridas por dicho autor son: darse cuenta de su forma de sentarse, de abrazar, etc. Cambio de zonas de relación. Fantasía. Caracterización. Al inicio relajación de la musculatura, aprender a hacer bien las cosas, volver a la autoconciencia que acompañó sus comienzos.

Salama (1999) destaca que la estrategia más conveniente es facilitar la descarga energética sobre un objeto neutro que simbolice o represente una figura o situación molesta o temida. Para auxiliar a la técnica coincide con los demás autores que es necesario localizar introyectos. Refiere además que si en la retroflexión lo que el ser humano hace es no expresar entonces lo que se puede utilizar en estos casos son las **TÉCNICAS EXPRESIVAS**, que explica de la siguiente manera:

- El objeto de estas técnicas es reunir suficiente energía para fortalecer el contenido del darse cuenta del consultante, ya sea sugiriendo la intensificación de la atención o exagerando la acción deliberadamente.
- Una de ellas consiste en Expresar lo no expresado; el silencio oculta la necesidad por temor a ser y a enfrentar. Se puede poner dos sillas, una enfrente a la otra e invitar al paciente a que se imagine la escena en la que no logró expresarse y ya que la tenga entonces se le invita a que exprese lo que le hubiera gustado decir.
- Terminar o completar la expresión; esta técnica se utiliza cuando el consultante presenta una figura incompleta, se le sugiere que la termine como desee. A veces pareciera que el consultante expresa nítidamente su pensamiento o afecto y sin embargo se queda con la sensación de que algo le faltó. En este caso es

mejor que repita todo y ver si aparece algún material oculto como intuimos. Por ejemplo: si ocurre el caso en el que no termina una frase, entonces se le invita a que la finalice. Así, puede surgir algún material no conciente o reprimido que se convierte de pronto en luz para el descubrimiento de algún patrón neurótico de conducta.

- Buscar la dirección y hacer la expresión directa; notar micro movimientos del consultante e invitarlo a que los exprese exagerándolos o a veces, hacer que la persona diga directamente lo que desea o que señale el significado que tiene para ella. Por ejemplo, un consultante que mientras platica, este movimiento su pie en círculos. Se le puede detener la conversación y sugerirle que imagine que su pie quisiera decirle algo. Propone el experimento siguiendo los pasos metodológicos, es decir la persona establece un dialogo con su pie, hasta que el individuo pueda captar qué es lo que realmente estaba evitando decir verbalmente.

CAPÍTULO IV

MÉTODO

4.1 Sujetos.

Participaron en el estudio 123 estudiantes de bachillerato de un plantel de una escuela privada, ubicado en la ciudad de Santa Ana Chiahutempan, del estado de Tlaxcala. El 61% eran mujeres (75) y el 38.2% eran hombres (47); uno de los sujetos no identificó su género.

La edad de los participantes fluctuaba entre 14 y 20 años (media = 16.11, D.E = 1.1). El 80.5% (99) se identificó como de clase media, 14.6% (18) como clase alta y el restante 4.1% (5) como clase baja.

El 52% (64) se encontraba cursando el 2º.Semestre de bachillerato, y el 48% (59) cursaba el 4º. Semestre.

El 54.5% (67) de los estudiantes residían en la ciudad de Tlaxcala; el 13% (16) en la ciudad de Santa Ana Chiahutempan, el 8.1% (10) en la ciudad de Apizaco y el resto en otras 19 localidades del estado de Tlaxcala. (Tabla 4.1)

4.2. Muestreo.

El muestreo fue no probabilístico estratificado, participando todos los estudiantes de 2º y 4º semestre en dos grupos: el primero, denominado "psicosomático", estuvo formado por 31.7% (39) de los alumnos, que se auto identificaron con enfermedades como gastritis, colitis, neurodermatitis, migraña y desorden hormonal, desórdenes considerados dentro del grupo de las enfermedades psicosomáticas; el segundo grupo, denominado "no psicosomático", quedó conformado por 68.3% (84) de los estudiantes, quienes no reportaron enfermedades de este tipo.

Tabla 4.1
Variables Sociodemográficas de la muestra.

N= 123

n=39.

n=84

Variables	Grupo 1 Psicosomático		Grupo 1 Psicosomático		Grupo 2 No psicosomático		Grupo 2 No psicosomáti.	
	F	%	M	%	F	%	M	%
Género	32	82.1	6	15.4	43	51.2	41	48.8
Grado	2ª sem.	%	4ª sem.	%	2ª sem.	%	4ª sem.	%
	18	46.2	21	53.8	46	54.8	38	45.2
N.S.E	Bajo	Medio	Alto		Bajo	Medio	Alto	
	2 5.1	29 74.4	8 20.6		3 3.6	70 83.3	10 11.9	
Edad	\bar{x}		D.E		\bar{x}		D.E	
	16.46		1.23		15.96		.94	
Número de miembros familiares	\bar{x}		D.E		\bar{x}		D.E	
	4.82		1.19		4.59		.95	
Posición de la familia	\bar{x}		D.E		\bar{x}		D.E	
	2		1		2		1	
Frecuencia de enfermedad	Moda				Moda			
	2-4 meses				3-6 meses			

4.3 Escenario:

El estudio se realizó en las aulas respectivas que cuentan con suficiente iluminación, mobiliario adecuado y libres de ruidos.

4.4 Materiales:

Protocolos de los instrumentos. Lápices y bolígrafos.

4.5 Instrumentos:

1. Cuestionario de detección de enfermedades psicosomáticas. (CDEP).

Antecedentes: el autor de este trabajo elaboró dicho instrumento en un previo estudio realizado en el mes de Marzo del año 2002, a 80 estudiantes universitarios, de ambos sexos, de la Universidad Autónoma de Tlaxcala de la carrera de Trabajo Social del segundo semestre, de los grupos "A" y "C" del turno vespertino; todos de nacionalidad mexicana, entre 18 y 29 años de edad, de los cuales 35 personas resultaron padecer enfermedades psicosomáticas, principalmente colitis, neurodermatitis y gastritis; dicho cuestionario arrojó estos resultados, posteriormente un médico general consultó en las instalaciones de dicha universidad a estas 35 personas, elaboró una historia clínica y les hizo una exploración médica a cada uno; corroboró con esto que 28 de ellos (el 80%) sí padecían la enfermedad que el cuestionario había diagnosticado como psicosomática y

efectivamente tenían un componente emocional. Es decir ese 80% de la población dio positivo a la prueba del médico. Por ello se considera que este primer cuestionario tiene la suficiente validez porque el mismo diagnóstico resultado del cuestionario, coincidió con el diagnóstico del médico, es decir, coincidió con la exploración física que el médico general practicó.

Características: el cuestionario inicialmente cuenta con un apartado de datos sociodemográficos, que crea una ficha de identificación de la persona que lo conteste. Consta de 18 preguntas; 9 de ellas de opción múltiple y 7 abiertas. Las preguntas van dirigidas a explorar la existencia de enfermedades psicosomáticas. Se consideró a las personas con enfermedades psicosomáticas desde la pregunta número 4, la cual refiere si la persona en el presente padece alguna enfermedad y de qué tipo (Ver apéndice A).

Propiedades Psicométricas. Confiabilidad.

El instrumento se sometió a un análisis factorial de componentes principales con rotación ortogonal, obteniéndose dos factores con valores propios superior a uno que explica el 80.29 por ciento de la varianza (Tabla 4.2).

El análisis de confiabilidad con la prueba Alfa de Cronbach (Tabla 4.3) arrojó valores de .9575 para el primer factor y .7107 para el segundo factor, lo que indica que el instrumento posee adecuada

consistencia interna. Todos los reactivos que constituyen el instrumento tuvieron correlaciones altas y positivas con el factor correspondiente. El factor 1 obtuvo correlaciones de .58 a .93, y el factor 2, obtuvo correlaciones de .92 y .93.

Tabla 4.2
Cuestionario de Detección de Enfermedades Psicosomáticas (CDEP). Análisis Factorial.

Reactivo	Factor 1	Factor 2
Qué tan a menudo se enferma		.931
Frecuencia de la enfermedad.		.924
Enfermedad actual	.866	
Diagnóstico	.923	
Tiempo de la enfermedad	.934	
Tratamiento médico.	.931	
Prevalencia de la enfermedad	.881	
Familiares Enfermos	.926	
Quiénes	.635	
Agudizado la enfermedad.	.910	
Situaciones	.576	
Conciencia corporal	.918	
Ejemplos	.885	
Conciencia de la enfermedad	.851	
Origen emocional de la en.	.649	

Tabla 4.3
Cuestionario de Detección de Enfermedades Psicosomáticas (CDEP). Análisis de confiabilidad. Correlaciones reactivo total.

Reactivo	Factor 1	Factor 2
Qué tan a menudo se enferma		.8608
Frecuencia de enfermedades		.8608
Enfermedad actual	.8871	
Diagnóstico	.9259	
Tratamiento médico	.9583	
Prevalencia de la enfermedad	.8999	
Familiares enfermos	.9171	
Quiénes	.5659	
Agudización de la enfermedad.	.9274	
Situaciones	.4896	
Conciencia corporal	.9396	
Ejemplos	.8876	
Conciencia del origen de la enfermedad	.9200	
Origen emocional de la enf.	.7023	
Alfa de Cronbach	.9575	.7107

2. Test de Psicodiagnóstico Gestalt (TPG).

Antecedentes: El test de psicodiagnóstico gestalt, de acuerdo con Héctor Salama (1992), su creador, surge ante la carencia de instrumentos para evaluar el Aquí y el Ahora de la persona, tan importante en el modelo de la gestalt, dentro de su proceso de crecimiento. Para la utilización de psicoterapeutas, psicólogos y cualquier estudioso de la conducta humana.

Se desarrolla entonces un esquema de psicodiagnóstico creado por el terapeuta gestalt Héctor Salama Penhos, sobre un modelo psicopatológico creado por el autor en 1990 junto con el Doctor Celedonio Castanedo, en el cual se conjuntan los datos clínicos psiquiátricos con el ciclo de la experiencia.

Características: El TPG consta de 40 reactivos que deben contestarse sólo con una respuesta entre dos opciones: "sí" (verdadero) o "no" (falso) de acuerdo con lo que la persona considera como repetitivo en ella, siempre referido a un tema y área específica de su momento presente.

El TPG está distribuido en una escala numérica de 5 grupos de respuestas, donde la quinta se considera con puntaje nulo. Los 32 reactivos restantes están distribuidos de manera aleatoria y se refieren a

los ocho bloqueos del ciclo de la experiencia citado anteriormente. Los reactivos nulos son los números 5,10,15,20,25,30,35 y 40. Los reactivos que corresponde al bloqueo de Retención son: 9,18,28 y 37.

Los reactivos que corresponden al bloqueo de Desensibilización son: 1,18,26 y 36. Los de Proyección son: 8,19,29 y 39. Los reactivos que corresponden al bloqueo de Introyección son: 2,11,21 y 33. Los que corresponde a la Retroflexión son: 4,17,27 y 38. Los que corresponden a la Deflexión son: 3,12,24 y 34.

Los reactivos que corresponden al bloqueo de Confluencia son: 6,13,22 y 31. Y por último los reactivos que corresponden al bloqueo de Fijación son: 7,14,23 y 32.

Los conceptos que marca el TPG en cada reactivo se refieren a las actitudes manipulativas que utiliza el sujeto en el momento presente, como los trastornos de personalidad, los síntomas y las áreas libres de conflicto.

Administración: esta prueba puede ser aplicada en forma individual o grupal.

Calificación: Una vez contestados los reactivos, se vacían en una plantilla de calificación. Esta plantilla está dividida en ocho subgrupos relativos a los bloqueos. Cada sub-grupo contiene cuatro reactivos que representan a cada fase bloqueada y según la respuesta "sí" (verdadero) o "no" (falso) le corresponde una posición superior o inferior y un puntaje determinado dependiendo de su posición espacial dentro de la plantilla. Por ejemplo: un sí superior equivale a dos puntos, y un no inferior equivale a dos puntos. De manera que una suma de 8 en cada fase indicará que esa fase está bloqueada en el ciclo de la experiencia.

Propiedades Psicométricas. Confiabilidad.

Se probó la confiabilidad del TPG en este estudio con el alfa de Cronbach, obteniéndose un Índice de .6048, lo que indica que su confiabilidad es moderada. Algunos de los reactivos tuvieron una correlación negativa con la escala; en otros casos la correlación reactivo-total fue baja y en otros más fue adecuada. Sin embargo, se considera que al menos en esta población el instrumento no cuenta con una consistencia interna muy alta, por lo que los resultados deben interpretarse con reservas (Tabla 4.4).

Tabla 4.4

Test de Psicodiagnóstico Gestalt (TPG) .
Correlación de reactivo-total.

N= 123

 $\alpha=.6048$

Reactivo	r
1. Yo soy insensible	.2427
2. Soy feliz como soy	.2032
3. Cuando me disgusta lo digo	.3262
4. Me molesta que me vean llorar	.0802
5. Soy emocional pero me aguanto	.0824
6. Me desagrada hacer siempre los m.	-.0600
7. Me es imposible dejar de ser como soy	.1301
8. Evito culpar a los demás si me siento m.	.1074
9. Siempre termino lo que empiezo	.0348
10. Me siento culpable si culpo a los demás	.1282
11. Debo evitar mostrar mi enojo	.1731
12. Me abstengo de discutir	.1114
13. Hago los demás quieren aunque me d.	.2564
14. Me disgusta pensar, sentir o hacer lo m.	-.0933
15. Me gusta aprender cosas nuevas	.1942
16. Dejo las cosas par después	.0137
17. Expreso lo que me molesta	.3813
18. Evito sentir	.3180
19. Sería feliz si no fuera por los d.	.2093
20. Soy constante en mi inconstancia	.0071
21. Hago lo que quiero a pesar de que m.	.1922
22. Siempre estoy de acuerdo con los d.	.1784
23. Soy capaz de dejar de tener una idea f.	.0040
24. Evito enfrentar	.1469
25. Me disgusta evitar lo inevitable	-.1947
26. Me gusta sentir	.2630
27. Evito manifestar lo que me molesta	.3758
28. Evito dejar para mañana lo que puedo	.0011
29. Me abstengo de culpar a los demás si f.	.1380
30. A veces dejo las cosas para después	.1002
31. Me disgusta que me digan lo que tengo	.0679
32. Me es imposible dejar de pensar en l. P.	.2322
33. Soy como me enseñaron que debo ser	-.0570
34. Defiendo mis opiniones	.4168
35. Debo hacer lo que los demás quieren	-.4685
36. Soy sensible	.4160
37. Me desagrada terminar lo que empiezo	.3878
38. Expreso lo que me disgusta	.3994
39. Estaría bien si no fuera por los demás.	.2791
40.- Me siento mal cuando me presionan.	.0910

4.6 Procedimiento:

Se les aplicaron a los alumnos de 2ª y 4ª semestre de bachillerato ambos cuestionarios en el horario de clases, el mismo día a la hora que el investigador tenía asignadas sus clases normales (de 8:00 a.m. a 1:30 p.m.), en el horario respectivo a cada salón. Se les dieron las siguientes instrucciones: se les pidió que contestaran ambos cuestionarios honestamente; se les explicó que era un cuestionario para identificar el autoconocimiento y el autocuidado de los jóvenes, para no influir en los resultados. Se repartieron los protocolos de los instrumentos y los lápices y bolígrafos. Terminaron aproximadamente en 20 minutos. Al final el investigador les dio las gracias por su colaboración. Se anulaban 3 protocolos, ya que esos jóvenes lo contestaron poniendo bromas.

4.7 Estadística:

Se utilizó en el proceso estadístico el programa SPSS.10. La estadística usada fue no paramétrica; se aplicaron análisis de frecuencias, Chi cuadrada, correlaciones de Spearman, U de Mann Whitney y pruebas de Kruskal Wallis.

4.8 Grupo Psicossomático:

De los 39 alumnos del grupo psicossomático, 82.1% (32) eran mujeres y 15.4% (6) eran hombres. 43.6% (17) tenía gastritis; 30.8% (12) colitis; 17.9% (7) neurodermatitis y 7.7% (3) otra enfermedad psicossomática (Tabla 4.5). De estos, 64.1% (25) había sido diagnosticado por un médico general y 28% (11) por un especialista. El tiempo de enfermedad fluctuaba entre un mes y 18 años, con una moda de dos años.

El 79.5% (31) señaló estar en tratamiento médico y 64.1% (25) informó que la enfermedad prevalecía. El 25.6% (10) reportó que ésta se presentaba cada mes o dos meses y otro 23.1% (9) que se presentaba cada tres o cuatro meses; 12.8% (5) señalaron que la enfermedad se presentaba cada tres semanas o menos y solamente el 7.7% (3) dijo que se presentaba cada seis meses o más. En cuanto al grado de enfermedad, 33.3% (13) reportaron que la enfermedad se había agudizado.

El 64.1% de los sujetos (25) no relacionó su enfermedad con alguna situación específica, mientras que el 10.3% (4) la relacionó con situaciones externas, como causas alimenticias, el clima, etc., y otro 10.3% (4) con situaciones internas como estrés, preocupación y cansancio. El resto las relacionó con enojo y problemas con otras personas.

71.8% (28) de los sujetos señalaron tener conciencia corporal durante la presencia de la enfermedad, y los ejemplos señalados fueron: 53.8% (21), dolor en alguna parte del cuerpo, otro 20.5% (8) no identificó ninguna parte en especial y 17.9% (7) cansancio.

41.0% (16) manifestó tener conciencia del origen de la enfermedad. En cuanto a la identificación de un origen emocional para ésta, 28.2% (11) la asociaba con problemas internos; 10.3% (4) con problemas con los demás; 5.1% (2) con problemas escolares y 33.3% (9) no identificó ninguna causa.

Tabla 4.5
Distribución de Enfermedades Psicosomáticas
N=39

	n	%
Gastritis	17	43.6
Colitis	12	30.8
Neurodermatitis	7	17.9
Otra enfermedad psicosomática	3	7.7

4.9 Resultados:

En este estudio se planteó como hipótesis la relación estadísticamente significativa entre la presencia de enfermedad psicosomática y la fase del bloqueo de "retroflexión". Para probarla se

lo que se concluye que la hipótesis no recibió sustento. También se muestran las medias y desviaciones estándar de los grupos psicossomático y no psicossomático en el Test de Psicodiagnóstico Gestalt (TPG).

Como puede observarse ahí, prácticamente en todas las fases del ciclo de la experiencia el grupo psicossomático obtuvo puntuaciones más elevadas que el grupo no psicossomático, con medias entre dos y cuatro. Las puntuaciones más altas fueron de las fases del bloqueo de "retención" ($\bar{x} = 4.0$; D.E.=1.8) y "fijación" ($\bar{x} = 4.5$; D.E.=2.3). (Tabla 4.6)

Tabla 4.6
Correlaciones de Spearman entre los bloqueos del ciclo de la experiencia y la enfermedad psicossomática, medias y desviaciones estándar.

Bloqueo	r	p	Psicossomáticas		No Psicossomáticas	
			\bar{x}	D.E	\bar{x}	D.E
Retención	-.055	.54	4.0	1.8	3.72	1.4
Desensibilización	.025	.78	2.56	2.8	2.43	2.7
Proyección	.006	.95	2.51	1.8	2.63	2.0
Introyección	-.052	.57	3.28	2.1	3.10	1.9
Retroflexión	-.144	.11	3.23	2.4	2.45	2.1
Deflexión	-.057	.53	2.97	2.1	2.55	2.1
Confluencia	-.052	.57	2.62	1.8	2.43	1.6
Fijación	-.104	.25	4.46	2.3	3.98	2.1

Nota: Algunos sujetos de la investigación dejaron algunas preguntas sin responder, por ello faltan datos y los totales no coinciden con el total de la muestra.

A fin de probar si la esperada correlación ocurría con alguno de los otros bloqueos del ciclo de la experiencia del TPG, se realizaron nuevas pruebas de correlación de Spearman. Ninguna de ellas fue estadísticamente significativa. En la tabla 4.6 aparecen las correlaciones obtenidas.

Este trabajo se propuso además explorar posibles diferencias en el TPG tomando como punto de referencia algunas variables de control. Los resultados fueron los siguientes:

Diferencias por género:

La primera inquietud fue determinar si existían diferencias por género en los bloqueos del ciclo de la experiencia. Para probarlo se aplicaron estadísticas no paramétricas (U de Mann Whitney), encontrándose diferencias en tres de las ocho fases.

En Desensibilización ($Z=-2.6$; $P=.009$) y Proyección ($Z=-2.13$; $P=.033$) los hombres tendieron a puntuar más alto que las mujeres. Lo

inverso ocurrió en Introyección ($Z=-2.08$; $P=.038$), donde las mujeres obtuvieron puntuaciones más altas (Tabla 4.7).

Tabla 4.7
Medias y Desviaciones estándar de la muestra en el TPG por género.

Bloqueos	Mujeres	Mujeres	Hombres	Hombres	Z	P
	\bar{x}	D.E	\bar{x}	D.E		
Retención	3.79	1.6	3.83	1.5	-.50	.613
Desensibilización	2.08	2.7	3.11	2.6	-2.6	.009*
Proyección	2.24	1.8	3.13	2.1	-2.13	.033*
Introyección	3.44	2.0	2.68	2.0	-2.08	.038*
Retroflexión	2.93	2.3	2.34	2.3	-1.41	.159
Deflexión	2.93	2.1	2.34	2.1	-1.51	.131
Confluencia	2.24	1.06	2.89	1.8	-1.91	.055
Fijación	4.37	2.0	3.66	2.3	-1.82	0.68

* Diferencia estadísticamente significativa.

Nota: Para establecer una equidad de géneros, se tomo en cuenta lo siguiente; la población total fue de 123 estudiantes, 61% eran mujeres y 38.2% eran hombres. Por lo tanto aproximadamente corresponden una mujer por cada dos hombres. De estas personas, resultaron 32 mujeres y 6 hombres padecer una enfermedad psicosomática; aunque la muestra no es equitativa, con esta proporción se deduce que las mujeres padecen más enfermedades psicosomáticas que los hombres. Y ambos sexos demuestran diferencias entre sí en los bloqueos del ciclo de la experiencia.

Diferencias por nivel socioeconómico:

El nivel socioeconómico fue una variable que también se comparó con los resultados en el TPG. La prueba utilizada fue la Chi cuadrada de Kruskal Wallis. En Introyección ($X^2=6.65$; $P=.036$) los estudiantes de clase baja obtuvieron puntuaciones significativamente más bajas que los de clase media y alta. En Fijación ($X^2 =8.30$; $P=.016$) los estudiantes de clase alta puntuaron significativamente más bajo que los de clase media y baja. Es interesante observar que fue en esta fase de bloqueo y Desensibilización donde se encontraron las puntuaciones más altas de todo el perfil para el nivel socioeconómico (Tabla 4.8).

Tabla 4.8
Medias y Desviaciones estándar del TPG por NSE.

Bloqueo	Bajo		Medio		Alto		X^2	P
	\bar{x}	D.E	\bar{x}	D.E	\bar{x}	D.E		
Retención	2.80	1.5	3.97	1.7	3.44	1.5	3.16	.208
Desensibilización	4.40	3.0	2.54	2.9	2.33	2.6	2.39	.303
Proyección	3.20	2.3	2.72	2.1	2.11	1.7	1.64	.439
Introyección	1.60	.9	3.31	2.0	2.44	2.0	6.65	0.36*
Retroflexión	3.60	3.0	2.71	2.3	2.22	2.0	1.22	.543
Deflexión	2.0	2.0	2.71	2.2	2.56	1.5	.418	.811
Confluencia	1.60	1.7	2.57	1.7	2.33	1.6	1.63	.442
Fijación	5.20	1.8	4.44	2.4	2.76	2.1	8.30	.016*

*Diferencia estadísticamente significativa.

Diferencias por tipo de enfermedad:

En cuanto al tipo de enfermedad, se utilizó también la prueba de Kruskal Wallis, encontrándose diferencias en dos de las fases del ciclo de la experiencia. Tanto en Retroflexión ($X^2 = 7.89$; $P = .048$) como en Deflexión ($X^2 = 10.07$; $P = .018$) el grupo "otra enfermedad psicósomática" puntuó significativamente más alto que las otras enfermedades (Tabla 4.9).

Tabla 4.9
Medias y Desviaciones estándar en el TPG por tipo de enfermedades

		\bar{x}	D.E	X^2	P
Retroflexión	Gastritis	3.29	2.5		
	Colitis	3.17	2.2		
	Neurodermatitis	1.71	1.8		
	Otra enfermedad	6.67	1.1	7.886	.048*
Deflexión	Gastritis	2.47	1.7		
	Colitis	3.17	2.0		
	Neurodermatitis	2.0	1.8		
	Otra enfermedad	7.33	1.1	10.069	.018*

* Diferencia estadísticamente significativa.

CAPÍTULO V

5.1 ANÁLISIS CUALITATIVO.

En general los resultados se deben interpretar con precaución, ya que la muestra es pequeña; entonces el análisis de resultados es sólo aplicable a la población de esta investigación.

Proporcionalmente se deduce que las mujeres somatizan más, por lo tanto guardan más situaciones o existe la posibilidad de que ellas reconozcan más que tienen la enfermedad en comparación a ellos. Aceptan el rótulo de enfermedad para poder adquirir una experiencia con la que esperan poder cambiar, estar menos angustiadas. Es más fácil reconocer que se está enfermo físicamente que mentalmente, aparte consiguen ganancias secundarias con la enfermedad, como el caso de las mujeres participantes, el que se preocupen por ellas, que el doctor las atienda, etc.

La mayoría tenían gastritis, por lo que el órgano que inconscientemente han escogido para dañarlo es el estómago, aumentado por los malos hábitos alimenticios.

La mitad de los estudiantes del grupo psicosomático manifiesta que la enfermedad prevalece a pesar de llevar un tratamiento médico; esto habla de que existe un factor emocional en la enfermedad que los medicamentos no han podido curar; por ello se deduce que existe poca conciencia de salud mental en dichos jóvenes, necesitan aprender a conectar la parte física con la parte de su vida personal, de sus

emociones, problemas, etc., ya que la mayoría de la población no relaciona su enfermedad con algún factor, sólo una minoría refiere que tiene una relación con cansancio, estrés o preocupación; sólo esta minoría al momento de enfermarse toma la responsabilidad de su enfermedad y busca relacionarlo con otro factor. Entonces están fragmentados porque no tienen una concepción holística de sí mismos, no existe una integración particular de sus partes.

Además, sobre todo en las personas en las que la enfermedad prevalece a pesar de llevar ciertos cuidados y muchos años de padecerla, tiene que ver también la actitud ante la enfermedad y sus creencias, cuando una persona no cree en un objetivo como curarse de una enfermedad, se siente desesperanza y una persona desesperanzada, no emprende la acción adecuada para curarse. Se vuelve a ver en este factor la actitud pasiva que poseen.

Algunos manifiestan alguna conciencia corporal, ya que identifican algún síntoma antes de enfermarse; en este caso este grupo sí escucha a su autorregulación orgánica; ellos detectan los cambios que el cuerpo manifiesta, observan algo diferente, un funcionamiento poco común, un mal funcionamiento del organismo, que es cuando busca la autorregulación del organismo un equilibrio por conservar la salud. Una minoría nunca identifica algún cambio en su cuerpo antes de enfermarse; esto señala la poca conciencia corporal que poseen y si no se dan cuenta de su parte física, mucho menos de su parte emocional, de trabajar y canalizar sus problemas, de madurar

y crecer con las experiencias, entonces estos último están más propensas a padecer enfermedades de tipo psicosomático, por no conectarse con la capacidad de darse cuenta.

Incluso en el origen de la enfermedad, es decir en el inicio de la enfermedad, sólo 16 personas creen y se dieron cuenta de que la enfermedad va asociada a alguna situación problemática, emocional, o que es consecuencia de su vida actual, de la manera en como se esta dando; los demás no identifican ningún factor así; esto señala su irresponsabilidad en cuanto que culpan a factores externos, como el clima, la alimentación, los contagios, etc. de su enfermedad, y esto les impide tomar las riendas de su propia vida, conformarse con lo que tienen, sin buscar la responsabilidad de lo que les sucede, ni su participación en sus actos y en todo lo sucedido en su vida, incluso en la enfermedad física que padecen. Esto es congruente con los bloqueos del ciclo de la experiencia que presentaron los sujetos que participaron en esta investigación; que son desensibilización, proyección e introyectos, que son los que corresponden a la parte pasiva del ciclo; no existe acción, no hay movilización.

En contra de la hipótesis que proponía que el bloqueo más significativo sería la retroflexión, los bloqueos más elevados fueron los de Retención y el de Fijación.

Retención es un bloqueo localizado dentro la fase de reposo, que impide la continuidad natural de cada momento, evitando el

proceso de asimilación de la experiencia e impidiendo el reposo. Esto significa que la persona, al no permitirse descansar, ni reposar, ni estar abiertos a las experiencias, muestra una actitud pasiva, cerrada y muy congruente con los resultados y respuestas de no abrirse a la posibilidad de que su enfermedad tenga o pueda tener algún factor emocional. Entonces, relacionando el bloqueo con la enfermedad, se explica lo siguiente; el colon o intestino grueso tiene la función de absorber y la función motora; la colitis tiene como síntoma el estreñimiento: el colón retiene. Metafóricamente, las personas hacen lo que su colon hace: retener las emociones, la energía negativa.

En el caso de la gastritis, al retener la emoción, sobre todo las de enojo, ira, estrés, rencor, etc., hay aumento de sustancias, de secreción gástrica; esto ocasiona cambios físicos y que se inflame la mucosa gástrica.

Por otro lado la Fijación es un bloqueo que se encuentra en la fase de post-contacto; consiste en la necesidad de no retirarse del contacto, lo que lleva a la rigidización de los patrones de conducta. Entonces esta rigidez, este estar cargando situaciones sin resolverlas, estar masticando situaciones sin llegar a una solución, es lo que posiblemente enfermó su cuerpo e hizo que desarrollaran enfermedades psicosomáticas; el no soltar, el no liberar energía ocasiona un mal funcionamiento físico hasta llegar a la gastritis, la colitis y la neurodermatitis.

Como se describió antes, hubo en el grupo psicossomático también algunas diferencias por género. Los hombres mostraron mayores puntuaciones en los bloqueos de Desensibilización y Proyección.

Desensibilización, porque por cultura se tiene la creencia de que si el hombre llora y manifiesta sus emociones y su sensibilidad no es tan hombre, sino que al contrario las características que son muy reforzadas por la sociedad en los hombres son la valentía, la fuerza, el poder, como si las otras no fueran igual de importantes o como si el ser sensible en el hombre fuera un defecto. Esto anudado a la edad que tienen los varones de la muestra, en la que es importante la competencia entre ellos, demostrar la fuerza y el arriesgarse más que el sentir. Seguramente pueden no ser conscientes de que han bloqueado sentimientos para poder sobrevivir cuando eran niños y estos bloqueos pueden existir en sus vidas adultas, y como consecuencia no contactan con su zona interna, tan esencial para una vida psíquica armónica.

En cuanto al bloqueo de Proyección; manifiestan poca responsabilidad en asumir sus actos y lo que ellos son, lo fácil y cómodo es culpar a los demás de los factores que no les gustan o que los confrontan con su ser.

Y como estos varones no aceptan ni sus actos, ni sus pensamientos, ni sus emociones, se enferman, porque ni siquiera reconocen que tienen la emoción; es obvio que no la manifiestan, pero el cuerpo sí lo hace enfermándose, sobre todo cuando se trata de emociones como el enojo o la ira y el dolor.

Las mujeres del grupo psicósomático, en cambio, mostraron puntajes más altos en el bloqueo de Introyección. También por cultura se le carga mucha responsabilidad a la mujer, al ser madre, educar a los hijos, aunque en la actualidad cada vez son más hombres los que participan en las labores del hogar, sin embargo los resultados obtenidos en esta población sugieren que todavía existe más carga emocional en la mujer, más culpas, más obediencia, que es de lo que se tratan los introyectos; todo lo que se debe hacer, no tanto lo que se quiera hacer. Los introyectos son los mensajes negativos que este grupo de jóvenes adquirió cuando eran niñas y lo que están haciendo es alimentar su No Yo. Entonces el Yo con toda esta carga se frustra, no hay congruencia con lo que se es, no hay equilibrio; como consecuencia, es distónico con la persona, no hay internalización, ni se acepta, ni se asimila, ni se actúa; entonces que esta lucha interna de ser lo que no se es ocasiona ira, enojo, frustración, que sale por medio de la enfermedad de gastritis, colitis o neurodermatitis.

Referente al nivel socioeconómico, donde también se encontraron diferencias, los estudiantes que manifiestan pertenecer a la clase baja tienen menos puntuación en el bloqueo de Introyección en

comparación con los de clases media y alta. El pertenecer a estos dos niveles o status les hace comportarse de una cierta manera; generalmente los padres no son tan permisivos, sus hijos tienen que seguir el camino que ellos forjaron, por que a los padres así les ha funcionado; por ello, este aspecto quita a la persona autenticidad; quizá estudian la misma carrera que estudió papá o siguen sus pasos sólo como parte de un introyecto. Los estudiantes de clase media y alta vienen de un status social donde existen reglas, donde tienen que cumplir un rol social, una apariencia, donde lo importante es el dinero. Lo que "debo ser". Esto nutre al no yo y como consecuencia enferma.

Los estudiantes que señalan pertenecer a la clase alta tienen menos Fijación que las otras dos clases. Viven más el presente y el ahora; su situación económica les ayuda a tener comodidades y disfrutarlas, sin pensar qué pasará mañana; la vida económica en su presente está resuelta. No escuchan a sus papás con preocupaciones económicas, pueden viajar, comprarse ropa nueva y divertirse como jóvenes. No tienen temor a perder, pueden soltar, porque les va a llegar, no existen las carencias económicas, no están fijados, porque siempre están llenos aunque sea de dinero.

Hubo un dato muy importante en los estudiantes que padecen otra enfermedad psicosomática, que no fue de las que planteó inicialmente la investigación (*migraña y desordenes hormonales*); ellos si obtuvieron puntuaciones significativamente diferentes en el bloqueo de retroflexión, lo que podría significar que en la migraña tanta tensión

contenida desata los dolores de cabeza; contener en el cuerpo la energía que tendría que salir lo enferma. En el caso de la migraña hay vasoconstricción en las arterias, y en los desordenes hormonales lo común es que las jóvenes tengan menstruaciones escasas, esporádicas; hay una constipación en ambas enfermedades, analógicamente demostrando una constipación en las emociones.

Finalmente se deduce que si la enfermedad prevalece todos los sujetos del grupo psicosomático tienen situaciones inconclusas alimentando sus enfermedades de gastritis, colitis y neurodermatitis.

5.2 Discusión y Conclusiones.

De acuerdo a los resultados obtenidos en este trabajo, parece relevante elaborar ciertas reflexiones. Es importante destacar que el estrés mantenido, el cansancio, el enojo guardado, las emociones negativas si no se trabajan, se canalizan y se enfrentan, tienen una repercusión en el cuerpo, en la parte física del ser humano. Es necesario aprender a desahogarse, a hablar de los problemas, a tocar ciertos temas aunque sean dolorosos o molestos para la persona, porque quizá por eso no los habla, no los enfrenta. Y qué mejor que enseñar a los jóvenes, como en la población de esta investigación y a todos los demás, con talleres, por ejemplo a manejar sus emociones, a

hacerse responsables de ellas y la importancia de manifestarlas, no aguantarse, ni quedarse rumiando mucho tiempo una situación, porque el cuerpo responde enfermándose.

Y sobre todo que tomen la responsabilidad de su vida, tanto de su vida mental como de su vida física; que conecten ambas partes y se den cuenta de la responsabilidad y de la predisposición de las enfermedades que manifiestan padecer. Sobre todo porque si ahora que son jóvenes tienen un alto índice de enfermedad, cuando sean adultos van a seguir con el mismo patrón de conducta; entonces, pueden prevenir y cuidarse para ser unos adultos más sanos que enfermos.

También es importante crear la reflexión sobre la participación que tiene el experto en la salud, en este caso los médicos generales, especialistas, que a veces observan que no hay mejoría en sus pacientes y no los canalizan al psicólogo para indagar si está existiendo un factor de origen emocional que haga que la enfermedad continúe.

Una de las limitaciones de este trabajo, tiene que ver con la circunscripción de la muestra a una población restringida de estudiantes, que además, se autoidentificaron en cuanto a la existencia o no de alguna de las enfermedades psicosomáticas en cuestión.

Los resultados de este trabajo permiten considerar que la relación enfermedad-bloqueo el ciclo de la experiencia es una meta productiva para la comprensión de la última conexión psique-soma. Por

eso, se recomienda re aplicar este estudio en una población más amplia y con un diagnóstico establecido de enfermedad psicosomática, como en el Instituto Mexicano del Seguro Social, la Secretaría de Salud Pública, etc. Lo que permitiría abordar más los mecanismos que se generan como enfermedad física.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ardilla, R. (1997). Psicología Fisiológica. (7ma. ed.) .México.:Trillas.

Arenas, R. (1987). Dermatología. México. :McGraw Hill.

Arredondo, M.E. (2000). Diferencias de psicodiagnóstico gestalt en pacientes con y sin gastritis. Tesis de maestría no publicada, Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla, Puebla, México.

Baumgardner, P. (1994). Terapia Gestalt. (4ta. ed.). San Diego, California.: Árbol.

Belloch, A.S. (1996). Manual de Psicopatología. España.:McGraw Hill Interamericana.

Cameron, N. (1982). Desarrollo y Psicopatología de la personalidad. México.:Trillas.

Carlson, N.R. (1997). Biblioteca de Psicología. Fisiología de la conducta. (Vol.1, pp. 99-100). México.:Cecsa.

Castanedo, C. (1999). El arte de enfermarse. (en red). Disponible en:
<http://www.vaca.ac.crlacta/1999nov/ccastane.htm>

Corbella, R.J. (1994). Descubrir la psicología. La emoción y la agresividad. (Vol. 3, 8-9). España.:Folio.

- Debray, P.R. (1986). La psicología del niño de la A a la Z. Madrid.: Mensajero.
- García, P.G. (1972). Pequeño Larousse en color. (Vol.1 y2, 700-715). Paris.: Ediciones Larousse.
- Goldman, H.H. (1996). Psiquiatría General. México.:Manual Moderno.
- Haynal A. (1984). Manual de medicina psicosomática. Barcelona.: Editores Masson.
- Janet P. (2003). Selecciones. México.
- Kepner, J.I. (1992). Proceso Corporal. México.: Manual Moderno.
- Lacovella. (2002). Salud. (en red). Disponible en:
<http://medicinas.salud.com.mx>
- Latner, J. (1978). El libro de la terapia gestalt. (2da. ed.). México.: Diana.
- Linn, D.L. (1997). Cómo sanar las heridas de la vida. (4ta. ed.). México.: Promesa.
- López I.A. (1997). Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona España.: Masson, S.A.
- Lowen, A. (1993). Bioenergética. Mexico.: Diana.

Mc Dougall. (2002). Enfermedades Psicósomáticas. (en red). Disponible en: <http://www.psicoplanet.com/temas/tema25-contenido.htm>

Naranjo, C. (1997). La locura lo cura. México.: Cuatro vientos.

Naranjo, C. (1999). La vieja y novísima gestalt. (4ta. Ed.). Santiago de Chile.: Cuatro vientos.

Perls, F.S. (1976). El Enfoque Gestáltico. Testimonios de Terapia. Santiago, Chile.: Cuatro vientos editorial.

Polster, E. y M. (1973). Terapia Gestáltica. Buenos Aires, Argentina.: Amorrortu editores.

Pons, P.A. (1983). Enciclopedia Médica del Hogar. (Vol.1 y 2, 95-182). México,: Grolier Cumbre.

Raber, G.D. (1991). Control Emocional y Salud Mental. México.:Trillas.

Sadock, B. (1997). Sinopsis de Psiquiatría. Argentina.: Panamericana.

Salama, P.H. (1992). El enfoque Gestalt. México.: Manual Moderno.

Salama, P.H. (1992). Test de Psicodiagnóstico Gestalt. México.: Centro Gestalt de México.

Salama, P.H. (1996). De persona a persona. México.: Centro Gestalt De México.

Salama, P.H. (1999). Encuentro con la psicoterapia gestalt: proceso y metodología. México.: Centro Gestalt de México.

Sánchez, C.S. (1985). Enciclopedia de Educación Especial.
(Vol.1, 801-802). México.:Diagonal/Santillana.

Valdés, M.M. (1983). Medicina Psicosomática. México.:Trillas.

Villalobos, P. (1994). Introducción a la gastroenterología. México.:Méndez.

Whittaker, J. (1989). Psicología.
(4ta. Ed.). México.:Méndez.

10.- ¿Cuántos y que parentesco tienen contigo?

11.- ¿Se ha agudizado tu enfermedad?

12.- Si se ha agudizado ¿en que situaciones?

13.-¿Cuándo te vas a enfermar te percatas de algún síntoma o algún aviso de tu cuerpo?

14.- Si respondiste sí a la pregunta 13, menciona por favor un ejemplo.

15.-¿Crees que tu enfermedad tenga algún origen emocional?

16.- Si respondiste sí a la pregunta 15, contesta porque?

Apéndice B

TEST DE PSICODIAGNOSTICO GESTALT.

Nombre: _____ Fecha: _____

Contesta por favor honestamente las siguientes preguntas. Las opciones son Sí y No, Sí te cuesta trabajo decidirte entre ambas, piensa la mayoría de las veces que haces o como te sientes, para decidirte por alguna.

1.- Yo soy insensible.	SI	NO
2.- Soy feliz como soy.	SI	NO
3.- Cuando me disgusta algo lo digo.	SI	NO
4.- Me molesta que me vean llorar.	SI	NO
5.- Soy emocional pero me aguanto.	SI	NO
6.- Me desagrada hacer siempre lo mismo que los demás.	SI	NO
7.- Me es imposible dejar de ser como soy.	SI	NO
8.- Evito culpar a los demás si me siento mal.	SI	NO
9.- Siempre termino lo que empiezo.	SI	NO
10.- Me siento culpable si culpo a los demás.	SI	NO
11.- Debo evitar mostrar mi enojo.	SI	NO
12.- Me abstengo de discutir.	SI	NO
13.- Hago lo que los demás quieren aunque me disguste.	SI	NO
14.- Me disgusta pensar, sentir o hacer lo mismo mucho tiempo.	SI	NO
15.- Me gusta aprender cosas nuevas.	SI	NO
16.- Dejo las cosas para después.	SI	NO
17.- Expreso lo que me molesta.	SI	NO
18.- Evito sentir.	SI	NO
19.- Sería feliz si no fuera por los demás.	SI	NO
20.- Soy constante en mi inconstancia.	SI	NO
21.- Hago lo que quiero a pesar de que me digan lo contrario.	SI	NO
22.- Siempre estoy de acuerdo con los demás.	SI	NO
23.- Soy capaz de dejar de tener una idea fija.	SI	NO
24.- Evito enfrentar.	SI	NO
25.- Me disgusta evitar lo inevitable.	SI	NO
26.- Me gusta sentir.	SI	NO
27.- Evito manifestar lo que me molesta.	SI	NO
28.- Evito dejar para mañana lo que puedo hacer hoy.	SI	NO
29.- Me abstengo de culpar a los demás si fracaso.	SI	NO
30.- A veces dejo las cosas para después.	SI	NO
31.- Me disgusta que me digan lo que tengo que hacer.	SI	NO
32.- Me es imposible dejar de pensar en lo que ya pasó.	SI	NO
33.- Soy como me enseñaron que debo ser.	SI	NO
34.- Defiendo mis opiniones.	SI	NO
35.- Debo hacer lo que los demás quieren.	SI	NO
36.- Soy sensible.	SI	NO
37.- Me desagrada terminar lo que empiezo.	SI	NO
38.- Expreso lo que me disgusta.	SI	NO
39.- Estaría bien si no fuera por los demás.	SI	NO
40.- Me siento mal cuando me presionan.	SI	NO

Muchas gracias por tu ayuda.