



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**POSIBLE RELACION DE ALGUNAS CARACTERISTICAS
PSICOLOGICAS Y LA ULCERA PEPTICA**

360
PSI

T E S I S
QUE PARA OBTENER
EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A
GABRIELA JAUREGUI NIETO

INVIERNO, 1982



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



75053.08

UNAM. 2

1982

ej. 2

M-20458

tp. 842a

JESUS NAZARENO

2672

CON CARINO Y AGRADECIMIENTO A MIS PADRES OSCAR Y CHAYO PORQUE ME QUIEREN, SE INTERESAN EN MIS ACTIVIDADES Y ESTUDIOS, ME APOYAN, ME ALIENTAN, ME COMPLACEN; ADEMAS ME REGAÑAN Y ME HACEN ENOJAR, - EN FIN, PORQUE SON MUY IMPORTANTES PARA MI.

A MIS HERMANAS, LUPE POR SU INTERES EN QUE SIGUIERA UNA CARRERA UNIVERSITARIA; GUSA POR SU EMPENO EN QUE SIGA ADELANTE Y POLY POR SU ENTUSIASMO Y COMPANERISMO: A LAS TRES - POR EL CARINO, LA AYUDA Y LA PROTECCION QUE ME HAN BRINDADO.

A LA PELONA (ALEX) POR SU CARINO, SUS TIERNAS PALABRAS Y POR TODOS LOS MOMENTOS QUE HEMOS DISFRUTADO JUNTAS.

CARIÑOSAMENTE A MIS ABUELITAS

PIPIPA Y ANITA

QUIERO HACER UN ESPECIAL AGRADECIMIENTO A MI HERMANA GUSA POR SU VALIOSA COLABORACION Y SOBRE TODO POR LA DEDICACION Y LA PACIENCIA QUE ME HA DEMOSTRADO, NO SOLO EN LA REALIZACION DE ESTA TESIS SINO EN TODAS MIS ACTIVIDADES ACADEMICAS.

CON RESPETO Y AGRADECIMIENTO
AL DR. JULIAN MC. GREGOR POR
SU INAPRECIABLE AYUDA.

A LA DRA. MA. TERESA SALGO POR EL
APOYO Y LA CONFIANZA QUE DEPOSITO
EN MI.

I N D I C E

		PAGINA
	RESUMEN	
I	. INTRODUCCION	1
II	. GENERALIDADES	4
III	. IMPORTANCIA DEL "PSIQUE" EN LA ETIOP <u>A</u> TOGENIA DE LA ULCERA PEPTICA	
	A) ASPECTOS HISTORICOS	9
	B) CONSIDERACIONES PSICOSOMATICAS	11
	C) CONTRIBUCIONES PSICOANALITICAS Y - TEORIAS DE LA ULCERA GASTRODUODE-- NAL	18
IV	. INVESTIGACIONES QUE SE DESPRENDEN DE LA TEORIA DE ALEXANDER	22
V	. PROCESO PSICODINAMICO Y CARACTERISTI- CAS DE PERSONALIDAD DEL ULCEROSO	28
VI	. METODOLOGIA	
	1) PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	34
	2) SUJETOS	37
	3) MATERIAL	37
	4) ESCENARIO	40
	5) PROCEDIMIENTO	40
	6) RESULTADOS Y OBSERVACIONES	42
	7) DISCUSION	47
VII	. CONCLUSIONES GENERALES	49
VIII	. APENDICE	54
IX	. BIBLIOGRAFIA	63

R E S U M E N

Se estudiaron 20 pacientes de ambos sexos, 10 con diagnóstico de úlcera péptica (3 con úlcera gástrica y 7 con úlcera duodenal), y 10 sin ningún padecimiento gástrico como grupo control.

Se les practicó en forma individual, una batería de -- pruebas psicológicas: Bender, MMPI, TAT, y Mc. Clelland -- con el propósito de obtener sus características de personalidad y explorar las posibles áreas de conflicto.

En ambos grupos se observaron fuertes tendencias neuróticas como nivel significativo de depresión, ansiedad, sin embargo las manifestaciones hipocondríacas fueron mas frecuentes en el grupo de ulcerosos, así como las tendencias pasivo-receptivas: dependencia, pasividad, sentimientos de abandono y soledad, dificultad en el manejo y expresión de la hostilidad, todo ésto como consecuencia de las frustraciones afectivas y el rechazo parental vivenciados en su infancia.

I . I N T R O D U C C I O N

Dentro de las enfermedades psicosomáticas que padece con mayor frecuencia la humanidad, especialmente el hombre civilizado, tenemos a la úlcera gastroduodenal, la cual ha recibido un gran interés científico, no sólo por los estudiosos en este campo, sino por la medicina en general; ya que se ha confirmado el papel determinante de los factores psíquicos y ambientales en la génesis de este padecimiento.

A pesar de que varios autores, entre ellos, C. Rokitsansky (1842) y Jager (1911) afirmaron que la úlcera era consecuencia a lesiones irritativas intracraneanas, a enfermedades como la hidrocefálea del recién nacido, meningitis tuberculosa y tumores cerebrales o a intervenciones quirúrgicas como señaló Billroth y H. Cushing (1932), éste último observó lesiones perforantes gastroduodenales después de operaciones de cerebello; queda bien establecido que hay un gran número de úlceras que se deben a factores emocionales, tal y como se ha venido planteando desde épocas anteriores.

En 1913, G. Von Bergman afirmó que las úlceras gástricas y duodenales se presentaban en personas con una "constitución neurótica", por lo que la llamó "Teoría Neurogénica" de la úlcera, ya que en ese entonces se adjudicaba al sistema nervioso, lo que hoy corresponde al psiquismo. Así mismo Browning y Houseworth reportaron que sus pacientes gastrectomizados manifestaron síntomas neuróticos en lugar de los síntomas gástricos; ésto nos hace pensar en un desplazamiento de los síntomas, ya que la problemática emocional sigue latente.

Desde el punto de vista psicoanalítico F. Alexander consideró que la úlcera (indirectamente) tenía su origen en el

aspecto psíquico y emocional, señalando que en la personalidad del ulceroso existe un conflicto específico entre los deseos -receptivo-orales reprimidos y el impulso de ser autónomo e independiente, y que el stress era el estímulo desencadenante -del padecimiento. Dunbar, Weis e English coinciden con esta --afirmación; al igual que Wilson, Halstead y Weinberg.

Davis y Wilson observaron esta relación entre el stress y la úlcera en 172 casos de 205 que fueron estudiados, haciendo notar que el stress siempre se relacionaba con aspectos de seguridad, responsabilidad e independencia.

Los trabajos de Moses y los de Ruesch y Colbs, concuerdan con el punto de vista establecido por Alexander; además estos últimos observaron crisis de angustia antes de la iniciación -de los síntomas gástricos. Kapp, Rosenbaum y Romano en su estudio psicodinámico observaron inmadurez emocional y deseos de dependencia como consecuencia de un rechazo parental en su infancia. Wilinsky hace énfasis en el conflicto entre "la intensidad del deseo de superioridad y la tensión creada por la ansiedad de anticipación al fracaso.

Robinson describe a los ulcerosos como personas activas, reservadas, tímidas y distantes, con una expresión facial tensa y preocupada, que esconde una disposición combativa, además propone llamar "Ulceras Psicogénicas" a las úlceras gastroduodenales, ya que un 95% de ellas son provocadas por factores --emocionales y ambientales. Draper coincide con esta descripción y señala que su nivel de inteligencia es promedio o superior y que muestran una gran responsabilidad.

Estudios realizados con niños ulcerosos refieren la existencia de las necesidades de dependencia como consecuencia de la pérdida de la madre, grandes necesidades afectivas, pasividad e inseguridad, problemas en la autoafirmación de los sentimientos hostiles (Taboroff y Brown, Chapman y Colbs 1975). En

un estudio realizado por O. Tirado se observaron manifestaciones similares y se encontró un marcado rechazo a la escuela.

Estudios psicosomáticos recientes como el de Crocq, Raba-rihoela, Molinie, Essioux, Cristau y Laverdant corroboran la importancia del stress como factor desencadenante; inmadurez emocional como consecuencia de las frustraciones afectivas sufridas en la infancia, observaron problemas en su relación con los padres. Hachette, Dordry, de M'Uzan y Bonfils enfatizan el conflicto central dependencia-independencia, encontrando en sus pacientes un rechazo a sus tendencias pasivas-receptivas.

Todas estas investigaciones de las cuales hablaré más adelante, demuestran la importancia del factor psicológico en la iniciación o intensificación de la úlcera, ya que estos aspectos provocan alteraciones gástricas como hipersecreción, hiper motilidad que ocasionan ulceraciones en la mucosa gástrica, -- tal y como lo observó Wolff en un paciente portador de una fístula gástrica, que fue expuesto a diferentes situaciones emocionales.

La úlcera gastroduodenal en una gran mayoría, se debe a la influencia de los factores psíquicos y ambientales, sin embargo en nuestro País han sido pocos los estudios al respecto, de ahí el interés por realizar la presente investigación, en la cual quedan totalmente descartadas las lesiones cerebrales y cualquier tipo de enfermedad intracraneana infecciosa, que pudieran interferir en las conclusiones; ya que el objetivo principal de la misma, es encontrar las características psicológicas y las áreas de conflicto del individuo que padece este tipo de trastornos y poder establecer una clara relación entre éstas y la aparición de la úlcera, así como un punto de comparación con las investigaciones realizadas, lo que permitirá una mayor objetividad para diagnosticar a este tipo de pacientes y para darles un tratamiento más adecuado.

II . GENERALIDADES

Desde épocas muy remotas ya se estudiaba la relación existente entre los procesos psíquicos conscientes o inconscientes y los fisiológicos, es decir, aquellos trastornos en los que se presenta una sintomatología orgánica y visceral como consecuencia de los factores emocionales. Estos actúan sobre los órganos, a través del sistema nervioso autónomo y con el tiempo pueden llegar a producir cambios estructurales bien definidos como es el caso de la úlcera péptica.

Para referirnos a esta relación se utilizan diferentes términos, tales como neurosis de órgano, de afecciones, trastornos psicofisiológicos y uno de los más recientes, medicina psicosomática, el cual se utiliza con mayor frecuencia.

La úlcera péptica incluye tanto a la úlcera gástrica como a la duodenal, y es nombrada de esa manera, debido al papel que desempeñan los jugos gástricos, los cuales contienen pepsina, en su aparición.

La úlcera es una lesión que se forma en la membrana mucosa del estómago o en una pequeña porción del intestino; y se diferencia de una erosión, por ser más profunda, ya que es el resultado de un proceso penetrante que empieza en la mucosa gástrica e invade las capas más profundas de la pared gástrica y, en ocasiones, las perfora completamente. Los bordes de la úlcera son cortantes y la mucosa circundante puede ser normal o estar ligeramente inflamada, plana o ligeramente redondeada. El piso del cráter tiene capas granuladas o tejidos fibrosos - (16).

El síntoma sobresaliente es el dolor en el epigastrio, y -

puede variar desde un ligero malestar hasta un dolor extremo - (agudo y punzante) acompañado de un alto grado de angustia. - Por lo regular aparece de una a cuatro horas despues de las co mi das y a menudo es aliviado con la ingestión de alimentos sua ves y antiácidos. (16).

A principios de siglo, la incidencia de la úlcera era -- aproximadamente igual en hombres y mujeres siendo estas por lo regular personas jóvenes. A partir de 1920 se incrementó la - incidencia en el sexo masculino; de 10 personas con úlcera, só lo una de ellas pertenecía al sexo femenino y casi siempre se trataba de una mujer de edad.

Varios autores, entre ellos Mittelman y Wolff explicaron este fenómeno en base a las modificaciones socioculturales; re f ir i e r o n que a principio de siglo la úlcera se presentaba con menos frecuencia en el hombre, debido a que podía manifestar - sus impulsos agresivos y su independencia, y al mismo tiempo - satisfacer sus necesidades de dependencia emocional; es decir en su trabajo se mostraba activo, dinámico y en el hogar era - mimado y querido por sus madres o esposas; lo que le permitía un relajamiento de sus tensiones nerviosas. Durante esa época la mujer se casaba joven, permanecía en su hogar, satisfaciendo así sus necesidades de dependencia emocional, a cambio de - la represión de sus esfuerzos y tendencias competitivas.

Sin embargo, a partir de la primera guerra mundial, la si t u a c i o n cambió favorablemente para la mujer, debido a que la - liberación social de esa época le dio oportunidad de manifes-- tar sus impulsos agresivos y competitivos. Dicha situación -- provocó revalidad entre los sexos y empeoró la posición del -- hombre, porque si una mujer fracasaba en sus esfuerzos para -- trabajar, no recibía sanciones sociales, ya que a pesar de la liberación no se le exigía una lucha profesional, a diferencia del hombre que tenía que independizarse y triunfar en la vida, haciendo frente a humillaciones, responsabilidades sociales y profesionales.

El temor a fracasar en sus intentos de independencia, y el no poder satisfacer sus necesidades de dependencia, debido a la emancipación de la mujer, (que en muchas ocasiones - no se encontraba en el hogar) generaba un alto grado de ansiedad, tensión emocional e impulsos agresivos que reprimía, y que tenían repercusiones en su aparato digestivo.

Actualmente este padecimiento es 4 veces más frecuente en el hombre que en la mujer, y se ha encontrado que el 95% de las personas que tienen úlcera gastroduodenal se debe al factor psíquico-emocional, por lo que H. E. Robinson las llamó "Úlceras Psicógenas". (27).

Uno de los factores que aumentan su incidencia es el -- "Progreso Social y Económico", razón por la que Hartman la denominó "Enfermedad de la Civilización". (1).

Sierra Ruíz, hace notar que esta enfermedad es característica, en su aspecto clínico, del ser humano, sobre todo - del hombre Civilizado; por lo que su frecuencia es mayor en lugares donde la vida es más agitada y las necesidades de enriquecimiento son muy fuertes, ya que todas estas situaciones engendran un alto grado de tensión emocional (26).

Los hombres ambiciosos, hombres de negocios eficientes y activos están propensos a la úlcera, debido a su constante tensión y ansiedad (Alvarez 1941; Hartman 1933; Dunbar 1943).

Hartman afirmó que en los indios Coolí de Latinoamérica nunca aparecía una úlcera, ya que la apatía y la falta de ambiciones son características de esta raza. (1).

Mc. Carrison, en su excursión por el Himalaya, nunca observó indígenas con úlcera, por lo que pudo deducir que este padecimiento no es frecuente entre los Malayos, pero sí entre los Chinos más civilizados de Java y Sumatra. (1).

Otro factor importante desencadenante de la úlcera péptica, es la época de guerra; ya que estas situaciones implican un fuerte apremio emocional (stress); tal y como sucede con la raza negra y blanca del ejército norteamericano: En épocas de paz la incidencia de la úlcera, en los negros es de 0.6% y en épocas de guerra aumenta a 1.4%, mientras que en los blancos es de 3.6% en épocas de paz y 5.2% en épocas de guerra, pero si los negros de norteamérica, como los de Chicago, estaban expuestos a las mismas situaciones de tensión y responsabilidades que los blancos, en un período mínimo de 5 años sufrían de úlcera con igual frecuencia.

En la 2a. guerra mundial fueron frecuentes las úlceras en aviadores, por las fuertes situaciones de sufrimiento y ansiedad a las que estaban expuestos. En Londres, durante los bombardeos aéreos aumentaron las reincidencias de úlcera ya curadas, en la población civil, debido a la fuerte tensión emocional.

Es importante señalar que las úlceras de los individuos integrantes de los ejércitos inglés y norteamericano, no aparecían en el fragor de la batalla, sino antes de que esta se iniciara, lo que indica que la emotiva espera es más angustiante que la propia situación de peligro.

La vida moderna con todas sus implicaciones, acentúa este trastorno, ya que el ser humano se enfrenta constantemente, a los obstáculos y agresiones que le brinda el medio-ambiente, por lo que expresa una fuerte y rápida excitación, como sucede en las explosiones emotivas, que van acompañadas de actitudes irracionales, arranques de cólera, injurias y hasta graves violencias, como se observa frecuentemente en los automovilistas. (9).

Asímismo, las personas con dos empleos simultáneos, vi-

da irregular, que trabajan dos o tres turnos, horas extras, - etc., manifiestan fuertes tensiones emocionales, angustia, in somnio, inseguridad, sentimientos de incompetencia o de inadaptación en el hogar y en el trabajo; que finalmente afectan perjudicialmente, la vida instintiva y emocional del individuo.

III . IMPORTANCIA DEL "PSIQUE" EN LA ETIOPATOGENIA DE LA ULCE- RA PEPTICA.

A) ASPECTOS HISTORICOS.

Aún en las sociedades más primitivas, se tenía un enfoque holístico de los padecimientos humanos, tal y como lo señaló Sigerest. Estas creían que las enfermedades eran causadas por poderes espirituales que esta-ban dentro del cuerpo y que los afectaban en su totalidad (11). Algo similar sucedió en las civilizaciones Asirio Babilónicas y posteriormente en Grecia y Roma.

Los Asirios, 500 años antes de Cristo, fueron los primeros en considerar que la enfermedad venía del interior del cuerpo y no de fuerzas exteriores; decían - que el "enfermo era un pecador" y una forma de trata-
miento eran las oraciones o las súplicas y el sacrifi-
cio, ya que en esa época la religión tenía una gran influencia sobre ellos. (21).

Para la cultura hebrea la enfermedad era un castigo que sufrían todas aquellas personas que desobede-
cían a su Dios o alguna de sus leyes; según las refe-
rencias bíblicas, el grupo de pecadores, a menudo, era castigado por peste y plagas.

Hipócrates, 400 años antes de Cristo, afirmó que para curar al paciente era necesaria la observación, - ya que de esta manera se podría conocer la totalidad - de las cosas. Posteriormente Descartes afirmó que el conocimiento del mundo que nos rodea se basa en los -- procesos psicológicos tales como observar, conocer y -

comprender (cogito, ergo, sum) (2, 8).

Los médicos griegos consideraban que el temperamento y los fluídos del cuerpo provocaban la enfermedad; - Galeno consideró que el centro de la emoción, la razón y la sensación radicaba en el cerebro.

En la edad media, aún se consideraba la relación mente-cuerpo, a pesar de que el concepto del hombre se había deformado debido a las ideas mágicas y religiosas que imperaban en esa época. Aristóteles observó que -- las sensaciones de peligro, miedo, coraje y gozo afectaban al cuerpo en su totalidad (21).

En el siglo XVII, René Descartes, afirmó que el -- centro de la emoción estaba en el sistema nervioso, especialmente en la epífisis, siendo ésta el asiento principal del alma, mediante el cual se relacionaba con el cuerpo, interpretando su información y a la vez transmitiendo sus órdenes; sin embargo separa a la materia del espíritu, lo que ocasionó que la doctrina médica restara interés a la participación de los factores emocionales en las alteraciones anatómicas de la enfermedad. -- (27).

Más tarde Heinroth, Jacobi y Beaumont hacen notar la relación entre el Psique y el Soma, recalcando la importancia del aspecto emocional. Asimismo Mesmer encontró que podía modificar el curso de los síntomas físicos a través de lo que ahora llamamos hipnósis, pero su trabajo fue ampliamente criticado e ignorado por la comunidad médico-científica; hasta que en el siglo XIX, - su hipótesis ganó aceptación, cuando el neurólogo francés Charcot y Berheim demostraron clínicamente que ciertas experiencias psicológicas podían perturbar dife-

rentes funciones del organismo y que la influencia per
sonal del médico podía normalizar dichas funciones al-
teradas. (21).

B) CONSIDERACIONES PSICOSOMATICAS.

Es hasta principios de este siglo que se obtiene un enfoque más completo de la Medicina Psicosomática, gracias a las aportaciones de Charcot y Sigmund --- Freud.

Freud, partió de un punto de vista consistente-- mente biológico para estudiar los procesos psicológi- cos. Para él tales procesos eran funciones del orga- nismo al servicio de la supervivencia y de la propaga- ción, al igual que otras funciones corporales (2).

Además se refirió a la actitud humanista del clí- nico, como un factor indispensable para el diagnósti- co y tratamiento de los padecimientos psicosomáticos; haciendo notar que la enfermedad no debía desligarse de la biografía del paciente, ya que las vivencias y experiencias emocionales tienen una marcada influen- cia en los procesos fisiológicos. Con ésto Freud re- forzó la relación Psique-Soma ya mencionada anterior- mente; sin embargo existieron algunas limitaciones, - debido a los pocos conocimientos sobre fisiología y - bioquímica cerebral, que había en esa época; y se es- tudiaron separadamente a las emociones del sustrato - anatómico que las sustenta (21).

Paralelamente al desarrollo de las teorías psico- lógicas de Freud. En la Unión Soviética, Pavlov, al observar y estudiar la cantidad y calidad de la secre- ción gástrica de perros expuestos a diferentes situa-

ciones; descubre los reflejos condicionados y proporciona un método de investigación y un modelo conceptual para entender la relación entre los procesos internos y externos de la salud y la enfermedad. De ahí que surge la teoría cortico-visceral, que sostiene: "las víceras están sujetas a la acción de la corteza cerebral y tienen influencia sobre ella" (18).

Los trabajos de Canon, (1920) sobre la transmisión de sustancias adrenérgicas y la influencia de los factores hormonales en ciertas formas de conducta, así como los de Selye sobre las respuestas pituitarias del stress también son de gran importancia, ya que nos explican los fenómenos fisiológicos consecuentes a diferentes estados emocionales, tales como el enojo, la cólera, el miedo, la alegría, etc.

Ambos autores coinciden en que el organismo debe tener un equilibrio o adaptación, al cual Canon denominó Homeostasis y Selye "Síndrome general de Adaptación", es decir, el conjunto de reacciones no específicas del organismo, desencadenadas por estímulos crónicos de origen traumático, ya sea tóxico, infeccioso o emocional (8 y 9).

Cuando los mecanismos de adaptación son excesivos provocan enfermedades de adaptación como la hipertensión o la úlcera, debido a que la reacción no específica consecuenta a una exposición prolongada al stress modifica el pulso, la tensión arterial, la temperatura, el equilibrio hidromineral, la reserva alcalina, la fórmula sanguínea, la secreción de esteroides urinarios, el equilibrio glucoprotéico, etc. Así que el organismo es lesionado por sus propios mecanismos defensivos y agravado en muchas ocasiones, por un exceso de medicación (8 y 9).

Tomando como base todas estas investigaciones, se -

ha llegado a la conclusión que tanto el sistema nervioso como el sistema endocrino desempeñan un papel muy importante en el desencadenamiento de algunos padecimientos psicósomáticos (psicológicos), siendo uno de ellos la úl cera péptica.

Estos dos sistemas funcionan como un todo, pero algunas de sus partes tienen mayor influencia en ciertas formas de conducta y en las reacciones autonómicas y -- viscerales que las acompañan, tal es el caso del sistema límbico, denominado por Mc. Lean "Cerebro Visceral" por su participación en las secreciones glandulares y las -- funciones vegetativas (18).

El sistema límbico, está formado por diferentes estructuras: hipotálmo, amígdala e hipocampo; siendo el hi potálmo de mayor importancia fisiológica, ya que al pare cer regula las funciones de los órganos de secreción interna y a su vez estados de tranquilidad y excitación, -- por lo que al ser estimulado puede provocar estados de - apatía, somnolencia o estados de exagerada actividad. - Grinker observó que en algunas ocasiones se producía un alto grado de ansiedad y en otras un aumento en la pre sión arterial, la secreción de lágrimas y saliva (27).

Ahora bién, con respecto al tema de estudio, se ha encontrado que al estimular estos centros hay un incremento en la secreción del jugo gástrico y al parecer -- existe una correlación entre el stress emocional y el -- aumento de ácido clorhídrico (HCl) y de la pepsina ---- (Mahl 1956).

Porter, Movius y Freneh, llevaron a cabo experimentos con monos y observaron que mediante inyecciones intravenosas de cortisona, corticotropina y adrenalina o - estimulando eléctricamente los núcleos anterior y posterior del hipotálmo aumentaba la secreción de jugo gástri

co; ésto no sucedía si se les practicaba con anterioridad la vagotomía bilateral o la adrenalectomía bilateral respectivamente.

Concluyeron que la respuesta secretora gástrica tiene dos componentes, uno de ellos relacionado con la región anterior del hipotálmo y el otro con la región posterior del mismo; explicaron el proceso de la siguiente manera: "El estímulo de la región anterior es transmitido al estómago por la vía vagal y el de la región posterior por vía hormonal, a través de las suprarrenales" (24).

Suponen que la tensión emocional actúa, primeramente sobre la región posterior, estimulando a su vez el lóbulo anterior de la hipófisis, por senderos aún desconocidos, pero sí hay evidencias que durante este proceso existe una liberación de la hormona adrenocorticotrópica o del stress (ACTH), la cual controla la actividad de las glándulas suprarrenales. También Gray y colaboradores plantearon que la aparición de la úlcera péptica consecuente a la liberación de ACTH y cortisona es a través de la vía hormonal (suprarrenal). (27).

Shay concuerda con estas investigaciones y hace notar que las experiencias emocionales tales como la tensión emocional en el trabajo y en el hogar de la persona úlcerosa son los causantes de este reflejo condicionado (27).

La mayoría de los autores desde Dunbar y Weiss han coincidido en que un factor muy importante en el desencadenamiento de la úlcera es el stress y todas las situaciones que generen un alto grado de tensión emocional como las incursiones aéreas, enfermedades graves, traumatismo, operaciones quirúrgicas (Soletto y Colbs). (1, 27).

En 1966 Fogelman y Garvey publicaron una revisión de

88 casos de úlcera como consecuencia del stress postoperatorio y dividieron en tres las causas de la úlcera: la cirugía, el traumatismo y las enfermedades graves, siendo el stress el factor desencadenante, ya que todas estas situaciones generan en el paciente fuertes temores y ansiedades, sobre todo la cirugía cardiovascular, especialmente la de corazón abierto (27).

A pesar de que en la actualidad existen algunos clínicos que no valorizan totalmente la influencia del factor emocional en las alteraciones fisiológicas, consideran que la úlcera es una enfermedad de alerta, la cual se manifiesta, clínicamente, como un aumento de la vigilancia y una intensificación de la actividad exterior: tensión-fatiga del organismo (stress-disease). Se basaron en los experimentos de Hans Selye, el cual observó hipermia y úlceras gastroduodenales, en animales que se encontraban en estado de shock y demostró que durante los choques emotivos aparecían todas las concomitantes biológicas de la reacción de alarma, ya que esta emoción-choque es un stress y como tal obliga al organismo a movilizar sus defensas para enfrentarse a la situación peligro (8, 9), por lo cual de alguna manera o de otra aceptan la influencia del factor emocional en la aparición de la úlcera.

La inhibición de las emociones también provocan alteraciones fisiológicas, ya que una emoción inhibida, no da lugar al estado de reposo (relajamiento) sino al contrario, produce una serie de irritaciones internas, que le crean una tensión permanente al individuo, debido a que la emoción, no es descargada al exterior; ésto demuestra el porqué las personas aparentemente tranquilas, pasivas que reprimen sus gestos de agresión y huida, son las que con mayor frecuencia presentan trastornos psicósomáticos (8, 9).

No cabe duda que el aspecto psíquico, emocional, puede provocar alteraciones funcionales y orgánicas comprobables biológicamente, al igual que la estimulación crónica de tipo infeccioso, traumático y tóxico; ya que una emoción no liberada (mediante una reacción apropiada, dirigida hacia el medio exterior) se transforma en un factor crónico de perturbación, que en un principio provoca irregularidades funcionales y neurovegetativas y posteriormente síntomas psicósomáticos, para terminar en enfermedades de los órganos (8, 9), como en el estómago y duodeno, en el caso de la úlcera péptica.

Al respecto cabe señalar la investigación de Harold Wolf con un paciente llamado Tom, portador de una fístula gástrica (debido a un accidente sufrido en su niñez). Por medio de esta fístula se pudo observar durante largos períodos, la actividad del estómago ante diferentes situaciones emocionales.

Cuando Tom se encontraba en estados de enojo y resentimiento, la mucosa gástrica enrojecía intensamente, se congestionaba por un mayor aflujo de sangre (hiperemia) y a la vez se incrementaba la secreción del ácido clorhídrico; durante este período el umbral del dolor disminuía al grado de ser provocado por una simple presión. Debido a la fragilidad de la mucosa gástrica, en esos momentos aparecían pequeñas erosiones que permanecían desde una hora hasta varios días, dependiendo del tiempo que estuvieran expuestas a la secreción del ácido (7).

En estados de tristeza, miedo y desaliento, la mucosa se tornaba pálida, delgada y seca y la secreción gástrica, así como la actividad muscular disminuían. Observó que en ayunas, la secreción gástrica fue mayor durante dos semanas de mucha angustia que durante períodos de tranquilidad, lo que indica que no fue solamente la falta de alimento, sino el estado emocional de Tom, lo que pro-

vocó la hipersecreción y la hipermotilidad.

La secreción del moco, cuya función es la de proteger a la mucosa gástrica, también es afectada por los estados emocionales. Se observó que cuando el moco era más fluído o cuando se removía artificialmente, se originaba una segunda congestión, ya que la secreción del ácido hacía contacto con la mucosa, estableciéndose de esta manera un círculo vicioso, que da como resultado la ulceración, debido a que la erosión inicial estuvo expuesta a la continua secreción del ácido (7).

También se encontró que la reacción del estómago de Tom ante alimentos y drogas dependía del estado del mismo, e indirectamente del estado emocional de ese momento, porque cuando el paciente se encontraba en estados afectivos de desaliento y autodepreciación, su estómago se ponía pálido e inactivo y por consiguiente la secreción gástrica disminuía, pero si en ese momento ingería algún alimento, que en situaciones normales, le producía hiperactividad gástrica, paradójicamente suscitaba la disminución de las funciones.

Los trabajos de Mirsky y colaboradores han demostrado que durante situaciones conflictivas emocionales, hay un aumento de pepsinógeno en la sangre y de la uropepsina en la orina. (7).

Todas estas investigaciones y observaciones son de gran valor, ya que permiten un mayor entendimiento del mecanismo fisiológico mediante el cual los factores psíquicos y emocionales llegan a producir, en un momento dado, una úlcera gastroduodenal.

C) CONTRIBUCIONES PSICOANALITICAS Y TEORIAS DE LA ULCE RA GASTRODUODENAL.

A pesar de que durante mucho tiempo la investigación Psicoanalítica, se interesó, mayormente en la exploración de los procesos inconscientes; autores como Abraham y Ferenczi, legaron grandes aportaciones para estudiar ciertos problemas psicosomáticos.

En esa época se estudiaban padecimientos o desordenes en los que aparecían fenómenos somáticos aislados pertenecientes a los sistemas osteomuscular y sensorial, como parálisis, contracturas, es decir síntomas conversivos; además de éstos estudiaban depresiones, neurosis obsesiva-compulsiva y algunos desordenes sexuales y de conducta. El problema consistió en que trataron de explicar e interpretar todos los procesos o desordenes fisiológicos, en base a conversiones histéricas.

Posteriormente, esta situación se fue aclarando - hasta obtener una diferenciación entre los procesos -- psicosomáticos (respuestas vegetativas a los estímulos psicológicos) y los síntomas de conversión histérica.

No obstante, que ambos padecimientos están dados por condiciones psicógenas, (es decir son resultado de una tensión emocional crónica no aliviada). Los mecanismos fisiológicos y psicodinámicos que intervienen - en cada uno de ellos son totalmente diferentes. (2). En la conversión histérica el síntoma es la expresión simbólica de un contenido emocional definido. Este mecanismo queda restringido a los sistemas neuromuscular voluntario o perceptivo, cuyas funciones son expresar y aliviar las emociones; en cambio en los padecimientos psicosomáticos el síntoma no expresa un contenido emocional, sino que es su concomitante fisiológico --

(normal), que se vuelve crónico, debido a los conflictos emocionales sin resolver, que continuamente generan tensión emocional, y conducen a fenómenos tisurales --- irreversibles, originando síndromes orgánicos definidos de ahí que no se trate de una expresión simbólica de un conflicto psicológico primario, sino de la disfunción - psicógena de una respuesta vegetativa (2).

Abraham desarrollando la teoría de Freud, trató de explicar ciertos desordenes del tracto gastrointestinal, mediante sus conceptos sobre las etapa oral y anal del desarrollo de la líbido; describió las actitudes emocionales que acompañan a la ingestión de alimentos y eliminación del heces del niño normal, los cuales persisten en el carácter de la persona, aunque no de una manera original, pero sí mediante mecanismos como la sublimación y sobrecompensación y regresiones a esas etapas -- (tendencias orales) (2 y 7).

En 1934 Franz Alexander, fundamentado con investigaciones sistemáticas psicoanalíticas, lanzó una teoría que podría denominarse "Anhelos Alimenticio hacia la madre", en la cual menciona que la persona que reprime -- sus tendencias pasivas, debido a que se contraponen con sus ideales conscientes, son los que están predispuestos a la úlcera; ya que sus tendencias receptivo-orales siguen inconscientemente en su personalidad, por lo tanto presentan regresiones, que les hacen conducirse con comportamiento infantil, buscando el cariño de la madre o un sustituto de ésta y reprimiendo el deseo de ser -- alimentado. Tales deseos de ser alimentado representan el cariño materno y actúan inconscientemente, provocando al individuo una actividad gástrica preparatoria a la digestión, de tal manera que pareciera estar a punto de ingerir algún alimento (1, 12 y 24).

Además de la constelación establecida por Alexander en 1947 S. Szazz hizo notar la existencia de cierto grado de hostilidad en este tipo de pacientes, el cual se remonta a su infancia, etapa en donde el niño expresa rabia y llanto ante las primeras frustraciones alimenticias, siendo éstas las primeras fuentes de displacer del infante (Freud, Abraham, Alexander). En el ulceroso, en momentos de frustración, hay una regresión a esta situación, obligando al estómago a funcionar en situaciones inadecuadas.

En 1944 y más ampliamente en 1949, el Congreso Psicoanalítico de Zurich, expuso una nueva teoría, la cual concuerda con la teoría de Alexander en la importancia de la angustia, la hostilidad, la dependencia oral y el desplazamiento de las tendencias orales y anales. Esta teoría podría denominarse "De la madre internalizada mala" que actúa en el individuo, mediante regresiones instintivas oral-digestivas; por lo que establece que las representaciones psíquicas inconscientes de una madre mala, frustrante y agresiva contra las satisfacciones instintivas son de gran relevancia en la génesis de la úlcera, tales representaciones son consecuencia de las frustraciones instintivas, vivenciadas por el bebé en etapas primarias (12).

R.W. Pickford (1948 y 1952) también coincidió en -- que el ulceroso presenta tendencias regresivas orales y anales que son desplazadas y dirigidas hacia el estómago y duodeno. Fundamentó, sus afirmaciones con investigaciones psicoanalíticas de ulcerosos y pseudoulcerosos, observó que uno de sus pacientes pasaba por dos etapas, -- una melancólica, que atacaba a toda la personalidad con instintos orales y anales y otra de la úlcera, en la que atacaba a su estómago y duodeno con instintos orales.

Para Angel Garma la úlcera péptica surge debido a la persistencia de situaciones infantiles precoces, no resueltas relacionadas con la madre, las cuales le impiden en etapas adultas, una adaptación adecuada a la realidad.

Pichón Riviere señaló que el punto de fijación - disposicional del ulceroso es la 2a. fase oral (oral-canibalística), situación a la que regresa parcialmente, durante su enfermedad. Hace hincapié en el conflicto de ambivalencia pasividad-actividad, relacionando esta situación con los rasgos maníacos-depresivos; ya que tienen algunos puntos en común como la regresión del yo a etapas orales, la introyección del objeto querido, la periodicidad de los trastornos y los mecanismos defensivos. La diferencia radica en que la regresión del yo, en el ulceroso, es parcial, mientras que en el maniaco-depresivo es más profunda y total, el melancólico elabora la situación conflictiva en su aparato psíquico y el ulceroso somatiza el conflicto melancólico, el cual sirve como una defensa contra alteraciones graves de la personalidad. (24).

IV . INVESTIGACIONES QUE SE DESPRENDEN DE LA TEORÍA DE ALEXANDER.

Los primeros estudios sistemáticos, fueron realizados por Franz Alexander, en el Instituto de Psicoanálisis de Chicago; uno de ellos publicado en 1934, se llevó a cabo con 6 pacientes con úlcera duodenal. Alexander concluyó que el factor más importante en la etiología de la úlcera era una situación conflictiva específica entre las necesidades de dependencia oral y el impulso de ser autónomo y autosuficiente; combinado con ciertos factores orgánicos (1, 7).

Desde entonces se han venido realizando diferentes investigaciones que coinciden con estas observaciones y que además plantean otras características importantes. Como el trabajo de S. Szasz quien demostró la influencia de la agresividad consecuente a la frustración de las tendencias pasivo-receptivas sobre las funciones estomacales (1).

En Alemania (1951) Werner Schwedder, basado en la teoría de Alexander y fundamentando sus observaciones con investigaciones Psicoanalíticas encontró que el ulceroso tiene disminuída su capacidad de expresión "se tragan todo lo penoso que les sucede". En la mayoría de sus pacientes la madre fue una figura frustrante y cruel con ellos; razón por la cual en etapas posteriores buscan una mujer mater-nal y buena sin embargo siempre la eligen de acuerdo al mo-delo de la propia madre, ya que inconscientemente siguen ligados a sus experiencias emocionales primarias. (12).

Kapp, Rosenbaum y Romano al estudiar a 20 hombres con

úlceras, observaron que todos ellos eran emocionalmente inmaduros, hombres con fuertes necesidades de dependencia, consecuentes a un rechazo parental vivenciado en la infancia. -- Algunos de ellos trataban de compensar sus necesidades mostrándose trabajadores y ambiciosos; pero la mayoría eran pasivos y afeminados, expresaban abiertamente su dependencia. Estos autores concluyeron que aunque la situación conflictiva es similar en todos los ulcerosos, los rasgos de personalidad pueden variar desde exagerada independencia hasta una total dependencia (parasitismo) (1, 7).

Posteriormente Kezur y colegas, en su investigación con mujeres ulcerosas, advirtieron una mala relación entre ellas y el padre; ya sea por muerte o rechazo; lo que generó un --desequilibrio emocional constante. Consideraron a las enfermas muy neuróticas, con fuertes conflictos orales y una franca hostilidad. En la mayoría de ellas, la úlcera se desencadenó debido al rechazo o abandono del novio o del esposo; lo que comporta la frustración del profundo deseo de dependencia de las pacientes. (13).

Pilot y colegas efectuaron un estudio de 175 casos de -úlceras duodenales en la mujer; suponiendo que la menopausia es un factor importante en su aparición. El grado de angustia se estimó en el momento de la entrevista y al inicio de la úlcera. No observaron ninguna diferencia fundamental entre las mujeres pre y post-menopáusicas y descartaron la histerectomía como factor desencadenante.

La angustia fue más significativa entre las mujeres pre menopáusicas. En la mayoría de las enfermas predominó una -carencia maternal real o vivida como tal, sin la posibilidad de sustitución en el ambiente por otra figura maternal o donde el padre fue una figura de identificación importante, lo que dio como resultado final una mujer masculina agresiva y muy apegada al padre (13).

En 1973, después de un estudio psicosomático de 20 mujeres con úlcera duodenal, Hachette, Dordry, De M'Uzan y Bonfils, reportaron que además de las tendencias pasivo-receptivas en contraposición con las tendencias activas, en casi la totalidad de los casos, existía en mayor o menor intensidad una desadaptación familiar. Las mujeres sin profesión movilzaban estos dos tipos de tendencias opuestos hacia un lugar único, la familia.

Clasificaron en tres tipos, la relación entre estas dos tendencias: I. Independencia-rivalidad.- Mujeres con vida profesional hiperactiva-hipercompetitiva, que rechazan sus tendencias pasivas. II. Oscilación dependencia-independencia.- Mujeres que no tienen una posición clara entre el rechazo de las tendencias pasivo-receptivas en un campo y su aceptación en otro. III. Dependencia.- Expresión de las tendencias pasivo-receptivas, y marcados síntomas depresivos. En estos dos últimos tipos hay ausencia de vida profesional (13).

- Burguer y Lambling en 120 casos de mujeres con úlceras gástricas y duodenales encontraron que son personas, que desempeñan actividades sociales y profesionales que comportan responsabilidades y desempeñan el papel de jefe de familia. En un menor número el síntoma gástrico sirve como una defensa orgánica ante una angustia preneurótica o neurótica arraigada desde hace tiempo en su personalidad (12).

Estas investigaciones además de confirmar la existencia de las tendencias pasivo-receptivas; concuerdan en que el rechazo afectivo por alguna figura importante (padre, novio, esposo) es un factor importante en la aparición o intensificación de los síntomas gástricos, ya que generalmente el ulceroso, vivenció, en su infancia, un rechazo parental.

Con respecto a la angustia y al stress como factores precipitantes (tal y como lo reportaron Dunbar, Weiss e English) existen numerosas investigaciones que confirman este plantea-

miento.

Wilson y Davis observaron que en 172 casos de úlcera, de 205 que fueron estudiados, se podía establecer una relación temporal entre el stress emocional y la aparición o reaparición de los síntomas gástricos; haciendo notar que el stress resultaba al ver amenazada su seguridad, responsabilidad e independencia (17).

Sullivan y Mckell concluyeron después de estudiar 500 casos de úlcera que el conflicto emocional esencial, en la -- etiología del padecimiento era el conflicto existente entre la "intensidad del anhelo de superioridad y la tensión resultante de la anticipación al fracaso" (7).

Ruesch y colaboradores en un estudio de 62 pacientes con úlcera duodenal (20 civiles y 42 marinos) y un grupo control, formado por 72 personas con otros padecimientos, a los cuales se les aplicó el Rorschach entre otras pruebas psicológicas; concluyeron que el 69% de los marinos y el 85% de los civiles sufrieron crisis de angustia antes de la iniciación de los -- síntomas digestivos y los conflictos emocionales más importantes se relacionaban con problemas de dependencia-independencia y agresión-no agresión. En estos pacientes no existieron tendencias obsesivo-compulsivas (7).

En 1975, Crocq, Rabarihoela, Molinie, Essioux, Cristau y Laverdant, reportaron las conclusiones de estudios psicossomáticos recientes de úlceras duodenales en el joven militar -- efectuados en condiciones de reclutamiento y ambientes diferentes. Observaron que en todos los casos, aparece una dimensión común de inmadurez afectiva e inadaptación social, lo -- que pronóstica dificultades de adaptación en el futuro (6).

El factor del stress actúa sobre todo en el tiempo de -- guerra, donde las tasa de úlceras incrementa en una población seleccionada desde un principio. El análisis de las circuns-

tancias de aparición o de las recaídas, demuestra el papel principal de la tensión y de los psicotraumatismos de combate mientras que los factores de simple adaptación al medio militar pasan a segundo término. (6).

El stress de combate actúa más por su significación psicológica que por la simple presión de sus condiciones físicas (6).

El estudio psicosomático de jóvenes ulcerosos, examinados antes de su llamado a filas, confirma el papel predominante de las frustraciones afectivas de la infancia y las dificultades en su relación con los padres. La pasividad suscita conductas beleídas, llamadas al fracaso y engendran a su vez frustración y ambivalencia que refuerzan a la postre la inferioridad y pasividad de un principio. (6).

Los estudios de úlcera péptica en niños y adolescentes son más escasos, sin embargo coinciden en muchos aspectos con los estudios de adultos.

La primera serie de ellos fue realizada por Taboroff y Brown, describieron 5 casos, en los cuales el factor emocional fue primordial en el desencadenamiento del padecimiento; hacen énfasis al conflicto entre los deseos de dependencia y los sentimientos de enojo al percibir, dichos pacientes, la pérdida de la madre. Aquí se ratificó el planteamiento de Alexander sobre la frustración del sujeto dependiente y demandante como factor crucial en la aparición de la úlcera (26).

Chapman y colaboradores, observaron en 5 niños con úlcera, problemas emocionales acentuados, especialmente en tres áreas: a) Necesidades de afecto no satisfechas; b) Dificultades en autoafirmación de sus sentimientos de hostilidad; y c) La pasividad e inseguridad, así como la necesidad apremiante de obtener seguridad, afecto y aceptación de las personas que le rodean (26).

Othon Tirado, describe la psicopatología de 3 adolescentes con úlcera, hace notar la asociación entre la úlcera péptica y el "síndrome de fobia escolar", ya que estos tres muchachos además del problema gástrico, expresan una fuerte resistencia para asistir a la escuela. (26).

En el aspecto emocional presentan una considerable ansiedad ante la separación y una relación hostil-dependiente con sus madres, debido a que estas fueron sobreprotectoras y no supieron dar límites a la conducta de sus hijos, ya que siempre trataban de evitar que experimentaran la más leve frustración; resultando una incapacidad psicológica para que el muchacho evolucionara de un estado dependiente a uno autónomo. Manifiestan una gran hostilidad en su hogar, sin embargo en la escuela reprimen estos impulsos. Este autor considera que no es sólo este conflicto el que origina la úlcera en el adolescente, sino que existen otros factores igualmente importantes que contribuyen en la génesis, ya que no todos los adolescentes con estos conflictos tienen úlcera, sin embargo no hace mención de ninguno de ellos (26).

Tomando en consideración todas las teorías y las observaciones experimentales, las características psicológicas de la persona que desencadena una úlcera duodenal se pueden resumir en:

- 1.- Necesidades de obtener afecto seguridad y protección.
- 2.- La frustración de sus necesidades de dependencia.
- 3.- Tendencias a la pasividad.
- 4.- Dificultad en el manejo y expresión de sus impulsos hostiles-agresivos.
- 5.- La ansiedad y la tensión emocional como factores desencadenantes.

V . PROCESO PSICODINAMICO Y CARACTERISTICAS DE PERSONALIDAD DEL ULCEROSO.

La personalidad del ulceroso, está determinada por las experiencias emocionales y la educación de sus primeros meses de vida, en los que la madre juega un papel muy importante, por ser la primer persona que lo alimenta, cuida y protege; por -- consiguiente, es ella la que le provoca las primeras reaccio-- nes afectivas y digestivas. De ahí, que el proceso alimenti-- cio guarde una estrecha relación con el aspecto afectivo. (1, 11 y 12).

El bebé desde etapas muy tempranas asocia el ser alimenta do con diferentes experiencias emocionales que van desde el -- descontento físico (displacer), hasta la satisfacción de sus - necesidades de afecto, seguridad y protección (1).

Una madre que alimenta, proporciona afecto y seguridad, - cuando no satisface plenamente al niño, o le priva de alimen-- tos, éste lógicamente, manifiesta hambre; situación que es vi-- venciada, por el bebé, como inseguridad y como una agresión dí rigida por la propia madre.

Es decir, el pecho materno internalizado "Le muerde" inte riormente, esta situación desencadena en el lactante impulsos agresivo-orales, por lo que trata de obtener violentamente lo que le es negado, siendo la mordida su primer manifestación de agresividad oral (1, 12).

Según Glover y Melanie Klein, antes a la sensación de mor dedura, el niño, al estar hambriento debe experimentar una sen sación de vacío, siendo ésto lo que le impulsa a desarrollar - las fantasías de "vaciar el cuerpo materno para satisfacerse -

con sus contenidos" (12).

Dicha sensación es provocada por la madre o por el seno materno internalizados, que corroe el estómago y duodeno del lactante, provocando fobias a animales chupadores, tales como la araña o aquellos que chupan sangre a través del ombligo, ya que para él, éstos representan a la madre mala (12).

Todas estas teorías y conceptos tratan de explicar porque el ulceroso presenta rasgos de carácter receptivo-oral, tales como dependencia, receptividad, pasividad y grandes necesidades de ser amado y cuidado por la figura materna; así como impulsos agresivo-orales consecuentes a la frustración de estas necesidades, que expresa mediante mecanismos inconscientes.

Generalmente, estas personas, dan la apariencia de ser distantes, reservadas, tímidas, con expresiones faciales de tensión y preocupación; pero detras de esa reserva existe una disposición combativa, y un temor a ser rechazados (Robinson y Draper) (7).

Las prohibiciones y frustraciones de las necesidades oral-receptivas, ya sea por estímulos internos o externos, hacen que el individuo reprima tales necesidades para tratar de compensar las expresando tendencias activas, responsabilidades, aspiraciones, con el propósito de afirmar su autonomía, lo que da origen al conflicto Dependencia-Independencia, clásico del ulceroso. - (Alexander, Moses, Mittelman, Wolff, Scharaff).

Esta situación se remonta a la infancia, etapa donde se le dio demasiada importancia al rendimiento y a la superación y se descuidaron otros aspectos como las relaciones afectivas y cordiales entre ellos (9).

Dichas experiencias permanecen en el psíquismo del individuo y pueden ser reactivadas, en su vida adulta, en donde al igual que en su infancia, todas sus actitudes y conducta están

en búsqueda de la satisfacción de sus necesidades de afecto y dependencia.

Hay que hacer notar, que no todas las personas ulcerosas sobrecompensan sus necesidades receptivo-orales, sino hay quienes manifiestan abiertamente su dependencia y pasividad; se trata de individuos inseguros, demandados, contrariados y pasivos, donde la frustración de estas necesidades, se debe a estímulos internos (1).

Otras personas buscan gratificaciones más sublimadas, tales como el reconocimiento social, el prestigio y el aprecio, pero todos ellos, inconscientemente, buscan el afecto y la protección que necesitan, el calor humano y el hogar como sustituto de la madre; razón por la cual todos sus logros y diversiones son solo aparentes, ya que interiormente se muestran insatisfechos.

Leon Saúl considera que esta búsqueda de protección está íntimamente relacionada con la frustración de las necesidades de "amor materno" e incluye en este término, todo el interés y afecto que sienten los demás por el individuo y todas aquellas situaciones que entran en el campo de necesidades receptivo-orales, como la pasividad, reposo, ayuda afectiva, etc. (24).

Por todo esto, puedo plantear que el factor más importante en la génesis de la úlcera es la frustración de las necesidades pasivo-receptivas (dependencia, afecto, atención, etc.), lo que se convierte en el estímulo crónico funcional de la disfunción gástrica (1).

Ahora bien, tomando como punto de partida las explicaciones dinámicas y los conceptos expresados por Angel Garma en su libro "Génesis Psicósomática y Tratamiento de las úlceras Gástricas y Duodenales" (12), tenemos, que la figura materna juega un papel primordial, tal y como se ha venido afirmando, ya que es un objeto querido ambivalente, porque en la infancia del ul-

ceroso fue una figura agresiva y castrante, así como una figura necesaria para sobrevivir, ya que es la que proporciona alimento, protección y seguridad; por lo que mediante regresiones -- oral-digestivas, el ulceroso la percibe como un alimento perjudicial, pero que debe digerir.

En estas circunstancias su estómago e intestino reaccionan como lo hacen ante alimentos complicados que le dificultan su digestión, es decir, presentan alteraciones en la motilidad, se creción e irrigación de los jugos gastrointestinales que antece den a la formación de la úlcera.

Tales alteraciones pueden ser provocadas por la actividad sobrecompensatoria o por la dependencia y pasividad latentes de la personalidad del ulceroso.

Esta elaboración complicada de los alimentos y la fuerte - atracción por ingerir alimentos perjudiciales, se debe a la ela boración psíquica de las actitudes hostiles de la madre y de -- los propios impulsos agresivos del individuo ulceroso hacia esta figura.

En pacientes psicoanalizados, se observó la persistencia - de una situación edípica no resuelta, que por ser reprimida genera regresiones oral-digestivas, mediante las cuales el indivi duo desplaza sus conflictos edípicos a situaciones alimenticias, siendo los alimentos sus objetos genitales.

Como consecuencia de estas fijaciones maternas, el ulceroso suele tener una homosexualidad latente, provocada por una -- identificación femenina precoz; existiendo en ellos un rechazo inconsciente a las tendencias femeninas (Draper y Touraine).

Estudios psicoanalíticos confirmaron ésto y caracterizaron psicológicamente a la úlcera péptica por la presencia de una pro testa masculina y un rechazo a las tendencias femeninas (1). To-

Todo ésto como resultado de la represión infantil de los impul-
sos sexuales.

Debido a la sustitución de los objetos genitales, la apa-
rición de la úlcera, a menudo, se relaciona con acontecimien-
tos de la vida sexual del paciente, como el matrimonio, el di-
vorcio, el nacimiento de un hijo o relaciones íntimas con una
mujer que perjudica socialmente, sobre todo cuando estas situa-
ciones provocan conflictos con la relación materna (11).

Las prohibiciones de la sexualidad infantil y las restric-
ciones en el campo afectivo, así como las exigencias de las fi-
guras primarias, al ser internalizados psíquicamente forman la
consciencia, lo que constituye el super yo de la personalidad
del individuo.

Dichas prohibiciones, exigencias, etc., persisten a lo --
largo de su vida y le impide gozar de situaciones exteriores y
de obtener gratificaciones instintivas, razón por la que los -
triumfos del ulceroso solo son aparentes, ya que no logran una
satisfacción interna real; ésto desencadena impulsos agresivos,
tal y como sucede cuando la madre no satisface plenamente al -
lactante, por tanto mantiene reprimida su hostilidad y la des-
plaza a los alimentos.

Por esta razón su tubo digestivo digiere intensamente los
alimentos por representar éstos a la madre y a todas las situa-
ciones difíciles, como si de esta manera el individuo destruye
a su objeto querido ambivalente.

Esta situación desencadena sentimientos de culpa y trata
de castigarse volcando su agresividad contra él mismo, lo que
le crea "remordimientos". Esto significa principalmente, el -
temor del niño a ser castigado por la madre, por sentirse "so-
lo, abandonado y malo" (12).

En otras palabras, es la consciencia (madre o seno mater-

nalizados) la que le muerde interiormente hasta llegar a la ul
ceración; ya que este comportamiento supone la transmisión psí
quica de impulsos al tubo digestivo a través de mecanismos hor
monales y nerviosos (12).

VI . METODOLOGIA

1) PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El presente estudio tiene como objetivo encontrar una relación entre el factor psicológico y la úlcera péptica. Ya que de acuerdo a diferentes investigaciones (mencionadas en el capítulo IV) se ha visto que el paciente ulceroso presenta rasgos de carácter receptivo-oral, en contraposición con la necesidad de autonomía y autoafirmación; ésto les provoca agresividad, -- una continua ansiedad y tensión emocional que tratan de canalizar a través del tracto gastrointestinal.

En base a ésto y al marco teórico, se puede plantear que algunos rasgos o características de personalidad significativas y predominantes en el ulceroso son:

TENDENCIAS PASIVO-RECEPTIVAS.

- A) NECESIDAD DE DEPENDENCIA: (Exigencias de afecto, -- apoyo y atención). Entendiendo por ésta el depender o estar supeditado a otros objetos en momentos o situaciones en los cuales uno mismo está capacitado para realizar, de acuerdo a la etapa de desarrollo en que se encuentra.
- B) PASIVIDAD-RECEPTIVIDAD: Cuando un individuo no es capaz de realizar actividades encaminadas hacia la obtención de sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales, .y requiere de otras personas para solucionar cualquier situación.

- C) RECHAZO PARENTAL: (Real o vivido como tal) es decir la no aceptación o falta de acercamiento por parte - de las figuras centrales, especialmente la madre; de bido a que fue distante, limitante y poco afectiva.
- D) IMPULSOS HOSTILES: Actitudes negativas dirigidas ha cía otras personas o cosas, tales como la ira, resen timiento, mala voluntad, etc.
- E) AMBIVALENCIA AFECTIVA: El tener actitudes emociona- les contradictorias dirigidas hacia un mismo objeto, ejem. amor-odio.
- F) SENTIMIENTO DE SOLEDAD Y ABANDONO: (Real o vivido - como tal). El ser dejado con todas las responsabili dades sin posibilidad de ser ayudado o apoyado.
"Afecto resultante de la insatisfacción de la necesidad básica en los seres humanos de experimentarse -- vinculados a otras personas" (7).
- G) MECANISMO DEFENSIVO: REPRESION. Es decir el olvido intencional a nivel inconsciente, de impulsos no -- aceptados por el yo. Mediante este mecanismo se ex- cluyen de la consciencia todos los deseos, pensamientos, impulsos y anhelos que son incompatibles con -- las motivaciones conscientes (logro, competencia, au tonomía). (7).

TENDENCIAS ACTIVAS: INDEPENDENCIA.

Por independencia entenderemos el poder realizar - todas las actividades o conductas (biológicas, psicoló- gicas y sociales), para los cuales una persona está ca- pacitada para realizar según la etapa de desarrollo en la que se encuentre.

- H) COMPETENCIA-RIVALIDAD: Realización de objetivos perer

sonales, tratando de obtener mayores ventajas y recompensas que los demás. (17).

- I) ACTIVIDAD: Todas aquellas formas de conducta que - van dirigidas hacia la realización y obtención de - sus metas y propósitos (biológicos y psicológicas, sociales y profesionales).
- J) MOTIVACION DE LOGRO. El dominio, la manipulación y la organización del medio físico y social; la superación de obstáculos y el mantenimiento de elevados niveles de trabajo. (17).
- K) TENSION EMOCIONAL: Estado abrumador, consecuente - al enfrentamiento de situaciones amenazantes (inter^{nas} o externas) que el individuo no es capaz de manejar, ni de desarrollar mecanismos adecuados para protegerse.
- L) ANSIEDAD: Es la señal de un daño inminente (real o vivido como tal) que pone en peligro la integridad del yo.
- M) MANIFESTACIONES HISTERICAS: Síntomas conversivos - ante situaciones que generan tensión. Escala Hi. - MMPI.
- N) MANIFESTACIONES HIPOCONDRIACAS: Gran interés sobre su salud e integridad física, debilidad, cansancio, tendencia a la inactividad, apatía, insatisfacción, etc. Escala Hs. MMPI.
- O) DEPRESION: Pesimismo, preocupación extrema, tristeza, indecisión, aislamiento, anorexia, insomnio, -- etc. Escala D. MMPI.
- P) TOLERANCIA A LA FRUSTRACION: Capacidad del indivi-

duo para enfrentarse y dar solución satisfactoria a situaciones que le impidan en un momento dado la satisfacción inmediata de sus necesidades.

Q) DESADAPTACION FAMILIAR: Cuando las personas expresan o manifiestan conflictos en el área familiar, - ya sea con hermanos, padres o esposos; por dificultad o fracaso en la realización de roles y tareas - correspondientes.

2) SUJETOS.

Se seleccionaron al azar 20 pacientes, entre (ellos) hombres y mujeres, de la consulta externa del H.G. "Dr. Darío Fernández". Unidad Médica perteneciente al Instituto de Seguridad y Servicio Social para los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

De los 20 pacientes, 10 tienen el diagnóstico de - úlcera gástrica o duodenal y 10 sin ningún padecimiento gástrico, con el propósito de establecer diferencias en tre un grupo y otro.

La edad de estas personas fluctúa entre los 19 y 58 años de edad.

En todos ellos se descartó la existencia de algún daño orgánico cerebral que pudiera interferir en las -- conclusiones. Tabla I y IA.

3) MATERIAL.

Se utilizaron diferentes pruebas psicológicas que exploraran personalidad y conducta relacionados con este cuadro clínico.

A continuación se menciona cada una de ellas:

- A) TEST GESTALTICO VISOMOTOR DE BENDER: Para descartar problemas de organicidad y observar algunos rasgos - del área emocional como ansiedad. (5).
- B) TEST MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD (M.M.P.I): Para obtener características de personalidad de cada uno de los pacientes (23).
- C) TEST DE APERCEPCION TEMATICA (T.A.T): Para explorar la estructura de la personalidad, así como datos fundamentales en la dinámica subyacente. Tales como necesidades de dependencia, sentimientos de abandono y soledad, temores, mecanismos defensivos (22). Para ésto se eligieron 11 láminas relacionadas con este - tipo de rasgos.

LAM. 1 "El niño y el Violín".- Deber, sometimiento, - rebelión, aspiraciones, expectativa, ambiciones, -- frustraciones, ideal del yo, fantasías vocacionales, imagen frente a los padres.

LAM. 2 "La estudiante en el Campo".- Conflictos de - adaptación, intrafamiliares. Nivel de aspiración, - actitud ante los padres.

LAM. 3 VH Frustración, depresión, suicidio.

LAM. 3 NM Desesperación, culpa, pérdida, abandono, - fracaso, violación.

LAM. 5 "Mujer de edad en la puerta".- Imagen de la madre-esposa, protectora- vigilante, castradora.

LAM. 6 VH "El hijo que se va".- Actitud frente a la figura materna, dependencia-independencia, abandono,

culpa.

LAM. 6 NM "Mujer sorprendida".- Expectativas, temores, presión, sospecha, extorsión.

LAM. 7 VH "Padre e Hijo".- Actitud frente a la figura paterna (adulto, autoridad). Sometimiento, rebelión, necesidad de consejo, ayuda, apoyo, orientación, amenaza de homosexualidad.

LAM. 7 NM "Niña y Muñeca".- Imagen de la madre, actitud frente a la maternidad.

LAM. 10 "El abrazo".- Actitud frente a la separación. Conflictos de pareja.

LAM. 11 "Paisaje Primitivo de Piedras".- Ansiedad frente al peligro. Angustia frente a lo instintivo.

LAM. 13 HM "Mujer en la Cama".- Actitud ante la relación sexual, ansiedades, Culpa.

LAM. 17 VH "El Acrobata".- Nivel de aspiración. -- Exhibicionismo, Narcisismo, masturbación.

LAM. 17 NM "El Puente".- Frustración, depresión. -- Autocastigo, suicidio.

LAM. 18 VH "Atacado por Atrás".- Ansiedades, culpa, ideas paranoides, ataque homosexual.

LAM. 18 NM "Mujer que Estrangula".- Agresividad- apoyo.

LAM. 19 "Cabaña bajo la Nieve".- Carencia y confort; vacío, plenitud; frustración, seguridad.

LAM. 20 "Solo bajo el Farol".- Preocupaciones, abandono, culpa, castigo.

D) PRUEBA DE MOTIVACION DE LOGRO (Mc. CLELLAND). Para medir el nivel de aspiraciones, metas, actividades y motivaciones de un individuo.

4) ESCENARIO.

La entrevista y la aplicación de las pruebas, se realizó en el Consultorio de Psicología del Hospital General "Dr. Darío Fernández", Unidad Médica perteneciente al ISSSTE; ubicado en Av. Revolución esquina con Barranca del Muerto.

5) PROCEDIMIENTO.

Grupo Experimental: 10 pacientes con úlcera péptica o duodenal.

Grupo Control: 10 pacientes sin ningún padecimiento gástrico.

A) El estudio psicológico de cada uno de los 20 pacientes se llevó a cabo en cuatro sesiones en forma individual.

1a. Sesión.- Entrevista Preliminar y aplicación del Test Gestáltico Visomotor de Bender para detectar algún daño orgánico cerebral.

Una vez descartada esta posibilidad se continuó con las siguientes Sesiones.

2a. Sesión.- Historia Clínica.

3a. Sesión.- Administración del MMPI.

4a. Sesión.- Aplicación de las 11 láminas T.A.T. y -
la prueba de Mc. Clelland.

B) Calificación e Interpretación de Cada una de las --
Pruebas.

- Test Gestáltico Visomotor de Bender, siguiendo los
lineamientos de Laureta Bender (5).

- El MMPI de acuerdo al manual del Dr. Rafael Nuñez.
Se analizaron especialmente las escalas 1, 2 y 3 y
posteriormente se realizó un perfil general de hombr
es y otro de mujeres en cada grupo, tanto experimen
tal como grupo control. Estos perfiles se obtuvie
ron sumando el puntaje bruto de cada una de las
escalas (incluyendo las de validez) y dividiéndolo
entre el número de casos para sacar un puntaje prome
dio.

- El T.A.T. en base al manual de aplicación y a los
lineamientos de L. Bellak (3, 22).
Se hizo un análisis de contenido por dos personas,
con el objeto de obtener mayor confiabilidad al inter
pretar las historias.

- La prueba de Mc. Clelland en base al manual de aplica
ción y calificación de la prueba (David Mc. Cle--
lland). (17 y 19).

C) Integración del estudio Psicológico de cada uno de -
los pacientes.

D) Análisis del estudio de cada uno de los 10 pacientes
del grupo experimental para detectar los rasgos o cara
cterístas mencionados en el punto número 1 y lle-

var un registro del número de casos en los que se observaron dichas características.

E) Análisis de los 10 estudios del grupo control para - llevar un registro de los casos en los que se hayan detectado las características mencionadas en el número 1.

F) Comparación entre los datos obtenidos en el grupo experimental y en el grupo control.

6) RESULTADOS Y OBSERVACIONES.

En virtud de que se trató de un grupo piloto, en - el que se hizo una clasificación cualitativa de los rasgos; se utilizó un método estadístico no paramétrico: - análisis de frecuencias relativas.

En total se estudiaron 20 casos 10 con diagnóstico de úlcera (3 con úlcera gástrica y 7 con úlcera duodenal) y 10 sin ningún padecimiento gástrico.

Dentro del grupo de ulcerosos 2 pertenecen al sexo masculino y 8 al femenino. En el grupo control son 4 - del sexo masculino y 6 del femenino.

El tiempo de evolución del padecimiento varía en -- tre uno y diez años. Ver Tabla y Gráfica IB.

Con respecto a su estado civil (Tabla II) tenemos que en el grupo experimental las personas casadas o -- que estuvieron casadas contrajeron matrimonio muy jóvenex, entre los 15 y 21 años de edad.

El 50% de ellos tiene serias dificultades con el marido, debido a la falta de afecto y comunicación por

parte de éste. En dos de los casos existe un total distanciamiento afectivo. Dos de las mujeres casadas consideran que su esposo es muy complaciente y afectivo, - sin embargo se sienten insatisfechas con ellas mismas y con el medio que les rodea, tal y como sucede con aquellas que presentan dificultades en su relación matrimonial, debido a que no logran satisfacer sus necesidades de dependencia (Gráfica IV).

Las actividades sociales y profesionales en la mayoría de los casos muy limitadas, carecen de amistades firmes y salen a divertirse en contadas ocasiones, las mujeres por lo regular permanecen en su hogar, (Tabla - III) realizando actividades manuales como tejer, artesanías, pintar, etc.

Solo dos de ellas desempeñan actividades de tipo profesional, pero en su hogar se comportan pasivamente.

Ahora bién, los resultados obtenidos en la prueba de Bender y el MMPI son los siguientes:

En el Test Gestáltico Visomotor de Bender no se detectaron rasgos indicativos de un daño orgánico cerebral sin embargo se observaron algunas alteraciones perceptivo-motrices como:

Dificultad en el cierre de las figuras, sobre todo en las figuras A, 7 y 8; se presentó en 7 casos del grupo experimental y en 3 del grupo control. Esto refleja impulsividad, ansiedad.

En el grupo de ulcerosos se observó dificultad para realizar la figura 6.

Rotación de la figura A se observó en 2 casos del grupo control y uno del grupo experimental. La figura

3 fue rotada solo en un caso del grupo control.

En la mayoría de los casos se mantuvo un orden lógico y coherente.

En 7 casos del grupo experimental se observó tendencia a la comprensión que refleja depresión, rigidez, constricción. En el grupo control solo fueron evidentes estas características en tres casos, los siete restantes tendían a la expansión.

En lo que se refiere al MMPI se observó lo siguiente:

La escala 1 (Hs) hipocondriasis, fue igual o mayor a T75 en 7 de los casos estudiados del grupo experimental y solamente en 4 del grupo control; lo que nos habla que la persona ulcerosa expresa un mayor interés y preocupación por su salud e integridad física, defensas somáticas que en ocasiones les resultan ineficientes.

En la escala 2 (D) depresión no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos; ya que se observó en todos los pacientes un nivel significativo de depresión, son pesimistas, se preocupan en extremo aún por cosas sin importancia y en ocasiones se observa indecisión, aislamiento e insomnio.

En la escala 3 (Hi) histeria se observó una elevación mayor a T70 en 6 casos del grupo experimental y en 3 casos del grupo control, lo que sugiere que el grupo de ulcerosos estudiado presenta fuertes necesidades de dependencia, exigencias de afecto, apoyo y atención, inmadurez emocional, egocentrismo, inseguridad, así como incapacidad para manejar su hostilidad ante los demás. Tendencias a desarrollar síntomas conver-

sivos ante períodos prolongados de tensión.

De acuerdo a la integración del estudio psicológico de cada uno de los pacientes se encontró que de los 10 casos con úlcera un 90% manifestaba fuertes necesidades de dependencia, exigencias de afecto, apoyo y atención. Un 70% son personas con tendencias a la pasividad-receptividad; son dependientes tanto en el aspecto emocional como económico y no son capaces de llevar a cabo actividades que les permitan obtener sus metas y aspiraciones (aparentes), ya que muestran poco interés en los demás aspectos de la vida, y prefieren someterse antes que enfrentarse a las situaciones que se le presentan en su vida diaria. (Tabla IV).

Entre estas hay unas personas que a pesar de sus arraigadas necesidades pasivo-receptivas, buscan obtener satisfacciones en otro campo (intelectual, profesional), pero generalmente no logran su objetivo, debido a que sus metas son vagas y difusas y que al mismo tiempo están pensando en otros temas o actividades y anhelando la protección y seguridad. (Como se observó en la prueba de Mc. Clelland).

Solo un 20% de los casos manifestó tendencias activas, conductas y actividades encaminadas a la superación personal y al reconocimiento, (Mc. Clelland), pero en el aspecto emotivo se sienten totalmente insatisfechos, ya que no logran satisfacer sus necesidades de dependencia, afecto, protección.

De acuerdo a los datos observados en TAT un 70% manifiesta rechazo parental, especialmente por parte de la madre, debido a que desde su infancia la percibieron como una figura limitante, punitiva, distante y poco afectiva con ellos que originó en el paciente dificultad para relacionarse, ya que teme ser lastimado y rechazado.

El 100% de los pacientes manifestaron impulsos hostiles, que no son capaces de expresar abiertamente, debido a que les generan culpa y ansiedad, por lo que tienden a manifestarlos indirectamente mediante conductas -- sarcásticas, mal humor, gritos, inestabilidad, etc.

En un 70% se observaron fuertes sentimientos de soledad y abandono, así como sentimientos ambivalentes que les han dificultado sus relaciones interpersonales y heterosexuales.

El mecanismo defensivo predominante en este tipo de pacientes es la Represión y aparece en el 70% de los casos. Un 30% expresa sus tendencias pasivo-receptivas -- (dependencia) abiertamente, pero reprimen sus impulsos -- agresivos.

En comparación con el grupo control solamente un -- 30% manifestaron necesidades de dependencia, rechazo parental en su infancia; es importante mencionar que se -- trata de mujeres inmaduras emocionalmente que tienden a somatizar su problemática con neurodermatitis, alopecia, obesidad. Predominando en éste último un nivel muy alto de labilidad afectiva, solo en un 20% se detectó ambiva-- lencia afectiva. (Gráfica I).

De acuerdo a la prueba de Mc. Clelland y a las lá-- minas 1 y 2 y 17 del T.A.T. se observó que en la mayoría de los casos del grupo experimental y del grupo control existen pocas necesidades de superación, motivación del logro, ya que su campo de intereses es muy limitado, és-- to probablemente se debe a que a estas Instituciones -- asisten generalmente personas de escasos recursos, pro-- venientes de estratos socioeconómicos y culturales bajos (Gráfica VII). Solo en un 20% del grupo control y un -- 30% del grupo experimental se hicieron evidentes estas -- necesidades de superación.

Dentro de las manifestaciones psiconeuróticas observamos que un 40% de los casos presenta características histéricas y un 60% manifestaciones hipocondríacas a diferencia del grupo control en el que aparecen en un 30% y un 40% respectivamente. Gráfica III.

Los síntomas depresivos fueron muy significativos en ambos grupos, por lo que es importante aclarar que se trata de una muestra estratificada, obtenida en un hospital, en donde lógicamente las personas asisten -- con algún síntoma, y la situación de entrevistas y --- aplicación de pruebas genera un grado de ansiedad en - el paciente.

La tensión emocional fue notoria en los ulcerosos además que la mayoría de éstos coincidieron en afirmar que en momentos de enojo, dificultades con algún familiar o amigo o en exámenes escolares, el dolor de su - úlcera era más agudo.

La mayoría de los pacientes son individuos que no toleran la frustración, lo que les provoca una mayor - tensión emocional y dificultad para relacionarse con - su medio ambiente. Gráfica IV.

7) DISCUSION.

No obstante las limitaciones del presente estudio se puede concluir que el grupo de ulcerosos estudiado, presenta características pasivo-receptivas. Son personas emocionalmente inmaduras, dependientes, pasivas, - con fuertes exigencias de afecto y protección, debido a que en su infancia vivenciaron rechazo parental, lo que engendra sentimientos de soledad y abandono, ambivalencia afectiva hacia los padres y esposo, e impulsos hostiles, todo ésto no le permite una relación sa-

tisfactoria con su medio ambiente.

A pesar de que en ambos grupos se observaron marcadas tendencias neuróticas, las manifestaciones hipocondríacas fueron más evidentes en el ulceroso, por consiguiente expresan fuertes preocupaciones acerca de su salud y defensas somáticas, como resultado del mal manejo de su problemática.

Las personas del grupo control en las que se detectaron algunas tendencias pasivo-receptivas, presentan padecimientos somáticos como neurodermatitis, alopecia y obesidad, por lo tanto se infiere que los sujetos dependientes-receptivos, pasivos, son los que tienden a somatizar su problemática.

El planteamiento anterior, da lugar a otras investigaciones con diferentes padecimientos psicosomáticos, para poder establecer, en el caso de existir, las características de personalidad y la dinámica subyacente propias en cada padecimiento.

El planteamiento de las actividades sociales, profesionales que impliquen fuertes responsabilidades, reconocimiento como mecanismos compensatorios a las necesidades pasivo-receptivas aún queda en discusión, ya -- que no se encontraron datos significativos, probablemente por las características de la población estudiada; sin embargo sería interesante realizar trabajos con una muestra más seleccionada, es decir, con sujetos que mantengan un nivel alto en actividades de tipo profesional, intelectual y claro está que presenten úlcera gástrica o duodenal.

VII . CONCLUSIONES GENERALES

En base a los resultados obtenidos en el presente estudio y a las investigaciones planteadas en capítulos anteriores, se infiere que en la personalidad del ulceroso predominan rasgos de carácter receptivo-oral tales como dependencia, exigencias de afecto, apoyo y atención, pasividad y agresividad, que generalmente expresa por medio de mecanismos inconscientes.

Son personas muy demandantes y exigentes; constantemente requieren del apoyo y aprobación de las personas con quienes se rodean, pero al no encontrarlo o no recibirlo en el momento que lo solicitan se muestran inconformes y agresivos, expresan mal humor, coraje, resentimiento. A pesar de ésto adoptan conductas sumisas y complacientes, ya que sus impulsos hostiles les generan sentimientos de culpa y ansiedad.

En sus relaciones interpersonales se muestran distantes y defensivos, porque temen ser rechazados; al igual que en etapas anteriores en donde vivenciaron rechazo y frustración por alguna figura del medio familiar (especialmente por la madre y actualmente por el esposo); razón por la cual no logran establecer relaciones satisfactorias y frecuentemente expresan sentimientos de soledad y abandono.

Generalmente son pasivos, inhibidos, temerosos y no expresan un interés real en los aspectos de su vida diaria. Se preocupan en extremo por su salud e integridad física y expresan quejas somáticas como cefaleas, mareos, adormecimiento de alguna parte del cuerpo, debilidad, anorexia, insomnio que no tienen base orgánica; sino que más bien son síntomas hipocondriacos que pueden expresar una depresión encubierta y tienden a somatizar su problemática mediante la úlcera gastroduodenal,

ya que no son capaces de canalizarla adecuadamente, debido a la fragilidad de su estructura psicológica.

Otro factor importante es que a través de la enfermedad, - obtienen (en determinados momentos) la atención y preocupación de los integrantes del medio familiar y del médico, satisfaciendo de esta manera su dependencia o también le sirve como una excusa socialmente aceptada, que le permite, aunque sea temporalmente, liberarse de todas las responsabilidades que siente o -- cree excesivas.

Algunos de los pacientes expresan deseos de terminar con - esta situación pasivo-dependiente; pero no son capaces de hacer lo, ya que debido a su inmadurez prefieren someterse antes que afrontar las responsabilidades y actividades que implica una vida adulta, activa, desempeñar el papel de madre, esposa, jefe de familia etc.

En la mayoría de los 10 casos de úlcera estudiados, se hicieron evidentes las tendencias pasivo-receptivas, especialmente la dependencia emocional, sin embargo existen algunas diferencias en el manejo, la expresión y los mecanismos utilizados:

- A) Algunos establecen una relación pasivo-dependiente. Aceptan y expresan abiertamente sus tendencias pasivo-receptivas, no desempeñan ninguna actividad fuera del hogar y generalmente manifiestan severos cuadros depresivos.
- B) Personas dependientes de tipo pasivo-agresivo. Aceptan y al mismo tiempo rechazan sus tendencias pasivo-receptivas. Son inestables en sus actividades profesionales o no desempeñan ninguna actividad de este tipo. Con frecuencia culpan a -- otras personas de sus frustraciones (madres que les impidieron estudiar y realizar sus objetivos, esposos limitantes y dominantes), ésto les provoca un constante resentimiento, coraje, enojo que expresan, sobre todo en el área familiar.

- C) Un último grupo formado por aquellas personas que establecen una relación Dependencia-Independencia, debido a que aceptan sus tendencias pasivo-receptivas en un campo y las rechazan en otro, es decir, en su trabajo y en sus actividades profesionales se comportan con seguridad y responsabilidad, son capaces de enfrentar cualquier situación difícil que les obstaculice la obtención de sus metas y objetivos, pero en el hogar son pasivos, sumisos y complacientes aunque estén en desacuerdo con la situación real.

Pero todos ellos, independientemente del grupo al que pertenezcan expresan sentimientos hostiles, desadaptación familiar y una fuerte insatisfacción en el área afectiva, que constantemente, en mayor o menor intensidad, engendra ansiedad y tensión emocional que repercute en su úlcera, ya que la mayoría de los pacientes refieren en que cuando están más nerviosos y tensos el dolor es más agudo.

En conclusión tomando el marco de referencia y los resultados de este estudio las personas con úlcera o que pueden llegar a desencadenar una úlcera, independiente de la edad, del sexo o lugar de nacimiento, manifiestan necesidades de dependencia frustradas, dificultad en el manejo y expresión de la agresividad, ansiedad y fuertes exigencias de afecto, seguridad y atención.

Ahora bien, las investigaciones psicosomáticas son importantes, ya que nos permiten enfocar la enfermedad desde sus diferentes aspectos: anatómico-fisiológico y social. Por lo que la psicoterapia, como parte del tratamiento, se hace indispensable; pues mediante ésta el paciente podrá conocer los rasgos más significativos de su personalidad e identificará las áreas de conflicto, dando como resultado una canalización más positiva de su problemática.

Para ésto es necesario que el terapeuta conozca más a fondo la personalidad, los pensamientos, ideas, así como el signi

ficado que para el paciente tiene la enfermedad y posteriormente brindarle una explicación clara y sencilla de la misma; enfatizando la influencia de su problemática emocional, en el desarrollo del padecimiento.

Otro punto importante en el tratamiento psicoterapéutico del ulceroso, es no proporcionarle el apoyo y seguridad que solicita (especialmente a aquellas personas que expresan abiertamente su dependencia) porque el resultado sería reafirmar sus tendencias pasivo-receptivas.

Por el contrario el terapeuta debe ayudarlo a darse cuenta de lo irracional de sus demandas. Porque los rasgos caracterológicos neuróticos se diferencian de los síntomas en que son --egosíntonicos y por lo tanto pasan desapercibidos como causantes de los conflictos, ya que son considerados por la persona -- como su natural manera de ser, ésto les impide una justa apreciación de su realidad.

También debe ayudarlo a comprender lo exagerado de sus necesidades de dependencia y a buscar, junto con él las raíces o motivaciones de esta neurosis de carácter.

Hacerle ver que la frustración constante a la que se enfrenta, se debe a lo desorbitado de sus exigencias de apoyo y afecto, y que la depresión reactiva es producto de la represión de su agresividad y de la incapacidad de expresarla en forma adecuada.

Además debe entender que su dependencia, constantemente, produce heridas en su autoestima, que le imposibilita cada vez más la obtención de su verdadera libertad, independencia y autorrealización.

Por lo que se recomienda que la psicoterapia a utilizarse con el ulceroso sea de tipo reestructurativo, porque implica cambios profundos de los rasgos de carácter.

Que en este caso tendría como objetivo fundamental ayudar al paciente a un manejo más realista y objetivo de sus necesidades afectivas, así como capacitarlo para tomar su propia responsabilidad en forma madura.

VIII . A P E N D I C E

PAGINA

T A B L A S

I	. DATOS GENERALES DEL GRUPO ULCEROSO	54 R
I-A	. DATOS GENERALES DEL GRUPO CONTROL	55
I-B	. TIEMPO DE EVOLUCION	58
II	. ESTADO CIVIL	56
III	. OCUPACION	56
IV	. RESULTADOS	57

G R A F I C A S

I	. TENDENCIAS PASIVO-RECEPTIVAS	59
I-B	. TIEMPO DE EVOLUCION: EDADES	58
II	. TENDENCIAS ACTIVAS	60
III	. MANIFESTACIONES PSICONEUROTICAS	61
IV	. DESADAPTACION FAMILIAR	62
V	. PERFIL DE PERSONALIDAD (GENERAL)	
	M.M.P.I.	
	- GRUPO EXPERIMENTAL: MUJER-HOMBRE	
	- GRUPO CONTROL: MUJER-HOMBRE	

GRUPO DE ULCEROSOS

NO. DE CASOS	SEXO	EDAD	ESTADO CIVIL	NIVEL ESCOLAR	OCUPACION	PADECIMIENTO	TIEMPO DE EVOLUCION	MOTIVO DE LA CONSULTA
1	F	40	CASADA	DOCTORADO BIOLOGIA	INVESTIGADORA (U.N.A.M)	ULCERA GASTRICA	2 AÑOS	ESTADO DEPRESIVO
2	F	46	CASADA	PRIMARIA COMPLETA	HOGAR	ULCERA GASTRICA	3 AÑOS	ESTADO DEPRESIVO
3	F	49	CASADA	SECUNDARIA 2o. AÑO	HOGAR	ULCERA GASTRICA	6 AÑOS	ESTADO DEPRESIVO
4	F	19	SOLTERA	1er. SEMESTRE CONTADURIA	ESTUDIANTE	ULCERA DUODENAL	1 AÑO	REACCION DE ANSIEDAD
5	F	58	DIVORCIADA	COMERCIO 2o. AÑO	HOGAR	ULCERA DUODENAL	10 AÑOS	ESTADO DEPRESIVO
6	F	25	DIVORCIADA	COMERCIO	SECRETARIA	ULCERA DUODENAL	1 AÑO	ANGUSTIA
7	F	45	CASADA	COMERCIO 1er. AÑO	HOGAR	ULCERA DUODENAL	3 AÑOS	REACCION DE ANSIEDAD
8	F	26	CASADA	PRIMARIA COMPLETA	HOGAR	ULCERA DUODENAL	10 AÑOS	REACCION DE ANSIEDAD
9	M	22	UNION LIBRE	SECUNDARIA 2o. AÑO	EMPLEADO	ULCERA DUODENAL	1 AÑO	INSEGURIDAD ESTADO DEPRESIVO
10	M	40	CASADO	CONTADOR - PUBLICO	CONTADOR PUBLICO	ULCERA DUODENAL	10 AÑOS	REACCION DE ANSIEDAD

SIN NINGUN PADECIMIENTO GASTRICO

TABLA I . A

GRUPO CONTROL

NO. DE CASOS	SEXO	EDAD	ESTADO CIVIL	NIVEL ESCOLAR	OCUPACION	MOTIVO DE LA CONSULTA
1	F	31	SOLTERA	COMERCIO	SECRETARIA	ESTADO DEPRESIVO
2	F	46	CASADA	NORMAL SUPERIOR LIC. HISTORIA	MAESTRA	ESTADO DEPRESIVO
3	F	19	SOLTERA	ENFERMERIA	ESTUDIANTE	REACCION DE ANSIEDAD
4	F	24	SOLTERA	3er. AÑO COMUNICACION	SECRETARIA	CEFALEAS
5	F	42	CASADA	COMERCIO	HOGAR	ESTADO DEPRESIVO
6	F	32	DIVORCIADA	2o. AÑO DECORA CION	SECRETARIA	NEURALGIA IRRITABILIDAD
7	M	30	CASADO	LIC. ARQUITEC- TURA	ARQUITECTO	PERDIDA DE CONOCIMIEN TO/SIN CAUSA APARENTE
8	M	22	SOLTERO	3er. SEMESTRE ODONTOLOGIA	ESTUDIANTE	TARTAMUDEZ
9	M	23	SOLTERO	2o. SEMESTRE VETERINARIA	ESTUDIANTE	ESTADO DEPRESIVO
10	M	31	CASADO	2o. PREPARATORIA	EMPLEADO	ESTADO DEPRESIVO

TABLA II

ESTADO CIVIL

	ULCEROSOS		CONTROL	
	F	%	F	%
SOLTEROS	1	10	5	50
CASADOS	6	60	4	40
UNION LIBRE	1	10	-	--
DIVORCIADOS	2	20	1	10

TABLA III

OCUPACION

	ULCEROSOS		CONTROL	
	F	%	F	%
HOGAR	5	50	1	10
ESTUDIANTES	1	10	3	30
PROFESIONAL	2	20	2	20
DIVERSOS	2	20	4	40
ACTIVIDADES MANUALES	3	30	-	--

TABLA IV

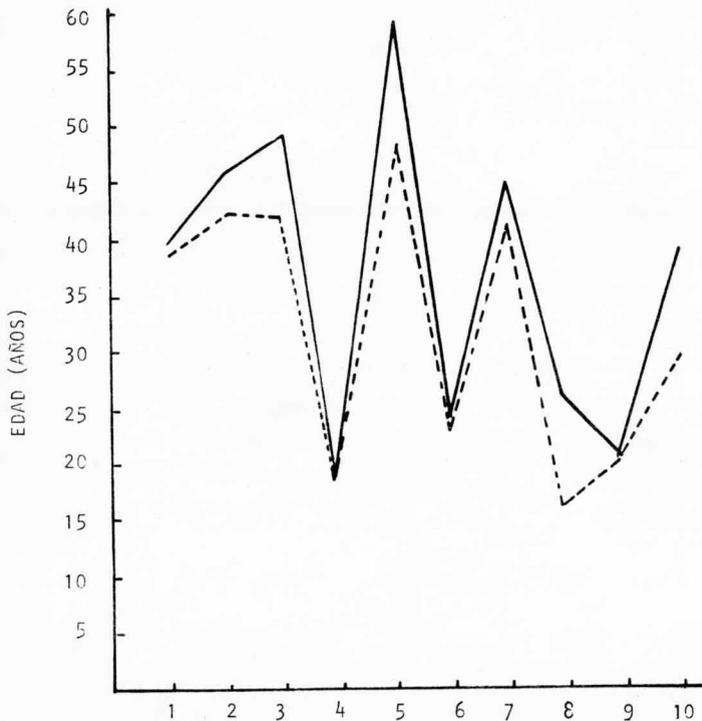
10 CASOS = ULCEROSOS 100%

10 CASOS = CONTROL 100%

RESULTADOS

	ULCEROSOS		CONTROL	
	F	%	F	%
A NECESIDAD DE DEPENDENCIA	9	90	3	30
B PASIVIDAD - RECEPTIVIDAD	7	70	3	30
C RECHAZO PARENTAL	7	70	3	30
D IMPULSOS HOSTILES	10	100	5	50
E AMBIVALENCIA AFECTIVA	7	70	2	20
F SENTIMIENTOS DE SOLEDAD Y ABANDONO	7	70	3	30
G MECANISMOS DEFENSIVOS; REPRESION	7	70	3	30
H COMPETENCIA - RIVALIDAD	2	20	1	10
I ACTIVIDAD	4	40	5	50
J MOTIVACION DE LOGRO	3	30	2	20
K TENSION	8	80	5	50
L ANSIEDAD	9	90	7	70
M CARACTERISTICAS HISTERICAS	4	40	3	30
N MANIFESTACIONES HIPOCONDRIACAS	6	60	4	40
O DEPRESION	8	80	7	70
P TOLERANCIA A LA FRUSTRACION	4	40	6	60
Q DESADAPTACION FAMILIAR	8	80	4	40

GRAFICA 1-B



NO. DE CASOS.

— EDAD EN QUE SE REALIZO EL ESTUDIO PSICOLOGICO.

-- EDAD EN QUE SE INICIARON LOS SINTOMAS GASTRICOS.

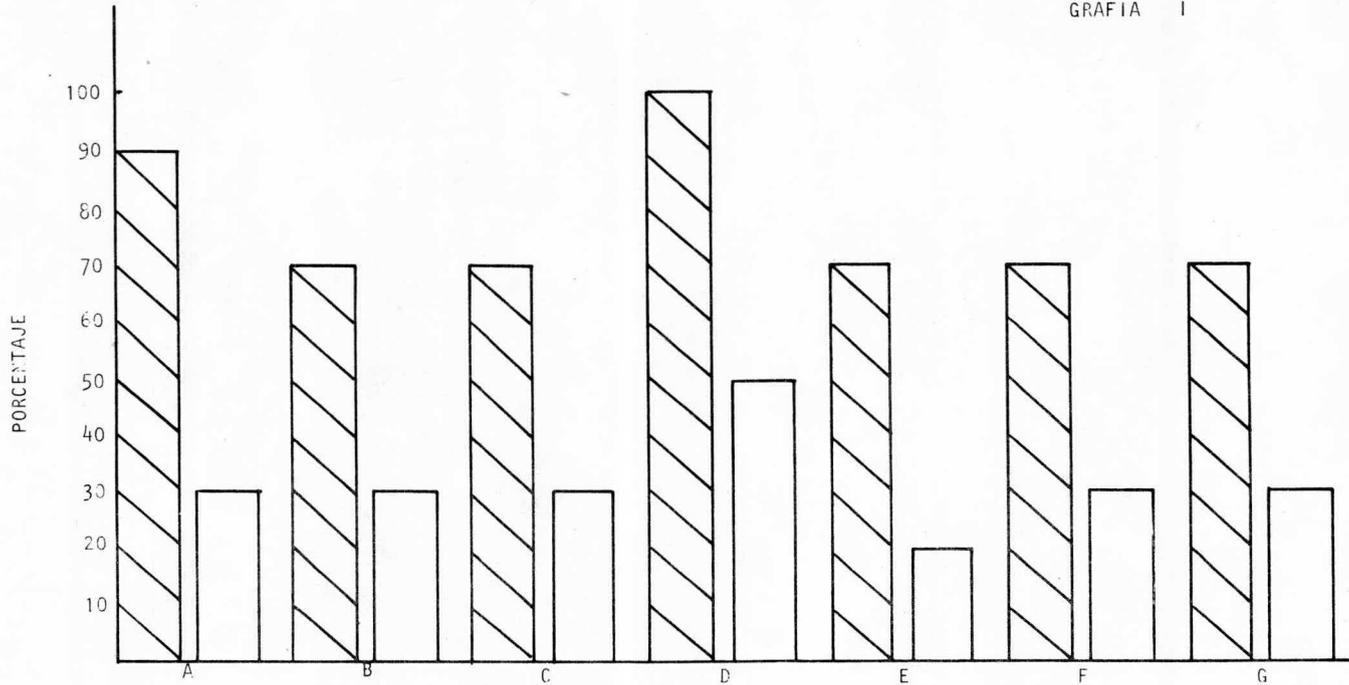
CASOS	EDAD ACTUAL	EDAD. INICIA- CION SINTOMAS	TIEMPO DE EVOLUCION
1	40	38	2
2	46	43	3
3	49	43	6
4	19	18	1
5	59	48	10
6	25	24	1
7	45	42	3
8	26	16	10
9	22	21	1
10	40	30	10

TABLA 1-B

\bar{x} = 37

\bar{x} = 32.3

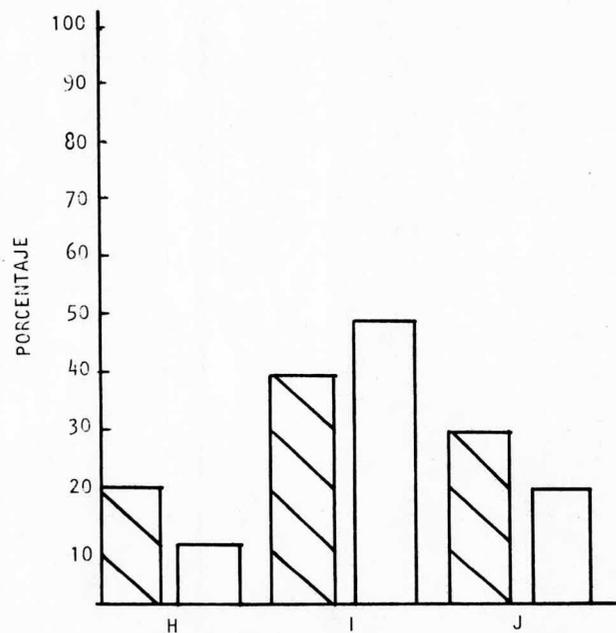
\bar{x} = 4.7



- A) NECESIDAD DE DEPENDENCIA
- B) PASIVIDAD Y RECEPTIVIDAD
- C) RECHAZO PARENTAL
- D) IMPULSOS HOSTILES
- E) AMEIVALENCIA AFECTIVA
- F) SENTIMIENTO DE ABANDONO Y SOLEDAD
- G) MECANISMO DEFENSIVO, REPRESION

 GRUPO EXPERIMENTAL
 GRUPO CONTROL

GRAFICA II



TENDENCIAS ACTIVAS.

H) COMPETENCIA-RIVALIDAD

I) ACTIVIDAD

J) MCTIVACION DE LOGRO

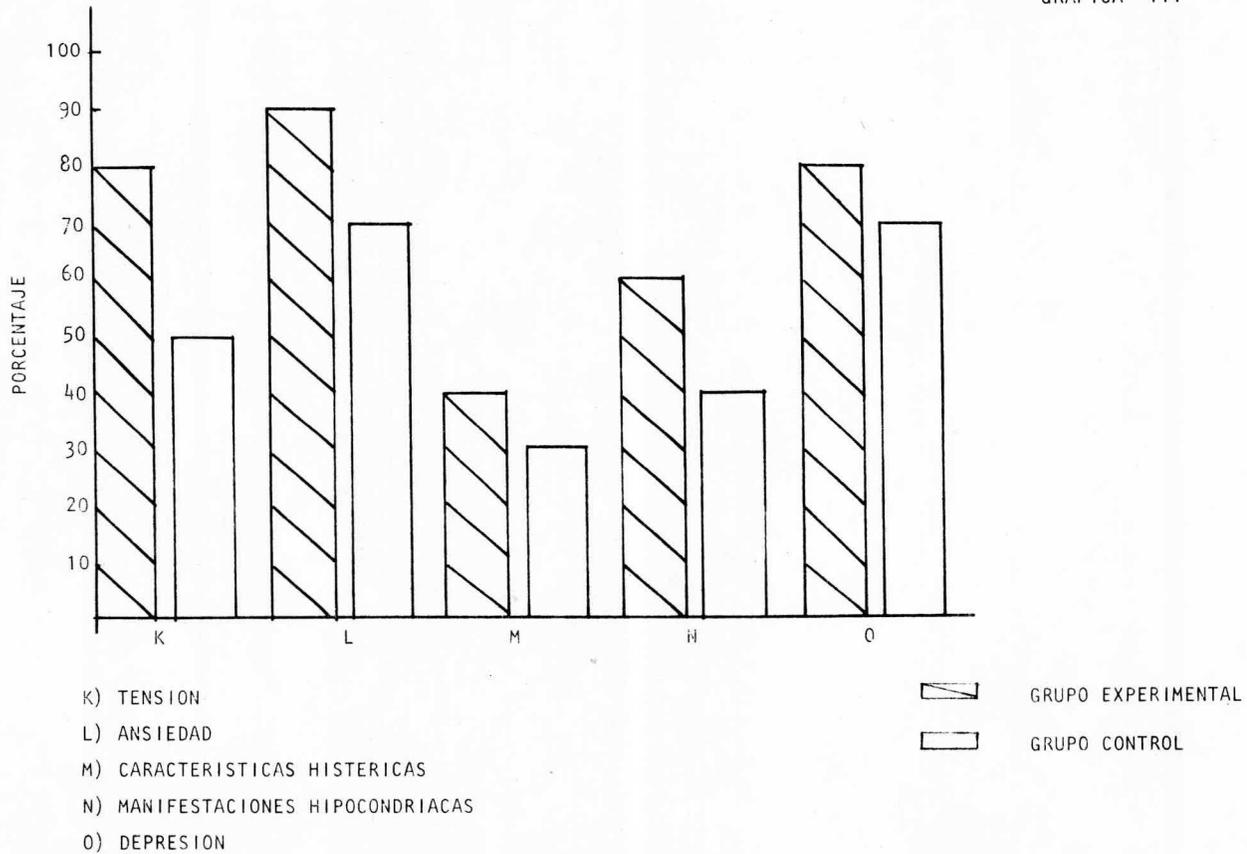


GRUPO EXPERIMENTAL

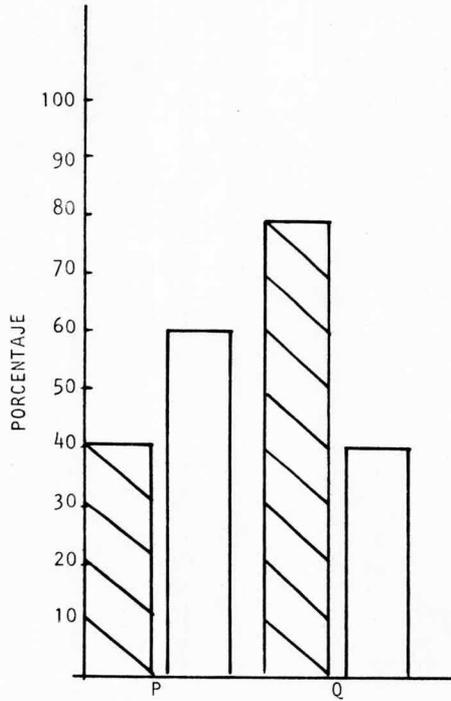


GRUPO CONTROL

GRAFICA III



GRAFICA IV



P) TOLERANCIA A LA FRUSTRACION

Q) DESADAPTACION FAMILIAR



GRUPO EXPERIMENTAL



GRUPO CONTROL

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

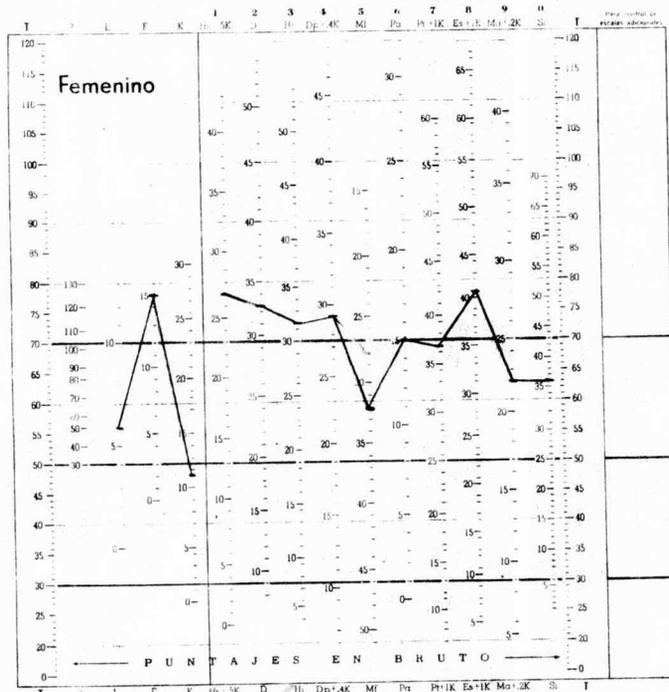
Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

PERFIL Y SUMARIO

F
Femenino

Nombre _____ (letra de molde)
 Dirección _____
 Ocupación _____ Fecha de la Prueba _____

Años escolares o estudios cumplidos _____
 Estado Civil _____ Edad _____ Referido por _____



Puntaje en bruto	L	F	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	10	15	11	21	33	32	25	32	15	26	30	20	26	
Agregar factor K			9				4			11	11	2		
Puntaje corregido			27				29			37	41	22		

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

NOTAS

Grupo Experimental
(8 mujeres)

18 2436' 7 90 - '(59) 6: 15: 11



Firma _____ Fecha _____



2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley



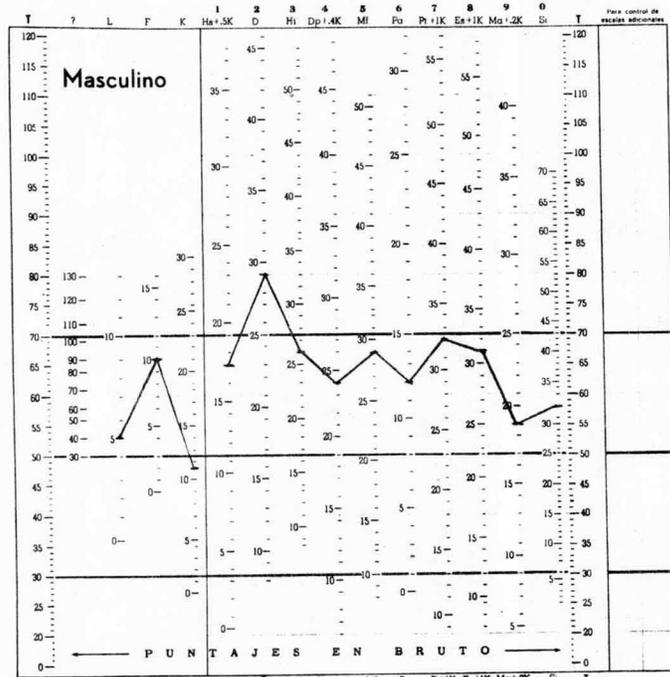
Nombre _____ (letra de molde)

Dirección _____

Ocupación _____ Fecha de la Prueba _____

Años escolares o estudios cumplidos _____

Estado Civil _____ Edad _____ Referido por _____



Fraciones K

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

NOTAS

*Grupo Experimental
(2 Hombres)*

2"7381 46 09 - '(67) 5:10:11

Puntaje en bruto	5	10	11	29	26	20	29	12	21	20	17	32	---	---
Agregar factor K			6			4			11	11	2		---	---
Puntaje corregido			17			24			32	31	19		---	---

F
Femenino

MMPI
2-4

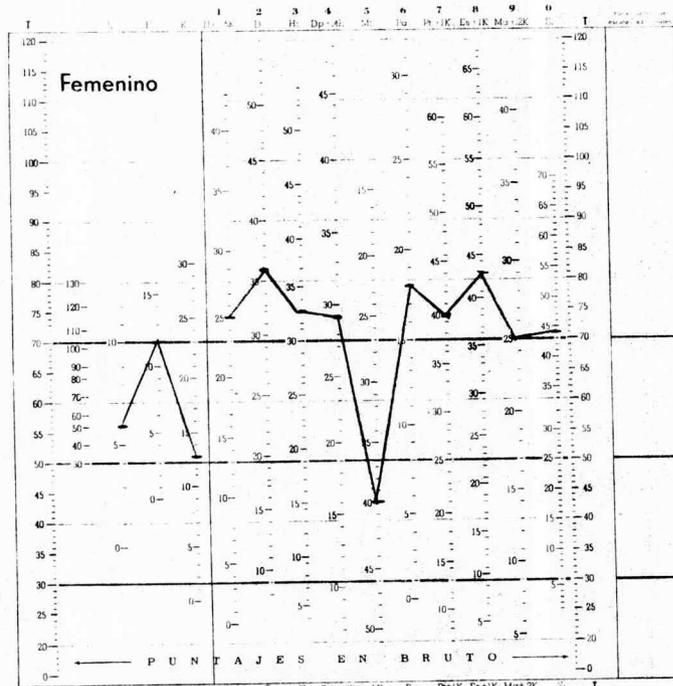
INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

Nombre _____ (letra de molde)
 Dirección _____
 Ocupación _____ Fecha de la Prueba _____

Años escolares o estudios cumplidos _____

Estado Civil _____ Edad _____ Referido por _____



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

NOTAS

Buena Control
(6 MUJERES)

28° 63147 09' - 1 (43) 6:12:13

Puntaje en bruto 6 12 13 17 36 33 28 40 14 27 30 22 44 — — —

Agregar factor K 7 5 13 13 3 — — —

Puntaje corregido 25 29 40 43 25 — — —



Firma _____ Fecha _____



MM
2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

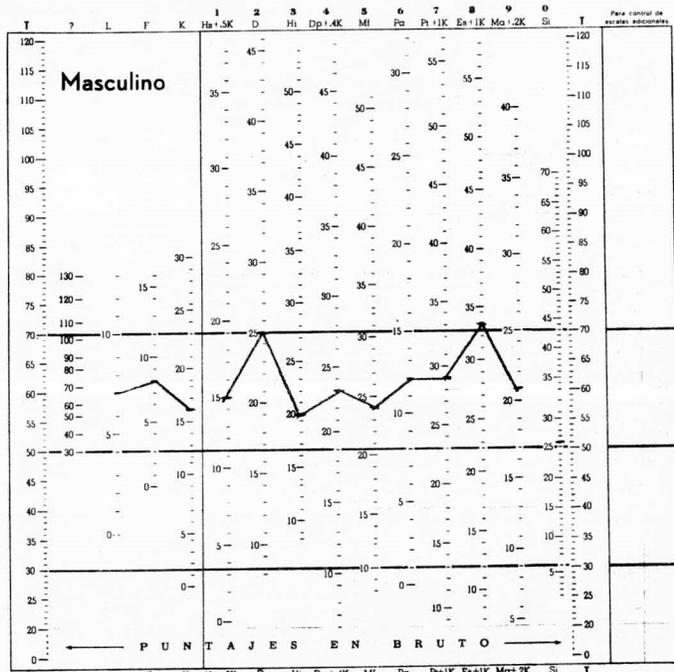
Nombre _____ (letra de molde)

Dirección _____

Ocupación _____ Fecha de la Prueba _____

Años escolares o estudios cumplidos _____

Estado Civil _____ Edad _____ Referido por _____



Fraciones K

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

NOTAS

*Grupo Control
(4 Hombres)*

82'67 49 130 - (58) 7:8:16

Puntaje en bruto	<u>7</u>	<u>8</u>	<u>14</u>	<u>7</u>	<u>25</u>	<u>20</u>	<u>17</u>	<u>24</u>	<u>12</u>	<u>13</u>	<u>17</u>	<u>18</u>	<u>26</u>	---	---
Agregar factor K	<u>8</u>				<u>4</u>					<u>16</u>	<u>16</u>	<u>3</u>		---	---
Puntaje corregido	<u>15</u>				<u>23</u>					<u>29</u>	<u>23</u>	<u>21</u>		---	---



D.R. © 1967, por El Manual Moderno, S. A.

Printed by El Manual Moderno, S. A. under licence of The Psychological Corporation © 1948, Copyright 1943, by the University of Minnesota

Firma _____ Fecha _____

IX. BIBLIOGRAFIA

- 1.- ALEXANDER, F. PSYCHOSOMATIC MEDICINE. THE NORTON LIBRARY. NEW YORK, 1950.
- 2.- ALEXANDER, F. ROSS, H. PSIQUIATRIA DINAMICA EDITORIAL PAIDOS, 4a. EDICION. BUENOS AIRES, 1978.
- 3.- BELLAK, L'. THE T.A.T AND C.A.T IN CLINICAL USE. SECOND EDITION. GROUDE & STRATION. NEW YORK, 1971.
- 4.- BELLAK, L Y SMALL, L. PSICOTERAPIA BREVE Y DE EMERGENCIA. EDITORIAL PAX MEXICO. ARGENTINA, MEXICO, D.F. -- 1977. PAGINAS 204-209 y 213-215.
- 5.- BENDER, L. TEST GESTALTICO VISOMOTOR USOS Y APLICACIONES CLINICAS. EDITORIAL PAIDOS, 6a. EDICION. BUENOS - AIRES 1974.
- 6.- CROCO, L. RABARIHOELA, G.; MOLIENE, C.I., ESSIOUX, H. - CRISTAU, P. Y LAVERDANT CH, ETUDE PSYCHOSOMATIQUE DES - ULCERES DUODENAUUX CHEZ LE JUNE ADULTE EN MILLIEU MILITAIRE. SEMAINE DES HOPITAUX DE PARES. 1975, VOL. 51 NO.7 PAGINAS 465-469.
- 7.- DE LA FUENTE MUNIZ R. PSICOLOGIA MEDICA. FONDO DE CULTURA ECONOMICA, MEXICO, D.F. 1959. PAGINAS 342-347.
- 8.- DELAY, J. INTRODUCCION A LA MEDICINA PSICOSOMATICA. - TORAY-MASSON, S.A BARCELONA, 1964.
- 9.- DIEZ BENAVIDES, M. PROCESO PSICOSOMATICO TERAPEUTICO. EDITORIAL TRILLAS, 1a. EDICION, TOMO II. MEXICO, D.F.
- 10.- EY, H. BERNARD, P Y BRISSET, CHE. TRATADO DE PSIQUIATRIA. TORAY MASSON, BARCELONA, 1969.

- 11.- FENICHEL, O. TEORIA PSICOANALITICA DE LAS NEUROSIS. --
EDITORIAL PAIDOS, BUENOS AIRES, 1964.
- 12.- GARMA, A. GENESIS PSICOSOMATICA Y TRATAMIENTO DE LAS UL
CERAS GASTRICAS Y DUODENALES. EDITORIAL PAIDOS. ARGEN-
TINA, 1975.
- 13.- HACHETTE, J.C. DORDRY, M. DE M'UZAN, M. Y BONFILS S. --
ETUDE PSYCHOSOMATIQUE DE 20 CAS DE ULCERES. ARCH FR. --
MAL. APP. DIG. 1973, VOL. 62. PAGINAS 217-224.
- 14.- HILL, O. THE PSYCHOLOGICAL MANAGEMENT OF PSYCHOSOMATIC
DISEASES. BRITISH JOURNAL OF PSYCHATRIC. AUS 1978, - -
VOL. 131, PAGINAS 113-126.
- 15.- KOLB, L. C. PSIQUIATRIA CLINICA MODERNA. LA PRENSA MEDI
CA MEXICANA. MEXICO 1976.
- 16.- LACHMAN, S.J. PSYCHOSOMATIC DISORDERS A BEHAVIORISTIC--
INTERRETATION. JOHN WILEY & SONS, INC. UNITED STATES OF
AMERICA, 1972.
- 17.- LINDGREN H. C. INTRODUCCION A LA PSICOLOGIA SOCIAL. BI-
BLIOTECA TECNICA DE PSICOLOGIA. EDITORIAL TRILLAS. MEXI
CO, 1973.
- 18.- LUNA HUSILLOS, R. MEDICINA PSICOSOMATICA Y SISTEMA LIMBI
CO. PSIQUIATRIA. 1974, VOL. 42 NO. 11, PAGINAS 697-700.
- 19.- MC. CLELLAND, D. THE ACHIEVING SOCIETY. D. VAN NOSTRAND
PRINCENTAN, NUEVA JERSEY, 1961.
- 20.- MACKINNON, R.A., MICHELS, R. PSIQUIATRIA CLINICA APLICA-
DA. EDITORIAL INTERAMERICANA, 1a. EDICION. MEXICO, D.F.
1973.
- 21.- MARTIN, M. O. M. J. PSYCHOSOMATIC MEDICINE: A BRIEF -
HISTORY. PSYCHOSOMATICS. 1978 VOL. 19, NO. 11 PAGINAS
697-700.

- 22.- MURRAY, H.A. TEST DE APERCEPCION TEMATICA (T.A.T). MANUAL DE APLICACION. EDITORIAL PAIDOS. BUENOS AIRES.
- 23.- NUÑEZ, R. APLICACION DEL INVENTARIO MULTIFASICO DE LA -- PERSONALIDAD (MMPI) A LA PSICOPATOLOGIA. EDITORIAL EL -- MANUAL MODERNO, S.A. 2a. EDICION. MEXICO, D.F. 1979.
- 24.- RIVIERE, PICHON R. LA PSIQUIATRIA UNA NUEVA PROBLEMATICA. ARGENTINA. NUEVA VISION, 1977. PAGINAS 238-244.
- 25.- SIEGEL, S. ESTADISTICA NO PARANOMETRICA. EDITORIAL -- TRILLAS. MEXICO 1971.
- 26.- TIRADO, O. ULCERA PEPTICA EN ADOLESCENTES. REVISTA -- GASTROENTEROLOGICA MEXICANA. 1975 VOL. 10 NO. 4 PAGINAS 194-200.
- 27.- VIAR BAYO, J. PSICOGENESIS DE LA ULCERA GASTRODUODENAL. REVISTA ESPAÑOLA DE LAS ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO. 1974, VOL. 42, PAGINAS 109-120.

Esta Tesis se imprimió en Enero de 1982
empleando el sistema de reproducción Foto-Offset
en los Talleres de Impresos Offsali-G, S. A., Av.
Colonia del Valle No. 535, (Esq. Adolfo Prieto),
Tels. 523-21-05 v 523-03-33 México 12, D. F.