

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE PSICOLOGIA

CARACTERISTICAS PSICOLOGICAS DE LA PERSONALIDAD EN LOS PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE



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

MARIA TERESA SALGO JECZIS



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A mis padres:

Andrés y Elena Salgó

A mis hermanos:

Pepe y Alicia

A mi esposo.

Deseo hacer patente mi agradecimiento -
al Dr. Raúl Bellón Torres por su paciencia y valios
sa cooperación, gracias a la cual fué posible la
realización de este trabajo.

A la Psic. Carmen Rodríguez Pereda,
quien me alentó y contribuyó en la elaboración
de mi Tesis Profesional.

A los Dres. Jorge Badía Flores, Jefe del Servicio de Reumatología del Centro Hospitalario "20 de Noviembre"; y Ricardo García Rubio, adscrito al servicio de Reumatología del Centro Hospitalario "Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez"; ambas unidades médicas pertenecientes al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (I.S.S.S.T.E.), quienes me proporcionaron los pacientes para realizar este trabajo.

Al Dr. Rodolfo Marañón, por su desinteresada cooperación para llevar a término esta Tesis.

C O N T E N I D O

INTRODUCCION.

- I.- FACTORES PSICOLOGICOS DE LA ARTRITIS REUMATOIDE.
 - II.- RASGOS COMUNES DE PERSONALIDAD REPORTADOS.
 - III.- METODO Y MATERIAL.
 - a) PRESENTACION DE LOS CASOS.
 - b) SU INTERPRETACION.
 - c) IMPRESION DIAGNOSTICA INDIVIDUAL.
 - d) IMPRESION DIAGNOSTICA COMUN.
 - IV.- CONCLUSIONES.
 - V.- RESUMEN.
- BIBLIOGRAFIA.

CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS DE LA PERSONALIDAD EN LOS PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

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

Dentro de los padecimientos que azotan a la humanidad, sobresale la Artritis Reumatoide. Su antigüedad es tan remota como la aparición del primer vertebrado, según se ha demostrado por los fósiles encontrados, como el platicarpo (reptil acuático), el cual vivió hace 100 millones de años; actualmente se encuentra en el Museo de Historia Natural de Kansas. En los hombres de Java y Lansing (5 millones de años), así como en las momias egipcias (8,000 años A.C.). Los romanos construyeron baños a través de su imperio para combatir esta enfermedad.

Baillou (1538-1616), fué el primero en utilizar el término "reumatismo" para designar este grupo de padecimientos. Esta palabra deriva del griego "reuma", que literalmente quiere decir fluido o humor, del cual emanaba del cerebro y se depositaba en las articulaciones y en otras porciones del cuerpo produciendo dolor.

Dentro de los padecimientos reumáticos, la Artritis Reumatoide, ocupa un sitio primordial por su carácter crónico e invalidante, que ocasionalmente conduce a la muerte. Se encuentra distribuida ampliamente en todo el mundo. Afecta de manera marcada el sexo femenino en relación de 3 a 1. Las edades de comienzo os-

cilan entre los 20 y 50 años, razón por la cual los países sufren pérdidas económicas importantes por la ausencia laboral, o bien, por el cambio de actividad que lógicamente coloca al paciente en un nivel profesional u ocupacional inferior. Esto no sólo se refleja en el aspecto económico, sino en las relaciones familiares y fuera de ellas. Todos estos fenómenos conducen al enfermo a agravar su adaptación psicosocial y modificar su personalidad.

Mucho se ha especulado sobre la etiología de este padecimiento como: hereditaria, hipersensibilidad, nutricional, infecciosa, metabólica, psicosomática, etc.; sobre esta última, se considera que, en la personalidad de estos pacientes, hay factores predisponentes en su estructura que aunados al trauma emocional, permitan el inicio y desarrollo de la enfermedad. Entre los factores de personalidad predisponentes, tendríamos los siguientes: King (19) ha descrito rasgos de tipo esquizofrénico; Ludwig (22), reporta agresividad reprimida y hostilidad en este tipo de pacientes. De hecho, aún ignorando la verdadera causa etiológica de la Artritis Reumatoide, es evidente que la manifestación de la enfermedad se encuentra influenciada por factores de personalidad.

El estudio psicoanalítico de los pacientes neuróticos revela, sin embargo, que bajo la influencia de prolongados trastornos emocionales, pueden desarrollarse alteraciones crónicas somáticas. En pacientes histéricos se observan, por vez primera, tales cambios crónicos por influencia emocional. Freud (12), introdujo el concepto de "histeria de conversión" para denominar aquellos cuadros en los que los síntomas se desarrollan como respuesta a conflictos emocionales crónicos.

Siempre que las emociones son reprimidas debido a conflictos psíquicos (ésto es, excluidos de la conciencia y, por tanto imposibilitados de adecuada descarga), provocan una tensión crónica que es la causa de los síntomas histéricos.

Desde un punto de vista fisiológico, un síntoma de conversión histérica es de naturaleza similar a cualquier inervación voluntaria, movimiento expresivo o

percepción sensorial. En la histeria, sin embargo, el impulso psicológico que lo motivó es inconsciente.

En el síntoma de conversión tal como la parálisis o contractura histérica, "el salto de lo psíquico a lo somático" no es diferente al salto que tiene lugar en cualquier inervación motora común (movimientos voluntarios, risa, llanto). Aparte del hecho de que el contenido, en los síntomas de conversión histérica, son en alto porcentaje individuales, a veces con creaciones exclusivas del paciente para la expresión de su particular contenido psicológico reprimido.

El concepto de "trastornos funcionales" no se debe a los Psiquiatras, sino a los especialistas en el campo de la Medicina Interna. Al principio, los trastornos neuróticos (o funcionales) del estómago, intestino y sistema cardiovascular, fueron conocidos bajo el nombre de Neurósis Gástrica Intestinal y Cardíaca, respectivamente. El término "trastorno funcional", hace referencia al hecho de que en tales casos, aún el más detallado estudio de los tejidos, no revela ningún cambio morfológico de importancia. Tales trastornos son más fácilmente reversibles y se consideran de menor seriedad que las enfermedades en las que los tejidos muestran alteraciones morfológicas, lo que significa, casi siempre, lesiones irreversibles. (1)

Un síntoma de conversión, es una expresión simbólica de un contenido psicológico cargado emocionalmente, siendo un intento de reproducir la descarga de la tensión emocional; se origina en los sistemas neuromusculares o sensorio-perceptivos, cuya función primaria es expresar y descargar dichas tensiones emocionales. La Neurósis Vegetativa, no es un intento de expresar una emoción, sino que es una respuesta fisiológica de las vísceras a constantes e iterativos estados emocionales.

La única similitud entre los síntomas de conversión histérica y la respuesta vegetativa a las emociones, descansa en el hecho de ser respuestas a estímulos psicológicos.

Como se ha visto, ya se reconocía la influencia de los factores emocionales en tales trastornos orgánicos; pero todavía no se había establecido una real conexión causal entre los factores psíquicos y los trastornos genuinamente orgánicos.

Profundos estudios psicológicos de casos de úlcera péptica, demostraron de modo claro, que los conflictos emocionales de larga duración pueden ser el primer paso hacia una Neurósis Gástrica, lo que, en determinado tiempo puede transformarse en una úlcera. Estas consideraciones cristalizaron en el concepto de "trastornos orgánicos psicósomáticos". Estos trastornos, de acuerdo con tal punto de vista, se desarrollan en dos fases: primera, el trastorno funcional de una viscera es ocasionado por una alteración emocional - crónica y, segundo, el trastorno funcional crónico - conduce a cambios tisulares y una enfermedad orgánica irreversible. (1)

El problema de la psicogénesis ha barrido con la antigua dicotomía psiquis, vs. soma. Los fenómenos psicológicos y somáticos tienen lugar en el mismo organismo y son solamente dos aspectos de un sólo proceso.

Es importante que dejemos aclarado de manera categórica, lo que se quiere expresar con Psicogénesis.

La característica de los factores psicogénicos tales como las emociones, ideas o fantasías, es de tal naturaleza, que ellos pueden estudiarse psicológicamente a través de la introspección, o por la comunicación preverbal y verbal hecha por los sujetos en quienes se efectúan tales procesos psicológicos. Esta última, es uno de los más importantes instrumentos de la psicología y por idéntica razón de la investigación psicósomática.

Quando hablamos de psicogénesis nos referimos a procesos psicológicos consistentes en excitaciones del sistema nervioso, que pueden estudiarse por métodos psíquicos, ya que son percibidos subjetivamente en forma de ideas o deseos. Las investigaciones psicósomáti-

cas, entran en relación con procesos en los que determinados eslabones de la cadena causal, se presentan más fácilmente - en esta hora de nuestros conocimientos - a un estudio mediante métodos psicológicos que por métodos fisiológicos, ya que la investigación detallada de las emociones como procesos orgánicos no se encuentran muy avanzados. (1)

De acuerdo con esta teoría, las respuestas fisiológicas -normal y patológica- a estímulos emocionales, varía de acuerdo con la naturaleza del estado emocional precipitador.

La respuesta vegetativa a diferentes estímulos emocionales varía de acuerdo con la calidad de las -emociones. Cada estado emocional tiene su propio -síndrome fisiológico: El aumento de la presión arterial y la aceleración del ritmo cardíaco, son partes constitutivas de la ira y del miedo; debido a factores psicológicos de significación tales como la ansiedad, la hostilidad reprimida, los impulsos eróticos, la frustración, o los deseos de dependencia, los sentimientos de inferioridad y de culpa se encuentran - presentes en todas estas alteraciones.

Como se demostrará detalladamente, en relación a los diferentes trastornos vegetativos, al contenido psicológico y la configuración dinámica de estas fuerzas motivadoras, determinan la función fisiológica que será activada e inhibida. En vista de que "cada actividad integrada envuelve la excitación funcional, a veces de un órgano u otros, de acuerdo con patrones especiales de actividad". Las motivaciones reprimidas en los sueños pueden expresarse por funciones corporales que corresponden al estímulo psicológico.

FACTORES PSICOLÓGICOS EN LA ARTRITIS REUMATOIDE

En el presente capítulo, trataré de exponer los aspectos psicológicos que en la literatura psicoanalítica se mencionan como generadores de la Artritis Reumatoide.

Las experiencias psicoanalíticas de Sigmund Freud en 1920 (12), consideraron la hipótesis de que la vida estaba regida por dos fuerzas: la Vida (Eros) y la Muerte (Tanatos); existiendo entre estos dos elementos una constante lucha. Esto marca de manera definitiva el concepto Freudiano, en el sentido de que, en los humanos, las manifestaciones instintivas ya sean normales o patológicas, se acompañan de un componente sexual y de agresividad, considerando además el hecho que estos dos factores son innatos genéticamente, existiendo una necesidad continua durante el desarrollo de la personalidad humana, de proporcionarles satisfacciones o gratificaciones.

La Artritis Reumatoide, podría entenderse basados en los postulados psicoanalíticos, como un intento de control hacia los impulsos agresivos y sexuales, es decir, en último término, el paciente artrítico a través de su padecimiento, quisiera encontrar un castigo hacia su sentimiento de culpa. El temor a destruir parece ser que es el motor psicológico que los lleva a las limitaciones físicas; así por ejemplo, Freud menciona: "Con frecuencia, la causa de los fenómenos patológicos, más o menos graves, que el paciente presenta, está en sucesos de su infancia. También con relación a muchos síntomas histéricos han revelado, análogamente, las investigaciones, causas que hemos de calificar de traumas psíquicos.

En la histeria común hallamos muchas veces, - sustituyendo al intenso trauma único, varios traumas parciales, o sea un grupo de motivaciones, que sólo por su acumulación podían llegar a exteriorizar un efecto traumático y, cuya única conexión, - está en constituir fragmentos de un mismo historial patológico.

Pero la conexión causal del trauma psíquico con el fenómeno histérico consiste en que el trauma actúa de "Agente Provocador" haciendo surgir el síntoma, el cual, continuará sustituyéndolo independiente mente. "Hemos hallado, en efecto, y para sorpresa nuestra, al principio, que los distintos síntomas - histéricos desaparecían inmediata y definitivamente en cuanto se conseguía despertar con toda claridad el recuerdo del proceso provocador, y con él, el efecto concomitante que describía el paciente con el mayor detalle posible dicho proceso, dando expresión verbal al afecto".

La "Descarga por Reacción" no es, sin embargo, el único medio de que dispone el mecanismo psíquico normal del individuo como para anular los efectos de un trauma psíquico. El recuerdo del trauma entra, aunque no haya sido descargado por reacción en el gran complejo de la asociación yuxtaponiéndose a otros sucesos, opuestos quizá a él, y siendo corregido por otras representaciones.

Ahora bien, de nuestras observaciones resulta que aquellos recuerdos que han llegado a constituirse en causas de fenómenos histéricos se han conservado con maravillosa nitidez y con toda acentuación afectiva a través de largos espacios de tiempo.

Se demuestra, en efecto, que tales recuerdos corresponden a traumas que no han sido suficientemente "Descargados por reacción" y examinadas con detención las razones que lo han impedido.

Para la producción de un síntoma histérico, es necesario que exista una tendencia defensiva contra una representación penosa; esta representación ha de hallarse enlazada, lógica y asociativamente, con un

recuerdo inconsciente, por conducto de elementos intermedios más o menos numerosos, que por el momento permanecen también inconscientes. El contenido de dicho recuerdo inconsciente ha de ser necesariamente sexual y consistir en un suceso acaecido en determinado período infantil; no podemos menos que preguntarnos cómo es posible que este recuerdo de un suceso inocuo en su día, tenga a posteriori, el efecto anormal de llevar a un resultado patológico un proceso psíquico como el de la defensa, permaneciendo por sí mismo inconsciente en todo ello. Todo caso de histeria presenta síntomas cuyas determinaciones no proceden de sucesos infantiles, sino de otros ulteriores y a veces recientes, si bien, otra parte de los síntomas depende, desde luego, de sucesos de las épocas más temprana. A ello pertenece principalmente las tan numerosas y diversas sensaciones y parestesias genitales y de otras partes del cuerpo. Síndromes que corresponden simplemente al contenido sensorial de las escenas infantiles, alucinatoriamente reproducidas y muchas veces dolorosamente intensificado.

Según los planteamientos psicoanalíticos, la vida sexual infantil se convierte en la fuente, en la génesis de los diversos padecimientos, en última instancia psicósomática. Es necesario referirnos en este momento, a que el concepto de narcisismo está íntimamente ligado a estos padecimientos como explicación psicológica de lo mismo. Entendiéndose como narcisismo el interés único que para el niño representa, su propio cuerpo, llamándose a este fenómeno narcisismo, ya que el mundo externo le resulta totalmente indiferente.

Cuando el niño comienza a tener una clara impresión del mundo externo, se produce la plena comprensión del propio cuerpo en oposición con el mundo exterior y nos presenta el cuadro del narcisismo secundario.

Cuando se perturba el desarrollo libidinal, sus manifestaciones de narcisismo primario y secundario, puede ser uno de los elementos desencadenantes del padecimiento que tratamos.

Más difícil es seguirlo en lo concerniente a los impulsos sádicos.

Entendemos por impulsos sádicos, aquellos que tratan de posesionarse por completo del objeto amado y de causarle dolor, pues esta prueba constituye el - supremo poder que se ejerce sobre él. En ocasiones - el individuo puede identificarse con el objeto y volver al sadismo contra sí y convertirse en un masoquista.

El sadismo es un impulso parcial, un paso hacia la sexualidad. Cuando no existe ningún mundo exterior real, el sadismo y el masoquismo carecen de sentido. En la etapa de la libido oral, existe una enorme agresividad, para lo cual no cuenta la existencia del objeto. La destrucción del objeto es casi un fin. La etapa anal (homosexual), también se haya dotada de una - agresividad bastante violenta, y en ello la destrucción del objeto no sólo no importa, sino que hasta puede ser deseado.

Al desarrollarse el complejo de Edipo (etapa fálica), el niño alcanza un verdadero interés por la preservación y hasta por el bienestar del objeto amado. El sadismo se convierte en una arma para posesionarse del objeto amado y mantener al rival a distancia.

Freud, afirma que el individuo presenta una inconfundible tendencia hacia la autodestrucción, tal es, - según él, el masoquismo primario. El individuo se precipitará hacia la muerte si las tendencias libidinales no tratan de preservar la unidad del organismo. La tendencia destructiva del propio ser, se desvía hacia el objeto y entonces aparece la conducta agresiva y el impulso sádico.

Según Freud, todo individuo desea vivir hasta su propia muerte y desea agotar la energía de la vida a su propia manera. Pero es incuestionable que no puede identificarse de buenas a primeras la agresividad con el instinto de muerte, según Schilder. (35)

El sadismo es el vínculo relacionante entre las - tendencias libidinales y las tendencias del yo, que procuran preservar el cuerpo y necesitan para ello la posibilidad de tomar y llevarse los objetos a la boca, lo cual implica cierto grado de agresión. (35)

La libido narcista tiene por objeto la imagen del propio cuerpo. Pero no cabe ninguna duda de que nuestro propio cuerpo sólo puede existir como parte del mundo. No obstante, la forma en que percibimos nuestro propio cuerpo difiere de la forma en que percibimos los objetos del mundo exterior. Hasta donde sabemos, para el niño recién nacido sólo existe su cuerpo y el mundo no, o en otras palabras, posee su propio mundo. La verdad es que, en un plano tan primitivo, la línea demarcatoria entre mundo y cuerpo no puede ser precisa, resultando más fácil concebir la intrusión de una parte del mundo en el cuerpo. Cuerpo y mundo son una continua interacción; son experiencias íntimamente correlacionadas. Uno no es posible sin el otro. Desde el punto de vista del pensar adulto, el cuerpo habrá de proyectarse hacia el mundo y, el mundo habrá de introyectarse en el cuerpo. Tal vez, en el paciente artrítico operó una alteración en esta época de su vida que perturbó su imagen corporal. (35)

Después de todo, la imagen corporal no se da por sí sola, sino que hay que desarrollarla y construirla. De este modo, la libido narcicista se adhiere a las distintas partes de la imagen del cuerpo, y así, en las diferentes y sucesivas etapas del desarrollo libidinal, el modelo del cuerpo va cambiando de continuo.

El flujo libidinal de la energía debe influir intensamente sobre la imagen del cuerpo.

Pero no hay ninguna razón para creer que en el erotismo concerniente a la superficie del cuerpo, carecen de importancia las actividades musculares. Suponemos que, por lo tanto, toda acción del yo en el sentido analítico, todo acto de presión, tanteo y succión, habrá de tener una enorme influencia sobre la estructura de la imagen corporal. (35)

Es evidente que, en la construcción del esquema del cuerpo, habrá entonces una continua interacción entre las tendencias del yo y las libidinales o, en otras palabras, entre el yo y el ello.

Es importante preguntarse cómo se hallan repre-

sentadas las zonas erógenas en la imagen corporal. La observación demuestra de inmediato que sentimos especialmente los ojos, la boca, los pezones, los órganos genitales, la uretra y el ano.

Es evidente la enorme importancia psicológica de todos los orificios del cuerpo, puesto que es mediante esos orificios como nos ponemos en estrecho contacto con el mundo exterior.

Por su intermedio incorporamos aire, alimentos y productos sexuales; por ellas excretamos orina, productos sexuales, materia fecal y aire. Vemos entonces, - que hay en el modelo postural del cuerpo, ciertos puntos característicos y esos puntos tienen, al mismo tiempo, gran importancia erótica.

Cuando sufrimos un dolor orgánico, se altera de inmediato la estructura libidinal del modelo del cuerpo.

Con la modificación erótica sobreviene un cambio en la percepción. La mano vuelve una y otra vez sobre el órgano dolorido. Cuando el dolor no es continuo, - cualquier presión puede provocarlo. Hay, además, una sensación de hinchazón, de sequedad o de humedad en la parte dolorida.

La parte dolorida se convierte en centro de una renovada experimentación con el cuerpo.

El dolor, la disestecias, las zonas erógenas, las acciones de nuestras manos sobre el cuerpo, son por lo tanto, importantes factores para la estructuración definitiva de la imagen corporal.

En la neurósis obsesiva, tanto como en la hipocondria, nos vemos ante cuadros en los cuales determinadas partes del cuerpo se comportan como si fueran autónomas y genitales.

En todo caso, tiene importancia y pone de relieve una vez más, el fuerte narcicismo que otorga significación a todas las partes del cuerpo. En efecto, es imposible estudiar la estructura libidinal de la imagen

corporal en forma aislada. Ella forma parte integral de la historia de la vida íntima del individuo. La construcción de la imagen corporal se basa no sólo en la historia individual de un sujeto, sino también en sus relaciones con los demás.

Según Hollander (17), existe una gran especulación concerniente al papel que juega el componente psicodinámico, como desencadenante de la enfermedad; sin embargo, los factores premórbidos de personalidad, operan como causa predisponente tanto en el inicio como en la evolución de la Artritis Reumatoide.

Estudios previos señalan una gran variedad de factores psicodinámicos íntimamente relacionados con la Artritis Reumatoide, tales como: frustraciones en la infancia, dependencia masoquista hacia la madre, distorsión de la identidad psicosexual, reacción masculina de protesta como rechazo hacia todo lo femenino, etc.; son conceptos corrientes que se encontraron en la literatura. Johnson, Sánchez y Moss (18, 34; 26), enfatizan en lo significativo de la agresión reprimida en la etiología de la Artritis Reumatoide.

Podemos pensar que existen dos puntos de vista para el enfoque de la etiología de la Artritis Reumatoide: el médico y el psicológico. El médico, a grandes rasgos, lo fundamenta como un padecimiento de los llamados "Autoinmunes", cuyos elementos de choque son las articulaciones y tejidos que las rodean y secundariamente otros órganos de la economía. El aspecto psicológico plantea la hipótesis siguiente: los factores psicogenéticos están fundamentados en las características de personalidad, tales como: pasividad, dependencia y agresión, previas a la enfermedad. Esto supone que la persona que sufre la Artritis Reumatoide, su padecimiento obra como una solución que encuentra para canalizar sus conflictos de depresión, agresión, culpa y dependencia.

Por otra parte, Cobb (4), ha sugerido que los sujetos sanos que eventualmente desencadenan un cuadro clínico de Artritis Reumatoide, son portadores de una "hostilidad muy altamente controlada" que aquellos que tienen una alta "expresión de hostilidad". Esto puede

encontrarse en personalidades que han logrado una adaptación obsesiva-compulsiva, que les ha permitido retardar la aparición del padecimiento, a diferencia de aquellas personas en las cuales existe un conflicto francamente esquizofrénico o también depresivo, - en los que hay una falla de adaptación obsesivo-compulsiva, lo cual no les permite el control de impulsos agresivos y tal vez más tempranamente en su vida presentan un cuadro de Artritis Reumatoide.

Cobb (4), en la esfera sexual, encontró que las mujeres en relación con los hombres, presentaban una elevada tendencia de sobreagresividad e impulsibilidad.

Engel (10), en 1967, señaló que el sentimiento de incapacidad, impotencia e incurabilidad, puede crear un estado de "pre-enfermedad" en algunos padecimientos somáticos. Sin embargo, Freud en 1926, ya lo había señalado y descrito de la siguiente manera: "Estados persistentes afectivos de pena, dolor, ansiedad, reducen el estado nutricional del organismo provocando que el pelo se vuelva blanco, la grasa tiende a desaparecer y los vasos sanguíneos sufran cambios mórbidos; más aún aquellos de tipo depresivo son a menudo suficientes por sí mismos de acarrear padecimientos del sistema nervioso acompañado de manifestaciones evidentes anatómicas y también enfermedades de otros órganos". De este modo, Freud analiza en forma brillante por primera vez, la participación de la traducción somática de los estados afectivos.

Moss y Solomon (26), en su prueba de personalidad practicada en pacientes con Artritis Reumatoide, encontraron experiencias sentimentales, con desorganización concomitante del Ego, incremento de la ansiedad y de depresión. Esto último, va asociado frecuentemente en el curso que complica en forma importante su recuperación.

Otto Fenichel (11), considera que la fatiga es característica de todos los estados de actual neurósis. Se debe probablemente a la inervación distónica de los músculos, donde ésta tiene un aspecto más manifiesto es en los casos de agresividad inhibida; a menudo puede dársele discretamente el nombre equivalente de la depresión.

Las fallas en el manejo de la agresión no es sólo característico de los pacientes con Artritis Reumatoide, sino también se manifiesta en otras perturbaciones de la personalidad, como puede ser: - homosexualidad, exhibicionismo, impulsividad, así como en la histeria de angustia, hipocondría, epilepsia y algunos más (41).

Cormier (7) observó que antes de desarrollar la enfermedad y al principio de la misma, los pacientes eran sobreactivos como los niños, pero posteriormente se tornaban inhibidos. Dicho fenómeno es consecuencia de un escape de agresividad y conflictos inconscientes de culpa y ansiedad, debido al surgimiento de estas fantasías de agresividad, lo que actúa como una adecuada defensa psicológica.

Meyer (24), considera que la aparición del proceso reumatoide ocurre al perturbarse el equilibrio entre los impulsos agresivos inconscientes y su control.

La severidad del padecimiento reumatoide es proporcional a la severidad del deterioro en la capacidad de expresar agresión (6). Algunos representantes de la disciplina psicoanalítica como Dollard, Balent y Waelder (8, 2, 38), consideran el hecho que los individuos agresivos "normales" y patológicos, están basados en varias frustraciones. De aquí que la hipótesis Frustración-Agresión, es muy clara en las investigaciones psicodinámicas comprobadas con Artritis Reumatoide del sexo femenino. Por lo que Johnson, Sánchez y Moss (18, 34 y 26), enfatizan en lo significativo de la agresión reprimida en la etiología de la Artritis Reumatoide.

Las frustraciones extremas, las que hacen que una persona se sienta realmente abandonada, y sienta además que nadie cuida de él, (vivencia que ocurre en la infancia), precipitan en las personas adultas estados de apatía comparable a las depresiones primarias de los niños como lo ha estudiado Spitz. Incluso comparables en la forma en que los niños pequeños hospitalizados lejos del amor materno, quedan en cierta forma sometidos a esta experiencia (11 a).

Según O. Fenickel (11 b), dentro de los conceptos psicodinámicos etiológicos de la Artritis Reumatoide, la depresión juega, al igual que la agresión, un papel determinante en su inicio y curso clínico. Una depresión leve se presenta en casi todas las neurosis; por el contrario, en su forma grave, es el más terrible de los síntomas que caracterizan el angustioso estado psicótico de la melancolía.

Dumbar (9), por su parte, distingue dos tipos de pacientes: uno de ellos más extrovertido y traumático, con tendencias a las dolencias articulares y el otro más introvertido, ambivalente, que oscila entre actividad y pasividad y con inclinación a las manifestaciones cardíacas.

Ranan Rimon (32), en su estudio, encontró dos grupos de pacientes que desarrollaron Artritis Reumatoide.

I.- Aquellos con una clara predisposición hereditaria sin influencia de cambios ambientales.

II.- Aquellos cuyo principio y curso estaba asociado a cambios en el estado de ánimo, ocasionados por diversas situaciones conflictivas psicodinámicas (depresión), según este autor las hipótesis psicológicas son las que abarcarían a este tipo de pacientes.

RASGOS COMUNES DE PERSONALIDAD REPORTADOS

A través de los estudios realizados en los pacientes con Artritis Reumatoide, se ha encontrado como factores comunes en la personalidad de estos pacientes, tendencias de agresividad, pasividad, dependencia y depresión, como consecuencia de los rasgos psicológicos de personalidad ya mencionados en el capítulo anterior.

Así por ejemplo, Cormier y colaboradores (7), hallaron que antes de desarrollar la enfermedad y al principio de la misma, los pacientes eran sobreactivos como los niños, pero posteriormente se tornaban inhíibidos como consecuencia de un escape de agresividad y conflictos inconscientes de ansiedad y culpa, debido al surgimiento de esas fantasías de agresividad. Cuando este motor es abandonado en la pubertad, progresivamente, es una adecuada manera de expresión y de defensa psicológica, lo cual puede ocurrir en aquellos pacientes cuyos factores de personalidad no sean de naturaleza premorbida.

Es importante señalar que estudios más recientes llevados a cabo por Ranan Rimon (32), demostraron la existencia en un alto porcentaje de pacientes que presentaban antecedentes psiquiátricos antes de desarrollar la Artritis Reumatoide, acompañados de trastornos de tipo depresivo de diferente grado, predominando en la mayor parte en forma moderada.

La tendencia a la rigidez en los pacientes con Artritis Reumatoide, según Booth y Klopfer (29), está -

constituida por condiciones que fácilmente pueden producir un grado o un tipo de inmovilización psicológica, aparentemente correspondiendo a la resultante física del proceso reumatoide. Se entiende por inmovilización psicológica, un estado de frustración interior e incapacidad de lograr adecuadamente la satisfacción de las necesidades, así como una carencia de adaptación dócil. Esto fué observado posteriormente y confirmado por Halliday y J. Preck (14, 19).

Es interesante mencionar algunos de los contenidos en las respuestas del Rorschach que ejemplifican lo que se llama por estos autores inmovilización psicológica de tales pacientes: "Estatuas, ídolos, muñecas, momias, respuestas anatómicas, así como la ausencia de movimiento tanto animal como humano, o sólo aparecen tendencias a este tipo de movimiento". Es indudable según se hace patente, que los pacientes con Artritis Reumatoide son más introvertidos - que extrovertidos; como otra característica premórbida y predisponente al reumatismo articular crónico. Este fué observado por Booth (29).

El concepto de agresividad reprimida se ha prestado a que cada autor la interprete de manera diferente. Esto es, desde el punto de vista etiológico o patogenético, según Alexander y Margolis (1, 23), no existe un criterio uniforme con respecto a la naturaleza y grado de inhibición de la agresividad. No obstante, la dificultad evidente para poder llegar a un criterio uniforme en la Artritis Reumatoide, se piensa que es un problema de agresividad reprimida - profunda, este postulado fué encontrado en nuestros 25 casos estudiados.

Alexander dice: "Dentro de la esfera psicosexual los pacientes con Artritis Reumatoide presentan alteraciones diversas". Ludwig (21), en 1949, hizo notar que las madres de pacientes con este padecimiento eran incapaces de dar un sentimiento adecuado de seguridad a sus hijos en etapas tempranas de su vida. Esto está manifestado por un rechazo de los niños, ya sea abiertamente, o por un grado de sobreprotección y

sobreansiedad. Como resultante, dice Ludwig, de este fenómeno, el desarrollo de los niños se muestra sin guía, su existencia independiente es estorbada fomentándose en su lugar, actitudes de dependencia e incapacidad.

King y Cobb en 1959 (20), en su estudio comparativo con pacientes no artríticos, encontraron que - pacientes del sexo femenino tenían una significativa identificación con el hermano, hermana y otros sujetos, que con la figura materna.

Cleveland y Fisher (3), en 1954, describieron en los pacientes reumatoides, fantasías inconscientes acerca de su cuerpo; pensaban que éste era un depósito hueco, llenado con un fluido material incontrolado y rodeado por una superficie impenetrable y dura. Considerando que esta imagen que se desarrollaba por una influencia inconsistente de los padres, lo que los guía hacia una identidad psicosexual parcialmente desviada. Apoyados en este estudio, Johnson y colaboradores en 1947 (18), han hecho notar este hallazgo en su estudio psicoanalítico en pacientes artríticos de ambos sexos, afirmando en su reporte que las pacientes femeninas presentaban un rechazo evidente hacia su papel femenino, describiendo la llamada "Reacción de Protesta Masculina". Dentro de estas categorías se incluyen algunas actitudes masculinas, espíritu competitivo con el hombre en la vida social y en el hogar, interés marcado en llevar a cabo ejercicios físicos y vigorosos, deportes y una predilección por adoptar posturas masculinas e intercambiar ideas sexuales. Estos autores interpretaron que esta fenomenología actuaba como una descarga para los sentimientos de hostilidad inconsciente, desarrollada como una reacción hacia la temprana dependencia masoquista con la madre, conducida hacia la figura paterna y todas las modalidades de relaciones humanas, incluyendo la sexual.

Según lo han señalado en 1966 Cobb y Kasl (5), en su amplísimo estudio efectuado en 324 pacientes, de los cuales 159 eran del sexo masculino y 165 del femenino, encuentran que existe una persistente di-

ferencia sexual dependiendo del manejo de la agresión. Señalaron además, que las mujeres son más impulsivas sexualmente y tienen una elevada tendencia de sobreagresividad en contraste con los hombres.

Por lo que se refiere al coito, Rado (31), lo describe como un manantial poderoso e irresistible en el organismo humano que lleva una acumulación placentera y de descarga de estas tensiones emocionales superabundantes. Esto ya fué observado y señalado por Freud en 1932, acerca de que la frustración sexual juega un importante papel en el origen de ciertos trastornos.

Ranan Rimon (32), por su parte, señaló desajustes sexuales en el 23% de sus casos, habiendo sido la frigidez el problema que aparece en el 50% de tales casos, este trastorno dá por resultado desavenencias conyugales.

Alexander (1), señala el papel que desempeñan los factores emocionales en la patogénesis de la Artritis Reumatoide, sospechada desde hace bastante tiempo e implícitamente admitido por algunos clínicos. Se ha considerado a los conflictos emocionales como responsables del caprichoso curso de esta enfermedad, siendo el mismo caracterizado por inexplicables mejorías, así como recaídas.

El primer detalle que se observa con gran regularidad, es una tendencia hacia la actividad corporal, manifestándose en una predilección por las ocupaciones fuera del hogar y las competencias deportivas. Esto es, particularmente encontrado en las edades pre-adolescentes y adolescentes, durante las cuales las mujeres enfermas, muestran claramente un comportamiento "retozón".

Además de la tendencia a controlar sus sentimientos, dichas pacientes tienden también a gobernar su ambiente humano, esposo e hijos. Es, sin embargo, un tipo de solicitud dominante, una mezcla de la inclinación a dominar con la necesidad masoquista a servir

a otra persona. Este masoquismo, a primera vista parece estar en contradicción con la dominación - agresiva, pues mientras trabajan en el ambiente en que viven y se sacrifican por los miembros de su familia, son al propio tiempo dominantes y controladoras de ellos. En verdad, recorren toda la gama de situaciones en la vida: nacimiento de un bebé, aborto, muerte de algún familiar, cambio de ocupación, rápida alteración de la vida marital o en las relaciones sexuales, una gran desilusión en las relaciones interpersonales.

El fondo general psicodinámico, en todos los casos, es un estado de crónica agresividad contenida, una rebelión contra cualquier forma de presión exterior o interior, contra el ser dominado por otras personas o contra la inhibitoria influencia de su propia conciencia hipersensible; la reacción de "protesta masculina" en las relaciones sexuales es la más notable manifestación de esa rebeldía contra el ser dominado.

Cuando niñas, nuestras enfermas desarrollaron subordinación y miedo hacia la madre dominante y agresiva, al mismo tiempo que iban acumulando rebeldías que no osaban expresar debido a esa dependencia y temor. Esa oculta rebelión contra la madre, es el actual miedo de sus impulsos hostiles. Más tarde se transfiere a los hombres y a todos los demás miembros de la familia.

Si a través de medidas de castigo, esa descarga llega a asociarse con el miedo y la culpabilidad, en tonces más tarde en la vida de estas pacientes, siempre que se produzcan esos estados, darán como resultado una "camisa de fuerza" psicológica. Parece ser que la Artritis Reumatoide, en esas pacientes opera como un mecanismo consistente en tratar de lograr el equilibrio y control de sus impulsos agresivos. Siempre que su equilibrio sea perturbado por un hecho específico que interrumpa el modo ya adoptado para descargar su hostilidad y aliviar su culpa, esa crónica agresión contenida se transforma en aumento de la tonicidad muscular y de alguna manera, en artritis.

Creemos que el espasmo muscular y la creciente tonicidad del músculo cansado por los impulsos hostiles reprimidos, bajo ciertas condiciones, puede precipitar un ataque artrítico.

La comprensión de los mecanismos psicodinámicos de la Artritis Reumatoide arroja luz sobre las mejoras o sobre las recaídas que tienen lugar en las enfermas durante el análisis.

La recurrencia de la Artritis ha sido observada al disminuir las oportunidades de servicio masoquista, seguido por su apaciguamiento cuando ha sido exigido de nuevo el auto-sacrificio al requerirlo así la situación familiar. A medida que las enfermas pueden recibir más ayuda bajo la influencia de psicoanálisis, la enfermedad disminuye.

En el estudio de la Artritis se debe tener en cuenta el hecho de que el cuadro de la personalidad, en los casos de invalidez avanzada, ésta queda medio oculta por una crónica adaptación psicológica de la personalidad, a ese estado inválido.

La aseveración de que una acentuada tonicidad muscular esté envuelta en esta enfermedad, está ampliamente sustentada por la muy común observación de que los enfermos de artritis, se quejan de tensión y rigidez muscular al despertar. En muchos casos, han sido precursores del primer ataque artrítico, la rigidez y el dolor de los músculos.

La propensión de los enfermos artríticos a expresar las tendencias sexuales y agresivas reprimidas a través de los músculos esqueléticos, ha sido bien demostrada por French y Shapiro en sus estudios sobre los sueños de un enfermo de Artritis Reumatoide.

Los enfermos varones muestran también un estado crónico de hostilidad contenida. Eso parece ser una reacción contra las inconscientes tendencias de dependencia hacia la figura femenina, las que ellos tratan de sobrecompensar mediante la agresividad. La conten

sión de estos impulsos agresivos crea un cuadro psicodinámico similar al visto en las pacientes mujeres.

Para dar validez definitiva a estos conceptos, tendremos que esperar hasta que estudios biográficos más amplios hayan medido los cambios en la tensión muscular en los enfermos artríticos y no artríticos en correlación con diferentes estados emocionales.

La influencia (en las mujeres) durante la infancia, de madres demasiado dominantes y demasiado protectoras, rebelión contra la influencia dominante de los padres -angustia-, contención de tendencias rebeldes debido a excesiva dependencia creada por padres sobreprotectores -expresión de rebelión en competencias deportivas y actividades al aire libre durante la niñez y la adolescencia-, expresión de hostilidad en una combinación de servir y controlar su ambiente más tarde en la vida, y también repudio del papel femenino (protesta masculina), -interrupción de un tipo exitoso de servicio y al mismo tiempo de dominación de su ambiente- y como consecuencia, aumento de la tonicidad muscular, dan por resultado el padecimiento artrítico.

Las mujeres con Artritis Reumatoide tienen conflictos sobre el control de la ira asociado con sentimientos de culpa; tendían a provenir de hogares con grandes diferencias en clases (sociales) entre los padres y repetían este esquema en sus propios matrimonios; había mucha ira y agresión entre las pacientes y sus esposos; y estos últimos tenían con más probabilidad úlcera péptica que los hombres casados con mujeres sanas. Los hombres con Artritis Reumatoide mostraron con respecto a otros pacientes no artríticos, menos diferencias que las mujeres, y su ira y hostilidad eran bajas, especialmente en cuanto a hostilidad marital.

Las causas precipitantes se agrupan en tres constelaciones:

1) La enfermedad comienza a menudo, cuando debido a

ciertas vicisitudes de la vida, aumenta una rebelión y un resentimiento inconsciente contra los hombres cuando una enferma es abandonada - por su hombre con quien ella se consideraba segura, o cuando un hombre antes dócil, se vuelve menos complaciente, o cuando un hombre por el que la enferma ha luchado, la defrauda.

- 2) La enfermedad puede también precipitarse, por sucesos que tienden a aumentar la hostilidad y el sentimiento de culpa, previamente latente.
- 3) En unos pocos casos, las experiencias sexuales son factores desencadenantes como cuando una paciente se vió obligada a aceptar su papel femenino contra lo que había reaccionado con una creciente "protesta masculina".

M E T O D O Y M A T E R I A L

METODO.- El método para el estudio psicológico se desarrolló de la siguiente manera: a todos los pacientes se les practicó en forma individual, la siguiente batería de pruebas:

- A) BENDER
- B) MACHOVER
- C) RORSCHACH
- D) WAIS

En la prueba de Wais, únicamente se aplicaron 6 ítems para tratar de obtener información de daño neurológico y una aproximada valoración del potencial intelectual, siendo éstos:

- | | |
|---------------------------|-------------------------------------|
| a) AREA VERBAL | COMPRESION
SEMEJANZAS
DIGITOS |
| b) AREA DE EJE-
CUCION | CUBOS
ROMPECABEZAS
SIMBOLOS |

MATERIAL.- Se estudiaron 25 pacientes de la consulta externa de los Servicios de Reumatología del Centro Hospitalario "20 de Noviembre" y del Centro Hospitalario "Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez"; ambas unidades médicas pertenecientes al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (I.S.S.S.T.E.). Del total de pacientes, 4 fueron del sexo masculino y 21 del femenino. En todos ellos se estableció el diagnóstico de Artritis Reumatoide Clásica, así como la clase funcional correspondiente, según los criterios de la A.R.A. (37). El tiempo de evolución del padecimiento fue variable, siendo el más corto de 6 meses y el más crónico de 20 años, con edad promedio de 43.

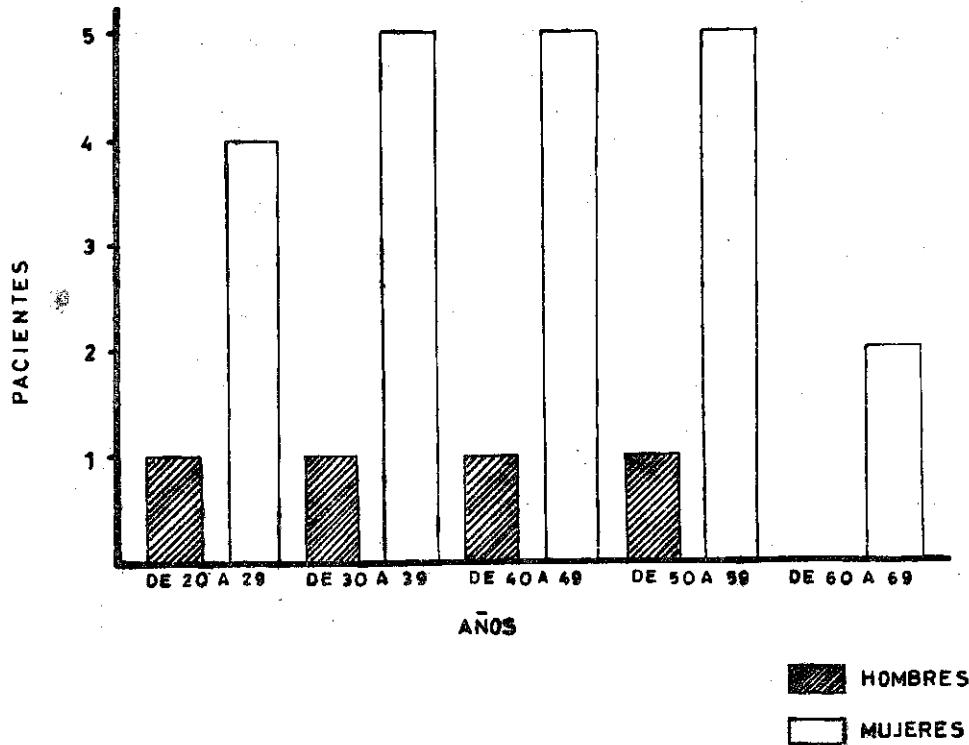
En los cuadros I al VI se representa en forma global, los aspectos generales de los pacientes estudiados (sexo, edad, estado civil, escolaridad y nivel profesional, ocupación, tiempo del padecimiento y clase funcional según la A.R.A.). En el VII y VIII se agrupan los resultados de los diagnósticos psicológicos (según los criterios de la A.P.A.); y el nivel intelectual aproximado obtenido por la prueba de Wais respectivamente.

ASPECTOS GENERALES DE LOS PACIENTES

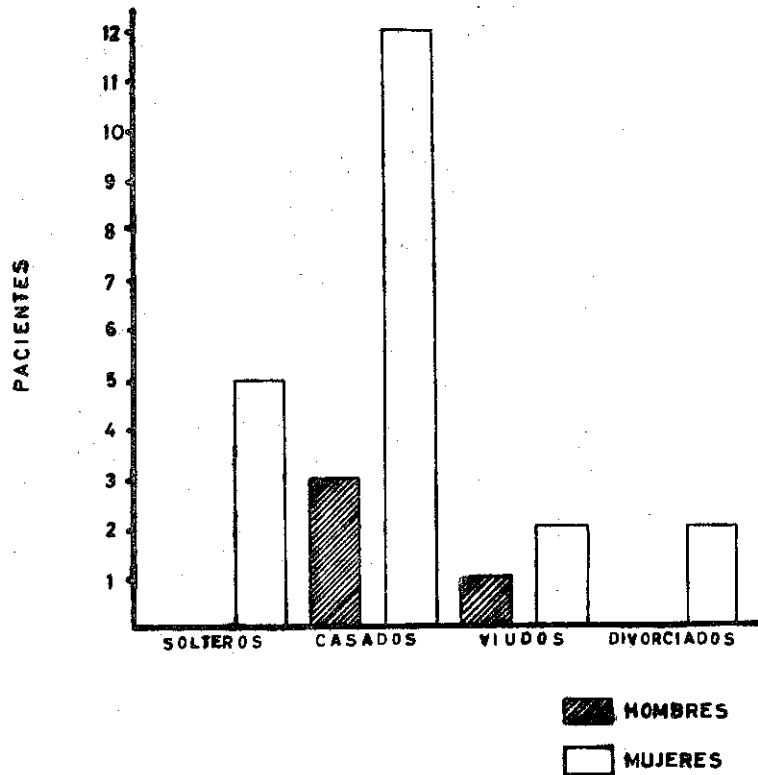
CASOS	SEXO	EDAD	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDAD	OCUPACION	TIEMPO DE EVOLUCION	CLASE FUNCIONAL A.R.A.
I	F	40	CASADO	3º SECUNDARIA	OFICINA	6 MESES	UNO
II	F	37	CASADO	3º PRIMARIA	HOGAR	10 MESES	UNO
III	F	54	CASADO	6º PRIMARIA	HOGAR	1 AÑO	UNO
IV	M	24	CASADO	1º SECUNDARIA	POLICIA	2 AÑOS	DOS
V	F	40	CASADO	5º PRIMARIA	HOGAR	2 AÑOS	DOS
VI	M	36	CASADO	6º PRIMARIA	COMERCIO	2 AÑOS	DOS
VII	F	21	SOLTERO	3º PREPARATORIA	OFICINA	2 AÑOS	UNO
VIII	F	28	CASADO	6º PRIMARIA	HOGAR	2 AÑOS	UNO
IX	F	44	VIUDO	5º PRIMARIA	OFICINA	4 AÑOS	DOS
X	F	45	CASADO	6º PRIMARIA	HOGAR	4 AÑOS	DOS
XI	F	65	SOLTERO	1º SECUNDARIA	OFICINA	4 AÑOS	DOS
XII	F	52	CASADO	4º PRIMARIA	HOGAR	6 AÑOS	DOS
XIII	F	44	CASADO	1º PRIMARIA	HOGAR	6 AÑOS	DOS
XIV	F	39	CASADO	2º PRIMARIA	HOGAR	6 AÑOS	DOS
XV	M	53	VIUDO	ANALFABETA	COBRANZAS	7 AÑOS	DOS
XVI	F	67	CASADO	2º PRIMARIA	HOGAR	8 AÑOS	DOS
XVII	M	43	CASADO	6º PRIMARIA	MUSICA	10 AÑOS	DOS
XVIII	F	29	CASADO	3º PROFESIONAL	MAGISTERIO	10 AÑOS	DOS
XIX	F	59	VIUDO	6º PRIMARIA	VIGILANCIA	10 AÑOS	DOS
XX	F	32	SOLTERO	3º PROFESIONAL	MAGISTERIO	10 AÑOS	TRES
XXI	F	58	DIVORCIADO	1º SECUNDARIA	OFICINA	11 AÑOS	DOS
XXII	F	30	SOLTERO	3º PROFESIONAL	MAGISTERIO	15 AÑOS	DOS
XXIII	F	50	DIVORCIADO	2º SECUNDARIA	OFICINA	15 AÑOS	DOS
XXIV	F	34	CASADO	3º PROFESIONAL	MAGISTERIO	19 AÑOS	TRES
XXV	F	38	SOLTERO	5º PROFESIONAL	BIOLOGIA	20 AÑOS	DOS

GRAFICA No.1

EDADES

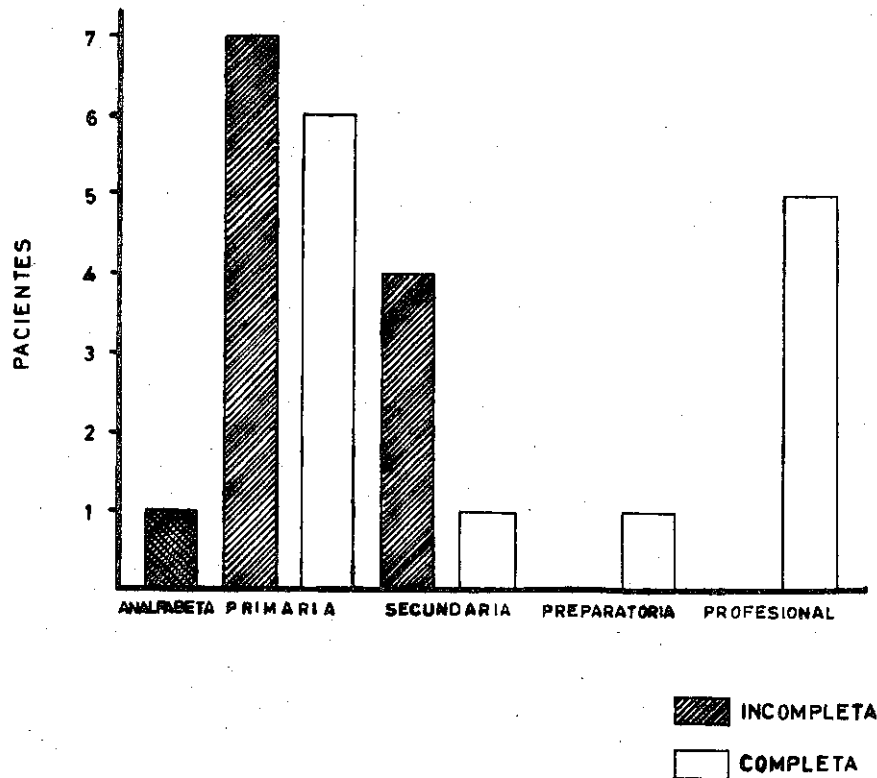


GRAFICA No.2
ESTADO CIVIL



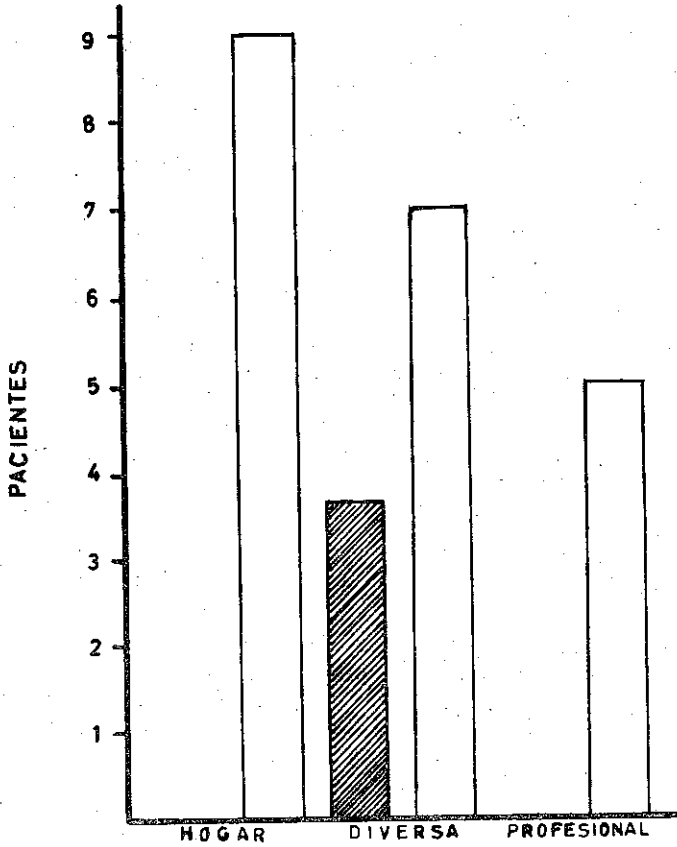
GRAFICA No.3

ESCOLARIDAD



GRAFICA No.4

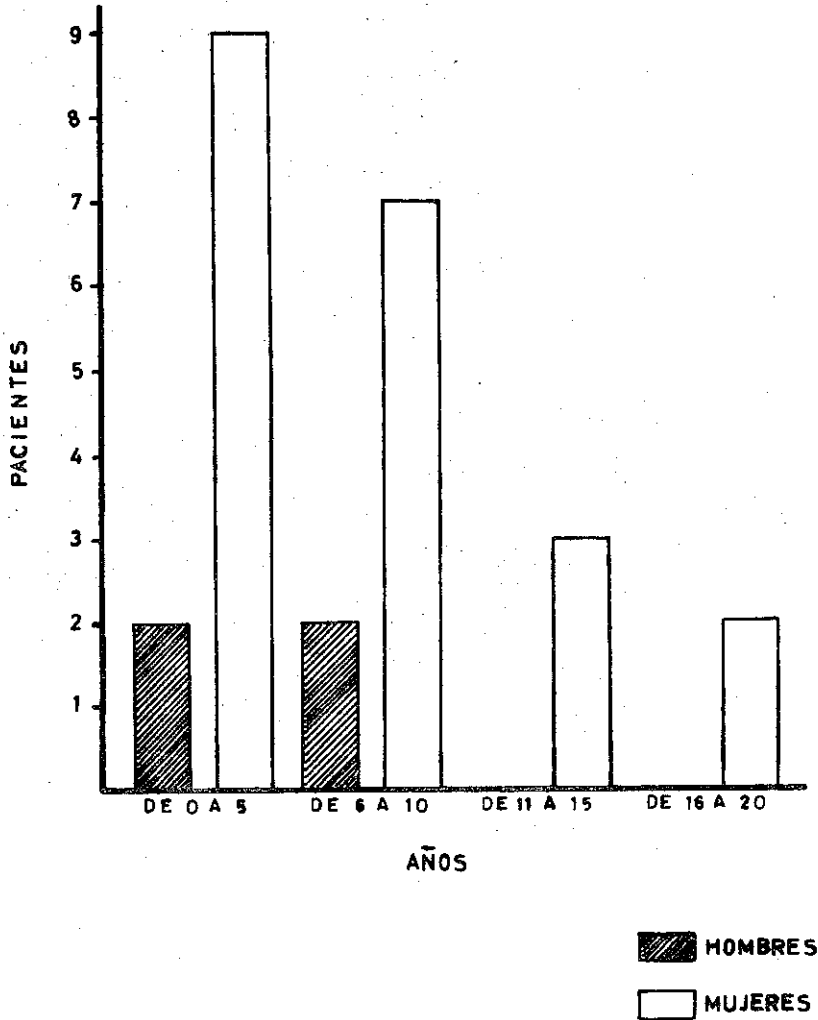
OCUPACION



 HOMBRES

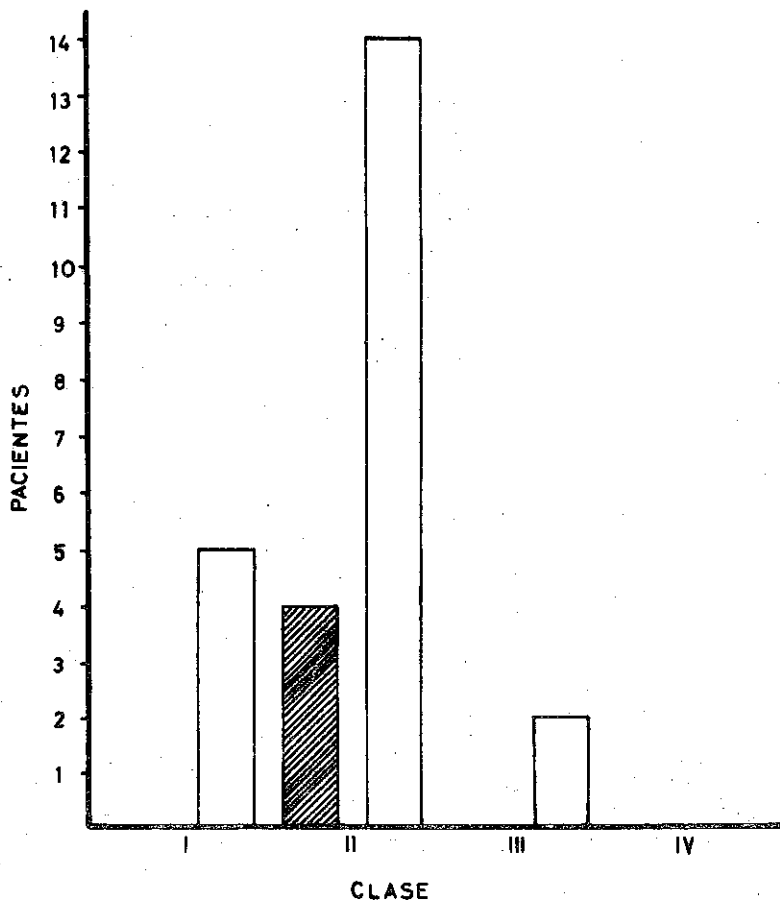
 MUJERES

GRAFICA No.5
TIEMPO DE
EVOLUCION



GRAFICA Nº 6

CLASE FUNCIONAL⁺



- I) CAPACIDAD PARA LLEVAR A CABO LAS OCUPACIONES HABITUALES SIN LIMITACION.
- II) ADECUADA PARA LAS ACTIVIDADES NORMALES A PESAR DE LA LIMITACION O MOLESTIA AL MOVIMIENTO DE UNA O MAS ARTICULACIONES.
- III) LIMITADO SOLAMENTE PARA LLEVAR A CABO PEQUEÑAS O NINGUNA DE LAS OCUPACIONES HABITUALES O DE SU PROPIO CUIDADO.
- IV) CONFINADO A SILLA DE RUEDAS O A LA CAMA, CUIDADOS PROPIOS MINIMOS O NULOS.

⁺(SEGUN AMERICAN REUMATOLOGY ASOCIATION)

 HOMBRES

 MUJERES

S U I N T E R P R E T A C I O N

Se presentan en este trabajo 5 casos como representativos de los 25 estudiados.

CASO # 1

EDAD: 40 AÑOS
SEXO: FEMENINO
EDO. CIVIL: CASADA
ESCOLARIDAD: INSTRUCCION SECUNDARIA
OCUPACION: OFICINISTA
ORIGINARIA Y RESIDENTE: DISTRITO FEDERAL

Se trata de una paciente deambulatoria, de estatura media, complexión robusta, tez blanca, pelo castaño, ojos cafés. Integra al parecer físicamente. Su arreglo personal es sencillo, aseada en persona y ropa.

DESCRIPCION GENERAL DEL PROBLEMA DE LA PACIENTE.-

Paciente con una historia clínica reumatológica típica de la Artritis Reumatoide, con 6 meses de evolución Grado I.

ENFERMEDAD ACTUAL.-

Refiere la enferma haber iniciado su padecimiento artrítico con dolores en la "cintura". Este cuadro lo viene presentando de 15 años a la fecha. Hace 6 meses se ha sentido imposibilitada para realizar su trabajo por las molestias que se le exacerbaban en rodilla y tobillos, dice que tiene necesidad de que le ayuden a vestirse porque con los movimientos bruscos, el dolor se le agudiza.

Junto con el cuadro artrítico desde el punto de vista emocional, menciona sentirse muy irritable, celosa hacia su esposo, lábil, no sabe si ésto pueda ser ocasionado por las pastillas anovulatorias que está tomando. Sólo que tal medicamento lo usa desde antes.

HISTORIA PERSONAL Y FAMILIAR.-

La paciente ocupó el 6to. lugar de 13 hermanos. Viven sus padres y dice haber tenido buenas relaciones familiares.

Por lo que hace a su desarrollo escolar, informa haber terminado su instrucción secundaria a la edad de 14 años; pero por necesidades económicas, tuvo que buscar trabajo para ayudar en los gastos del hogar. Trabajó como oficinista en una escuela primaria.

Se casó de 21 años con un hombre 6 años mayor, procreando 6 hijos. Al principio de su matrimonio fueron a residir a Zamora, Mich. En ese tiempo, según relata la paciente, era víctima de malos tratos por parte de su esposo, cuando éste se encontraba en estado de ebriedad, quien llegaba a golpearla, inclusive cuando estaba embarazada; pues su marido con frecuencia se alcoholizaba en una cantina de su propiedad. Esto ocurrió los primeros 10 años, hasta que la paciente tuvo la iniciativa en compañía de sus hijos de regresarse a la Cd. de México en busca de trabajo, logrando conseguir ocupación de oficinista.

ta en la escuela primaria donde trabajó antes de casarse en donde permanece hasta la fecha.

Unos meses después de haber llegado de Zamora, Mich., el esposo de la paciente vino a residir al D. F., los malos tratos continuaron y la paciente entabló relaciones extramaritales con un hombre ya conocido por ella, de este recibe ayuda económica y moral.

CONDUCTA DURANTE LA ENTREVISTA.-

La enferma se caracterizó por manipulación, exagerando su padecimiento y más que cooperar con la realización de las pruebas, se dedicaba a hablar ininterrumpidamente de su artritis. Su atención fué dispersa. El curso del pensamiento fué rápido y organizado.

ESTUDIO PSICOLOGICO.-

La capacidad intelectual de la paciente es superior al término medio, aunque tiene un funcionamiento de tipo concreto, debido a las caídas psicóticas de su pensamiento, aunque es capaz en ocasiones de funcionar en procesos de análisis y síntesis. Las pruebas psicológicas indican un funcionamiento esquizofrénico de tinte paranoide, aunque todavía defendida en forma obsesiva e histérica. Ella tiende a reaccionar impulsivamente y trata de manejar sus impulsos en conductas actuadoras como una manera de encontrar satisfacciones preedípicas, que es la forma en que ella logra mantener contacto con la realidad. Para poder sostener una imagen de sí misma como mujer, tiende a ser insistente en una conducta actuadora de impulsos sexuales inconcientemente; en su autoconcepto está confundida en su identidad femenina. El yo está debilitado en el control de los impulsos y en ocasiones tiende a perder sus contactos de procesos secundarios estando más dominada por su mundo primario. La agresión es un afecto que la está desquiciando y es de tal naturaleza invalidante, que el potencial intelectual está dominado por la patología mental.

Debido a la falla en el proceso de identidad femenina, existe una angustia severa de castración que la lleva a actitudes de manipulación sobre todo respecto de la figura masculina, con la necesidad de someterse en forma hostil y su relación con la misma está caracterizada por una conducta regresiva de tipo histérico. Actualmente está luchando por no ceder a la psicosis, por eso se ve obligada a actuar impulsos sexuales fuera de su vida conyugal. La inteligencia está perturbada en su funcionamiento adaptativo, en la única área que logra mantener movimientos adaptativos es en el área de trabajo. El Yo se encuentra debilitado por la inversión de energía en su conflicto psicótico. Es una persona que está necesitando ayuda externa para control de los impulsos por la situación regresiva en que se encuentra, ya que los mecanismos defensivos no le están sirviendo pues tienden a ser invalidados por la angustia psicótica.

Los mecanismos defensivos a los que más recurre son: proyección, negación y parcialmente racionalización. El potencial intelectual que posee es elevado sólo que éste se empobrece por la necesidad que tiene de emplear su energía en el conflicto psicótico.

IMPRESION DIAGNOSTICA.-

Se trata de una paciente Borderline con adaptaciones de tipo histérico.

PRONOSTICO.-

Severo.

CASO # 11

EDAD: 40 AÑOS.
SEXO: FEMENINO.
EDO. CIVIL: CASADA.
ESCOLARIDAD: 5o. AÑO DE PRIMARIA.
OCUPACION: HOGAR.
ORIGINARIA Y RESIDENTE: DISTRITO FEDERAL.

Se trata de una enferma deambulatoria, con estatura media, complexión delgada, tez blanca, pelo castaño oscuro, ojos cafés. Integra al parecer físicamente, se presenta aseada en persona y ropa.

DESCRIPCION GENERAL DEL PROBLEMA DE LA PACIENTE.-

Paciente con una historia clínica reumatológica, diagnosticada como Artritis Reumatoide de 2 años de evolución Grado II.

ENFERMEDAD ACTUAL.-

Inició su padecimiento con dolores en las muñecas y en los hombros, sintiendo molestias en las extremidades inferiores, menciona haber presentado sensación de pezantes de la cabeza que la imposibilitaba para trabajar en el hogar. Tiene necesidad de ser ayudada por otra persona para cualquier actividad que tenga que realizar.

Por lo que se refiere al aspecto emocional, reporta los siguientes datos: hipersensibilidad, hiperirritabilidad, hiperlabilidad, situaciones que se presentan ante ruidos provocados por los niños, desorden en el mobiliario del hogar.

HISTORIA PERSONAL Y FAMILIAR.-

Ocupó el tercer lugar de 5 hermanos. La madre

vive, el padre murió hace 18 años de una afección pulmonar. El padre vivió separado del hogar desde que la paciente era muy pequeña, desconociendo ella las causas de tal separación, sin embargo, considera que las relaciones familiares fueron armoniosas.

Estudió hasta el 5o. año de primaria, dejando la escuela para ayudar a la madre económicamente. Siempre trabajó en forma eventual en labores domésticas hasta antes de casarse. Se casó de 23 años con un hombre un año mayor, procreando 8 hijos. Refiere que no han tenido disgustos serios, aunque su esposo es una persona afecta a las bebidas alcohólicas, por lo que es irritable, violento, molestándose frecuentemente porque los niños juegan. La paciente dice que también ella en ocasiones ingiere alcohol aunque no puede precisar la cantidad ni la frecuencia.

CONDUCTA DURANTE LA ENTREVISTA.-

La paciente se caracterizó por la forma calmada en que se conduce, se mostró cooperadora con las pruebas. Dirige la atención a los estímulos externos, su curso del pensamiento es sumamente lento y organizado; los contenidos del mismo están dominados por la enfermedad.

ESTUDIO PSICOLOGICO.-

Es una sujeto cuya inteligencia impresiona como limítrofe. En el material psicológico muestra un patrón de desarrollo que sugiere un daño cerebral manifestando su pobreza del lenguaje, limitada en su habilidad de análisis y síntesis, en abstracciones por lo que se muestra muy empobrecida en su funcionamiento verbal. Debido a que depende de una personalidad arcaicamente estructurada, no pudo desarrollar el potencial intelectual, parece que en sus procesos mentales quedó detenida en un tipo de pensamiento infantil, lo cual provocó un deterioro de las funciones mentales. Existe en ella, perturbación en los procesos perceptivo-motrices, lo que hace sospechar un deterioro cere-

bral. Es una persona con una gran rigidez en el control de los impulsos y está denominada por una severa preocupación respecto de su imagen corporal. Está perturbada emocionalmente por la preocupación narcisista de su propio cuerpo, dando la impresión que el potencial intelectual que posee, no lo puede utilizar para adaptación porque necesita emplearlo en sí misma, como si en esta forma encontrara solución respecto de su angustia; de esta manera le está sirviendo la inteligencia. El Yo está muy limitado en su funcionamiento adaptativo, lo cual está indicando una deterioración en su habilidad para sostener relaciones con su medio ambiente; combinado con el daño cerebral, existe en la paciente un proceso psicótico y es precisamente a través de su padecimiento artrítico que ella trata de controlarlo, como si en esta forma encontrara una "adaptación". Es una persona que en su proceso de identidad femenina existió una severa perturbación; el conflicto es el rechazo a su propio rol femenino.

IMPRESION DIAGNOSTICA.-

Paciente con un síndrome cerebral crónico asociado con un proceso psicótico de tipo esquizofrenia simple.

PRONOSTICO.-

Severo.

CASO # III

EDAD: 65 AÑOS
SEXO: FEMENINO
EDO. CIVIL: SOLTERA
ESCOLARIDAD: HASTA 10. AÑO DE NORMAL PARA MAESTROS
OCUPACION: ADMINISTRATIVO.
ORIGINARIA Y RESIDENTE: DISTRITO FEDERAL.

Se trata de una paciente deambulatoria, con estatura media, complexión robusta, tez blanca, pelo castaño, ojos cafés claro. Integra al parecer físicamente, aseada en persona y ropa, cuidadosa en su arreglo personal.

DESCRIPCION GENERAL DEL PROBLEMA DE LA PACIENTE.-

Paciente con Artritis Reumatoide, de 5 años de evolución, Grado II.

ENFERMEDAD ACTUAL.-

Inició su padecimiento con dolores articulares y musculares de las 4 extremidades, pensando la enferma que eran debido a "torceduras", acompañado de sensación de cansancio y ardor en la planta de los pies, llegando a impotencia funcional; siendo el cuadro más acentuado del lado izquierdo.

Desde el punto de vista emocional, reporta los siguientes datos: hiperirritabilidad, hipersensibilidad ante los ruidos provocados por los niños, la velocidad de los automóviles. De 13 años a la fecha, la paciente vive sola tendiendo a aislarse principalmente de su medio familiar.

HISTORIA PERSONAL Y FAMILIAR.-

Ocupa el 4o. lugar de 6 hermanos; los padres ya

fallecidos, mostrándose renuente a proporcionar datos acerca de sus relaciones con ellos, concretándose a decir que fueron buenos. Refiere que lleva amistad con sus hermanos; a raíz de la muerte de los padres, se hizo cargo de los menores. Posteriormente, con uno de ellos convivió durante una temporada, estableciendo buenas relaciones con la cuñada, sin embargo, el hermano empezó a ingerir bebidas alcohólicas en cantidad tal, que molestaba a la paciente, amenazándolo con abandonar el hogar si no modificaba su conducta. Tiempo después, falleció este hermano a consecuencia del alcoholismo, permaneciendo la paciente al lado de la viuda y los hijos hasta que ésta contrajo nupcias por segunda ocasión, motivando la separación de ambas. De entonces a la fecha, en que han transcurrido 13 años, Vive sola, contando con la ayuda económica de una sobrina.

Estudió primaria y primer año de normal. En su trabajo difícilmente establece relaciones interpersonales, para evitar intimar con sus compañeros.

CONDUCTA OBSERVADA DURANTE LAS ENTREVISTAS.-

Paciente que se mostró amable, cooperadora, su comunicación la intentó hacer en forma defensiva como una manera de que la entrevistadora no se percatara de sus problemas personales. El curso del pensamiento fué lento siendo los contenidos del mismo, su soledad y sus molestias articulares.

ESTUDIO PSICOLOGICO.-

Esta paciente tiene una inteligencia superior al término medio, funcionamiento del Yo que le permite una adaptación al área del trabajo. Sin embargo, su personalidad está estructurada en forma precaria originada en sus conflictos emocionales. Es una persona con un Yo débil, por lo que hace el manejo de los impulsos respecto de los cuales muestra excesivamente controlada, rígida, ya que a los impulsos los -

vive como una situación amenazante y se muestra inhábil respecto de la espontaneidad emocional. Ella tiene necesidad de mantenerse muy vigilante, para evitar los impulsos, pero el hecho de hacer tanto esfuerzo debilita la economía psíquica y por la misma falla en sus intentos por manejar impulsos, muestra irrupciones impulsivas, es decir, tiende a funcionar con una labilidad afectiva. La debilidad Yoica que muestra en las pruebas psicológicas, hace pensar en la existencia de un proceso psicótico esquizofrénico que todavía logra controlar en base a sus defensas obsesivas, que la ayudan a funcionar en el área de trabajo. Por lo que hace a las áreas de funcionamiento Yoico dentro de un medio ambiente familiar y social, está muy dañada. Existió en ella un conflicto severo respecto de la identidad del propio rol femenino; habiendo obtenido identificaciones masculinas predominantes sobre las femeninas, sin embargo, existe en ella una rivalidad con lo masculino, lo que origina un conflicto sexual severo por su necesidad de castrar a la figura masculina. En estas identificaciones masculinas, se originaron los mecanismos histéricos; que funcionan en su personalidad y en la que la ayudan también a mantener su precaria adaptación. En el área sexual, se encuentra seriamente perturbada dando la impresión de que nunca tuvo una identidad. Este factor la ha descompensado, presentando una lucha interna por mantener la integridad del Yo. En su autoconcepto está muy devaluada y al parecer existe una escisión Yoica, es decir, hay una falla de síntesis en su personalidad.

La energía que invierte en la lucha interna la va enfermando progresivamente. Es una persona que en sus afectos fué muy dañada y ésto no le permite tener contactos afectivos, sólo es capaz de relacionarse superficialmente mientras ella puede mantener el control de los objetos. Muestra un profundo temor a la cercanía, ya que ésta le provoca una gran angustia.

La Artritis Reumatoide puede entenderse como la

somatización de su conflicto psicológico y una manera de encontrar un ajuste. En las pruebas psicológicas se encontraron trastornos de tipo perceptivo-motriz, indicadores de un daño cerebral.

El material psicológico sugiere la existencia de un proceso esquizofrénico paranoide, porque en dicho material es consistente el mecanismo de la proyección, el que le sirve para negar la imagen de los objetos malos que introyectó en su infancia. De este proceso todavía se defiende - haciendo uso de mecanismos histéricos y obsesivos, los que le ayudan para sostener un juicio respecto de actividades rutinarias, pero ella falla en la habilidad de sostener este juicio en situaciones - que implican afecto.

Sobreacciona a los estímulos ambientales porque los percibe amenazantes para su integridad. Al parecer su edad actual la vive simbólicamente como una amenaza de castración.

IMPRESION DIAGNOSTICADA.-

Se trata de una paciente Borderline con defensas histéricas y obsesivas en quien se sospecha un daño neurológico.

PRONOSTICO.-

Severo.

CASO # IV

EDAD: 24 AÑOS

SEXO: MASCULINO

EDO. CIVIL: CASADO.

ESCOLARIDAD: INSTRUCCION SECUNDARIA Y CURSO RADIO TECNICO.

OCUPACION: GRANADERO
ORIGINARIO Y RESIDENTE: DISTRITO FEDERAL

Se trata de un paciente deambulatorio, de estatura media, complexión delgada, tez morena, pelo oscuro, ojos negros. Integro al parecer físicamente, aseado en persona y ropa, poco cuidadoso en su arreglo personal.

DESCRIPCION GENERAL DEL PROBLEMA DEL PACIENTE.-

Paciente que presenta un cuadro clínico reumatológico típico de la Artritis Reumatoide, con 2 años de evolución, Grado II.

ENFERMEDAD ACTUAL.-

Inició su padecimiento hace 2 años con dolores en el hombro derecho, acentuándosele en la muñeca - del mismo lado, empezó a sentir que difícilmente tenía movimientos en las falanjes de ambas manos, presentó pérdida de fuerza que lo imposibilitaba para realizar trabajos de índole manual. Refiere que los dolores reumáticos son muy semejantes al dolor que le provocó una inyección en la columna para ser intervenido quirúrgicamente como consecuencia de una riña.

Desde el punto de vista psicológico, encontramos que hace mención de cambios en su estado de ánimo que se caracterizan por impulsividad, irritabilidad que manifiesta en un trato violento para sus hijos, prefiriendo permanecer aislado, porque le molesta la demanda de su familia.

HISTORIA PERSONAL Y FAMILIAR.-

Ocupa el 5o. lugar de 7 hermanos; su padre vive, la madre falleció cuando el paciente contaba con 6 años de edad.

Según él, sus relaciones familiares fueron malas, porque fué el único hombre de los hermanos, y las hermanas lo consideraban el más mimado burlándose de él. Refiere que su padre era alcohólico y por ese motivo tuvo necesidad de dejar los estudios para ayudar económicamente en el hogar, ocupándose desde entonces como granadero. Estudió secundaria y un curso de radio técnico.

Se casó a los 17 años con una mujer 5 años mayor que él, procreando 6 hijos. En un principio sus relaciones fueron buenas, pero a últimas fechas la esposa exige más de lo que puede darle, alterándolo esta situación, ya que le molesta que ella trate de exigirle situaciones que están fuera de su alcance. Sus relaciones interpersonales, tanto en el hogar - como fuera, se caracterizan por el aislamiento, siendo poco comunicativo con los que le rodean.

CONDUCTA OBSERVADA DURANTE LAS ENTREVISTAS.-

Se mostró cooperador, sin embargo le costaba - trabajo hablar de su enfermedad. El curso del pensamiento fué lento, siendo los contenidos del mismo, los problemas de relación que tiene principalmente en su trabajo y fuera de éste.

ESTUDIO PSICOLOGICO.-

La inteligencia del paciente, según el material psicológico, se muestra como superior al término medio. El conflicto psicológico está originado por una severa angustia de castración que provocó un núcleo homosexual latente. Existió en él confusión en su - identidad masculina. El padecimiento que lo aqueja parece tener una relación muy cercana con la intervención quirúrgica, que por tal motivo fué anestesiado - con raquia, situación que al parecer reactiva las fantasmas homosexuales, las que trata de manejar en base a los síntomas psicómáticos de tipo artrítico, es - decir, esta intervención agudiza el conflicto homo-

sexual colocándolo en una situación de angustia - severa que ha ido descompensando las defensas obsesivas de tal manera que en las pruebas psicológicas muestra un patrón de desarrollo en el que predominan elementos psicóticos, aunque clínicamente no se encuentra desorganizado psicóticamente; aunque sí prevalece un grado elevado de angustia. En su autoconcepto está identificado con imágenes de pasividad y sometimiento, es decir, se identifica con la víctima, actitudes provocadas por un superego femenino dominante y generador de inseguridad e incertidumbre respecto a su rol masculino, parece ser que la figura paterna no pudo darle protección respecto del papel posesivo de la madre, creándose una personalidad pasiva agresiva y sometida. Existe en él un predominio de afecto agresivo en contra de la figura materna que trata de idealizar para anular sentimientos de culpa, recurriendo a defensas de tipo paranoide, lo cual utiliza para no psicotizarse, no obstante deja entrever en el material psicológico, procesos muy enfermos de pensamiento. Tal vez las experiencias de su infancia en las que fué objeto de hostilidad de la madre, crearon en él una vivencia de enorme desconfianza respecto del medio ambiente, provocándole gran agresión que trata de manejar aislándose y evitando comprometerse en situaciones afectivas que lo tornan inseguro. Podríamos entender que la Artritis Reumatoide es una transacción entre sus impulsos instintivos y el medio ambiente.

IMPRESION DIAGNOSTICA.-

Se trata de un paciente Borderline con defensas obsesivas, combinado con mecanismos histéricos.

PRONOSTICO.-

Severo.

CASO # V

EDAD: 43 AÑOS
SEXO: MASCULINO
EDO. CIVIL: CASADO
ESCOLARIDAD: CARRERA DE VIOLINISTÁ EN LA ESCUELA
LIBRE DE MUSICA
OCUPACION: VIOLINISTA
ORIGINARIO Y RESIDENTE: DISTRITO FEDERAL

Se trata de un paciente deambulatorio, con estatura media, complexión robusta, tez morena, pelo negro, ojos negros. Integro al parecer físicamente. Su arreglo personal es sencillo, como seña particular usa lentes.

DESCRIPCION GENERAL DEL PROBLEMA DEL PACIENTE.-

Paciente con una historia clínica reumatológica de 10 años de evolución, diagnosticada como Artritis Reumatoide, Grado II.

ENFERMEDAD ACTUAL.-

Paciente que refiere haber iniciado su padecimiento con dolores en ambos hombros y en las falanjes de las manos, también dice sentirse cansado de las extremidades inferiores; en ocasiones presenta agotamiento físico que le impide trabajar. Desde hace 15 años es afecto a ingerir bebidas alcohólicas, tiene temporadas en donde cada 15 días toma bebidas embriagantes, presentando pérdida de apetito.

Por lo que hace datos de tipo psicológico informa que frecuentemente se siente muy alterado "de los nervios", irritable, al día siguiente de la ingestión de bebidas alcohólicas es víctima de alucinaciones visuales transitorias.

HISTORIA PERSONAL Y FAMILIAR.-

Ocupó el último lugar de 3 hermanos, los cuales ya murieron, la madre falleció cuando nació el paciente, el padre murió 2 años después. Fué atendido por una tía paterna quien era demasiado dura y exigente con el paciente.

Estudió Primaria y en la Escuela Libre de Música. Refiere que a los 26 años vivió en unión libre con una mujer 6 años menor, procreando 5 hijos, las relaciones fueron conflictivas, ya que considera a su mujer ambiciosa y por este mismo motivo la frecuenta lo menos posible; los problemas se acentuaron a raíz de la muerte de uno de sus hijos que hizo al paciente rechazarlos. Dice tener otra mujer que es mucho menor que el paciente, procreando 3 hijos, al parecer con ésta hay un mejor entendimiento.

CONDUCTA OBSERVADA DURANTE LAS ENTREVISTAS.-

El paciente se mostró cooperador, comunicativo, amable, trató de realizar el trabajo que se le indicó. Dirige la atención a los estímulos externos. - Su lenguaje es organizado coherente; el curso del pensamiento es lento, siendo los contenidos del mismo sus relaciones conyugales y su enfermedad reumática así como su "nerviosismo".

ESTUDIO PSICOLOGICO.-

El potencial intelectual corresponde a normal promedio, en un paciente en quien se sospecha un proceso neurológico severo por alcoholismo crónico. Es tá mostrando deterioro de las áreas del funcionamiento del Yo como es su pobreza en el nivel verbal; en su productividad ideacional, en su habilidad de análisis y síntesis, alteraciones perceptivas, que lo llevan a una conducta verbal caracterizada por concretismo, pegajosidad, tendencia a la confabulación.

Aunado a la patología orgánica, muestra perturbaciones muy severas en su personalidad, siendo lo más patológico la adicción al alcohol que dinámicamente puede entenderse como una actuación de impulsos orales que le están defendiendo de una quiebra psicótica de tipo depresivo. El alcoholismo crónico es así mismo la actuación de la agresión contra sí mismo, por existir en él una angustia en relación a sentimientos de culpa, a través del alcoholismo está evadiendo la angustia.

Existe un conflicto de castración que ha perturbado su identidad con el rol masculino y que dá como consecuencia un conflicto homosexual el cual también evade a través del alcoholismo, porque él depende fundamentalmente de su oralidad muy pasiva y agresiva, se identificó con una figura materna agresiva, pero respecto a los impulsos masculinos, fué muy pasiva su identidad, así como confusa. Es una persona muy dañada aunque todavía puede sostener una adaptación en el área de trabajo. Fuera de esta actividad en sus demás áreas de funcionamiento se encuentra muy deteriorado, pues depende consistentemente de impulsos orales como es el alcoholismo, para huir de la depresión. En su fantasía predominan imágenes de amenaza y ésto es debido a la dificultad de aceptar y manejar sus impulsos agresivos y homosexuales, ya que es muy confuso, situación que lo ha ido descompensando progresivamente y restringido sus mecanismos adaptativos.

IMPRESION DIAGNOSTICA.-

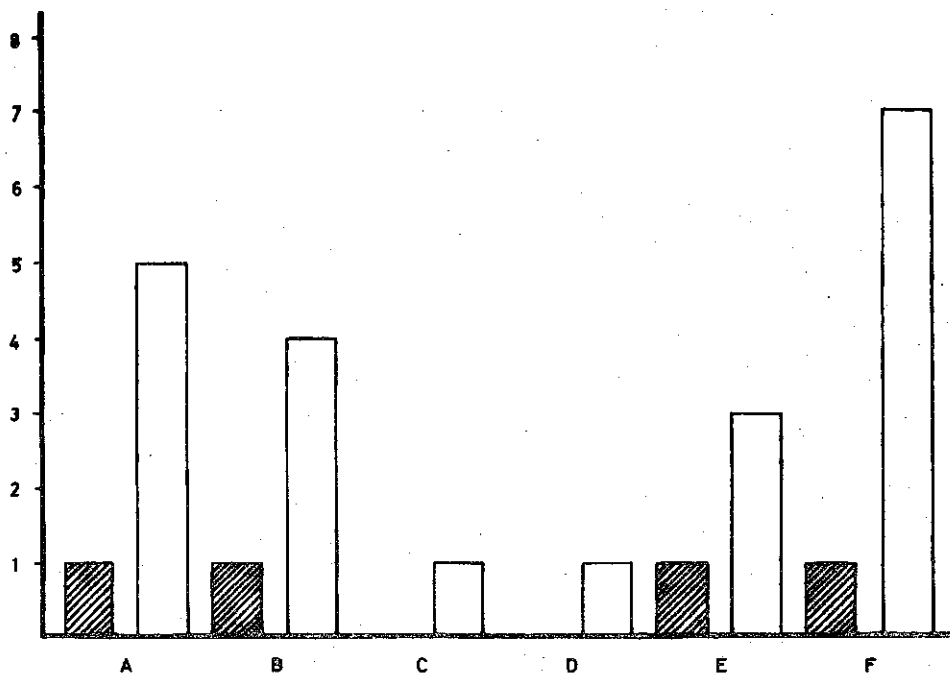
Se trata de un paciente que presenta un síndrome cerebral crónico asociado a trastorno severo de personalidad (adicción al alcohol).

PRONOSTICO.-

Severo.

GRAFICA Nº 7

DIAGNOSTICOS PSICOLOGICOS⁺



A) PROCESO PSICOTICO ASOCIADO A SINDROME CEREBRAL

B) PROCESO PSICOTICO ASOCIADO A SINDROME CEREBRAL CRONICO SEVERO

C) DEPRESION SEVERA SUBYACENTE A SINDROME CEREBRAL

D) DEPRESION PSICOTICA

E) PSICONEUROSIS

F) BORDERLINE

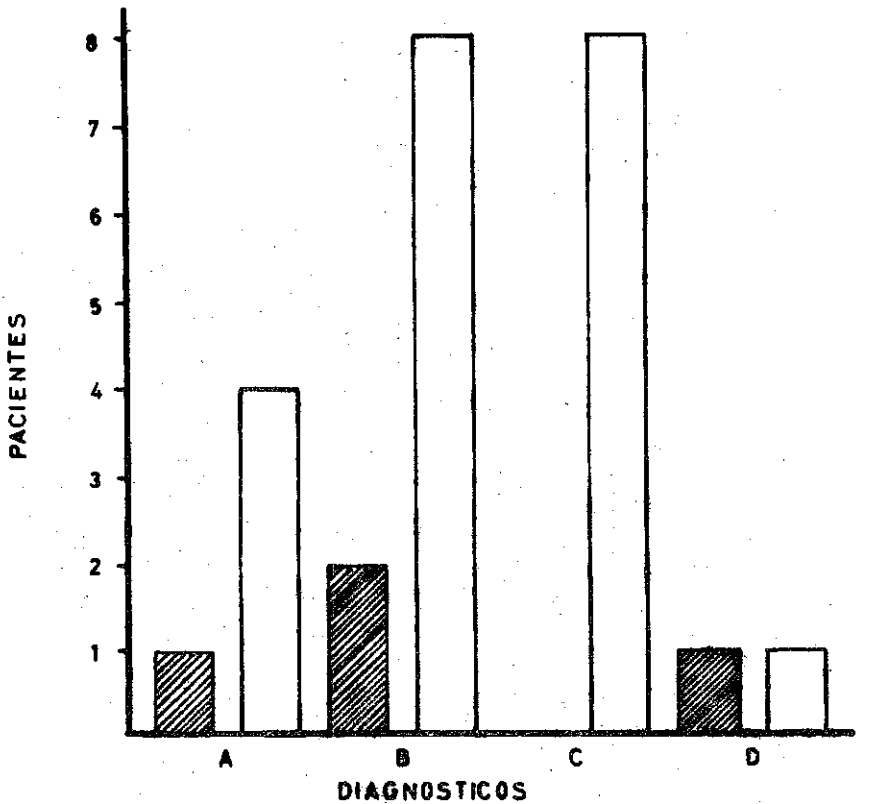
 HOMBRES

 MUJERES

♦(SEGUN AMERICAN PSYCHIATRIC ASOCIATION)

GRAFICA Nº 8

NIVEL INTELECTUAL APROXIMADO*



* OBTENIDO DE LA PRUEBA DE WAIS

■ HOMBRES

□ MUJERES

A) SUPERIOR AL TERMINO MEDIO

B) NORMAL PROMEDIO

C) NORMAL BAJO

D) DEBILIDAD MENTAL SUPERFICIAL

IMPRESION DIAGNOSTICA COMUN

Impresión Diagnóstica Común reportada en los 25 pacientes estudiados:

Personalidad Pasivo Dependiente Agresiva, de tipo Pasivo Agresivo, asociado a reacción psicofisiológica del aparato músculo-esquelético.

C O N C L U S I O N E S

Los rasgos característicos psicológicos en la batería de pruebas realizadas en los 25 pacientes, demostró lo siguiente: Pacientes Psicóticos deteriorados por su patología psicogénica que es muy - antigua, así como los pacientes con síndrome cerebral que acusa deterioro en las áreas del funcionamiento del Yo básicamente en el área cognoscitiva, son insistentes de dar respuestas semejantes en las 10 láminas del Rorschach, en las que existen respuestas populares y frecuentes que a continuación se menciona, respecto de las cuales estos pacientes se - desvían, no ajustándose a la "respuesta popular". En la lámina I, la respuesta encierra el concepto de animal alado. En la lámina II, en las manchas grises dos animales cuadrúpedos. En la lámina III, dos personas en acción. En la lámina IV, no se ha reportado respuesta popular por el autor de la prueba, ni por los subsecuentes investigadores; éstos han reportado respuestas frecuentes como por ejemplo: la piel de un animal, un hombre descomunal. La respuesta popular en la lámina V, es un murciélago. La popular en la lámina VI, es una piel o zalea de animal. En la VII, tampoco existe una respuesta popular, es frecuente dos perritos, o dos niños, o dos señoras. En la lámina VIII, la primera lámina coloreada de las tres últimas, la respuesta popular son dos animales cuadrúpedos generalmente osos. En la lámina IX, no existe respuesta popular, las respuestas frecuentes pueden ser de magos, una guitarra. En la lámina X, las respuestas populares son: dos arañas, una cara

de conejo, dos gusanos verdes. Estos pacientes -
tienden a dar respuestas como las siguientes: "Unos
huesos de cuerpo humano, huesos de la cadera", -
(L.I; L.III; L.VIII; L.IX; y L.X); "Un monstruo que
está abierto como animal (L.IV; L.VI); "Un animal
abierto: se le ve bigotes, el esqueleto y zalea" -
(L.VI). "Huesos de vértebras", (L.I; L.III; L.IV;
L.VIII; L.IX; L.X). "No le veo forma de manchas un-
das, nada más manchas en unión con un esqueleto, -
pero no le veo forma definida" (L.IX). En el resto
del material psicológico, las respuestas de estos -
pacientes se caracterizan por un nivel de funciona-
miento concreto, es decir, inhabilidad para cambiar
de actitud mental. En el Bender muestran francos
trastornos en la función perceptual-motriz; sobre
todo cuando el daño cerebral y muchas veces cuando
el trastorno psicológico es de gran magnitud, es de
cir, existe una falla en la integración y funciona-
miento del esquema corporal. En estos pacientes se
encontró que el nivel intelectual es inferior al -
término medio y en otros hay francamente déficit in-
telectual.

En los casos de pacientes que presentaron un-
cuadro de esquizofrenia paranoide con defensas histé-
ricas y obsesivas, sus respuestas son sobreelabora-
das, con ideas de temor, de persecución, como por -
ejemplo: "Una figura de una tarántula" (L.I); "Una
jaiba con colmillos o pinzas" (L.I); (L.III); "Como
unas manos que quieren apretar" (L. I). Este tipo
de pacientes como consecuencia de la enorme angus-
tia, caen a niveles funcionamiento concreto y dan
respuestas parecidas a los pacientes orgánicos, co-
mo por ejemplo: "El esqueleto, una caja torácica"
(L.III; L.VIII; L.IX); sólo que estas respuestas -
anatómicas de los pacientes esquizofrénicos con así
mismo sobreelaboradas. Son pacientes que en la prue-
ba visomotriz de Bender no presentan alteraciones de
la Gestalt, sólo en los casos que haya un daño cere-
bral severo, o que el proceso Psicótico sea muy avan-
zado.

Hemos encontrado que los pacientes con una reac-
ción psiconeurótica, obsesivo-compulsiva, dan respues

tas en las que se ve la necesidad de mantener controles muy rígidos sobre la angustia, como por ejemplo: "Un murciélago, pero le sobran estos picos" - (L.I; L.V). En las láminas en las que aparece el color rojo (L.II; L.III) porque en éstas encuentran gran incomodidad, por la simbolización de impulsos sexuales y agresivos implicados en el color rojo, con las que el obsesivo tiene gran dificultad en manejar. Es típico en ellos (L. I a la L.X), que no pueden desprenderse de la siguiente actitud mental: "De la línea media hacia la derecha, de la línea media hacia la izquierda, del centro de la lámina hacia arriba, del centro de la lámina hacia abajo, son exactamente las mismas figuras. En los pacientes en que predominan características histéricas, dan respuestas de tipo fóbico, como las siguientes: ¡Qué feo está esto! (L.VI, que implica un simbolismo fálico). En la L.II, ante el color rojo exclaman: ¡Estas son manchas de sangre! Posteriormente tienden a dar la respuesta popular que se localiza en las manchas grises y que corresponden a la visualización de dos animales cuadrúpedos.

En los pacientes depresivos las respuestas se caracterizan por una pobreza emocional y vaguedad, debido a la necesidad de retraer sus catexis hacia sí mismo. Las respuestas que dan son: "Un murciélago" (L.I). "Dos elefantes" (L.II). "Nubes" (L.VII). "Piel de un animal" (L.IV; L.VI). En el Bender, no se encontraron alteraciones perceptivo-motrices, sólo en el caso de coexistir un síndrome cerebral.

Causas predisponentes: Se trata de pacientes con una personalidad pasivo-dependiente-agresivo, de tipo pasivo-agresivo. Quiere decir que son personas que no se atreven a mostrarse abiertamente ante el medio ambiente, cuando éste les presenta equis situación que puede ser una frustración o un goce, la agresividad se expresa por métodos pasivos como la terquedad, indecisión u obstrucción pasiva; con una profunda dependencia así como resentimiento.

Causas precipitantes: Pérdida de seres queridos; padre, madre, hijos y separación de cónyuges. Ante lo

cual los pacientes en lugar de enfrentarse a la pérdida y vivir el proceso de duelo, tratan de resolverlo en base a somatizaciones severas, como en este caso la Artritis Reumatoide.

En nuestros 25 pacientes, hemos encontrado trastornos en el área sexual, motivados por fallas en el proceso de la identidad sexual como son: frigidez, -conducta fóbica. En el sexo masculino, impotencia sexual, búsqueda de la mujer a niveles infantiles como un sustituto de la madre.

Los trastornos severos de tipo afectivo, están manifestados en la patología mental, originados por la dificultad en aceptar y manejar los impulsos agresivos. Se caracterizan en sus relaciones interpersonales por labilidad afectiva de tipo agresivo y regresiones a nivel de funcionamiento muy dependiente, demandante. Tienden al aislamiento, es decir, retraen sus energías de contacto para mágicamente conservar su integridad.

La Artritis Reumatoide podría entenderse, basados en los postulados psicoanalíticos, como un intento de control hacia los impulsos agresivos y sexuales, es decir, en último término parece ser que el paciente artrítico a través de su padecimiento quisiera encontrar un castigo hacia su sentimiento de culpa. El temor de destruir se podría interpretar como el motor psicológico, que los lleva a las limitaciones físicas.

RESUMEN

Se estudiaron 25 pacientes de ambos sexos, con diagnóstico de Artritis Reumatoide Clásica, agrupados según su clase funcional. Se les practicó en forma individual, una batería de pruebas psicológicas (Wais, Machover, Bender y Rorschach), con objeto de valorar su perfil de personalidad y la determinación aproximada del nivel intelectual. Los resultados obtenidos mostraron: 6 pacientes con Proceso Psicótico Asociado a Síndrome Cerebral (24%); 5 pacientes con Proceso Psicótico Asociado a Síndrome Cerebral Crónico (20%); 1 paciente con Depresión Severa subyacente a Síndrome Cerebral (4%); 1 paciente con Depresión Psicótica (4%); 4 pacientes con Psiconeurosis (16%) y 8 Borderline (32%).

En el aspecto intelectual, 23 pacientes (92%) mostraron niveles normales en sus diversos grados y 2 pacientes (8%) Debilidad Mental Superficial.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Alexander, F. "Psychosomatic Medicine". New York, 1950.
- 2.- Balent, M. "New beginning and the Paranoid and the Depressive Syndromes". Int. J. Psycho-Anal, 33,213. 1952.
- 3.- Cleveland, S. E. and Fisher, S. "Behavior and Unconscious Fantasies of Patients with Rheumatoid Arthritis". Psychosom. Med. 16,327. 1954.
- 4.- Cobb, S. "Contained Hostility in Rheumatoid Arthritis". Arthr, and Rheum 2,419. 1959.
- 5.- Cobb, S. and Kasl, S. V. "The Epidemiology of Rheumatoid Arthritis". Amer. J. publ. hlth - 56,1657. 1966.
- 6.- Cormier, B. M. Wittkower, E. D., Marcotte and Forget. "Psychological Aspects of Rheumatoid Arthritis", Canad Med Ass. J. 77,533. 1957.
- 7.- Cormier, B. Wittkower, E. et al., "Psychological aspects of Rheumatoid Arthritis, The Canad. Med Ass. Journ. 77,533-541. 1957.
- 8.- Dollard, J. Doop L., Miller, N. Mowrer, O. and Sears, R. "Frustration and aggression. New Haven." 1939.

- 9.- Dumber, Flanders. "Psychosomatic Diagnosis". Hoeber, New York. 1944.
- 10.- Engel, G. L. and Schmale, A. H. "Psychoanalytic Theory of Somatic Disorder: conversion, - specificity and the disease onset situation J. Amer Psychoanal. Assoc. 15,344. 1967.
- 11.- Fenichel, O. "Teoría Psicoanalítica de las Neurosis." Editorial Paidós. Buenos Aires, 286,287. 1964.
- 12.- Freud, S. "Inhibition, Symptoms and Anxiety". Standard Edition. 20 London 1926.
- 13.- Goldelman, M. G. "Rheumatic Affections of the - Diencephalon Zh. Nevropat. Psikhiat. 63,1445. 1963.
- 14.- Halliday, J. L., "Psychosomatic aspects of - Rheumatism". Ann Intern. Med. 15,666. 1942.
- 15.- Halliday, J. "Psychological factors in Rheumatism". Preliminary Study Brit. M. J. 1, 213-264. 1937.
- 16.- Henkle, L. E. and Wolff, H. G. "A summary of - Experimental Evidence Relating Life Stress to - Diabetes Mellitus J. Mt Sinai Hosp. 19,537. 1952.
- 17.- Hollander, L. J. "Arthritis and Allied Conditions" Lea and Febiger Philadelphia, 185. 1969.
- 18.- Johnson, A. Shapiro L. B. and Alexander F. "Preliminary report on a Psychosomatic study of - Rheumatoid Arthritis". Psychosom Med. 9,295. 1947.
- 19.- King, S. H. "J. Chronic Dis". 2,287, 1955.
- 20.- King, S. H., and Cobb, S. "Psychosocial factors in the Epidemiology of Rheumatoid Arthritis". J. Chron Dis. 7,466. 1959.

- 21.- Ludwig, A. O. "Med. Clin. North America". 39,447
1955.
- 22.- Ludwig, A. O. "Emotional factors in Rheumatoid
Arthritis their bearing on the care and rehabilita-
tion of the Patient." Psychother Rev. 29,339. -
1949.
- 23.- Margolis, H. "Psychosocial factors in Rheumatoid
Arthritis. Considerations for their Clinical -
Management". In: J. Talbott, L. Maxwell Lockie:
"Progress in Arthritis", New York, London, 42,56.
1958.
- 24.- Meyer, B. C. "Alcuni aspetti Psichiatrici Dell'
Artrite Reumatoide. Med. Psicosom. 1,13. 1956.
- 25.- Moos, R. H. and Salomon, G. F. "Minnesota Multi-
phasic Personality Inventory Response Patterns
in Patients with Rheumatoid Arthritis". J. -
Psychosom. Res 8,17. 1964.
- 26.- Moos, R. H. and Salomon, G. F. "Personality -
Correlates of the rapidity of progression of -
Rheumatoid Arthritis". Ann, rheum. Dis 23,145.
1964.
- 27.- Naiven, F. B. and O'Brien, J. F. "Personality
Patterns of Rheumatoid Arthritis Patient". -
Arth. and Rheum. 7,18. 1964.
- 28.- Perevina, L. M., Vizgina R. J., Shderbak, V. P.
Mikhnorskaja, E. K. and Latysh, A. T. "Clinical
forms of Rheumatic Involvement of the Nervous -
System". Quoted in Exc. Med. Neurology and -
Psychiatry No. 1189, 1965, 1963.
- 29.- J. J. Pruk and J. M. Van de Loo: "The Psychoso-
matic Approach to Primary Chronic Rheumatoid -
Arthritis. Ed. F. A. Davis Company, Philadelphia.
P. A. 251,289. 1964.

- 30.- Popert, A. J. "Gold and the anti-malarials in: Modern trends and schizophrenia". J. New Ment. Dis. 124,604, 1966.
- 31.- Rado, S. "Dynamics and classification of - disordered behavior". Amer. J. Psychiat 110, 406. 1953.
- 32.- Ranan R. "A Psychosomatic Approach to - Rheumatoid Arthritis". A Clinical Study of - 100 Female Patients. Acta rheum. Scand. Suplemento No. 13,88. 1969.
- 33.- Rahe, R. H., McKean, J. D. and Arthur R. J. "A Longitudinal Study of Life Change and - Illness Patterns. J. Psychosom. Res. 10,355. 1967.
- 34.- Sánchez, V., Davanz, H. et Buvinic M. "Algunos aspectos Psiquiátricos en 50 casos de Artritis Reumatoide".
- 35.- Schilder, P. "Imágen y Apariencia del Cuerpo Humano". Editorial Paidós. Buenos Aires. - Arch, argent. reum. 22,35. 1959.
- 36.- Shmale, A. H. Jr. and Sker H. P. "The effect of hapiness and the development of Cancer - Psychosom". Med. 28,714. 1966.
- 37.- Steinbroeker, O. and Blazer, A. "New Engl. J. Med. 235,501. 1946.
- 38.- Walder, R. "Basic Theory of Psychoanalysis." New York 1960.
- 39.- Weiss, E. and English, O. S. "Psychosomatic - Medicine". Philadelphia 1949.
- 40.- Winnicott, D. W. "Psychosis and child care". Brit. J. Med. Psychol. 26,68. 1953.