



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

"Construcción Psicosomática de la Gastritis en Estudiantes de Psicología"

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A (N)

Alma Karen Nuñez Mendoza

Director: Lic. **Gerardo Abel Chaparro Aguilera**

Dictaminadores: Mtra. **Araceli Silverio Cortés**

Lic. **Irma Herrera Obregón**





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.

Agradecimientos

A mis padres:

Por regalarme lo más valioso que puede dar una persona, la vida. Por sacrificar tanto por mí y mi bienestar, porque a su entendimiento de cómo funciona la vida, intentaron hacer siempre lo mejor para hacerme feliz.

Gracias.

A mis hermanas:

Por traer alegría a mi vida y porque sin saberlo, me enseñaron la importancia de la paciencia y la tolerancia. Gracias.

A mis amigos Elisa, Isabel, Erick y Sonia:

Porque hicieron que la carrera fuera más divertida. Porque nunca me juzgaron y porque siempre me brindaron su mejor consejo. Gracias amigos amigos.

A mi maestro Gerardo Chaparro:

Por enseñarme que el respeto, la confianza y la admiración se pueden ganar en una sola clase. Gracias.

A las maestras Araceli e Irma:

Por mostrarme dos ejemplos de mujeres diferentes, determinadas, audaces, intrépidas, que rompen con los estereotipos de lo que "debe" ser una mujer.

Gracias.

A la familia Betancourt:

Por darme los recuerdos bellos de mi infancia y por quererme y aceptarme como un miembro de su familia. Gracias.

A Arturo:

Por demostrarme que existen hombres honestos. Por enseñarme el verdadero valor del esfuerzo. Por creer en mí y por dar en la justa medida.

Gracias.

ÍNDICE

	Página
RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO 1. LA VISIÓN ALÓPATA DE LA GASTRITIS	4
1.1 Historia breve de la salud y la enfermedad	4
1.2 Aparato digestivo	17
1.3 Definición de gastritis	22
1.4 Clasificación, sintomatología, diagnóstico y complicaciones de la gastritis	23
1.5 Enfoques y tratamientos	27
CAPÍTULO 2. LA VISIÓN PSICOSOMÁTICA DE LA GASTRITIS	32
2.1 Vida, naturaleza y hombre	35
2.2 La construcción del cuerpo y las emociones	40
2.3 El ambiente y la alimentación	60
2.4 La gastritis como proceso psicosomático	75
CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA Y RESULTADOS	82
CONCLUSIONES	117
BIBLIOGRAFÍA	122
GLOSARIO	126
ANEXOS	128

RESUMEN

La pérdida del bienestar tiene su origen en múltiples factores, sin embargo todos llevan al mismo resultado, que el individuo pierda el estado de equilibrio corporal. En este sentido el hombre ha tratado de encontrar respuestas acerca de cómo defenderse del dolor y la enfermedad.

El desarrollo de la medicina ha provocado bifurcaciones en la manera en que se concibe tanto la enfermedad como la noción de salud, circunstancia que ha impactado en la forma en que se abordan los diversos padecimientos.

No obstante el monopolio que la medicina practicada en el mundo occidental ha impuesto a otras alternativas médicas, no ha podido frenar el surgimiento cada vez más fuerte de otras formas de atención, mismas que se han agrupado en lo que se denomina movimiento holístico.

El enfoque psicosomático hace hincapié en dejar de fragmentar el cuerpo, como lo hacen los médicos alópatas, y tomar en cuenta otras variables como las emociones del paciente, las características geográficas donde se encuentra su vivienda, su estilo de vida, así como la relación que establece con su familia y las personas con las que convive.

En la primera parte del documento se lleva a cabo una reseña histórica a cerca de como se ha abordado la salud y la enfermedad, además de brindar una visión alópata de la gastritis. En la segunda parte se aborda el padecimiento desde un punto de vista holístico, tomando en cuenta, la teoría de los cinco elementos, la importancia del ambiente y de la alimentación.

La investigación se llevó a cabo con 12 participantes del sexo femenino, todas estudiantes de psicología. Se realizó una entrevista semiestructurada para obtener su historia de vida y establecer los elementos que jugaron un papel representativo en la construcción de la gastritis.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad ha estado presente en la especie humana durante toda su historia evolutiva. Diversas circunstancias han llevado a que el ser humano manifieste trastornos que le provoquen malestares en diferente grado, desde los más benignos hasta los más dolorosos e incapacitantes. Esta pérdida del bienestar tiene su origen en múltiples factores, de los cuales, la presencia de virus y bacterias es lo que más ocupa la atención de la medicina occidental actual, dejando de lado el ritmo de vida de la persona, que engloba sus hábitos alimenticios, la relación con sus allegados, horas de descanso, actividades recreativas, su pasado, entre otros asuntos. El descuidar cualquiera de estos temas lleva al mismo resultado, que el individuo pierda el estado de equilibrio.

El hombre trata de encontrar respuestas acerca de cómo defenderse del dolor y la enfermedad, muchas veces recurriendo solamente a la medicina alópata y encontrando soluciones temporales, que ayudan con los síntomas sin saber el verdadero origen de estos. Así, la persona logra silenciarlos y seguir con su vida como antes, sin pensar en qué lo llevó a ese estado de salud. La decisión de no hacer cambios en su vida solo logra que el cuerpo proteste más fuerte, lo que lleva al individuo a entrar en una lucha constante entre el síntoma y el medicamento que finalmente lo conduce a una enfermedad crónica.

Es de esta forma que la gastritis se ha extendido de forma agigantada y es prácticamente un trastorno permanente en la población mexicana, a pesar de esto, es un padecimiento poco valorado por la medicina occidental.

Ante la incapacidad de la medicina occidental para dar solución a la gastritis, se ha dirigido la mirada a tratamientos de medicina considerada alternativa, si bien estos tratamientos han ayudado, aún no tienen una aceptación total por considerarse “no científicos”, esotéricos o placebos.

Otra problemática que no ha sido atendida por la medicina como se debería, es la cuestión emocional del individuo, siendo muchas veces el origen del desequilibrio,

las emociones solo son tomadas en cuenta cuando la medicina alópata no encuentra respuestas o no puede dar soluciones que su ciencia pueda explicar.

En este sentido, el enfoque psicosomático resulta lo más acertado para tratar la gastritis y las enfermedades en general, debido a que toma en cuenta factores como son la alimentación, la calidad del aire que respiramos, la calidad de las relaciones interpersonales, las emociones, y el mantener el equilibrio de opuestos y por lo tanto de energía. De este modo, representa una vía importante para la atención eficaz para solucionar de manera efectiva e integral dicha afección.

CAPÍTULO 1. LA VISIÓN ALÓPATA DE LA GASTRITIS.

1.1 Historia breve de la salud y la enfermedad

La enfermedad ha estado presente en la especie humana durante toda su historia evolutiva. Diversas circunstancias han llevado a que el ser humano manifieste trastornos que le provoquen malestares en diferente grado, desde los más benignos hasta los más dolorosos e incapacitantes.

Esta pérdida del bienestar tiene su origen en múltiples factores, sin embargo todos llevan al mismo resultado, que el individuo pierda el estado de equilibrio corporal. En este sentido el hombre ha tratado de encontrar respuestas acerca de cómo defenderse del dolor y la enfermedad.

No obstante de que el ser humano ha construido una visión negativa en torno a las enfermedades, Sánchez (2002), plantea que estas tienen un valor evolutivo ya que han contribuido a regular el tamaño, las características y el desarrollo de las especies, por ejemplo los cambios ecológicos pueden poner en contacto especies de organismos que anteriormente permanecían separadas y provocar con ello la aparición brusca de enfermedades.

Por tanto, las epidemias y las enfermedades nuevas generalmente son el resultado de algún cambio en el medio ambiente, y no dependen solo de las características aisladas del microorganismo.

De este modo, el ser humano a través de sus procesos culturales produce cambios y alteraciones ambientales tales como la creación de hábitats artificiales, como los cultivos, las granjas, los embalses, los poblados, las áreas urbanas, entre otras, provocando cambios en los patrones de las enfermedades que se han producido como consecuencia de la aparición de agrupamientos humanos densamente poblados, como las ciudades o los edificios cerrados.

Históricamente el concepto de salud de acuerdo a Guerrero y León (2008), se asocia con la definición de enfermedad, circunstancia que frecuentemente dificulta

el establecimiento de límites entre ambos, ambigüedad que resulta de las percepciones y creencias de los seres humanos.

En este sentido, la definición del concepto de salud que actualmente establece la OMS está referida a un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente a la ausencia de afecciones o enfermedades.

Por su parte Sournia (citado en Joyce-Moniz y Barros, 2007), establece que la enfermedad no tiene existencia en sí, es una entidad abstracta a la cual el hombre le da un nombre.

Es así que a partir de las indisposiciones que una persona tiene, los médicos crean una noción intelectual que agrupa los síntomas que sufre el enfermo, las señales que puede constatar un observador, las lesiones anatómicas, a veces una causa o un germen causal, y a este conjunto se le etiqueta como diagnóstico, del que parte un tratamiento destinado a actuar sobre los síntomas y, si es posible, sobre la causa.

En consideración de lo anterior, se hace necesario hacer un breve análisis histórico del desarrollo y manejo de las enfermedades presentes en las diversas etapas culturales de la humanidad, con la finalidad de abordar el tema de la gastritis tomando en cuenta la influencia de los métodos de la antigüedad en los tratamientos actuales.

En la historia de la humanidad, comenta Sánchez (2002), se han presentado tres grandes periodos o etapas culturales, el periodo de caza y recolección, el periodo agrícola y el periodo industrial, en los cuales se han dado cambios que han dado como resultado una evolución de las enfermedades del ser humano.

En el periodo de caza y recolección, los grupos humanos eran aislados e integrados por menos de 100 individuos. Su alimentación estaba compuesta por carnes, pescados, frutas y verduras, careciendo de cereales y de productos lácteos.

Las principales enfermedades y causas de muerte, estaban determinadas principalmente por las producidas por microorganismos que permanecen largo tiempo en el individuo, por microorganismos comensales oportunistas, causantes de infecciones, por saprófitos del suelo, así como por el contacto con animales salvajes.

El periodo agrícola estableció el sedentarismo como estilo fundamental de vida, de tal modo que empezaron a desarrollarse las primeras ciudades, formándose en ellas grupos humanos más numerosos y hacinados.

En el plano de la alimentación aparecieron los cereales y los productos lácteos, se inició el consumo de bebidas alcohólicas obtenidas por fermentación de cereales y la ingesta de infusiones vegetales con agua hervida. La dieta tuvo como base los alimentos vegetales sin refinar.

Las condiciones sanitarias imperantes provocaron la aparición de epidemias y enfermedades infecciosas agudas, debido a que en las ciudades aumenta la exposición a infecciones por contagio en razón del hacinamiento en las viviendas, la contaminación causada por los desechos y el incremento de la interacción con otras personas.

Asimismo, la domesticación animal aportó nuevas fuentes de infección ya que los animales pueden transmitirle más fácilmente al ser humano sus gérmenes y parásitos.

Por otro lado, la pobreza nutricional que generaba el tipo de alimentación acostumbrada, provocó cuadros periódicos de malnutrición, circunstancia que incrementó la susceptibilidad a las infecciones. Además algunas formas de cultivar o de almacenar los alimentos desarrollaron gérmenes o atraían animales transmisores de enfermedades. Al mismo tiempo las epidemias abarcaron regiones cada vez más amplias como resultado del desarrollo económico, los viajes, el comercio y las guerras.

El estilo de vida en el periodo industrial, desde sus inicios mostró importantes cambios entre los que destacan la escasez de ejercicio físico y los ambientes laborales insalubres.

Como consecuencia de la transformación acelerada de las condiciones de vida, se produjo un aumento en el estrés favoreciendo el desarrollo de ciertas enfermedades; una mayor frecuencia de accidentes violentos; el consumo de productos y drogas nocivas como el alcohol, el tabaco, toda clase de sustancias químicas adictivas; así como mayor exposición a sustancias tóxicas como productos químicos industriales, contaminantes, fertilizantes y pesticidas.

En este periodo se logran disminuir las enfermedades infecciosas, debido principalmente a la introducción de medidas higiénicas generales a finales del siglo XIX, por ejemplo, el tratamiento de las aguas y de la basura, así como el mejoramiento de las condiciones de trabajo, de vivienda y de vida en el siglo XX.

Pese a lo anterior, aunque hoy en día la esperanza de vida en los países desarrollados se sitúa por encima de los 75 años, actualmente las enfermedades que prevalecen en los primeros lugares son las que están asociadas al progreso como las vasculares, tumorales, traumáticas, degenerativas y metabólicas, entre otras, debido a que los cambios en la dieta giran en torno a la ingesta de menos fibra y más grasas animales, azúcares refinados y sal.

Como se observa, los cambios presentes en cada período han obligado al ser humano a desarrollar estrategias que le permitan enfrentar las enfermedades, de esta manera es como aparece la figura del médico, quien de diferentes formas se muestra como el experto, especialista o conocedor.

En este sentido, Sánchez (2002), propone que todas las formas de medicina que han existido, como se muestra en la tabla 1.1, se basan en alguno o algunos de los fundamentos siguientes: la experiencia empírica, la racionalidad “científica” y las creencias mágicas.

Cuadro 1.1 Tipos de medicina según sus fundamentos.

Medicinas empírico-creenciales (basadas solo en el empirismo y en las creencias mágicas)	Medicinas racionales y científicas (incorporan algún fundamento científico aunque pueden persistir los dos anteriores)
<p>Formas originarias</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicina prehistórica • Medicinas primitivas • Medicinas populares propias del pueblo no instruido <p>Formas sistemáticas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicinas arcaicas. Egipto y Oriente próximo • Prácticas médicas no validadas: medicinas paralelas o alternativas actuales 	<p>Medicinas científico-especulativas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medicinas clásicas asiáticas <ul style="list-style-type: none"> ▪ Medicina china ▪ Medicina hindú • Medicina racional Occidental <ul style="list-style-type: none"> ▪ Medicina griega clásica ▪ Medicinas asimiladas a la griega: romana, bizantina, árabe y medieval <p>Medicina científico-experimental</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Medicina contemporánea

Tomado de Sánchez (2002).

De acuerdo al cuadro anterior, la experiencia empírica es la que conduce a utilizar remedios que han sido encontrados al azar, ensayados por tanteo y error, e incorporados porque parecen ser útiles. Se usan sin que exista una justificación teórica, y sin comprobar científicamente los resultados terapéuticos.

En relación a lo anterior, Cavazos y Carrillo (2009), comentan que la enseñanza de la medicina se reservó para la casta sacerdotal al ser la salud y la enfermedad motivo de pensamientos mágicos y religiosos, que el papel del médico primitivo era el de encargarse del cuidado de los individuos del clan o tribu, y que podía reunir diversas funciones como sacerdocio, enseñanza, orientación, curación y vigilancia. Las principales técnicas de atención eran la realización de ciertos procedimientos utilizando plantas, mismos que iban acompañados de rituales, encantamientos y conjuros.

Por su parte, las creencias mágicas son aquellas que llevan al ser humano a interpretar y manipular la realidad según ciertos “estereotipos”, “categorías” o “universales” mágicos, esta mentalidad se caracteriza por:

1. Suponer la existencia de fuerzas sobrenaturales como la acción de las divinidades, la ira de los demonios, los espíritus de los muertos y el poder mágico de ciertos objetos o personas.
2. Creer que existen otros mundos superpuestos o paralelos al mundo físico.
3. Pensar que todo lo que sucede en este mundo es resultado de fuerzas sobrenaturales.
4. Atribuir a ciertos individuos especiales la capacidad de entrar en contacto con los otros mundos.
5. Confiar en que las fuerzas sobrenaturales pueden ser manipuladas mediante ciertos rituales o procedimientos mágicos.

Por último, Sánchez (2002), establece que las medicinas racionales y científicas intentan prescindir de lo mágico religioso, teniendo como características principales atender al qué son las cosas y qué propiedades tienen en sí mismas, encontrar leyes y explicaciones universales así como la utilización de un método.

Las primeras civilizaciones establecidas de manera formal, de acuerdo a Cavazos y Carrillo (2009), mantuvieron desde su origen la visión de la medicina bajo la concepción mágico-religiosa. En este sentido, en Mesopotamia los dioses castigaban a los pecadores con enfermedades, aunque podían también devolver la salud si se realizaban ciertos ritos, como la ofrenda de sacrificios.

La práctica de la medicina era ejercida por tres tipos de sacerdotes: los que utilizaban métodos de diagnóstico y pronóstico de la enfermedad, los que realizaban exorcismos y los que realizaban encantamientos y adivinaciones, estos además proporcionaban remedios o llevaban a cabo procedimientos quirúrgicos.

Del mismo modo, se enseñaban los métodos adivinatorios, como la lectura del sueño, la adivinación mediante el fuego y la consulta a los muertos, entre otros. Algunos de estos procedimientos adivinatorios estaban basados en la astrología.

En otro sentido, la medicina empírica se utilizaba en los traumatismos y fracturas de los huesos y en la descripción de síntomas de diversas enfermedades. Se crearon tratamientos a base de plantas y minerales como opio, sauce, aceite de pino, orégano, sal, cerveza y arsénico así como de vísceras animales, aplicándose por vías oral, cutánea, respiratoria o rectal. La receta como prescripción médica es utilizada por primera vez, esta palabra se deriva del griego y significa “hágase”.

Posteriormente en Egipto se utilizaron la magia y los encantamientos preponderantemente, sin embargo, emplearon también el interrogatorio y el reconocimiento de ciertos signos y síntomas y la relación de estos con la enfermedad. Si el diagnóstico era de una enfermedad incurable el médico no realizaba ningún tratamiento al paciente, pues lo consideraban poco pragmático.

Para medicar utilizaron remedios vegetales, sustancias minerales y de origen animal. Podían administrar medicamentos por enema o mediante la vía oral, en ocasiones se aplicaban remedios vía vaginal, realizaban la punción de la piel, la sangría, la colocación de férulas y reducción de fracturas.

El pueblo hebreo es la primera cultura que considera la higiene como aspecto fundamental de la salud. El concepto que manejan de enfermedad gira en torno a considerar su origen en el pecado, en la impureza. La medicina por tanto se basó en la higiene, la cual era estricta y de carácter religioso. Los escritos religiosos establecen las reglas y preceptos que deben cumplirse, se regula la alimentación que debe de ser pura, libre de sangre, esta no debe ser consumida ya que se considera sagrada, asimismo existen alimentos prohibidos como los mariscos y el cerdo.

La curación de la enfermedad se basa en la idea de que cuando el individuo ha cometido pecado se vuelve impuro, por lo que este debe realizar el sacrificio ritual de un animal o de una ofrenda con lo que se purifica, de esta manera los profetas y los sacerdotes se vuelven un vínculo entre el sanador universal y los fieles enfermos. También curaban con plantas como la mandrágora, el cáñamo índico, la canela y el bórax.

La cultura de la India, es descrita en textos como el Rig Veda, el Sama, el Yajur y el Athar Vaveda, este último contiene el Ayurveda en el cual se describe su sistema de medicina. Este analiza al cuerpo humano en término de cinco elementos y tres humores, para prevenir la enfermedad, se enfatiza la práctica de ejercicio, buena alimentación y la práctica de la Yoga.

Asimismo, Guerrero y León (2008), señalan que el Ayurveda trata el cuerpo, la mente y el espíritu y está relacionado con una visión profunda de la vida y la conciencia. Se considera que todos los sistemas médicos modernos derivan de estas propuestas.

Por su parte Cavazos y Carrillo (2009), agregan que el Ayurveda está dividido en ocho ramas, mismas que se relacionan con medicina interna, cirugía, oídos, ojos, nariz y garganta, pediatría, toxicología, purificación de los órganos genitales, salud y longevidad y curación espiritual.

La medicina Ayurveda se basa en el equilibrio del cuerpo con el cosmos, este se haya en contacto con el cuerpo a través de canales de energía que penetran y recorren el cuerpo de los humanos mediante conductos microscópicos. Los diagnósticos se basaban en la observación de los síntomas y en la investigación de la orina. Los tratamientos se basaban en el uso de plantas medicinales como el opio, cáñamo índico y la mandrágora y en la cirugía.

La cultura China por otro lado, continúan los autores, se aleja de las creencias mágico-religiosas y ofrece un punto de vista diferente en la concepción de la enfermedad, debido a que la considera como producto de la influencia de factores como la dieta, el estilo de vida, las emociones, el medio ambiente, la edad y la herencia.

Su tradición médica se condensa principalmente en el Nei Ching. Según este tratado, el concepto de salud se basa en el equilibrio de las energías internas del cuerpo, de las corrientes Yin y Yang las cuales se originan en el Tao y circulan en el cuerpo a través de meridianos.

Estas corrientes energéticas constituyen dos fuerzas complementarias, contrarias y en equilibrio (Guerrero y León, 2008; Cavazos y Carrillo, 2009).

De este modo, el trabajo y las funciones de los médicos, como señalan Cavazos y Carrillo (2009), se centraban en utilizar sus técnicas para la prevención de las enfermedades, y no solo para su cura. Para ello se dividían las poblaciones entre varios y realizaban visitas periódicas.

En la cirugía utilizaron por primera vez una anestesia de origen herbal. Asimismo destacan por un lado, la utilización de la acupuntura para reestablecer el equilibrio en las fuerzas internas del cuerpo con la finalidad de producir alivio de los síntomas; por el otro, el desarrollo de una técnica de inmunización contra la viruela.

En la medicina Griega Alcmeón de Crotona, indica Sánchez (2002), concibió la enfermedad como un desequilibrio entre cualidades naturales opuestas, menciona que lo que conserva la salud es el equilibrio de las potencias: de lo húmedo y lo seco, de lo frío y lo caliente, de lo amargo y lo dulce, etc., y que el predominio de una entre ellas es causa de enfermedad.

Por su parte, Hipócrates de Cos, plantean Cavazos y Carrillo (2009), creó su escuela de medicina en la que aplica su filosofía y desarrolla la historia clínica, documento basado en las manifestaciones de las enfermedades.

Asimismo, Sánchez (2002) considera que se le atribuyeron 53 libros médicos, el llamado *Corpus Hippocraticum* en el cual la medicina es ya científico-técnica porque se basa en la observación de los fenómenos y el método para realizarlo. En cuanto a la concepción de la enfermedad, esta era concebida como un desequilibrio el cual era una mala mezcla de “humores”.

En este sentido, Cavazos y Carrillo (2009) comentan que Hipócrates establece la teoría humoral de la enfermedad que establece que el cuerpo humano tiene cuatro fluidos o humores, *Hema* o sangre, *flegma* o mucosidad, bilis amarilla o *coles* y bilis negra o *melancoles*, los cuales se mantienen en equilibrio.

Para efectuar sus diagnósticos los médicos hipocráticos, como lo explica Sánchez (2002), se valían de tres procedimientos:

1. Exploración sensorial. Exploraban el cuerpo del enfermo usando los cinco sentidos.
2. Comunicación verbal. El médico interrogaba al enfermo
3. Razonamiento. Comparaban y reconocían las semejanzas con otros casos.

Empleaban la dieta, los fármacos y la cirugía, creían en la fuerza sanadora de la naturaleza y en el papel meramente colaborador del médico. Recomendaban abstenerse de tratar a los enfermos incurables. El juramento hipocrático expresa los principios de beneficio al enfermo y de no producción de daño.

La introducción de la medicina griega en Roma, señalan Cavazos y Carrillo (2009), tuvo como consecuencia que esta se diversificara en múltiples posturas, posteriormente Galeno elaboró un sistema que las sintetizó, hizo descripciones de la anatomía superficial y sobre el tratamiento de lesiones y heridas, logró grandes descubrimientos en la farmacia y la terapéutica y clasificó los fármacos en simples y compuestos.

También señaló “cuatro géneros” de enfermedad:

1. Enfermedades de los humores
2. Enfermedades de las partes similares: venas, nervios, huesos, ligamentos.
3. Enfermedades de las partes instrumentales (u órganos).
4. Enfermedades por solución de continuidad.

En la medicina occidental de la Edad Media de acuerdo a Sánchez (2002), se pueden distinguir dos periodos, en el primero llamado el de la medicina monástica que va desde el siglo VI al XII, la práctica médica se centró en los monasterios; en el segundo la práctica se centró en las universidades donde se desarrolló un saber médico basado en la tradición clásica siendo sistemático y especulativo.

Durante este periodo, Cullari (2001), afirma que resurgen la demonología y la brujería, concepciones que explicaban las enfermedades mentales como resultado

de la posesión demoniaca, siendo esto un ejemplo de la representación del pensamiento mágico de la época y como este se empezó a ligar con la religión.

Como consecuencia de estas ideas, el clero se encargó del tratamiento de la histeria y de ciertos padecimientos, como las convulsiones y la epilepsia. Las curaciones iban desde el rociado con agua bendita, pasando por el exorcismo, hasta la muerte. Si una mujer se involucraba en prácticas curativas debía ser una bruja, ya que representaba la fuente del pecado original, por tanto, cualquier práctica de curación tenía su origen en el diablo y su castigo por intentar curar al enfermo serían la tortura y la ejecución.

La influencia árabe en occidente, destacan Cavazos y Carrillo (2009), llevó a dividir la medicina en dietética, misma que se destina a las personas sanas para regular su vida, tomándose en cuenta las seis cosas no naturales de Galeno en farmacéutica, donde se daba gran importancia a los herbarios y a las prácticas alquímicas; y la cirugía, que posteriormente se separa de la medicina ya que por influencia del cristianismo se rechazaron las prácticas que conllevan derramamiento de sangre, quedando por tanto la práctica quirúrgica en manos de barberos.

En el renacimiento, periodo que abarca los siglos XV y XVI, menciona Sánchez, (2002), se produjo un cambio en la valoración del ser humano y en la actitud hacia el cuerpo, considerándose como valores humanos entre otros, la afirmación de la dignidad del hombre, la valoración positiva del cuerpo humano y admiración de su belleza, la exaltación del individualismo y el reconocimiento de un nuevo ideal humano: el sabio universal.

En el siglo XVI, comentan Cavazos y Carrillo (2009), Paracelso se convierte en el reformador de la medicina al considerar que la “química tiene por cometido obtener medicamentos para combatir a las enfermedades, puesto que los fenómenos fisiológicos son en esencia de índole química”, su concepción consistía en obtener la esencia o principio activo de las drogas, que llamó “la quinta esencia”, siendo con esto el precursor de la química farmacéutica.

Posterior al renacimiento, en el siglo XVII fueron utilizados medicamentos nuevos provenientes de América como el guayaco, la ipecacuana, la quina y la coca. Harvey por su parte demostró la existencia de la circulación sanguínea, empezaron a utilizarse los primeros microscopios y las fibras fueron sustituyendo a los humores como elementos últimos de la materia viva.

Sánchez (2002), explica que en el siglo XVIII se empezaron a desarrollar diversos sistemas médicos, de tal forma Boerhaave y Hoffmann construyeron un sistema de corte mecanicista; Stahl propuso un sistema vitalista, basado en la idea de un “principio vital” que dirigía y unificaba las funciones orgánicas; mientras que Cullen y Brown elaboraron un sistema en el que otorgaron al sistema nervioso un papel fundamental en el mantenimiento de la salud.

Al mismo tiempo que se planteaban estas propuestas se realizaron líneas de trabajo para clasificar sistemáticamente a las enfermedades, se pretendía con ello ordenar la diversidad de síntomas, racionalizar el diagnóstico y suministrar una guía para la terapéutica específica.

En el siglo XIX, Sánchez (2002), comenta que la medicina pretende convertirse en una ciencia natural, por ello aparecieron sucesivamente tres perspectivas metodológicas, o mentalidades médicas distintas, la primera que se desarrolla a principios de este siglo es la mentalidad anatomoclínica, consistente en correlacionar las observaciones y exploraciones clínicas con los hallazgos autopsicos, se afirma que la enfermedad reside en una lesión anatómica, sin embargo carecía de sustento para explicar los procesos funcionales alterados, ni las causas de las enfermedades.

La mentalidad fisiopatológica, que se presenta a mediados del siglo, se caracteriza porque las funciones y disfunciones orgánicas comenzaron a ser estudiadas con los métodos de la física y de la química, a través de la experimentación medible de los procesos fisiológicos, por este motivo se instalaron laboratorios experimentales al lado de los hospitales clínicos, de esta manera el concepto de enfermedad se centra en la alteración funcional.

En la tercera, correspondiente a la mentalidad etiopatológica, cuyos inicios se dan en el último tercio del siglo XIX, como resultado del desarrollo de la microbiología y de la toxicología se entiende a la enfermedad como consecuencia de la acción de un agente externo, microbiano o tóxico, y se afirma que la enfermedad está causada por una infección.

Ya en el Siglo XX, estos tres modelos o mentalidades se integraron y complementaron, asimismo siguen siendo enriquecidos con los aportes de la biología molecular y los estudios genéticos. También se han desarrollado modelos médicos no basados en lo biológico, entre ellos la psicopatología, la medicina psicosomática y la patología social.

A pesar de los progresos de la medicina, Sánchez (2002), remarca que actualmente ésta ha entrado en una crisis por diversos factores, por un lado se identifica un descontento entre los usuarios y una insatisfacción entre los médicos ya que ha cambiado la relación médico-enfermo, denunciándose frecuentemente la deshumanización de la asistencia médica.

Cuando el empleo de las nuevas tecnologías médicas enfocadas, sirve sólo para realizar procesos sin cuestionar las implicaciones éticas y morales de su significado, no se plantean sus repercusiones en las personas, por lo que el paciente comienza a convertirse en un número, entonces la escucha y el trato directo disminuyen y se da prioridad más al registro y a la técnica, que a la empatía.

En este sentido, señala que la tecnología es una herramienta que ayuda a acelerar el proceso de toma de decisiones clínicas a partir de estándares previamente determinados y delimitados, esta circunstancia conlleva la rigurosidad en los diagnósticos y tratamientos en función de protocolos, guías y manuales, dejándose de lado la voluntad del paciente.

Asimismo, prácticas médicas como la manipulación genética, el desarrollo de la nanotecnología, las terapias agresivas que causan daño a otros órganos, el uso de las células madre, la aplicación de protocolos de forma esquemática, así como

el acceso a las nuevas tecnologías, que por su costo solo son accesibles para un número reducido de pacientes, entre otras, generan dilemas éticos a los que se enfrentan los pacientes y los médicos, tales como conflictos con la autonomía y dignidad del paciente, el derecho a la información sanitaria, la aplicación de últimas voluntades así como la delimitación de los esfuerzos terapéuticos, que obligan a replantear los valores tradicionales presentes en la práctica médica.

Por su parte, Fabrega, (citado en Sánchez, 2002), ha señalado deficiencias en la medicina tales como su insuficiente atención a la dimensión social y adaptativa que tiene la enfermedad, y su incapacidad para penetrar en el significado simbólico y cultural de la enfermedad humana.

Del mismo modo Kleinman (citado en Sánchez, 2002), postula que la crisis se observa en los modelos explicativos: el del médico está centrado en el concepto de lesión o alteración orgánica, mientras que el del paciente gira en torno a la dolencia subjetiva que sufre, y está condicionado por su cultura de procedencia y sus propias experiencias personales. En consecuencia, se ha producido una disociación demasiado grande entre el modelo explicativo del médico científico y el que tienen sus propios pacientes.

Como se observa en esta breve reseña histórica, el desarrollo de la medicina ha provocado bifurcaciones en la manera en que se concibe tanto la enfermedad como la noción de salud, circunstancia que ha impactado en la forma en que se abordan los diversos padecimientos.

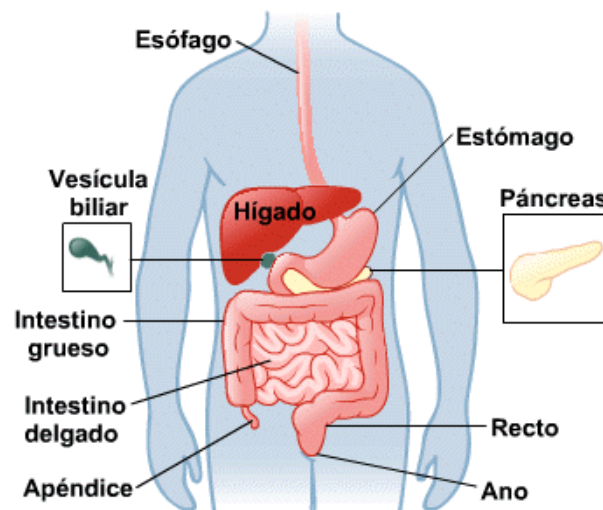
En este sentido es importante considerar el modelo explicativo que elige el médico para abordar la enfermedad, mismo que va desde la postura de la medicina alopática, hasta aquellas que pretenden una visión integradora como lo representa el enfoque psicosomático.

Sin embargo, independientemente del modelo, es necesario partir del conocimiento de los órganos del aparato digestivo para un primer acercamiento al fenómeno de la gastritis, motivo de este documento.

1.2 Aparato digestivo

De acuerdo a lo anterior Higashida (2005), plantea que el sistema digestivo tiene como funciones degradar y absorber las sustancias nutritivas de los compuestos alimenticios para su aprovechamiento. Este sistema (Fig. 1.1), está formado por un tracto o conducto que se divide en boca, faringe, esófago, estómago, intestino delgado, intestino grueso, ano y por los órganos accesorios que son dientes, glándulas salivales, hígado, vesícula biliar y páncreas.

Figura 1.1. Sistema digestivo.



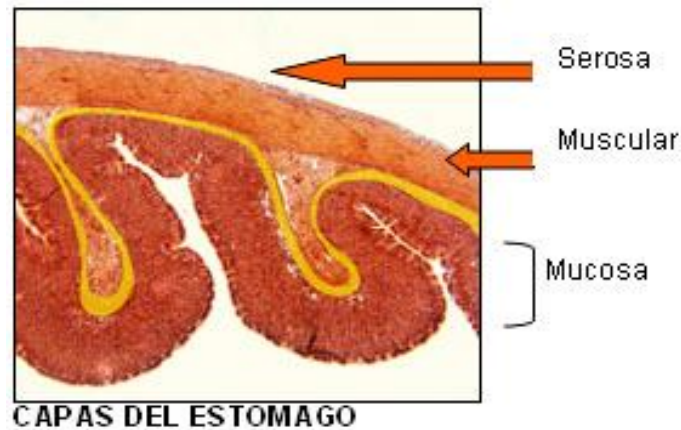
Tomado de www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/digestive

La faringe es un conducto común al sistema digestivo y al sistema respiratorio; se encuentra atrás de la boca y de la nariz y se comunica con la laringe y el oído medio. Sirve para conducir los alimentos y el aire, y como caja de resonancia para la voz. Cuando se deglute, un cartílago en la laringe, la epiglotis, se mueve hacia abajo y forma una especie de tapa sobre la glotis, enviando los alimentos al esófago e impidiendo que pasen a la laringe.

El tracto digestivo está compuesto por el esófago, el estómago, el intestino delgado y el intestino grueso, los cuales comparten una estructura microscópica conformada por cuatro capas: la mucosa, la submucosa, la muscular externa y la serosa (figura 1.2).

La mucosa está formada por tres capas: el epitelio, la lámina propia de tejido conectivo de sostén y una capa de músculo liso denominada muscularis mucosae.

Figura 1.2. Capas del estómago



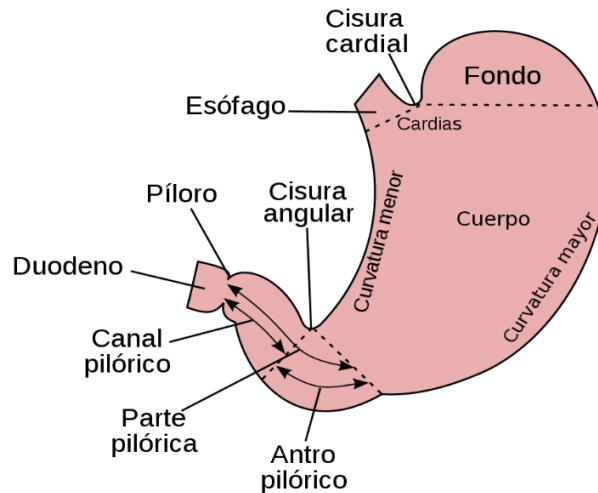
Tomado de: <http://www.seom.org/en/informacion-sobre-el-cancer/info-tipos-cancer/digestivo/estomago?showall=1>

En el interior de la submucosa existen numerosos vasos sanguíneos que forman plexos; sus pliegues son el sostén de los que a su vez se observan en la superficie del tracto digestivo. La capa muscular externa es la responsable principal de los movimientos peristálticos que permiten el tránsito de los alimentos a lo largo del tracto digestivo. La cuarta capa es la más externa y corresponde a la serosa, que es una cubierta de células planas en las partes donde el tracto digestivo está libre, lo que constituye el peritoneo.

El esófago conecta a la faringe con el estómago. Se encuentra atrás de la tráquea, atraviesa el diafragma, penetra en el abdomen y se abre en el estómago. En el esófago no se efectúan funciones de absorción ni digestión, su única función es conducir el bolo alimenticio al estómago.

El estómago se encuentra en la parte superior del abdomen, de acuerdo a Higashida (2005), y Gómez (2003), se divide en cardias, fondo, cuerpo, antro y píloro como se muestra en la figura 1.3.

Figura 1.3 Estructura del estómago



Tomado de <http://www.fondosmil.com/partes-del-estomago/>

La mucosa del estómago tiene numerosas glándulas gástricas que secretan el jugo gástrico. Cuando el bolo alimenticio llega al estómago a través de las cardias, se producen movimientos peristálticos que lo mezclan con el jugo gástrico; este contiene ácido clorhídrico, moco y enzimas digestivas, de tal modo que el bolo alimenticio se transforma en un líquido llamado quimo.

El estómago señala Gómez (2003), tiene 4 funciones: motora, secretora, de protección de la mucosa y antibacteriana. En la función motora se observa que inicialmente se almacena la comida sin que aumente la presión intragástrica, los líquidos se distribuyen por todo el estómago y se vacían rápidamente, mientras que los sólidos son sometidos a un proceso de mezcla, trituración y amasado para convertirlos en partículas menores a un milímetro. El paso del alimento del estómago al duodeno puede dificultarse si el alimento es muy ácido, tiene una gran cantidad de grasa, si hay distensión del intestino o si existen estados de angustia o de tensión.

En relación a la función secretora, el estómago produce jugo gástrico que es una mezcla de saliva y secreciones gástricas, de estas la más importante es el ácido clorhídrico, sus funciones principales son activar la conversión del pepsinógeno a

pepsina, misma que inicia la digestión de las proteínas, y esterilizar el quimo gástrico destruyendo las bacterias.

Del mismo modo el estómago y el duodeno secretan bicarbonato de sodio, el cual juega un papel en la protección de estos órganos a la autodigestión. En este sentido los mecanismos de protección de la mucosa están referidos al papel que juegan las prostaglandinas.

El intestino delgado empieza en el píloro y termina en un anillo muscular, la válvula ileocecal. Se divide en dos partes: una fija, el duodeno y una móvil, el yeyuno-ileón. El intestino delgado está diseñado para completar la digestión y absorber las sustancias nutritivas que requiere el organismo, para esto el epitelio tiene microvellosidades.

El intestino grueso va desde el ileón hasta el ano. Tiene su mucosa revestida por epitelio cilíndrico con abundantes células productoras de moco pero sin vellosidades. En el intestino grueso se reabsorbe el agua y se forma el bolo fecal que avanza por medio de movimientos peristálticos hasta el recto, de donde es vaciado por la defecación.

Por su parte, el hígado es una glándula que se encuentra en la porción superior derecha del abdomen abajo del diafragma, es el órgano más voluminoso del organismo. De acuerdo a Gómez (2003), el peso promedio del hígado en un adulto es de 1500 gr., agrega que todos los tejidos del organismo dependen en mayor o menor grado de esta glándula en función del aporte de elementos nutritivos y para la eliminación de sustancias tóxicas o de desecho utilizando como medio de transporte a la sangre. La función más importante del hígado es mantener dentro de límites constantes la mayoría de los constituyentes de la sangre.

Algunas de sus principales funciones están referidas a la secreción de la bilis, funciones metabólicas tales como la relativa a los carbohidratos, las proteínas, los lípidos, las enzimas, el metabolismo vitamínico, de los electrolitos y minerales, del

agua y del pigmentario; asimismo cumple funciones de detoxificación, así como en la coagulación sanguínea y en la producción de calor y energía.

La vesícula biliar es un órgano que se encuentra abajo del hígado. Sirve para almacenar la bilis, cuando el quimo llega al duodeno, la vesícula se contrae dejando salir su contenido por el conducto cístico.

El páncreas es una glándula mixta localizada en el abdomen, detrás del estómago. Posee dos tipos de secreción una externa constituida por el jugo pancreático y otra interna constituida por la insulina, el glucagón, la gastrina, la somatostatina y el polipéptido pancreático.

El jugo pancreático es un líquido incoloro que se produce en un volumen aproximado de 1500 ml. cada 24 horas. Está constituido por agua, electrolitos y enzimas digestivas, estas últimas constituyen el 90% de las proteínas del jugo pancreático y son necesarias para la digestión de los hidratos de carbono, de los lípidos y de las proteínas.

En la secreción pancreática se distinguen las siguientes fases: cefálica, gástrica, intestinal e interdigestiva, siendo la fase intestinal la que mayormente recibe las enzimas digestivas.

Una vez examinado el tracto digestivo, sus componentes y su funcionamiento, es conveniente señalar que el sistema digestivo puede ser dañado por diversas afecciones, entre las cuáles se encuentra la gastritis, misma que por su ocurrencia en una porción importante de la población, así como por las posibles complicaciones que se desarrollan por su falta de atención, representa el tema central de este documento.

1.3 Definición de gastritis

La gastritis es considerada por Maldonado, Galindo y García-Compeán (2009), como un grupo de trastornos asociados a cambios inflamatorios en la mucosa gástrica que tienen diferentes manifestaciones clínicas, causales y características histológicas.

Para Yamada, Hasler, Inadomi, Anderson y Brown (2007), es una inflamación de la mucosa gástrica que denota una situación histopatológica, no una enfermedad, es decir, que la gastritis se reduce a una simple inflamación, por lo que no la consideran una enfermedad, de esta forma señalan que la presencia de inflamación no provoca signos o síntomas, por lo que se requiere la existencia de complicaciones de la inflamación, como la formación de úlceras.

Por su parte Castro (2005), considera que es aquella condición de la mucosa gástrica que se caracteriza por inflamación y cuyo agente etiológico más común es la bacteria *Helicobacter pylori*, aunque también puede ser causada por otros agentes infecciosos, reacciones autoinmunitarias, reacciones de hipersensibilidad, y alergias entre otros.

Del mismo modo señala que un aspecto clínico importante es distinguirla de la gastropatía, trastorno en el cual hay daño epitelial y endotelial con regeneración pero sin inflamación.

1.4 Clasificación, sintomatología, diagnóstico y complicaciones de la gastritis

La clasificación más reciente de la gastritis como lo observa Castro (2005), es el sistema de Sydney el cual establece una división histológica y una endoscópica, ambas basadas en características topográficas, morfológicas y etiológicas, desde el punto de vista nosológico, las divide en gastritis aguda, crónica y grupos especiales.

Las causas de la gastritis aguda, de acuerdo a Maldonado, Galindo y García-Compeán (2009), están relacionadas a la exposición o ingesta de ciertas sustancias químicas, como la aspirina, antiinflamatorios no esteroides (AINE), hierro oral, cloruro de potasio, alcohol, cocaína, estrés, radiación o el reflujo biliar.

Por su parte Yamada et al. (2007) y Castro (2005), señalan que la gastritis erosiva o hemorrágica aguda puede ser provocada por hipoxia, o por mucosa relacionada con un flujo sanguíneo gástrico reducido como consecuencia de estrés,

traumatismos, quemaduras o sepsis. En general, las lesiones por estrés afectan al fondo y el cuerpo del estómago, en tanto que la gastritis hemorrágica por AINE afecta a la totalidad del estómago. Pueden aparecer úlceras agudas asociadas a gastritis, en especial con el estrés, que suelen ser múltiples y de gran tamaño (0,5 a 2,0 cm de diámetro) y estar localizadas en el fondo y cuerpo.

De acuerdo a una perspectiva endoscópica, Castro (2005), plantea que existen tres tipos de gastritis:

- Tipo 1. Se caracteriza por edema generalizado de la mucosa, el antro es estrecho y la mucosa tiene una apariencia aterciopelada sin erosiones.
- Tipo 2. Hemorrágico, se caracteriza por pliegues engrosados, disminución de la distensibilidad, puntos de hemorragia y erosiones.
- Tipo 3. Ulceroso, caracterizado por erosiones extensas o úlceras acompañadas de hemorragia.

Las manifestaciones clínicas de la gastritis crónica como lo indica Sierra (2006), abarcan un espectro amplio, que va de los pacientes asintomáticos hasta aquellos que presentan dolor, peso o ardor en el epigastrio que tienden a empeorar con la ingestión de alimentos, náuseas y vómitos.

Se clasifica en no atrófica y atrófica. La atrofia se define como la desaparición de las glándulas normales en algún área del estómago siendo diversas las causas que la provocan, como se observa en el cuadro 1.2.

Para Castro (2005), H. Pylori es la causa más importante de gastritis crónica no autoinmunitaria, los síntomas pueden ser de dispepsia no ulcerosa y es posible que curse asintomática en un 80 a 90% de los casos. Los pacientes con alta secreción de ácido tienen gastritis predominantemente de antro pilórico, con predisposición a úlcera gástrica que en ocasiones puede resultar en cáncer gástrico, asimismo puede inducir la formación de tejido linfoide vinculado con la mucosa, el cual es un linfoma maligno. Los pacientes con gastritis,

predominantemente corporal tienen más úlceras gástricas, atrofia gástrica, metaplasia intestinal y cáncer gástrico.

Por su parte Floch (2006), señala que esta bacteria es un factor de riesgo relevante de gastritis, úlcera péptica, adenocarcinoma gástrico y linfoma gástrico. Los pacientes infectados pueden presentar dolor epigástrico y úlceras, hemorragias causadas por gastritis o úlceras, náuseas, vómitos y disminución de peso por neoplasias. La anemia por pérdida crónica de sangre puede ser el único síntoma en los que experimentan dolor, el cuadro de dispepsia crónica puede desarrollarse durante años.

Cuadro 1.2 Tipos de gastritis de acuerdo a su etiología.

TIPO DE GASTRITIS	ETIOLOGÍA
No atrófica	Helicobacter Pylori
Atrófica	
Autoinmunitaria	Autoinmunidad
Atrófica multifocal	H. Pylori Factores ambientales
Formas especiales	
Química	Irritación química Bilis AINE
Radiación	Lesión por radiación
Linfocítica	Fármacos Mecanismos autoinmunitarios Idiopática Gluten
Granulomatosa no infecciosa	Enfermedad de Crohn Sarcoidosis Granulomatosis de Wegener Sustancias extrañas

Eosinófila	Sensibilidad a alimentos
Otras infecciones	Bacterias (distintas de H. Pylori) Virus Parásitos Hongos

Tomado de Yamada, Hasler, Inadomi, Anderson y Brown (2007)

La gastritis atrófica metaplásica autoinmunitaria (GAMAI), como lo puntualizan Yamada et al. (2007), se caracteriza por la disminución de la masa de células parietales lo cual produce una hipoclorhidia profunda. La liberación de cantidades importantes de gastrina originan la formación de nódulos de células hiperplásicas en y alrededor de las glándulas gástricas, en algunos casos esta hiperplasia evoluciona a un tumor carcinoide, cuyo potencial maligno es bajo; en este sentido el riesgo de carcinoma en la anemia perniciosa que generalmente acompaña a la GAMAI es de 3 a 18 veces mayor que en la población general.

Por su parte la gastritis atrófica metaplásica ambiental (GAMA) es más frecuente en Japón, China y Sudamérica y se relaciona con la infección por H. Pylori; el sobrecrecimiento bacteriano gástrico; la exposición a polvo de carbón; el tabaquismo y el consumo alimentario de sal y nitratos. Asimismo los autores consideran que los compuestos nitrosos generados por el metabolismo bacteriano gástrico de los nitratos inducen GAMA, metaplasia y, por último, cáncer gástrico.

Los antiinflamatorios y la bilis son las causas principales de gastritis química crónica, así como los suplementos de hierro y potasio. La gastritis por bilis provocada por reflujo duodenogástrico como consecuencia de los trastornos de la motilidad gastroduodenal, puede afectar a personas con estómagos intactos. Asimismo los autores resaltan que los ácidos biliares y la lisolecitina originan una lesión aguda de la mucosa gástrica, misma que se incrementa por la acción de las enzimas pancreáticas.

La gastritis eosinófila de acuerdo a Castro (2005), se relaciona con antecedentes de enfermedad alérgica, asma, e intolerancia a los alimentos (70% de los casos). Las características clínicas son retraso en el vaciamiento gástrico con saciedad

temprana, náusea y vómito. También puede manifestarse por anemia. Se caracteriza por infiltración de eosinófilos en todas las capas del estómago con predominancia en la submucosa, la capa muscular y la capa serosa, lo que dificulta el diagnóstico por biopsia.

La gastritis linfocítica se caracteriza, explican Yamada et al. (2007) y Castro (2005), por la infiltración de linfocitos T en el epitelio superficial y foveolar. Para hacer el diagnóstico debe haber entre 25 y 40 linfocitos por 100 células epiteliales. Es característico el agrandamiento de los pliegues gástricos. La gastritis granulomatosa, precisa Castro (2005), por lo general es asintomática, se observan alteraciones como nódulos, úlceras, pliegues engrosados y obstrucción.

Asimismo comenta que la gastritis infecciosa se presenta rara vez en individuos sanos, es posible que las alteraciones provocadas por la gastritis atrófica o por el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) predispongan a los pacientes con estos padecimientos a infecciones bacterianas, virales, parasitarias o micóticas del estómago. La gastritis flemonosa es un padecimiento bacteriano grave que se manifiesta con dolor epigástrico agudo e intenso, a veces acompañado de fiebre y peritonitis en ancianos, alcohólicos y enfermos con SIDA. Hay inflamación difusa y supurativa que ocasiona que mucosa y pared gástrica se engruesen.

Por último, las infecciones parasitarias que producen gastritis son criptosporidiosis, ascariosis, anisakirosis, estrombiloidosis y uncinariosis. La criptosporidiosis produce eritema, inflamación y estrechamiento del antro gástrico. La anisakirosis es la helmintosis más frecuente que afecta el estómago y se produce cuando la larva anisakis se ingiere con el pescado crudo. Esta larva penetra en la mucosa y produce dolor, náusea y vómito.

1.5 Enfoques y tratamientos

Desde el enfoque alópata el tratamiento de las gastritis agudas se ha basado en evitar el agente causal, medidas de apoyo y tratamiento supresor del ácido como antagonistas de los receptores H₂ (ranitidina, famotidina) o inhibidores de la bomba de protones (omeprazol, pantoprazol). Es importante destacar que los

médicos alópatas no consideran que las restricciones dietéticas tengan un valor terapéutico de importancia en el tratamiento de la inflamación gástrica.

En cuanto al tratamiento de las gastritis crónicas, se administran procinéticos en pacientes con inflamación, náusea y vómito. Cuando se encuentra daño a la mucosa se recomiendan agentes protectores. En gastritis asociadas a reflujo biliar se utilizan procinéticos y fijadores de ácidos biliares (Maldonado, Galindo y García-Compeán, 2009).

Respecto a la infección por *Helicobacter pylori*, Floch (2006), indica que muchos regímenes terapéuticos emplean múltiples combinaciones de sulfato de bismuto y numerosos antibióticos, entre los que se incluyen el metronidazol, la tetraciclina, la amoxicilina y la claritromicina. La evolución dura entre 7 y 14 días.

La condición de los casos de personas con trastornos digestivos en México la abordó la Secretaría de Salud (2010), cuando llevó a cabo una revisión de la situación epidemiológica a partir del año 2003, en lo relativo a las úlceras, gastritis y duodenitis generadas por diversos factores, se reportaron 1 335 714 casos y una incidencia de 1 281.71 por 100 000 habitantes. Mientras que para el 2008 se muestra un incremento de los casos al reportarse 1 523 116 con una incidencia de 1 767.07 por 100 000 habitantes; como se observa, en cinco años aparecieron 187 402 casos nuevos, lo que corresponde a un incremento del 12.3%. Con esta tendencia, se calcula que en la actualidad existan aproximadamente 1 700 000 casos de úlceras, gastritis y duodenitis.

En el desglose de estos datos se observa que con respecto al sexo de los enfermos, para el 2008 el mayor porcentaje de los casos correspondió a las mujeres con un 66.86% y una incidencia de 2 269.67, mientras que en los hombres fue de 34.14% y una incidencia de 1 238.12 ambas por 100 000 habitantes. En el 2010 se mantuvo la tendencia, específicamente en el caso del Distrito Federal se registraron 14 330 casos en hombres, y 26 100 en mujeres. Mientras que para el Estado de México se reportaron 18 197 en hombres y 36 885 en mujeres.

Por otra parte, para la atención de diversas enfermedades, incluida la gastritis, señala Ayala (2012), la industria farmacéutica mexicana comercializó en el transcurso de 2012, en promedio 27 unidades o packs por habitante. En el mercado de productos farmacéuticos de uso humano participan un poco más de 160 establecimientos, ocupando aproximadamente a 54 mil personas y comercializando alrededor de siete mil productos farmacéuticos. Cerca de 200 mil médicos se encargan de prescribir gran parte de estos medicamentos, los cuales se surten a través de cerca de 25,000 farmacias públicas y privadas en todo el país. En 2012 el valor del mercado de medicamentos en México alcanzó alrededor de 199 mil millones de pesos, lo que representa 1.2% del Producto Interno Bruto (PIB) estimado para ese año; ubicándose entre los 15 principales mercados a nivel mundial y en el segundo lugar de Latinoamérica.

Dentro de este enorme mercado, las ganancias obtenidas por medicamentos como el omeprazol, la ranitidina y el pantoprazol entre otros, mismos que se engloban como antiulcerosos representaron un total de 292 mdd, de los cuales 252 mdd correspondieron al sector privado y 40 mdd al sector público. Como se observa el gasto que realizaron los pacientes fue considerable en virtud de que la mayoría de la población mexicana carece de cobertura de salud.

En este sentido se puede realizar una proyección de lo que gasta un individuo a lo largo de 10 años en tratamientos con omeprazol. Así, un sujeto que es medicado recurrentemente cada dos meses, puede llegar a erogar, a precios actuales, aproximadamente \$4 000 pesos, sin considerar otro tipo de productos que pueda consumir como los antiácidos.

Hasta aquí se ha presentado la perspectiva de atención de la gastritis desde el enfoque médico alópata, mismo que presenta una serie de inconsistencias que no permiten atender este padecimiento de manera integral y efectiva, además de los costos que representa para quienes la padecen, circunstancia que es fomentada por la industria farmacéutica por los altos ingresos que le representa la venta de los medicamentos que prescriben los médicos.

No obstante el monopolio que la medicina practicada en el mundo occidental ha impuesto a otras alternativas médicas, no ha podido frenar el surgimiento cada vez más fuerte de otras formas de atención, mismas que se han agrupado en lo que se denomina movimiento holístico. Esta vertiente de acuerdo con Sánchez (2002), tiene sus inicios en los años sesenta del siglo pasado al amparo del interés profundo que se manifestaba hacia las filosofías orientales, la mística y el esoterismo, asimismo toma fuerza a través de los movimientos contraculturales y de las propuestas de la psicología humanista que se centra en el desarrollo del potencial humano.

El movimiento holístico se caracteriza por:

- a. Un concepto amplio, abarcante e incluyente, en donde la salud es más que el bienestar físico y que la ausencia de enfermedades. Es un funcionamiento armónico entre lo físico, lo mental y lo espiritual así como con el medio ambiente social y natural.
- b. El estrés y los estados interiores son muy importantes en la salud y en la enfermedad, afectan el estilo de vida, los conflictos personales, la forma de trabajar, la vida afectiva, la moral y la espiritualidad. La curación está condicionada por la voluntad de curarse.
- c. A la enfermedad se le atribuye un significado humano y espiritual.
- d. El individuo es responsable de su propia salud y/o enfermedad.
- e. Son más importantes la prevención, el mantenimiento y la promoción de la salud que el tratamiento de la enfermedad.
- f. Son preferibles los tratamientos no invasivos, los remedios naturales y la tecnología más elemental.
- g. Confiar en el poder sanador de la naturaleza y en la voluntad de autocuración del enfermo.
- h. El sistema de atención debe girar hacia atender todos los factores psicológicos, sociales y ambientales, por lo que se debe contemplar la totalidad de la persona y no solo el órgano alterado.

En este sentido Molina (2010), comenta que el enfoque psicosomático hace hincapié en dejar de fragmentar el cuerpo, como lo hacen los médicos alópatas, y tomar en cuenta otras variables como las emociones del paciente, las características geográficas donde se encuentra su vivienda, su estilo de vida, así como la relación que establece con su familia y las personas con las que convive.

CAPÍTULO 2. LA VISIÓN PSICOSOMÁTICA DE LA GASTRITIS

Antes de hablar de los aspectos que la medicina alópata ha ignorado al momento de diagnosticar la gastritis y otras enfermedades, se tomará en cuenta el campo de lo psicosomático para distinguirlo de otras condiciones que pudieran ser parecidas.

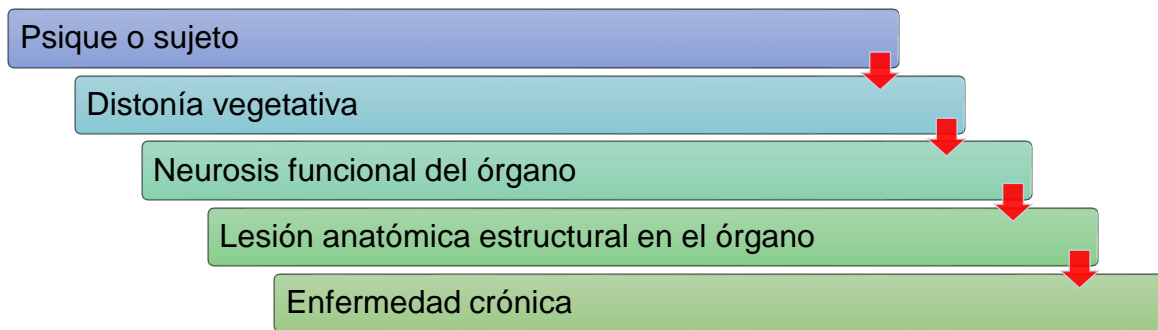
Entre los orígenes de las concepciones psicosomáticas actuales se destacan tres fuentes principales: 1ª) La experiencia de los clínicos del S. XIX, quienes reconocieron el papel de las emociones sobre diversas enfermedades. 2ª) La psicofisiología y la patología córtico-visceral desarrollada a partir de los descubrimientos de Pavlov sobre el condicionamiento. Del mismo modo, los trabajos de Selye sobre las reacciones al estrés, quien describe el síndrome general de adaptación. 3ª) El desarrollo del psicoanálisis, cuyos fundamentos fueron aplicados al campo de las enfermedades somáticas (Ruiz, 2007).

Asimismo, Tordjman (2002), señala que el nacimiento de la medicina psicosomática se da con los planteamientos de Sigmund Freud y de Wilhelm Reich, quienes sostuvieron que todos los traumatismos que hemos sufrido, todas las emociones que hemos reprimido o rechazado, son memorizadas incluso a nivel de nuestras células.

Por otro lado, los trastornos psicosomáticos, de acuerdo a López (citado en Serrano, 2005), son aquellas patologías donde los factores psicológicos juegan un papel relevante en su gestación, en su evolución o en su resolución. Son aquellas mediadas por conflictos específicos, por problemas situacionales en las vidas de las personas, o mediadas por el estrés.

Asimismo Alexander (citado en Ruiz, 2007), introduce junto a las explicaciones psicodinámicas, la dimensión de la alteración del equilibrio neurovegetativo, reconociendo también el papel que juegan los factores hereditarios, la educación y la personalidad previa. De este modo propone una explicación sobre la etiología del trastorno psicosomático (Figura 2.1).

Figura 2.1. Etiología de los trastornos psicósomáticos.



Tanto para Joyce-Moniz y Barros (2007) como para Tordjman (2002), los procesos psicológicos del enfermo ayudan a anticipar o a prever la orientación de los procesos somáticos de la enfermedad, de tal manera que los procesos somáticos y psicológicos evolucionan constituyéndose mutuamente, o construyéndose en interacción continua.

Por su parte Alexander (citado en Serrano, 2005), respalda esta teoría al proponer que se requiere la presencia de un conflicto a nivel psíquico, la participación de la fragilidad previa del órgano o del sistema y la contribución de un factor desencadenante para que se produzca una patología psicósomática. De este modo, se ofrece una imagen de la enfermedad donde intervienen diversos agentes a distintos niveles, en la que la enfermedad constituye un sistema donde los factores psíquicos tendrían un valor diverso en las diferentes enfermedades y personas.

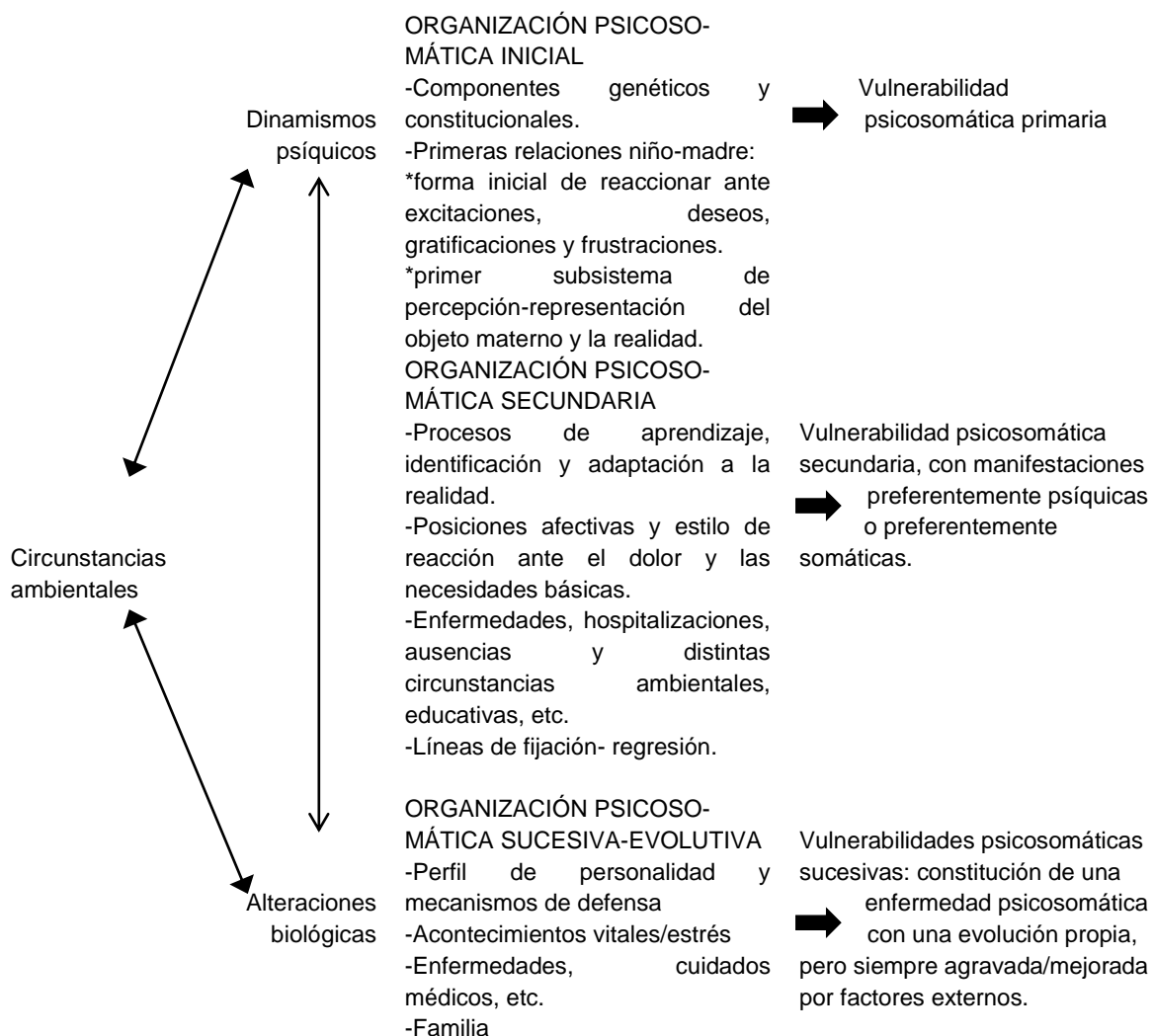
A partir de lo anterior, considera la existencia de cuatro factores que pueden estar presentes en el desarrollo de las enfermedades:

1. **Patogénicos.** Los que causan la enfermedad.
2. **Predisponentes.** Los que predisponen a la enfermedad, como los estilos de vida o las disposiciones heredoconstitucionales.
3. **Patoplásticos.** Los que modulan la enfermedad (su presentación y curso), en orden a diferencias individuales tanto de origen biológico como psicológico.

4. **Desencadenantes.** Los que desencadenan la enfermedad, como puede ser el estrés en forma de agresores emocionales, situacionales, etcétera.

Ruiz (2007), señala que durante los primeros años del desarrollo se van sucediendo las organizaciones psicósomáticas, mismas que en los niveles primarios como se observa en la figura 2.2, pueden alterarse por factores como enfermedades intercurrentes, de tal modo que se van configurando las vulnerabilidades psicósomáticas primarias (trastornos digestivos, catarrros, llanto, ansiedad de separación, etcétera.).

Figura 2.2. Organización y desarrollo de un trastorno psicósomático



Del mismo modo Joyce-Moniz y Barros (2007), entienden la psicósomática como un conjunto de teorizaciones y estudios sobre las representaciones, las creencias o las significaciones de las personas, sin formación médica o paramédica, sobre la enfermedad (física, orgánica) y sobre los procesos de la enfermedad.

Es así, que el conocimiento, las creencias, las ideas o las significaciones del enfermo con relación al proceso de la enfermedad se ven influidas por dos culturas explicativas de ese proceso, las cuales generalmente se encuentran en oposición. Una representa el positivismo científico de la modernidad y la otra, la fenomenología popular.

En este sentido, Ruiz (2007), considera que la medicina psicósomática actual es el resultado de las conceptualizaciones, creencias e ideologías de todos aquellos (médicos, psicólogos, filósofos, psiquiatras, psicoanalistas, etcétera.), que se han interesado por esclarecer las relaciones del cuerpo con el espíritu, de la psique con el soma.

2.1 Vida, naturaleza y hombre

El paso de los años y la evolución han dado muestra de que la cooperación es un principio rector en los seres del planeta, idea contraria a la ya generalizada de que la competencia es el resultado de la evolución puesto que han sobrevivido los más aptos. El cuerpo crea sus propios procesos de sobrevivencia: las células se “organizan” y en “cooperación” mantienen la vida en el planeta, lo que rompe con la concepción de que los organismos vivos son una máquina. Cuando las células generan sus propios mecanismos de economía energética se mantiene con vida al cuerpo, se crean formas de cooperación y ayuda para mantenerse con vida (López, 2012).

Si se analiza la vida en términos concretos, se podrá observar que el cuerpo está compuesto de materia: células compuestas por moléculas y proteínas que están también presentes en el universo. No hay un solo elemento químico del cuerpo humano que no se encuentre en otra parte. Nuestro cuerpo es un microcosmos en

el cual la vida se expresa de maneras distintas y únicas. La vida está en nosotros y lo que hagamos con nosotros mismos se lo estaremos haciendo al planeta.

La modernidad sitúa al cerebro ante una realidad diferente a la que se ha vivido durante años, de este modo se subordina el cuerpo al cerebro y a la razón. La construcción de una nueva cultura transforma las respuestas anteriores y construye otras, cambiando horarios y con frecuencia ignorando los mensajes del cuerpo como el cansancio o el hambre, apoderándose del cerebro lo artificial, llevando al individuo a una realidad donde se instala con sus propios estilos de vida que son antinaturales respecto del cuerpo.

Los procesos emocionales siguiendo con el autor, no pueden explicarse con respuestas simétricas, pues la realidad se ha convertido en algo distinto a los estímulos, existe una nueva realidad corporal que hace necesaria la búsqueda de nuevas epistemologías y estrategias de intervención. Sin embargo, la psicología ortodoxa no ha incluido esta reflexión sobre el principio de la vida y su cuidado en el cuerpo.

Lo anterior es de suma importancia para el proceso terapéutico ya que el cuidado de la vida del paciente y por lo tanto de su cuerpo, está implícito en este proceso y es primordial tocar el tema del principio de la vida en el plano de la intervención y en la relación con los otros, ya que el otro deposita en el psicólogo su vida sin rumbo, conflictuada o en crisis; el único espacio donde se expresará este proceso de construcción es el cuerpo humano y sus manifestaciones deberán de tener otras lecturas y métodos de trabajo.

Trabajar desde el campo de lo psicológico sin descuidar lo orgánico no es garantía de que se tenga una concepción de unidad, es preciso buscar la interrelación con lo que se tiene y lo que se construye por el individuo, de ahí que no sea garantía hablar y tener el cuerpo, es necesario saber qué se construye de fondo por lo que es necesario ir a la historia de vida.

Abordar la temática de la vida y el hombre conlleva tocar el tema de la naturaleza. Así, para Silverio (2012), hablar de la naturaleza es centrarse en todos los

elementos del universo que conforman el cosmos y establecen relaciones coordinadas entre ellos. Cabe mencionar que se hace referencia a la naturaleza de la vida en general, no del hombre, lo que incluye una cosmovisión particular de acuerdo al momento y espacio en que nos encontramos.

Desde su origen el hombre siempre ha necesitado explicar el mundo que le rodea. Las primeras explicaciones del mundo recurrían a fuerzas sobrenaturales o divinas, para intentar dar cuenta del universo.

Por ejemplo, en los pueblos prehispánicos la cosmovisión prevaleciente se distinguió por una visión del mundo íntimamente ligada a la naturaleza donde su interacción con los elementos del mundo eran parte fundamental de su vida diaria.

El pueblo azteca tenía una religión basada en la adoración de numerosos dioses que tenían atribuciones ligadas a las fuerzas naturales. Su calendario se estructura a partir de la observación de la naturaleza; es así que el cambio de una temporada de lluvias a otra de secas y el movimiento solar a lo largo del año, daban pie a los meses y los rituales a los dioses correspondientes.

Por su parte, los mayas tenían una cosmovisión predominantemente relacionada con los elementos del universo y la naturaleza. La visión del mundo maya está hecha de ciclos, hay ciclos cósmicos donde existen la luz y la oscuridad, cuando ésta tiene la oportunidad de imponerse lo hace y es entonces cuando la humanidad empieza a trabajar contra la naturaleza.

Aunque las visiones maya y azteca tuvieron un gran contacto con la naturaleza, mostraron poco respeto por la vida humana, como lo reflejan los sacrificios a sus dioses.

Por otro lado, los chinos y otras culturas orientales han atribuido una gran importancia a la agricultura y a los ciclos astronómicos, los cuales se cree tienen una influencia constante en la vida de la sociedad humana. Los chinos mencionan que existe un *yin-yang* en todas las cosas y que se refleja, a su vez, en todo el universo.

La teoría del yin-yang sostiene que todo fenómeno o cosa en el universo conlleva dos aspectos opuestos los cuales se hallan a la vez en contradicción y en interdependencia.

La medicina tradicional china usa la teoría de los cinco elementos para clasificar en diversas categorías los fenómenos naturales, la mayoría de órganos, tejidos y emociones humanas: interpreta las relaciones entre la fisiopatología del cuerpo humano y el medio ambiente natural. Esta teoría se explicará a mayor profundidad cuando se aborde el tema de la construcción del cuerpo.

El ser humano, continuando con Silverio (2012), se ha alejado de la naturaleza, alterando su ciclo vital y las funciones y ciclos de su propio cuerpo, generando enfermedad no sólo en el cuerpo sino en la misma naturaleza.

Asimismo, considera que para una propuesta epistémica de un ser humano integral se debe partir de una persona en íntima relación con la naturaleza, que integre el cosmos, así como los elementos que confluyen en el planeta y que dan sentido a la vida inmersa en plantas, animales, seres humanos y en la misma tierra.

Esta autora propone una visión de un hombre en continua interacción, cooperación y agradecimiento con los elementos próximos a él; visión que reemplace a la de la competitividad y la institucionalización predominante en las sociedades modernas.

La concepción y las ideas sobre el hombre son un tema crucial para entender cómo las teorías se apropian del conocimiento. De acuerdo a lo anterior, Rivera (2012), hace una integración de los principales enfoques en la psicología y de su concepción de hombre.

De esta manera, comenta que en las teorías propuestas por Bruner, Piaget y Vigotsky, comprendidas dentro del enfoque histórico-cultural, está ausente la noción de hombre, sólo se hace referencia a la cultura y a la constitución biológica como parte de un proceso evolutivo, a la relación con el ambiente y su zona de

desarrollo próximo, o a partir de la construcción del lenguaje y su proceso de aculturación.

Por otro lado, dentro del enfoque conductual el hombre es reducido a las funciones fisiológicas, en el caso de James; a los reflejos según Pavlov, y a la conducta de acuerdo a Skinner. Vemos así que para estos autores el hombre es un organismo simple que se encuentra en una relación causal estímulo-respuesta, determinado por el ambiente con miras a convertirse en persona cuando adquiera repertorios comportamentales que lo ubiquen en el estatus humano.

Para abordar el enfoque psicoanalítico y su concepción de hombre toma en cuenta a Sigmund Freud, Melanie Klein, Jaques Lacan y Carl Gustav Jung. En estos autores se percibe el concepto de persona como alguien agobiado por impulsos, represiones, sufrimiento y emociones, mismos que conducen a la neurosis, las culpas, los mitos o las ilusiones, con las que se vive como parte de la personalidad.

En el enfoque antropológico se permite considerar a Erich Fromm y Carl Rogers, para el primero el hombre y los animales se diferencian únicamente por la conciencia o inteligencia, pues el hombre tiene la capacidad de apropiarse de su medio con conciencia. Rogers, por su parte, se refiere a la capacidad del hombre para llegar a la autorrealización, a su capacidad creativa y cooperativa, de autodeterminación, resaltando la posibilidad de ser y dejar ser. Ambos autores parten de la idea de un hombre centrado en sí mismo, individual pero incompleto o abstracto, donde sobresale la inteligencia o el sentido del ser y la solidaridad.

El enfoque existencialista, por su parte, recupera al hombre como una totalidad, al cual lo consumen los deseos y lo hacen caer en un vacío existencial producto de la forma de vida en la sociedad contemporánea. Sin embargo la ausencia del aspecto emocional y su vinculación con lo psicológico, lo espiritual, lo orgánico y lo intuitivo, entre otros aspectos, muestran sus limitaciones.

La autora concluye señalando que los conceptos de hombre de las principales corrientes psicológicas asumen la presencia de la persona pero se refieren a ella

de manera abstracta. En algunas posturas se habla del hombre fragmentado, en donde predomina el estudio de una fracción del mismo en relación con el cuerpo. Así, el hombre completo, integrado y estudiado a partir de su propia experiencia y construcción corporal, de su historia y de su geografía, está ausente.

2.2 La construcción del cuerpo y las emociones

La visión moderna del cuerpo en las sociedades occidentales, de acuerdo a Le Breton (2002), representada en el saber biomédico, a través de la anatomía y de la fisiología, está basada en la visión particular de la persona propuesta por Descartes, quien consideraba que el cuerpo era otra forma de la mecánica.

No obstante que hasta cierto punto este saber es eficaz en las prácticas que sostiene, existen otras medicinas o disciplinas basadas en visiones totalmente diferentes del hombre y del cuerpo, algunas de ellas, como la medicina china, están presentes desde hace más de tres mil años, y no por ello dejan de estar menos vivas.

A partir de lo anterior López (2006), señala que para poder comprender lo corporal construido socialmente y el cuerpo de un individuo, es necesario establecer algunas consideraciones sobre el proceso social e individual. Así, lo corporal es un proceso que se construye en un espacio y un tiempo: la geografía y la cultura establecen una manera de construirlo socialmente y esto se manifiesta de diferentes maneras en el cuerpo de las personas, que se construye desde las elecciones permitidas por la sociedad del mismo modo que por la ignorancia impuesta.

En este sentido, el Estado y la religión juegan un papel importante en el proceso de control, es así como la cultura del miedo se instala en el cuerpo, donde se desarrollan y cultivan las emociones, las cuales están presentes en la construcción del cuerpo, por ello es importante conocerlas para comprender como es que se enferma o se conserva en un equilibrio de buena salud.

Las formas de pensamiento actuales, comenta, se han centrado en la fragmentación del cuerpo; para ello se valen de la razón, una visión positivista que quiere darle un valor a lo visible y con ello desacredita las aproximaciones de investigaciones que parten de la intuición o de la representación simbólica, incluso de los significados.

Aprender a sentir en el contexto cartesiano es solo el reto de negar la interioridad, Descartes demuestra que dividir al ser humano es rentable para la automatización y la simplificación de cualquier sistema de producción. La razón es una parte sustancial de este proceso de instituir nuevos aportes, en una sociedad que establece la competencia como sistema de trabajo, lo que confronta con la condición humana.

Este método permite conocer y articularse con una realidad, permite profundizar y controlar, el conocimiento es tangible y verificable, el problema es cuando este método enfrenta los problemas de la condición humana que son más complejos. La idea está deshumanizada y acaba con el planeta, por ende acaba con el cuerpo.

En una sociedad de consumo hablar de la trascendencia del trabajo corporal en términos de la condición humana significa que el sujeto tiene un objeto: un cuerpo, lo trabaja como algo que se tiene que consumir, lo vende como fuerza de trabajo.

En contraparte a esta postura, continúa López (2006), es necesario poner en el centro de la discusión la forma en que se construye la individualidad, que al ser construida histórica y socialmente da como resultado a un sujeto único, quien es afectado por la complejidad de factores como la cultura, la geografía, los hábitos alimenticios y las relaciones laborales y personales.

Así, la construcción de un cuerpo con diferentes sintomatologías y padecimientos, implica necesariamente romper con el imperio de la razón cartesiana porque lo aleja de la naturaleza, y al construir su naturaleza social, se aleja de la naturaleza orgánica. El primer paso es la concepción de la no fragmentación, el segundo es la elaboración de una epistemología que desentrañe los nuevos procesos en el

cuerpo ya que al estar sometido a una cultura enfrenta procesos nuevos de transformación, de significación y de representaciones simbólicas.

Las formas de comunicación y de diálogo se van a dar en función de cómo es que el individuo construye procesos en su cerebro por medio de la cultura hasta llegar al metalenguaje y la abstracción. Existen dos procesos del pensamiento: la representación simbólica de la cultura y la construcción orgánica, que no pueden explicarse de una manera independiente ya que existe un proceso de construcción mutuo, ambos forman parte de una realidad histórica, de una propuesta de orden filosófico, antropológico, psicológico, médico, social, etcétera.

La construcción de esa cultura se ha instalado en el cuerpo y como tal, transforma el lugar que habita. El proceso de construcción del cuerpo viene desde que se gesta hasta que se es adulto. El espacio donde vive lo va definiendo, el sujeto tiene una historia viva en su cuerpo y su pensamiento.

En consonancia con lo anterior, Vicens (1995), plantea que los sistemas vivos y sociales son por naturaleza sistemas abiertos. De tal forma que la enfermedad y la salud son procesos activos que resultan de armonías y desarmonías en el cuerpo, afectados profundamente por los estados emocionales que se experimentan, por la capacidad de conciencia que posea el enfermo y por el grado de atención prestado al ritmo de la propia experiencia.

Bajo este enfoque se responsabiliza al enfermo de su estado físico y emocional, otorgándole así independencia respecto al médico y al sistema sanitario.

Asimismo, comenta que la idea de la continuidad energética, está presente en las filosofías antiguas, las cuales se basaban en una concepción holística del cuerpo y la enfermedad. La medicina china, por ejemplo, señala que básicamente son tres las clases de enfermedades que pueden afectar al cuerpo humano, y se encuadran bajo las categorías de enfermedades físicas, dolencias mentales y deterioro espiritual. Estas categorías están tan estrechamente interrelacionadas que es posible curar cualquiera de las afecciones, y que todas pueden curarse simultáneamente.

La buena salud, por tanto, consiste en reestablecer la circulación y la fluidez energéticas del cuerpo. Esto significa que las enfermedades se inician a partir de bloques energéticos del cuerpo, de contracturas musculares que afectan a los órganos internos y que debilitan la fuerza y flexibilidad corporal, haciendo vulnerable al cuerpo.

Por ello, este tipo de medicina requiere la participación consciente del enfermo para sanar y que éste pueda comprender las razones de su enfermedad para colaborar conscientemente en la curación.

Esta concepción, actualmente, responde como solución a muchas enfermedades de tipo degenerativo, psicosomático y de patología social. En este sentido, son importantes los planteamientos de la medicina energética por su capacidad de liberar muchos bloqueos ocasionados por la aceleración de la vida diaria y las formas de vida competitivas, así como por su capacidad de desbloqueo emocional y psicológico en las enfermedades psíquicas.

Por su parte López (2006), comenta que existe un proceso interno que guarda una relación estrecha con la cultura, la alimentación de los órganos y la preservación de la energía vital, misma que se articula con los cinco elementos y estos a su vez con los órganos.

Para poder comprender en que consiste la teoría de los cinco elementos es necesario tomar en cuenta los conceptos relativos al yin y al yang.

Los filósofos chinos veían la realidad, señala Capra (1998), como un proceso de fluctuación y cambio permanente cuya esencia última era llamada Tao. La principal característica del Tao es la naturaleza cíclica del movimiento continuo. En este sentido, Pialoux (2009), indica que el hombre funciona gracias a la energía llamada ki (tchi), esta energía adopta múltiples aspectos, por un lado la energía original o esencial presente en todas partes y siempre (ki genético), y por otro las energías presentes en la alimentación y en la respiración (ki adquirido).

Todos los fenómenos de la naturaleza, tanto en el mundo físico como en el campo psicológico o social, de acuerdo a Capra (1998), siguen el modelo cíclico. Los

médicos chinos definieron la estructura de este modelo mediante el simbolismo de dos polos opuestos: el yin y el yang, que representan las cualidades de las dos energías fundamentales: la de expansión y la de constricción.

Desde los comienzos de la civilización china el yin se relacionaba con lo femenino y el yang con lo masculino. Asimismo se creía que todas las personas, mujeres y hombres, pasaban por fases yin y yang, en consecuencia, la personalidad de un ser humano no es una entidad estática sino un fenómeno dinámico, originado por la interacción entre sus elementos masculinos y femeninos.

En este orden de ideas, para poder entender los valores y las actitudes culturales es indispensable establecer algunas asociaciones del yin y el yang:

Cuadro 2.1. Cualidades representadas en el Yin y Yang

Yin	Yang
Femenino	Masculino
Contractivo	Expansivo
Sensible	Exigente
Conservador	Agresivo
Intuitivo	Racional
Sintetizante	Analítico

Tomado de Capra (1998)

Esta comparación, continúa explicando Capra (1998), permite observar que la sociedad occidental siempre ha favorecido el yang más que al yin, prefiriendo lo racional a lo intuitivo, la ciencia a la religión y la competencia a la cooperación, la explotación de los recursos naturales a la conservación y así sucesivamente.

Esta preferencia por los valores, actitudes y modelos de comportamiento yang, ha facilitado la creación de una serie de instituciones académicas, políticas y económicas interdependientes e inconscientes del desequilibrio del sistema de valores que motiva su actividad.

De igual forma, la explotación de la naturaleza se ha realizado paralelamente a la explotación de la mujer. Así el sistema patriarcal ha transformado el aspecto benévolo de la naturaleza tornándolo en pasividad, mientras que la visión de una naturaleza salvaje y peligrosa dio origen a la idea de que esta debía ser controlada por el hombre.

Después de esta breve descripción, se puede abordar la teoría de los cinco elementos; como lo señala López (2002), es una posibilidad para poder interpretar la relación hombre-naturaleza y sus procesos internos-externos, y establecer un análisis que va más allá de la fragmentación y el dualismo.

Esta teoría se sostiene en la analogía del universo con el cuerpo, el cual es conceptualizado como un microcosmos que se encuentra en estrecha relación con la madera, el fuego, la tierra, el metal y el agua, así como con los órganos del cuerpo; de tal forma que cada elemento se relaciona con dos órganos: madera con hígado y vesícula biliar; fuego con corazón e intestino delgado; tierra con bazo, páncreas y estómago; metal con pulmón e intestino grueso y agua con vejiga y riñón, de tal manera que cada pareja ve llegar su punto máximo de energía en el curso de la estación al cual está asociada.

En consecuencia cualquier cambio que suceda externamente tendrá efectos e implicaciones que se manifestarán al interior del cuerpo y se expresarán en problemas con la relación de los elementos y los órganos.

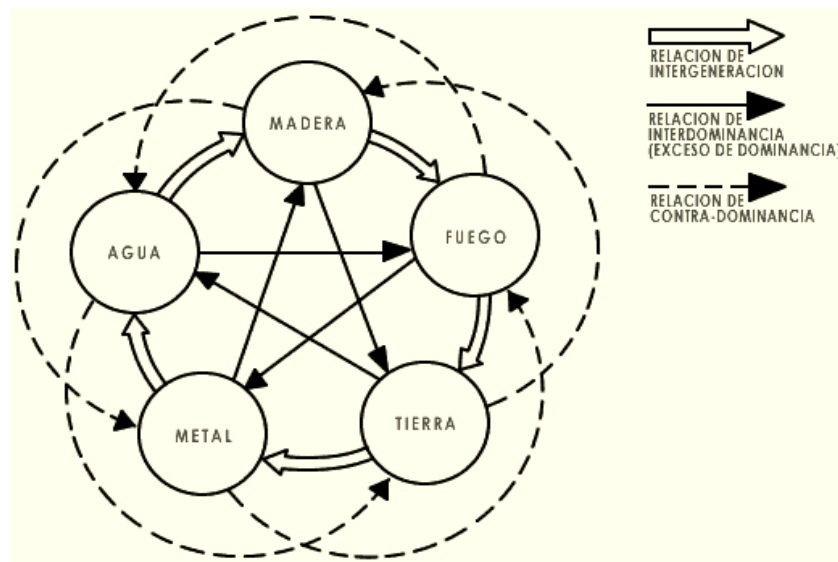
Entre los elementos existe una relación conocida como primigenia o de intergeneración (Figura 2.3), y es el principio de la creación de las cosas entre los órganos del cuerpo y los cinco elementos.

Cada órgano como menciona Pialoux (2009), recibe su energía del precedente y transmite su propia energía al siguiente: la Madera nutre al Fuego. El Fuego nutre la Tierra. La Tierra produce al Metal. El Metal nutre al Agua. El Agua alimenta la Madera.

En la relación de interdominancia, resalta López (2002), el órgano que apoya o es gestor puede ser dominado, cuando esto sucede es el principio de un desequilibrio

energético entre los órganos y los cinco elementos. Dicha relación se observa al interior de la circunferencia en cada órgano que controla al órgano siguiente en un ciclo en forma de estrella pentagonal.

Figura 2.3. Interrelación de los cinco elementos



Tomado de: www.acupunturachina.com

Es así como explica Pialoux (2009), que el corazón vence a los pulmones y éstos a su vez al hígado; el intestino delgado vence al intestino grueso, pero éste derrota a la vesícula biliar; la Madera agota a la Tierra, pero ésta a su vez absorbe el Agua; el Agua apaga el Fuego y éste a su vez funde el Metal; mientras que el Metal corta la Madera.

De tal manera, cada órgano/función/elemento tiene un rol propio en relación con la estación en curso.

Para López (2002), existen redes de cooperación en los sistemas vivos, en un tiempo y espacio de un individuo o de un grupo social, sin embargo el equilibrio de los cinco elementos puede romperse, este proceso muestra como los individuos han cambiado la relación con la naturaleza y han construido nuevas relaciones que van en contra de la vida misma.

La ruptura del equilibrio no solo tiene efectos en los elementos que componen la relación con la naturaleza, sino que tiene implicaciones en la construcción del cuerpo y su alteración en el equilibrio de su energía. Si el medio ambiente donde vive la persona es alterado o mutilado, el cuerpo tendrá efectos o consecuencias en el ki genético o adquirido. Traducido en la vida cotidiana, serán cambios en la forma de vivir o de sentir de los individuos.

En este sentido, el concepto de equilibrio es una relación que se ajusta a las formas en que se han construido las relaciones sociales del hombre, lo que significa que se transforman las relaciones entre los elementos.

La relación con los cinco elementos le dará al ser humano una idiosincrasia que se manifestará en su tipo de piel, de pelo, incluso en su gusto por ciertos sabores. Los alimentos físicos y psíquicos, las reacciones emocionales o afectivas hieren los órganos según su cantidad, su calidad y su sabor. Este ser no es autónomo, lo que haga en contra de la naturaleza lo hará también en contra de su vida, presente y futura.

De esta manera, en el siguiente cuadro se aprecian las interrelaciones dinámicas de los cinco elementos:

Cuadro 2.2. Los cinco elementos y su relación con el cuerpo

Elementos	Madera	Fuego	Tierra	Metal	Agua
Órganos yin	Hígado	Corazón	Bazo	Pulmones	Riñones
Vísceras yang	Vesícula biliar	Intestino delgado	Estómago	Intestino grueso	Vejiga
Tejidos	Tendones	Vasos	Músculos	Piel y pelo	Huesos
Colores	Verde	Rojo	Amarillo	Blanco	Negro
Sabores	Agrio	Amargo	Dulce	Picante	Salado
Estaciones	Primavera	Verano	Verano tardío	Otoño	Invierno
Líquido	Lágrimas	Sudor	Saliva	Espustos	Orina Cerumen
Órganos de los	Ojos	Lengua	Boca	Nariz	Orejas

sentidos					
Psiquismo	Imaginación	Inteligencia	Reflexión	Instinto	Voluntad
Emociones	Ira	Alegría	Ansiedad	Tristeza	Miedo
Expresión	Gritos	Risas	Canto	Llanto	Gemidos

Adaptado de Pialoux (2009) y López (2002)

Del cuadro anterior Pialoux (2009), destaca las siguientes relaciones:

Los sabores muy ácidos, avinagrados o la cólera, lesionan al hígado y a la vesícula biliar, del elemento Madera.

El sabor muy amargo, demasiado ardor o arrebató, lesionan al corazón y al intestino delgado, del elemento Fuego.

El sabor muy dulce, el azúcar inmoderado, la ansiedad, la angustia o la inquietud, lesionan específicamente al bazo y al estómago, del elemento Tierra.

El sabor muy picante, excesivamente sazonado o la tristeza, lesionan a los pulmones y al intestino grueso, del elemento Metal.

El sabor muy salado, el asombro o el miedo visceral, lesionan a los riñones y a la vejiga, del elemento Agua.

Por su parte López (2002), comenta que en una ciudad donde los árboles se han talado, los sujetos tendrán problemas con el hígado lo que los hará irritables y con problemas de carácter, insomnio, cansancio crónico, estrés, incluso abscesos hepáticos.

Un elemento que no existe afuera tendrá repercusiones en el interior del cuerpo, se producirá un desequilibrio energético que tendrá efectos en la armonía con los órganos, lo que implica cambios nuevos y procesos de gestación de redes para poder suplir el trastorno energético.

Asimismo, considera importante aprender a sentir con el cuerpo y no dejarle espacio de comprensión solo al cerebro, ya que este tiene la cualidad de poder construir sobre los símbolos y las representaciones, dejando de lado los mensajes

del cuerpo, y que la negación de los mensajes del cuerpo es una manera de desarticular la vida.

Este proceso donde lo emocional y lo orgánico coexisten, como indica López (2006), puede estar escindido; si es el caso significa que se deben buscar los puntos de unión para vincular emociones y órganos.

Un sujeto que no se ha redimensionado en la construcción social es presa fácil de cualquier somatización. El pensamiento racional con su carga de temores, dudas, angustias, presión social, responsabilidad, miedo de vivir, etcétera, facilita el desequilibrio energético siendo factible que se instale en cualquier lugar del cuerpo, dominando a un órgano o una articulación como principio de un proceso psicósomático.

Como resultado de este desequilibrio, el cuerpo se institucionaliza igual que ciertos padecimientos; entonces se va a tratar de hacer negocio y tratar medicamente cualquier cosa que le suceda al cuerpo, y lo que es una condición natural se transforma en una condición cultural, negando los procesos complejos que vive el individuo de nuestro tiempo.

Tordjman (2002), por su parte, asegura que existe un lenguaje del cuerpo e indica que la cólera, la depresión, la angustia y el deseo, se manifiestan por signos exteriores evidentes, pero también por modificaciones fisiológicas internas. Y las emociones desempeñan un rol considerable en la elaboración de nuestra personalidad.

Asimismo, considera que si las situaciones psicoafectivas son el factor esencial de la aparición de una enfermedad, las condiciones de vida pueden desempeñar el papel del estrés y desencadenar emociones.

Del mismo modo, plantea que cada emoción desencadena en la persona cierta cantidad de reacciones internas y que las emociones inconscientes pueden causar efectos sobre las vísceras, cada vez que se produce un desorden funcional en un

organismo, se opera una modificación, por sobrecarga del aparato fisiológico a nivel de las secreciones glandulares o de los neurotransmisores químicos.

Por ello, un padecimiento de acuerdo a López (2006), es una expresión corporal compleja que da la posibilidad de descifrar los procesos que se han instalado en el individuo. Si el padecimiento se considera solo como una expresión de que el sistema se ha desequilibrado en términos homeostáticos, se deja de lado la condicionalidad que se tiene con la sociedad. Una lectura de este tipo dará como consecuencia el crecimiento de los síntomas. Los mecanismos de construcción interna pueden ser desbordados por alguna emoción o un sufrimiento que se mezcla con la sintomatología y el individuo no puede dejar de sentir.

En este sentido, Tordjman (2002), menciona que al principio se presentan desórdenes funcionales que causan desarreglos o provocan la secreción de ciertas hormonas o ciertos neuromediadores. Es entonces que aparece el síntoma psicossomático, el cual es un desorden reversible y que se manifiesta a través de palpitations, migraña, diarrea, constipaciones, hipertensión arterial, etc.

Si este estado funcional se torna permanente, se producen alteraciones orgánicas y se asiste a la formación de la enfermedad psicossomática organizada, definida por lesiones orgánicas que provocan desarreglos secretorios, vasculares o tróficos (modificaciones de un órgano cuya vascularización, alterada, no permite la nutrición conveniente) y motores.

De esta manera, la complejidad de sentir en el sujeto de acuerdo con López (2006), se cruza con su historia personal del sufrimiento y sus procesos de encauzar los padecimientos, es decir, en qué órgano instala su dolor y si lo hace por una circunstancia temporal o un proceso de autodestrucción.

El cuerpo humano como señala Pera (2006), es el espacio donde se asienta el dolor. La experiencia del dolor puede presentarse como dolor agudo, o de modo persistente, como dolor crónico. El dolor agudo parece tener un propósito: es una señal de alarma que avisa de una lesión en la superficie del cuerpo, o del inicio de un proceso patológico oculto en el interior del cuerpo.

El dolor crónico (aquel que dura más de tres meses) no cumple una función protectora sino que arruina, por su persistencia en el cuerpo, la calidad de vida del que lo sufre y se convierte en un dolor innecesario. El dolor físico es el único estado de consciencia que no dispone de un contenido al que referirse fuera del espacio corporal en el cual se encarna la persona.

De acuerdo al proceso personal de cada sujeto, López (2006), manifiesta que el dolor puede parar o hacerse más complejo. Es decir, el sujeto deberá comprender lo que debe hacer en su construcción corporal, tomando en cuenta la relación con su cultura y con sus representaciones y significaciones ya que la cultura juega un proceso importante en la construcción del cuerpo, en este proceso un individuo se construye por momentos, uno es el histórico-social, otro la familia y uno más el individual.

Por su parte, Le Breton (2002), indica que existen normas implícitas que escapan al juicio del individuo y determinan su relación con el estímulo doloroso. Los hombres no sufren de la misma manera, le atribuyen a su dolor un valor y una significación diferente según su historia y su pertenencia social.

Cada persona reacciona frente al dolor con un estilo propio, estas diferencias apuntan a la educación recibida. En nuestras sociedades, al varón se le educa para soportar el dolor, en relación con una imagen de virilidad, de la fuerza de carácter. En cambio, se toleran con facilidad las manifestaciones de sensibilidad en las niñas. De este modo, la educación transforma a los niños en actores de acuerdo con una cierta imagen de la mujer y del hombre en curso en la sociedad.

Una emoción de acuerdo a López (2006), puede establecer cambios en el interior del cuerpo, comenta que existe una construcción órgano-emoción que se relaciona de forma recíproca, puede ser primero la emoción y sus expresiones en el órgano y a la inversa; el órgano y su manifestación en un estado emocional. Este proceso interno no es autónomo, se vincula con las formas y estilos de vida de un individuo, así que no todas las personas tienen el mismo proceso de la relación con las emociones y de estas con los órganos.

La emoción y sus implicaciones, son de dimensiones profundas respecto a las maneras como se instalan en el cuerpo, es la concreción de un proceso que no culmina, avanza y se va transformando, desde el momento mismo en que se instala en el cuerpo, de allí la complejidad de un diagnóstico que busca establecer los límites de un padecimiento.

En relación al papel de las emociones en el desarrollo de la enfermedad Joyce-Moniz y Barros (2007), consideran que las emociones ansiógenas, depresógenas o paranoides, si son intensas, frecuentes y/o prolongadas, pueden contribuir en mucho a cambiar la progresión de la enfermedad, transformándola de transitoria en crónica y la recuperación en recaída.

La dimensión de lo moderno y sus implicaciones en el cuerpo de acuerdo a López (2006), no se puede alejar de los sistemas de educación, de información y de la alimentación, en este sentido Le Breton (2002), propone que el cuerpo existe en la totalidad de sus componentes gracias al efecto de conjugar la educación recibida y las identificaciones que llevaron a la persona a asimilar los comportamientos de su medio ambiente.

Del mismo modo, plantea que una sociología detallista permite observar que el hombre no es el producto de su cuerpo, él mismo produce las cualidades de su cuerpo en su interacción con los otros y en su inmersión en el campo simbólico.

Bajo este orden de ideas, para López (2006), las creencias religiosas son un factor muy importante, ya que se convierten en un mecanismo que puede establecer un equilibrio al interior del cuerpo y por eso no es factible que un sujeto pueda romper fácilmente con la moral que regula sus procesos emocionales.

Los individuos se han construido una patología y se han acostumbrado a ella, eso hace que no se puedan desprender fácilmente, esta relación con la enfermedad se instituye como una manera de vivir, se hace normal y necesaria para la existencia.

Una enfermedad es más que lo que se piensa de ella, se puede ver como una crisis necesaria que vive el cuerpo que para algunos representa la oportunidad para que se dé cuenta en dónde está fallando.

Diversas enfermedades del cerebro tienen una relación muy estrecha con el problema de los órganos y las emociones, la función del cerebro es solicitar nutrientes por parte de los órganos, cuando cambia la función del órgano y la emoción se instala en este, se inhibe la producción de alguna proteína o de los nutrientes, de tal forma que la red de cooperación se puede interrumpir por los principios de competencia o por dominio de una emoción en el cuerpo.

En este orden de ideas, Vicens (1995), señala que la vida y la muerte, así como la salud y la enfermedad, no constituyen un asunto exclusivamente personal-individual y que se experimentan mediante una conciencia personal, y que las emociones además, están estrechamente relacionadas con la química cerebral e inciden en las afecciones orgánicas tanto en sentido negativo como positivo.

Así, la razón se instituye como mecanismo que no se relaciona con el interior. El ser humano de nuestro tiempo se ha convertido en dos cuerpos que habitan un mismo espacio, la razón en el cerebro y los órganos que luchan por no perder su autonomía.

El racionalismo ha provocado la pérdida de la armonía en la naturaleza y el interior del cuerpo, los procesos orgánicos han entrado en un proceso de ajuste y acomodo de una rutina que se escapa a la demanda de una sociedad estresante y competitiva.

Un sentimiento o una emoción, continúa el autor, son dos cosas distintas, pero son de efectos similares en el cuerpo: la primera corresponde a las maneras de un lenguaje y de un estilo de vida que puede convertirse en algo que cohesionan lo que hace una cultura, esto puede darle significado a ciertas maneras de relacionarse con su espacio familiar.

Por el contrario, una emoción puede ser parte de la herencia genética de los padres y un poco más allá puede ser la construcción del interior del cuerpo con sus órganos, la emoción no es libre a la elección, cada sujeto la cultiva y desarrolla como un proceso personal que le da significación a lo que se siente con relación a los otros y a uno mismo.

Una emoción, como sugiere López (2006), es motivo de trastornos y movimientos en el cuerpo; hace que el organismo se pueda mover de ciertas maneras sin que el sujeto pueda darse cuenta, es parte de un sistema de construcción celular y es también un proceso que da la vida y la conserva, puede salvar al cuerpo y asimismo puede matarlo.

El cuerpo enfermo es también para Pera (2006), un espacio biológico cuya tensión vital ha disminuido significativamente dentro de sus límites, hasta el punto en que se ve obligado a dejar de hacer lo que hasta entonces hacía.

Se debe hacer una historia de la emoción como una categoría que permita articular el proceso corporal y social de las personas, de esta forma López (2006), propone su relación con los índices de muerte o los padecimientos, del mismo modo puede servir de indicador de cómo es que evoluciona o se desarrolla una emoción en una sociedad determinada, con ello se pueden ver las patologías del cuerpo y sus órganos.

Por tanto, una emoción debe construirse en el sentido social, es parte de un proceso de cooperación, no puede escindirse del cuerpo y de los órganos, se desarrolla de acuerdo con un proceso histórico y cultural así como con las particularidades del sujeto.

Las emociones en el cuerpo pueden llegar a ser las protagonistas de una acción que lo paralice, además pueden paralizar también a toda la familia. Lo anterior es parte de un proceso donde el que hace el acto sabe que explorando las emociones, los demás se someten.

El cómo es que un cuerpo establece la relación entre órgano y emoción marca las pautas para poder darle un sentido a la existencia del sujeto en tanto se sepa cual órgano o emoción domina, eso marcará estilos de vivir y hasta de morir. Al hacerse el cuerpo un estilo de vida también tiene una representación de un grupo social, casos como la gastritis, la litiasis, las úlceras, las hemorroides, incluso la depresión o la esquizofrenia son parte de estas emociones que no se pueden armonizar en un conjunto familiar y no se diga social.

Las emociones continúa López (2006), se expresan en la carne y le dan un nuevo sentido al cuerpo, la relación órgano-emoción se convierte en la modalidad que da sentido al proceso fisiológico, lo cambia o produce nuevas relaciones.

La emoción se hospeda y hace procesos nuevos en el cuerpo, puede darle muerte o hacerse de un nuevo mecanismo que dé sentido a la nueva lectura de las emociones en el interior del cuerpo. No es solo la expresión de un estado emocional, es la concreción de una historia familiar ya que la familia es la memoria social del sujeto, es su espacio corporal introyectado o apropiado en su modo de sentir lo que vive en conjunto con los otros.

Si se acepta que las formas de llevar las emociones al interior del organismo van de acuerdo con lo que se haga en la vida afectiva y sentimental de la familia, se podrá tener un espectro que con una nueva lectura de la realidad lo que dará como resultado una nueva perspectiva de leer el cuerpo con tres elementos: lo biológico, lo cultural y lo emocional.

El cuerpo es receptor de cambios que lo obligan a dar nuevas respuestas de adaptación y construcción, muchos de esos cuerpos morirán, otros se adaptarán o construirán algún mecanismo que va desde una alergia hasta procesos psicosomáticos.

La pérdida de los afectos en el espacio familiar se manifiestan a través de procesos complejos que se presentan en la relación de un órgano con otro formando parte de esa relación los sentimientos y emociones, de tal forma que se

han roto los principios de equilibrio externos incluyendo las transformaciones en el cuerpo.

Para preservar su existencia el cuerpo establece nuevas redes internas para vivir, la capacidad de respuestas se hace compleja y diversa. Por ello la lectura de una emoción tiene interpretaciones distintas, de este modo las emociones y los dolores pueden hospedarse en algún órgano debilitado.

Una lectura de los síntomas requiere buscar el momento o circunstancia donde se rompió el proceso de relación interna del órgano con otros, que bien pudo ser provocada por una emoción, una condición externa o la formas de pensamiento en el individuo.

La vía de acceso de la emoción se da inicialmente en el estómago el cual recibe cualquier emoción y cualquier impresión sea exógena o endógena, este órgano la hospeda dando tiempo a que el cuerpo pueda distribuirla a otros espacios.

Este proceso de inclusión se puede entender por la relación que el sujeto establece con las maneras de manejar las emociones con su cuerpo, de este modo las deposita en algún lugar de su cuerpo dándole una significación que le permita poder descifrar lo que siente. En este proceso se debe de aprender a ver lo que se hace con el cuerpo y desde ahí pensar que se debe descifrar lo que hacen los individuos con el suyo.

De este modo lo importante será lo que se expresa y no lo que se hace con los sujetos, si las pasiones, los deseos han instalado su dominio en el cuerpo y la sociedad, significa que el cuerpo está a expensas de estas emociones.

Comprender este proceso debe incluir una esquematización, señalando que tenemos un solo cuerpo pero que está habitado por tres cuerpos a la vez: el cerebro como una entidad autónoma y el cuerpo como un espacio donde habita y crecen las emociones de los órganos, siendo las emociones el tercer espacio que lo habita y que no dejan que la relación armoniosa se establezca. Esto implica

tener que comprender los procesos de una emoción y su autonomía ante el cuerpo y el resto de las emociones.

Se puede esperar que la emoción se desplace en otros planos del cuerpo, las maneras de presentar sus síntomas son algo que se puede seguir a partir de cómo se desarrolla en y por el individuo. Una emoción en el cuerpo tiene autonomía y puede continuar alimentándose hasta hacerse un espacio en el cerebro y no pertenecer al cuerpo.

En este sentido los padecimientos psicosomáticos se han convertido en una especie de manifestación pública de un conflicto interno, es una especie de escape o manifestación de la contradicción de la adaptación de sensaciones con los nuevos valores en la vida de las personas.

Esta complejidad ha llevado a los seres humanos a dividirse en fragmentos que habitan espacios sociales como el trabajo, la casa, la escuela o los espacios de recreación lo que ha traído como consecuencia una separación evidente: el cuerpo por un lado y la vida emocional por otro.

Del mismo modo, la relación emoción-órgano puede quedarse instituida y hacer que el cerebro genere emociones más complejas, lo que posibilita darle una emoción que dé vida al cuerpo y pueda irse por la sangre, o el aire, esto puede ser una manera de limpiar el mismo cuerpo o hacerle que se desbloquee y no que quede instalada la memoria en el cuerpo, y con ello impedir que el cuerpo sea libre.

Se puede construir lo que se desea ser, pero lo que se es tiene implicaciones subjetivas. La subjetividad, es parte de la importancia de sentirse parte del mundo de las representaciones y significaciones de un cuerpo. Es un proceso largo que debemos enfrentar con la idea de que un cuerpo no es otra cosa que el resultado de una historia familiar y social.

El cuerpo tiene memoria y espacio interior, se activa con lo que se encuentra construido, un olor, una experiencia, etcétera, esta memoria otorga la importancia

de vivir que tiene la red interna del cuerpo, la relación del cuerpo con su entorno inmediato se convierte en una gran enseñanza para los órganos y su conexión con el proceso de la naturaleza.

Las relaciones naturaleza-individuo posibilitan que los órganos estén dando respuestas de adaptación y lucha por mantener el equilibrio interno. La memoria es el espacio donde se le da sentido a las sensaciones y emociones, esto significa que la memoria crea también imágenes, la ilusión se convierte en una realidad que hace que el sujeto sienta o vea la proyección sobre un objeto o el cuerpo mismo.

En este sentido, los procesos psicósomáticos se han convertido en un refugio para lo que no se expresa con palabras o que no se conduce por los sentimientos. La construcción de la individualidad de un sujeto se elabora de manera más compleja al relacionarse su sentir y su funcionamiento orgánico, ya que el medio social en donde creció le suministró consignas de todo tipo y el manifestarlas o no, y la forma de hacerlo, será un factor más que influirá en dicha relación.

Esta condición se relaciona con la memoria emocional y con los procesos que se han establecido en su casa, del mismo modo los afectos le permiten construir lugares donde se han de desarrollar nuevos vínculos entre los órganos e incluso donde se han de romper.

En la actualidad las formas de vida han transformado al individuo al darle un nuevo uso social al cuerpo, de este modo el estrés, la competencia, la idea del éxito, la aparición de nuevos deseos y metas de autorrealización son parte de un sistema de trabajo que acaba con la vida personal, de tal modo que el sufrimiento se socializa y se establece como un estilo de vida.

Por ello las nuevas expresiones del cuerpo son un recurso ante la falta de una significación a los procesos nuevos del cuerpo en las sociedades modernas. Un ser humano que no tiene las representaciones y símbolos en su lenguaje tardará en darle sentido a los mensajes del cuerpo.

Así, la armonía social y del cuerpo son dos espacios distintos que no se empatan, por eso las expresiones de un cuerpo que no sabe descifrar los nuevos códigos de una sociedad trae como consecuencia la pérdida del equilibrio emocional.

Debido a ello la red interna de los órganos y las emociones, ha de encontrar nuevos procesos de ajuste para enfrentar la presión social de una sociedad competitiva. Esta circunstancia puede llevar a la construcción de una somatización, una enfermedad crónico-degenerativa, un cáncer o una alteración emocional.

La respuesta de adaptación y la construcción de nuevas respuestas incluyen el proceso de alteración de uno o varios órganos a la vez, eso se traduce en síntomas de un trastorno psicosomático, el cual no produce la muerte inmediata ni acaba con el cuerpo, pero sí sufrimiento crónico que rompe con los procesos de hacer una vida digna, la contradicción en el interior del cuerpo y la competencia en el exterior le han de llevar a la atrofia y a la muerte prematura.

En consecuencia, para López (2006), reconceptualizar el cuerpo requiere de aceptarlo como un microcosmos que se puede construir y desintegrar de acuerdo con la concepción de la vida que se tenga, la actitud que de ello se derive es lo que guía las acciones.

De acuerdo a Le Breton (2002), el cuerpo está unido al mundo, es un espacio inseparable del universo que le proporciona su energía, como se observa en la visión de algunas tradiciones populares.

Por ello el concepto de cuerpo se integra de dos aspectos básicos: los órganos y las emociones que son elementos indisolubles en la construcción de los procesos de salud por los individuos en una cultura.

En consecuencia se presenta el reto de integrar al sujeto a la realidad de su tiempo, de tal modo que se requiere hacer trabajo con el cuerpo para poder cambiar su memoria corporal, sus formas de sentir así como sus actitudes.

2.3 El ambiente y la alimentación

La modernidad ha generado, de acuerdo a Vicens (1995), un nuevo tipo de degradación: la que acompaña al desarrollo urbanístico a gran escala, que requiere de la velocidad para ser funcional y que identifica velocidad con progreso, ya que esto conlleva deterioro, y por tanto, enfermedad. Una parte importante de la población y del territorio, señala, se sumerge en la enfermedad por convulsión, estrés y tensión a consecuencia de la aceleración y la velocidad espacial.

Desde esta óptica Mardomingo (1997), destaca la estrecha unión entre factores ambientales, factores emocionales y enfermedades, llamando la atención sobre el papel de los acontecimientos vitales (AV) estresantes en el desencadenamiento y mantenimiento de los procesos patológicos.

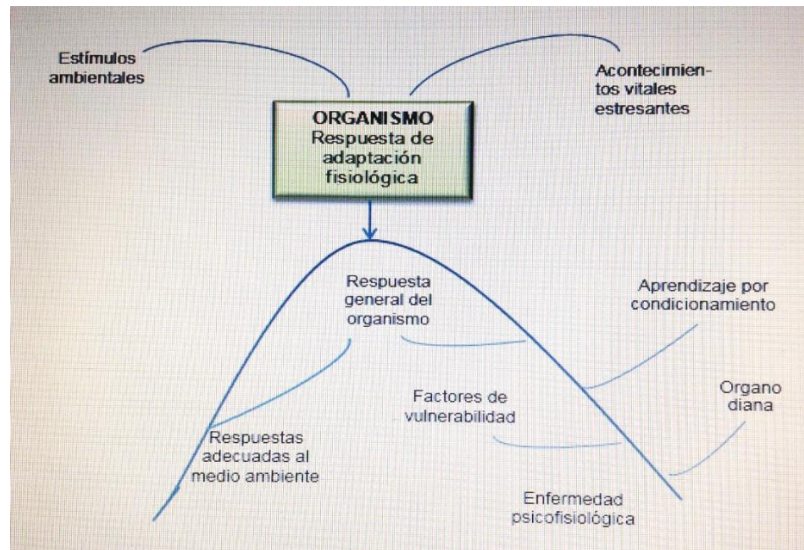
Asimismo, comenta que de acuerdo con el modelo psicofisiológico (Figura 2.4), las demandas ambientales excesivas o inadecuadas exigen un proceso de adaptación también excesivo por parte del organismo que, unido a un estado de vulnerabilidad previo y a factores de aprendizaje añadidos, puede conducir a la enfermedad psicofisiológica que afectará órganos determinados.

Con la aceleración que se padece en la vida moderna se experimenta solamente la cantidad y la acumulación. Éstos son sus valores predominantes. Por esto mismo tiende a ser una cultura desequilibrada que manifiesta signos de neurosis y enfermedad.

En este sentido comenta que para Maslow, la neurosis se relaciona con las alteraciones espirituales, la pérdida de significado o de la esperanza, la falta de armonía y alegría, o la imprecisión acerca de los objetivos de la vida.

La medicina convencional, de acuerdo a Vicens (1995), no admite una relación entre su conocimiento y el sentido de la vida, entre salud o enfermedad y cosmovisión, o entre la experiencia de la realidad interior, profunda o religiosa y la salud.

Figura 2.4. Modelo psicofisiológico de la enfermedad



Tomado de Mardomingo (1997)

Tanto la salud como la enfermedad, indica, son relativas a la personalidad del paciente, a su concepción y percepción de las cosas y que implican varios factores a la vez: la percepción del tiempo, la personalidad y el comportamiento, las actitudes y la visión del mundo circundante.

En lo referente a las formas que se tienen de percibir y manejar las demandas del ambiente en función del aceleramiento de la vida moderna, las personas tienden a acumular estrés, este término fue introducido por Hans Selye (citado en Ruiz 2007; Avellanosa, 1997), quien explica como existen manifestaciones físicas que se producen como respuesta a situaciones emocionales, se utiliza para designar una alteración de la homeostasis, una respuesta biológica inespecífica ante estímulos diversos, que provocan una serie de cambios adaptativos neurovegetativos, endocrinos e inmunológicos, a los que llamó Síndrome General de Adaptación (SGA) con sus fases: 1ª) alarma (shock y contrashock). 2ª) adaptación. 3ª) resistencia. Esta respuesta puede ser desencadenada por estresores diversos. Entre ellos se encuentran los acontecimientos vitales adversos.

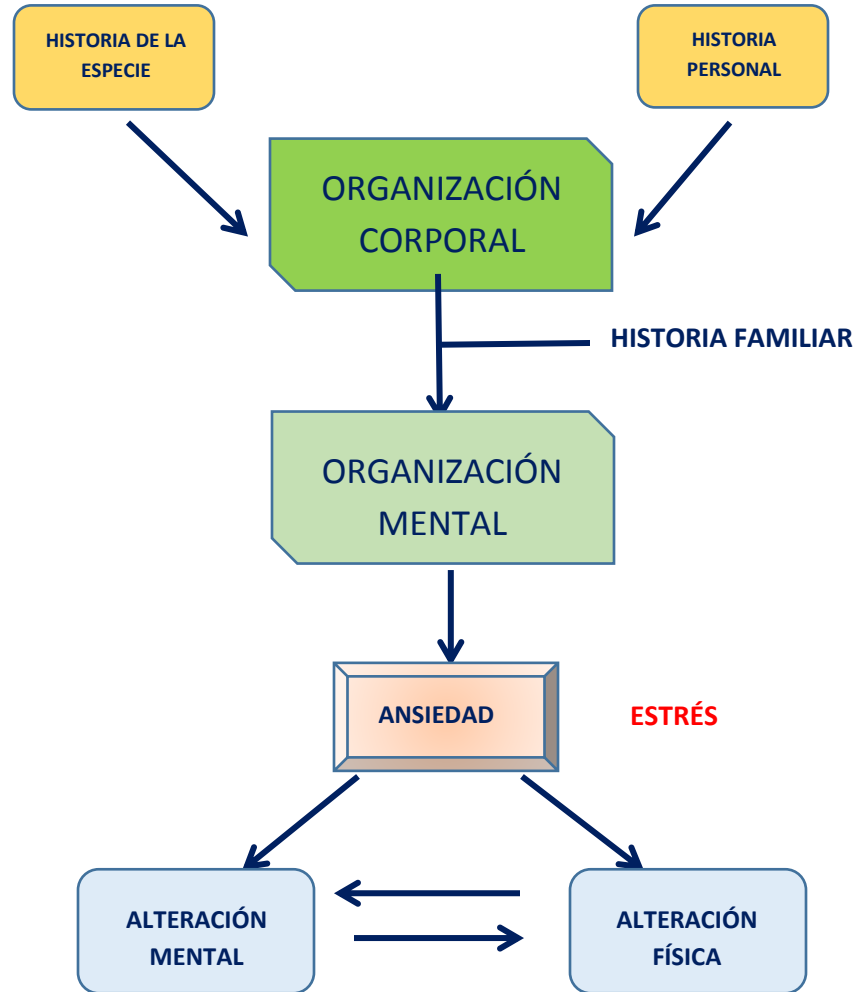
A partir de ello, Avellanosa (1997), plantea cómo en un gran número de aparatos y sistemas del organismo se producen modificaciones/cambios de tensión, alteraciones digestivas, algias, modificaciones cutáneas, etcétera, cuando la tensión emocional alcanza un cierto nivel. Asimismo propone un modelo (Figura 2.5), de cómo se manifiesta la patología psicosomática.

Por otro lado, patologías sociales como el alcoholismo, la drogadicción, la violencia urbana, las violaciones, los suicidios y el terrorismo, de acuerdo a Vicens (1995), tienen una estrecha relación con la concepción de la vida imperante y la convivencia colectiva. Esto es, que se da una clara relación entre la patología social y la actitud adoptada a partir de los valores.

En este sentido propone que podría intervenir sobre la salud desarrollando, por ejemplo modificaciones sobre las actitudes básicas respecto a la manera de trabajar, habitar, alimentarse o descansar, y cambiar así muchos de los hábitos que tienden al anquilosamiento y alienación para instaurar actitudes que lleven hacia hábitos más saludables.

En este último punto, indica que se observan formas de vida orientadas a la enfermedad y otras orientadas hacia la salud. En las orientadas hacia la enfermedad, se ven la competitividad, la acumulación excesiva (por ejemplo, la información no digerida), la fijación o fragmentación de la realidad. Asimismo, afirma que la aceleración tensa al organismo y reduce la percepción de la realidad, de tal manera que tanto el estrés como el angostamiento de la percepción conducen a la angustia y la tensión.

Figura 2.5. Patología psicósomática



Tomado de Avellanosa (1997)

En las orientadas hacia la salud se ve la expansión del tiempo, la realización personal, la cooperación, la gratificación del trabajo, la información que contribuye a la formación intelectual y la calidad de las relaciones humanas y personales.

Así, el estrés y la distorsión en la percepción de la realidad han llevado al ser humano a mantener una mala relación con su entorno, de tal forma que se presentan desequilibrios ecológicos provocados por la acción humana.

En este sentido, Capra (1998), señala que el excesivo énfasis puesto en el método científico y en el pensamiento racional ha impulsado una serie de actitudes profundamente antiecológicas. Así por ejemplo, a los occidentales les es muy

difícil entender el hecho de que si algo es bueno, no significa que más de lo mismo sea mejor, esta es la esencia misma del pensamiento ecológico.

Existe una conexión, de acuerdo a Vicens (1995), entre los desequilibrios ecológicos y enfermedades sociales, mismos que afectan el funcionamiento de todo el conjunto del planeta, y las enfermedades relacionadas con la pobreza, la marginación, miseria, hambre y degradación de la calidad de vida, y que vuelven a plantear la discusión de las relaciones entre la naturaleza, los ecosistemas, y la sociedad humana.

De esta forma, el hombre ha interferido en la ley interna del ecosistema y sus interrelaciones destruyéndolas, y la civilización moderna ha basado su intervención en la usurpación de recursos naturales.

Asimismo afirma que el impacto de la modernidad no puede compararse con ninguna otra formación histórica en cuanto a sus efectos sobre:

- a) Los ecosistemas: por la cantidad que ha devastado.
- b) La demografía mundial: cerca del 80% de la población es menor de 30 años, principalmente en los países no occidentales.
- c) Las culturas: reducidas únicamente al uso de la tecnología en la práctica cotidiana.
- d) La salud: generando enfermedades llamadas modernas, como las cardiovasculares, cánceres, accidentes, neurosis, y las derivadas de la guerra atómica.
- e) La educación: reduciendo “el saber” a técnica y especialidad, creando un híbrido hombre-máquina en el medio urbano.

Del mismo modo, plantea que actualmente los peligros de destrucción que han empezado ya a desequilibrar los ecosistemas pasan por:

- a) La devastación de la tierra, convirtiendo a ésta en terrenos infértiles y desiertos por la intensidad de cultivos en periodos anteriores.
- b) La contaminación de la química de la atmósfera, los océanos y las tierras de cultivo.
- c) La dificultad de eliminar los residuos radioactivos de las centrales nucleares, así como la contaminación térmica.
- d) La dificultad en eliminar la basura no degradable.
- e) La destrucción de la capa de ozono.

La modernización conlleva una industrialización salvaje que no respeta los equilibrios ecológicos, invadiendo todas las esferas de la vida cotidiana, como por ejemplo la salud y la educación. En este sentido, la enfermedad actualmente está tomando un matiz de riesgo social, psíquico y convivencial que degrada en gran medida la vida diaria.

Continuando con Vicens (1997), existen dos factores de la estructura social moderna -el ansia de crecimiento sin límites y el consumo energético fósil-, mismas que indican una situación de enfermedad por motivos estructurales, escondiendo una realidad social ineludible: la que se refiere a anomalías, costos económico-sociales, neurosis y conflictos sociales. Del mismo modo señala que en general para el conjunto de la sociedad el nivel de vida se ha elevado, pero a costa de la reducción de la calidad de vida.

Un ejemplo del deterioro ambiental lo constituye el desequilibrio cada vez mayor de la atmósfera que se respira, fenómeno que ha sido provocado, de acuerdo a López (2006), por la sociedad al contaminar el aire, lo que implica que la capacidad de inhalar se esté reduciendo en cantidad y calidad. Como resultado, el cuerpo tiene un bajo rendimiento en el aprovechamiento del oxígeno, lo que repercute en la memoria y trae como consecuencia cansancio, agotamiento crónico y problemas con la claridad de las ideas y la explicación de las cosas.

Para poder comprender de manera más clara las implicaciones manifiestas de este deterioro ambiental, es necesario conocer a que se refiere la contaminación ambiental.

Un contaminante se define de acuerdo a Gutiérrez, Romieu, Corey, y Portoul, (1997), como toda materia o sustancia, sus combinaciones o sus derivados químicos y biológicos, que al incorporarse o adicionarse al ambiente pueden alterar o modificar sus características naturales; también consideran contaminante a toda forma de energía, como calor, radioactividad y ruido que alteren el estado natural del ambiente.

Desde el punto de vista del bienestar humano entienden como contaminación la presencia en el ambiente de sustancias o factores físicos, químicos o biológicos que perjudiquen o molesten la vida, la salud y el bienestar humano, la flora y la fauna, o degraden la calidad del aire, agua, suelo, de los bienes, de los recursos de la nación en general, o de los particulares.

Las fuentes de contaminación atmosférica pueden ser naturales y antropogénicas, estas últimas son causadas por las actividades humanas. Asimismo señalan que al interior de las casas habitación están presentes una gran cantidad de contaminantes, de esta manera comentan que entre las fuentes internas principales de contaminación no industrial, se encuentran: fuentes de combustión como estufas y hornos que no se ventilan al exterior; humo de tabaco; máquinas y limpiadores electrostáticos que pueden emitir ozono; así como sustancias amoniacales para limpiar, adhesivos y pinturas, entre otras.

En el caso de los niveles de contaminación provocados por el clima urbano, explican que los materiales con que se construyen las ciudades alteran el clima original, ya que estos conducen el calor recibido en el día tres veces más rápido que el suelo de los campos, además en la ciudad se genera calor por la quema de combustibles en vehículos y fábricas.

En cuanto a la calidad del aire, señalan que durante el día es menor debido al impacto del viento sobre los obstáculos que ofrecen las construcciones, esta condición provoca mayor estabilidad del aire y por lo tanto disminuye su capacidad para diluir los gases que emite la ciudad, por lo que en consecuencia los niveles de contaminación se elevarán, circunstancia que tiene un efecto nocivo en la salud de la población.

Poder combatir estos efectos nocivos requiere, como plantea López (2006), de identificar cuál es el mecanismo para poder tomar el aire y hacer que se instale en la condición del cuerpo en forma de energía, para después usarla y distribuirla para oxigenarse y alcanzar la longevidad. La obtención de esta energía se logra a

través de la meditación zazen y se almacena en un lugar que los taoístas conocen como tándem, que se encuentra en el espacio abajo del ombligo.

Ese almacenamiento de energía tiene una implicación organizacional al interior del organismo, de tal forma que esos cuerpos están en un proceso de transformación en el cual está libre de sentimientos, mas no de emociones, ya que los primeros están mediados por pensamientos racionalizados. Así, cuando un sujeto entra a esta fase no tiene sufrimiento, no tiene deseos mundanos y puede vivir sin muchas complicaciones.

Por otro lado las enfermedades modernas han pasado a ser el grueso de los problemas desde el enfoque biomédico, ya que se ha reducido al organismo a su nivel molecular y las enfermedades a un solo componente, la bacteria, no prestándole atención al nivel de la causa, se erradican simplemente los síntomas, dejando las causas en estado latente.

En este sentido, Vicens (1997), señala que este enfoque no toma en cuenta el hecho de que es en la mente de la persona donde se origina la mayoría de las enfermedades físicas y psicológicas. De este modo, al hablar de salud, se debe dar una mayor importancia a la vida del enfermo y a su entorno, no puede basarse la salud de la población sólo en los fármacos o la sala de operaciones, cuando el organismo es un sistema muy complejo con una estructura y orden internos.

Por ello, se deben considerar causas más significativas de las enfermedades actuales: la ausencia de valores, los desórdenes mentales, los entornos artificiales de la urbe así como el ambiente social acelerado y los accidentes laborales y de tráfico.

Haber perdido de vista la problemática del enfermo, tanto física como emocional o ambiental, es haber perdido el sentido fundamental de un conocimiento de carácter esencialmente humano.

Como consecuencia de ello en diversos países se ha ido dando la formalización institucional de nuevos enfoques, como la homeopatía, la naturopatía y la

medicina china, entre otras. Siendo el concepto de salud holística el que encabeza estos nuevos movimientos. Emergiendo en consecuencia un sentido de totalidad respecto a la salud, ya que se considera que las actitudes mentales y la atención o toma de conciencia fortalecen al cuerpo, ya que influyen en cada función del organismo.

Bajo este modelo, el cuerpo, la mente, la salud, así como la enfermedad, son procesos en movimiento que varían según las distintas reacciones al medio y la enfermedad se anuncia como una señal de cambio en el organismo, en la personalidad o en la manera de vivir del enfermo. Considera que si el hombre ocupa un lugar central para el conocimiento humano, entonces se dispone de actitudes de orientación saludable, al no separarse el conocimiento del ser cognoscente. Si se separa el objeto de conocimiento del sujeto que conoce se tiende a una tensión que puede llevar a la enfermedad.

Por su parte, desde la perspectiva humanista, plantea Vicens (1997), el factor humano es el punto de partida de toda terapia que pretenda superar cualquier patología social. El punto que despierta en el afectado la voluntad de curación depende del sentido, del valor que el paciente otorga a su propia capacidad de superación.

En este sentido, el factor humano es decisivo para la salud y la prevención de las enfermedades, por tanto, la prevención debería ser el objetivo prioritario de cualquier política de salud pública.

Asimismo, indica que el punto de vista sistémico es igualmente decisivo para entender la complejidad fisiológica, mental y social de los seres humanos. En este sentido, Capra (citado en Vicens, 1995), propone una analogía entre los sistemas y la imagen de un árbol, refiriéndose a su estructuración jerárquica, que sirve para explicar que cada organismo individual está conectado con un sistema más amplio, ecológico y social, el cual tiene también una estructura semejante a la del árbol. En este modelo cada subsistema es un organismo relativamente autónomo y también un componente de un organismo más amplio.

Cuando un cuerpo manifiesta cansancio o debilidad o la persona manifiesta desinterés, depresión o un malestar general que no puede localizarse en ningún punto del nivel molecular, también se puede hablar de enfermedad, puesto que la persona se ve incapaz de interactuar con el medio de forma saludable, de adaptarse o de crear un nuevo medio que le permita conservar su salud.

La teoría de sistemas considera múltiples causas y observa el proceso de formación y extensión de la enfermedad en todo el organismo y su medio. Esta visión brinda mayores posibilidades de bienestar, al incorporar en la observación de la enfermedad el conjunto de un proceso y al señalar la necesidad de interactuar con el medio para poder así intervenir creativamente en él, o recurrir a nuevos medios favorables a una evolución positiva. Así, el punto de vista sistémico insiste en la necesidad de restablecer el orden interno y en la coevolución entre organismo y medio.

Por otro lado, Vicens (1995), propone que las sensaciones psicológicas, las actitudes mentales y las emociones están enraizadas en el funcionamiento celular. Así, la salud requiere determinadas formas de vida y actitudes mentales, cuya ausencia puede producir enfermedades cardiovasculares y cáncer; requiere además una forma de organización social y una manera de explotar los recursos naturales ecosistémica. En caso contrario se extienden las enfermedades sociales y ecológicas por la red social y por la ecología del planeta respectivamente.

De acuerdo a lo anterior, López (2006), propone que un cuerpo tendrá manifestaciones internas en función de la cultura en la que ha nacido, así el metabolismo tendrá sus expresiones de acuerdo a cómo las emociones son trabajadas en el espacio familiar.

En este sentido, Neira (2003), plantea que el núcleo inicial de los seres humanos se establece en los grupos primarios, en el de la comunidad inmediata y en el de la familia. No todas las actitudes son positivas, en las familias aparecen con frecuencia la distorsión, el engaño, la injusticia, la malevolencia y la destrucción, por ejemplo.

De esta manera, las actitudes de simpatía, amor, resentimiento, ambición, valor, heroísmo, sentido de justicia social, del bien y del mal, amabilidad, honestidad y temor entre muchas otras, tienen su origen en las primeras experiencias del individuo, y pueden encontrarse de formas diferentes en cada sociedad, en cada familia.

Por ejemplo López (2006), comenta que en las sociedades occidentales, ha existido una negación de la condición corporal de los niños, se les condiciona para evitar tocarse, sentirse y explorarse. Conforme pasa el tiempo se les impulsa a ponderar la inteligencia y se les aleja del contacto con el cuerpo. La mayoría de los problemas de desarrollo en los niños y adolescentes están relacionados con la negación de sentir, generando en este proceso miedo y angustia.

En el proceso de socialización familiar Pérez (2003), plantea que convergen numerosas variables relativas a la interacción entre sus miembros, los modos de ejercer la autoridad, la expresión de sentimientos y emociones, la resolución de conflictos, la transmisión de normas y reglas que configuran diferentes formas de funcionamiento familiar ejercen una influencia real sobre el individuo.

Asimismo, comenta que en la familia los castigos, refuerzos y sanciones son, en términos generales, las formas o estrategias utilizadas en la crianza o educación, mismas que dependen de los valores y pautas culturales (creencias, deseabilidad social), de la competencia social y emocional de los padres y cuidadores y del ajuste a la realidad y afrontamiento personal de las distintas situaciones.

En lo referente a los efectos del ambiente familiar sobre los procesos de personalización, socialización y moralización Fermoso (2003), indica que la formación del autoconcepto, de la autoestima, del sentimiento de identidad, del estilo de respuesta a la estimulación y la organización perceptiva del mundo son condicionados por el clima familiar, que da seguridad, en distintas proporciones a los seres en desarrollo, siendo todos estos elementos constitutivos de la personalización.

Así, los estilos de crianza, como lo plantea Gervilla (2003), en gran medida determinan las maneras en que los hijos enfrentan o no los retos que su ambiente demanda. En este sentido señala que las características que desarrollan los hijos dependerán de dichos estilos.

Es así que si un padre no establece normas y no exige responsabilidades, probablemente los hijos sean poco constantes, dependientes y se conduzcan por impulsos. Por otro lado, un padre que da órdenes, grita y critica tendrá hijos con miedo, enojo y falta de iniciativa

Por su parte, los padres que comunican pensamientos, proponen alternativas, explican y brindan autonomía, pueden tener hijos que a largo plazo muestran independencia, cooperación e iniciativa. Por el contrario, un padre que restringe todo a sus hijos y satisface todas las necesidades, tiene hijos inmaduros, débiles e inseguros.

Por otro lado, Feroso (2003), destaca la importancia del papel que juegan los hermanos en la familia nuclear, tanto si se es hijo único o son varios los hijos de la pareja. En la familia de hijo único pueden presentarse inconvenientes tanto por los posibles errores de los padres como por la ausencia de pares que le permitan al hijo modular y socializar su conducta. El hijo único está libre de rivalidades fraternas, puede recibir mayores atenciones y puede estar más presionado y motivado para conseguir éxitos académicos y deportivos.

La familia de varios hijos, por su parte tiene una dinámica distinta, las relaciones entre hermanos son de gran trascendencia en su desarrollo y educación, y cada familia tiene características diferentes en función de variables como: actitudes de los padres, posición o secuencia ordinal entre los hermanos, género, diferencia de edad, número de hermanos, tipo de disciplina familiar e influencia de personas periféricas a la familia.

Considera que una de las fuentes principales de los conflictos intrafamiliares se debe a la fratría, porque la constelación de hermanos influye en la conducta de

cada uno en función de las formas de relación establecidas que pueden estar referidas al poder, formas de comunicación afectiva o agresiva, la solidaridad o las rivalidades desarrolladas, etcétera.

De acuerdo a lo anterior, de los estilos de interacción familiar en que se encuentre el sujeto es como proyecta sus tensiones y ansiedades sobre el organismo. Aunque también puede proyectar sobre su organismo sensaciones opuestas. Así, la enfermedad es, por otro lado, una fuente primaria de información de lo que sucede en nuestros cuerpos y en nuestras vidas.

Por su parte Brosse (citada en Vicens, 1997), examina los elementos que constituyen el organismo humano y que son los mismos que componen el universo. En el organismo humano, la energía se organiza en tres niveles distintos, el nivel más básico es denominado “sistema macrofísico” y está sujeto a la ley de la entropía, cuyos elementos energéticos tienden a la degradación y a la “homogénesis”; por su parte el “sistema biológico” se orienta hacia la “heterogénesis” mediante entropía negativa y produce así la vida; en tercer lugar se encuentra el “sistema psíquico”, cuya acción es equilibrar los excesos de la heterogeneidad biológica y que subordina a los anteriores organizando el fenómeno de la integración.

En resumen, las actitudes mentales favorecen un estado de salud o al contrario predisponen a la enfermedad, asimismo existe la conexión entre lo individual y lo social en el nivel de la mente. Esto es, hay un ensamblaje entre las actitudes mentales en el individuo y las actitudes mentales a nivel social, las cuales se corresponden a su vez con las actitudes ante la naturaleza y la ecología del planeta.

La mente humana se expresa tanto en el individuo como en la cultura, de una forma u otra crea un mundo interior que se refleja en la llamada realidad objetiva o mundo exterior. Ambos mundos existen y se reflejan porque la mente no se limita al ser humano sino que es una propiedad esencial de la vida y una propiedad de los sistemas naturales.

Esta capacidad de la mente de crear un mundo interior o subjetivo hace que nuestras respuestas al medio, físico o social, sean mayormente producto de nuestras expectativas, experiencias, propósitos y símbolos, los cuales condicionan nuestra percepción, el mundo objetivo, reflejado, y el mundo subjetivo, interiorizado, creados por la incesante actividad de la mente, inciden en la enfermedad y en la salud.

Se ha hablado hasta este punto de la importancia del equilibrio del hombre con su ambiente, tanto físico como social, sin embargo existe un tema que se relaciona tanto con el exterior como con el interior del individuo, este es el de la alimentación; es importante destacar la palabra equilibrio puesto que en esta, va implícito el concepto de exceso, el cual ha sido lo que mejor puede definir la alimentación actual (Cano, 2003). A escala mundial se presenta la gran paradoja de la existencia de una minoría sobrealimentada a expensas de que la mayoría no cubra sus necesidades vitales.

Actualmente se consumen proteínas en una proporción dos o tres veces mayor a las necesidades del organismo. Las carnes contienen una elevada proporción de purinas que se transforman en ácido úrico, cuyo exceso en sangre favorece la aparición de cálculos. Aproximadamente el 40% de las calorías que se ingieren provienen de las grasas, y de estas un 70% son de origen animal, es decir, son grasas saturadas.

Asimismo, el 25% de las calorías ingeridas provienen de los llamados azúcares rápidos (sacarosa). En unos casos se consume directamente y en otros, encubierta en refrescos, salsas, alimentos y bebidas.

Uno de los peligros del azúcar, continúa el autor, es la sustracción de sales minerales en el organismo, esto tiene un origen doble, por una parte, el fuerte efecto acidificante que posee el azúcar; por otra, al tratarse de un producto refinado, carece de los minerales, vitaminas y oligoelementos necesarios para su completa metabolización.

El excesivo consumo de azúcares rápidos provoca carencias considerables de las vitaminas del grupo B y favorece la aparición de la diabetes. Sin embargo, cuando se consumen carbohidratos complejos, en forma de cereales integrales el metabolismo los convierte en glucosa sin que se produzca el efecto desmineralizador ni el déficit de vitaminas porque estos alimentos poseen las sustancias protectoras.

Cada vez en mayor medida, el ser humano consume calorías vacías, provenientes de alimentos que aportan calorías pero que carecen de los elementos protectores, estos alimentos se dividen en tres grandes categorías: el azúcar (calorías vacías), las grasas (calorías casi vacías) y los cereales refinados (calorías medio vacías). Estas tres categorías de alimentos consideradas globalmente, representan casi el 80% del total del consumo diario.

No obstante que los cereales y las legumbres contienen prácticamente todos los nutrientes que el cuerpo necesita, se han sustituido por alimentos refinados y procesados, lo cual ha favorecido la aparición de numerosas enfermedades.

Para la medicina actual, de acuerdo con Cano (2003), las dietas tienen un valor preventivo y no considera la calidad energética de los alimentos. Los aspectos que cuentan son los cuantitativos como la cantidad de calorías, cantidad de calcio etcétera.

En contraparte, en las medicinas tradicionales antiguas el alimento siempre ha jugado un papel fundamental y se ha usado con fines medicinales. Por ejemplo en la medicina tradicional china al hablar de alimentos se hace continua referencia a la ley de los opuestos: alimentos que calientan y que enfrían, que acidifican y que alcalinizan.

Desde esta perspectiva curar significa reequilibrar la homeostasia del cuerpo, conseguir que todos los órganos, sistemas y aparatos estén en armonía, por lo que para lograr este objetivo es fundamental ingerir todos los días una buena cantidad de alimentos equilibradores y balanceados.

2.4 La gastritis como proceso psicosomático

Como se ha mencionado anteriormente, el estómago recibe todas las emociones que experimenta el individuo. Estas emociones son provocadas por una serie de factores que van desde los genéticos, pasando por los de personalidad, el impacto del ambiente al que está expuesto el individuo (social, familiar y ecológico), sus estilos de alimentación, las actitudes con las que enfrenta los acontecimientos vitales, hasta la forma en como concibe su cuerpo.

Estos factores pueden traer como consecuencia la aparición de una serie de trastornos gastrointestinales, entre los cuales se encuentra la gastritis. Boggio (2011), los describe como una combinación variable de síntomas digestivos crónicos recurrentes o madurativos, y que no pueden ser explicados por fallas orgánicas del tracto digestivo o por psicopatologías severas. Además alteran y deterioran la calidad de vida del individuo generando altos índices de gastos en salud.

En este sentido Enríquez (2010), señala que el estrés empeora los síntomas, así los pacientes han expresado que las molestias se incrementan por la tensión nerviosa. También los estresores externos, pensamientos y emociones tienen la capacidad de afectar la sensibilidad gastrointestinal, la motilidad y las secreciones.

De esta forma se puede provocar como señala López (2006), un desequilibrio energético, siendo factible que se instale en cualquier lugar del cuerpo dominando a un órgano, como es el caso del estómago, dando inicio a un proceso psicosomático.

Desde esta óptica, Mardomingo (1997), señala que los factores ambientales y emocionales influyen en el desencadenamiento y mantenimiento de los procesos patológicos, estableciendo especial énfasis sobre el papel de los acontecimientos vitales estresantes.

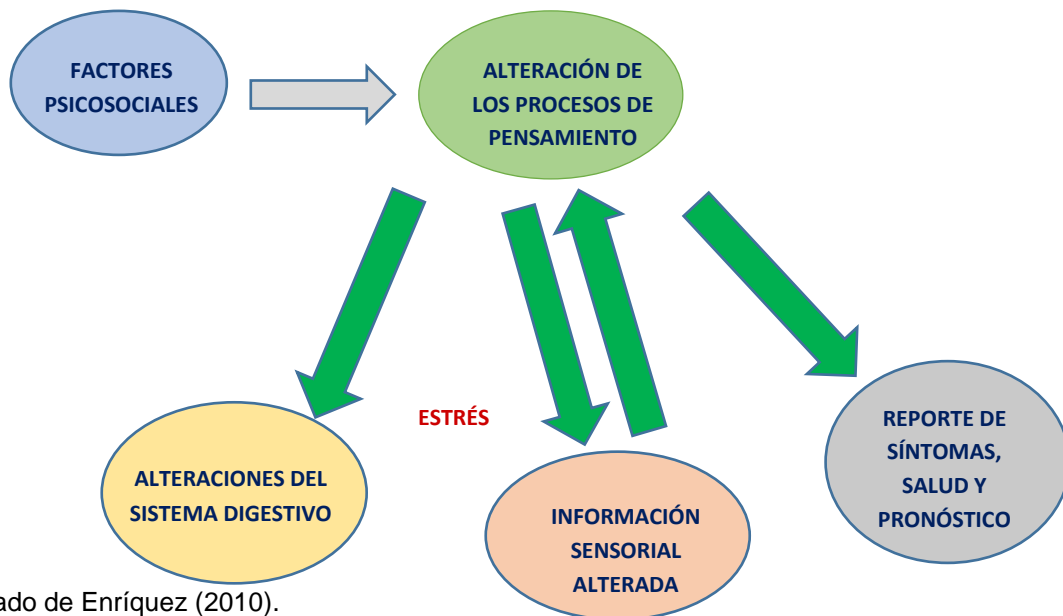
Asimismo, las demandas ambientales excesivas o inadecuadas exigen un proceso de adaptación también excesivo por parte del organismo que, unido a un estado

de vulnerabilidad previo y a factores de aprendizaje añadidos, puede conducir a la enfermedad psicofisiológica.

De acuerdo a lo anterior Enríquez (2010), indica que los disturbios psicosociales amplifican la experiencia del trastorno. De este modo, padecer un desorden funcional gastrointestinal altera la calidad de vida, por ejemplo se puede presentar hipervigilancia, alteración en el patrón del procesamiento cerebral, cambios en la percepción sensorial y alteraciones fisiológicas secundarias.

Resalta que los factores psicosociales como se muestra en la figura 2.6, son de suma importancia ya que estos incrementan el riesgo (vulnerabilidad); modifican la fisiología gastrointestinal; alteran la expresión clínica (severidad y refractariedad de los síntomas); impactan en el comportamiento hacia la enfermedad e influyen en la respuesta terapéutica y en la selección del tratamiento. Asimismo considera que los acontecimientos vitales afectan las respuestas emocionales (ansiedad y depresión), la severidad de los síntomas, y el estilo de afrontamiento.

Figura 2.6.
Relación entre estrés psicológico y síntomas gastrointestinales



Tomado de Enríquez (2010).

En relación a lo anterior Mendive (2005), establece que el ambiente familiar deja huella tanto en el presente como en el futuro de los hijos, por lo que cuando surgen los problemas, es importante describirlos (pues se trata de eliminar lo que los cubre), y darles una respuesta adecuada que tienda, en la medida de lo posible, a solucionarlos o bien a reducir sus potenciales efectos negativos. De allí la necesidad de aceptar en su real dimensión la existencia de un problema determinado, que no se debe minimizar ni sobreestimar. Es preciso saber que cuanto antes se lo enfrente, mayores posibilidades habrá de encontrarle una solución adecuada.

En caso contrario al negar, evadir o enmascarar los problemas, solo se consigue que crezcan y se agraven con el paso del tiempo. Dando paso a que el dolor y el sufrimiento lleguen al extremo de ser ignorados. En este sentido, algunos padres pretenden evitar el sufrimiento, ya sea multiplicando los controles ejercidos sobre los hijos (incurriendo en sobreprotección), o haciendo lo imposible para que no sufran (provocando una sobresatisfacción), o bien evadiendo mediante la propia huida (abandono).

Cualquiera que sea el estilo adoptado, se trata de padres que ejercen un poder tan grande sobre sus hijos que se convierten en un serio obstáculo para que estos puedan realizar sus propias vidas. De este modo señala que si las condiciones adversas en que crece el niño, convertidas en factores de riesgo son continuas y persistentes, su desarrollo estará muy comprometido, sin embargo no quiere decir que sean definitivas.

De esta forma, continúa Mendive (2005), una presencia adecuada y un buen nivel de comunicación permiten sentar las bases sobre las cuales se construye la confianza, uno de los componentes más importantes de todo vínculo familiar.

Así, las vivencias familiares de la infancia revisten tal importancia que mucho tiempo después de haber concluido esa etapa es posible recuperar momentos y sentimientos fundamentales de ella. De tal modo que el hijo aprende, mediante el

ejemplo, a hacer frente a las frustraciones, al ver como sus padres reaccionan ante ellas.

Estas frustraciones son generadoras de ansiedad, provocando en consecuencia desequilibrios en el individuo, en este sentido Molina (2010), considera que el estrés generador de ansiedad es un factor importante en el desarrollo de la gastritis. Martínez (2008), por su parte sugiere que las defensas de un individuo bajan cuando este está estresado o triste lo que permite la afección del padecimiento. El enfermo del estómago suele tragar la agresión, el sentimiento o la presión, de esta manera, si domina un pensamiento o una emoción, se presenta el desequilibrio corporal en el individuo.

Así, éste acudirá constantemente a prácticas nocivas dentro de la sociedad, lo cual repercute en la familia, la humanidad y la naturaleza, provocando por tanto la enfermedad, pues la unidad corporal no puede vivir alejada de su raíz histórica-cultural.

La gastritis también se relaciona, como indica Martínez J. (2008), con un desajuste energético, emocional y fisiológico, que a su vez está relacionado con una gran variedad de situaciones que se viven cotidianamente.

Este desajuste de acuerdo a la teoría de los cinco elementos, se explica a través de la analogía del universo con el cuerpo que es conceptualizado como un microcosmos que se encuentra en estrecha relación, en este caso con la tierra el elemento correspondiente al estómago, en consecuencia cualquier cambio que suceda externamente tendrá efectos e implicaciones que se expresarán en los síntomas característicos de la gastritis.

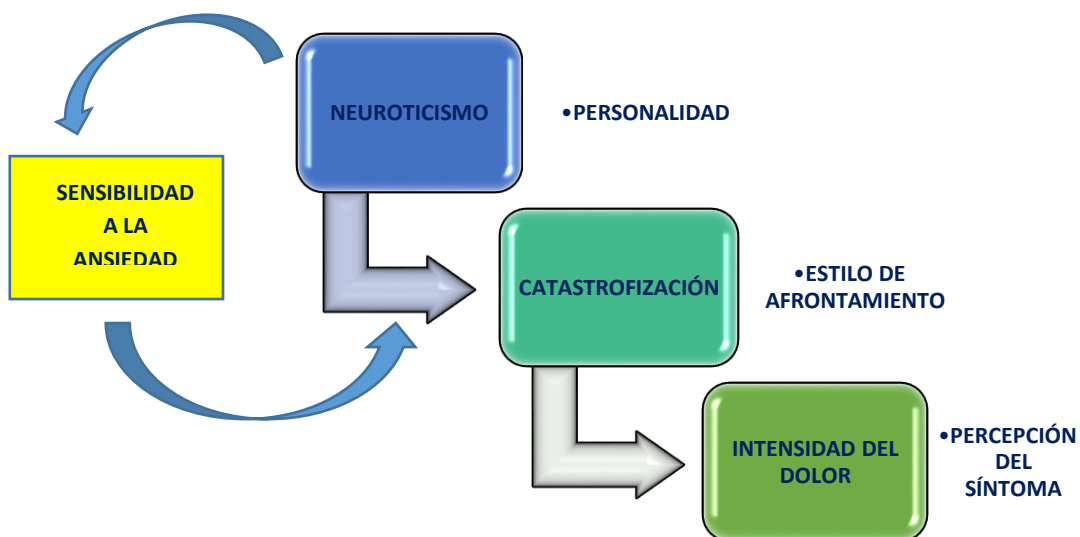
Del mismo modo estos desajustes son producto de las formas en que el sujeto interactúa con su ambiente: naturaleza, interacción social y estilos de alimentación, en este sentido, López (2006), plantea que un sujeto que no se ha adaptado en su entorno social en razón de su carga de temores, dudas, angustias, presión social, responsabilidad, miedo de vivir, etcétera, es vulnerable a que el

desequilibrio se instale dominando al órgano estómago como principio de un proceso psicosomático, generando en consecuencia la gastritis.

Del mismo modo Tordjman (2002), plantea que cada emoción desencadena cierta cantidad de reacciones internas y que las emociones pueden causar efectos sobre las vísceras, cada vez que se produce un desorden funcional en un organismo, se opera una modificación, por sobrecarga del aparato fisiológico a nivel de las secreciones glandulares o de los neurotransmisores químicos, como es el caso de la hipersecreción gástrica y el incremento en la motilidad del estómago.

En relación a los factores cognitivos Enríquez (2010), señala que están referidos a las creencias, expectativas e interpretaciones de los pacientes que llevan a la adopción de un comportamiento hacia el trastorno lo que incrementa la sintomatología. Del mismo modo, adoptar un estilo de afrontamiento maladaptativo como la catastrofización (Figura 2.7), puede llevar a un pronóstico de salud pobre. Dicha catastrofización la explica como un proceso de pensamiento que se caracteriza por enfocarse excesivamente en sensaciones dolorosas, exageración de la amenaza y percepción de ser incapaz de afrontar la situación dolorosa.

Figura 2.7. Estilo de afrontamiento maladaptativo



Tomado de Enríquez (2010)

Por su parte, Molina (2010), y Chantar y Rodes (citados en Olivares, 2008), plantean que la incidencia familiar, factores genéticos, factores exógenos como la nicotina, el alcohol, los fármacos, abuso en la ingesta de alimentos, el consumo de especias, chile, alcohol, chocolate, café y grasas en general, están relacionados con la aparición de la gastritis.

La nutrición como señala Martínez (2008), desempeña un factor muy importante en el desarrollo de este trastorno porque la persona tiende a consumir alimentos relacionados con su estado de ánimo. Algunos alimentos proporcionan endorfinas que estimulan al cerebro, además el apetito depende en gran medida de la situación psíquica del individuo; así presentará náuseas o vómito como expresión de defensa, de repudio o por una impresión fuerte.

De acuerdo a este autor, la comida implica vida, la preparación de alimentos expone a la persona al fuego, y al resto de los elementos, así como a sabores como el picante y las grasas. Se come con emociones, tanto del que prepara como del que consume y a veces no se quiere comer (por lo general cuando se está triste, enojado o apresurado), atentando así contra el cuerpo y la vida.

Para atender el desequilibrio manifestado desde diversas perspectivas, Molina (2010), considera necesario que el individuo realice cambios en sus formas de conducirse por la vida, esto implica llevar a cabo un proceso de transformación donde el sujeto sea capaz de reconocer su responsabilidad en la construcción de su concepto de enfermedad y, en consecuencia, identificar cuáles son los patrones personales que lo han llevado al desequilibrio, de hacerse cargo de su cuerpo, de comer, sentir y vivir de acuerdo a lo que se quiera ser.

En este sentido, el tratamiento y manejo de la gastritis implica abordar, necesariamente un enfoque integral que retome las principales enseñanzas de la medicina china como es la teoría de los cinco elementos, el equilibrio de la energía y la armonía con la naturaleza, además del manejo correcto de las emociones, entre otros aspectos, de tal modo que el individuo entre en un proceso de

reconstrucción personal enfocándose en el restablecimiento del equilibrio mediante cambios en la alimentación, liberando emociones que son guardadas hace mucho tiempo, aprendiendo a utilizar técnicas de respiración que ayuden al cuerpo a equilibrar la energía de los órganos, acercándose a la naturaleza, realizando ejercicio cardiovascular, así como afrontar de manera sana las exigencias del entorno a través de estrategias sociales adaptativas.

Tomando en cuenta lo revisado a lo largo de este documento, el propósito que se pretende alcanzar es realizar una aproximación a la construcción psicosomática de la gastritis.

CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA Y RESULTADOS

3.1 Metodología

En la investigación cualitativa el investigador consulta cuestiones generales y abiertas, recaba datos expresados a través del lenguaje escrito, verbal y no verbal, así como visual, los cuales describe y analiza y los convierte en temas, conduce la indagación de una manera subjetiva y reconoce sus tendencias personales. El investigador se concentra en las vivencias de los participantes tal como son sentidas y experimentadas. Los datos cualitativos, por tanto son descripciones detalladas de situaciones, eventos, personas interacciones, conductas observadas y sus manifestaciones (Hernández, Fernández-Collado & Baptista, 2006).

Objetivo general

Realizar una aproximación a la construcción psicosomática de la gastritis

Objetivos específicos

Conocer la influencia que representan en el desarrollo de la gastritis los siguientes factores:

- La interacción social
- El ambiente familiar
- El estrés
- La alimentación
- La geografía
- La rutina diaria

Participantes

En la investigación participaron 12 mujeres con edades comprendidas entre los 19 y los 32 años. De estas, 5 son estudiantes de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala y 7 estudian en la Escuela Normal Superior de México. Todas viven en el área metropolitana, 7 en el Estado de México y 5 en la Ciudad de México. Como

criterios de inclusión se tomaron en cuenta que hubieran presentado síntomas de gastritis y/o colitis y que fueran estudiantes de psicología.

Materiales y aparatos

- Una grabadora marca STEREN modelo rec-845
- Hojas para anotaciones.
- Bolígrafo.
- Guía de Entrevista semiestructurada (ver anexo 1).

Procedimiento

Se contactó a las participantes en las aulas de las escuelas seleccionadas informándoles el objetivo de la investigación. Se recolectaron los datos de los voluntarios y se contactó posteriormente con ellos. Las participantes acordaron que las instalaciones de su escuela eran las más adecuadas para realizar la entrevista.

3.2 Análisis de resultados

Se crearon 8 categorías de la información recabada, tomando en cuenta las coincidencias que se encontraron en las entrevistas, así como los aspectos que se consideraron relevantes para entender la construcción de la enfermedad desde la teoría de los 5 elementos. Las categorías se encuentran descritas en el cuadro 3.1

Cuadro 3.1. Categorías de resultados.

Núm.	Categoría	Descripción
1	Problemas de peso	Se refiere a los momentos en que la entrevistada tuvo sobrepeso o estuvo por debajo del peso que se considera sano, a qué lo atribuye, si aún tiene esa condición y cuales han sido las medidas que ha tomado para solucionarla.
2	Emoción predominante y sabor de preferencia	Se refiere a la emoción que ha predominado en algunas etapas de su vida así como al sabor que ha preferido en estas etapas.

3	Exigencia escolar	Se refiere a las vivencias relacionadas a obtener buenas calificaciones o ser sobresaliente en el estudio. Estas exigencias pueden ser propias o por factores externos.
4	Relaciones familiares	Se refiere a las relaciones y vivencias importantes que ha tenido con los miembros de su familia.
5	Concepto de cuerpo	Se refiere a la concepción, importancia y cuidado que tiene del cuerpo.
6	Tratamientos	Son los tratamientos que ha recibido para la gastritis o colitis y como le han funcionado.
7	Crisis	Las acciones y/o actitudes que toma cuando la enfermedad hace crisis.
8	Otras enfermedades	Son las enfermedades que se han presentado además de la gastritis y la colitis.

Categoría 1: problemas de peso

La obesidad ha sido definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como la acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud, y es el principal factor de riesgo modificable para el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles, como la diabetes mellitus y las enfermedades cardiovasculares.

En México, el sobrepeso y la obesidad afectan a 7 de cada 10 adultos mexicanos de las distintas regiones, localidades y niveles socioeconómicos de acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del 2012.

El indicador más frecuentemente utilizado para identificar el sobrepeso y la obesidad es el índice de masa corporal (IMC), el cual es una muestra simple de la relación entre el peso y la talla. Se calcula dividiendo el peso en kilogramos entre la estatura en metros al cuadrado: $\text{peso (kg)} / [\text{estatura (m)}]^2$. Si el puntaje obtenido está por debajo de 18.5 se considera bajo peso, de 18.5 a 24.9 es peso normal, de 25.0 a 29.9 sobrepeso y 30.0 o más, determina obesidad.

En el cuadro 3.2 se presentan los datos obtenidos en relación a talla y peso.

Cuadro 3.2. Indicadores del estado de salud de las participantes.

Participante	Peso	Talla	IMC	Estado de salud
Sandra	74 kg.	1.61 m.	28.5	Sobrepeso
Beatriz	52 kg.	1.58 m.	20.8	Peso normal
Abigail	69 kg.	1.68 m.	24.4	Peso normal
Diana	36 kg.	1.55 m.	14.9	Bajo peso
Mariana	89 kg.	1.62 m.	33.9	Obesidad
Laura	61 kg.	1.63 m.	22.9	Peso normal
Joana	78 kg.	1.75 m.	25.4	Sobrepeso
Gina	70 kg.	1.67 m.	25.1	Sobrepeso
Andrea	52 kg.	1.53 m.	22.2	Peso normal
Julia	61 kg.	1.60 m.	23.8	Peso normal
Pamela	70 kg	1.56 m.	28.7	Sobrepeso
Mónica				Sobrepeso*

*no se tienen los datos exactos de peso y talla por lo que no se pudo obtener el IMC, sin embargo se llegó a la conclusión de sobrepeso por cálculos aproximados

De acuerdo al cálculo del IMC, cinco participantes resultaron con sobrepeso y una con obesidad, del mismo modo una participante obtuvo un resultado de bajo peso.

La mayoría de las participantes presentan una queja constante acerca de su peso actual, y atribuyen las variaciones de este a diferentes causas, como alto consumo de grasas (Mariana, Gina, Julia), ansiedad (Sandra, Joana), depresión (Diana, Andrea, Laura) y problemas hormonales (Mónica). Por ejemplo, Laura comenta que siendo niña, al nacer su hermano menor sus padres centraron su atención en el nuevo integrante, por lo que se refugió en la comida provocando con ello el que subiera de peso.

En cierto momento de su vida, varias han tomado medidas para reducir su peso, entre estas se encuentran seguir una dieta que estableció un nutriólogo (Sandra, Mónica, Julia, Pamela), hacer ejercicio (Mariana, Laura, Joana), reducir el consumo de grasas (Mariana, Gina) o comer menos (Laura, Andrea).

“Ahorita estoy subiendo y bajando porque estoy en un plan con un nutriólogo [...] de la primaria a la secundaria mi mamá me puso a dieta, me hizo bajar dándome cereal fitness en la mañana y en la noche y en el día me medía la comida”.

Julia.

“Empezó esto de la epidemia de la obesidad y hacían campañas, en mi escuela hicieron una. Todos los niños que tenían obesidad tenían que estar media hora haciendo ejercicio y nos sacaban a todos los que estábamos gorditos, teníamos una enfermera en la escuela y anotaba nuestro proceso, cuanto pesabas, cuanto ibas bajando, igual una dieta y también me hicieron un estudio de sangre por si tenía diabetes, hipertensión y eso, yo salí bien”.

Laura.

Asimismo, ha habido preocupación por parte de algunas participantes ya que consideraron estar demasiado delgadas. Diana se esfuerza por comer un poco más y Abigail por su parte, se obligó a usar ropa ajustada aunque se sintiera incómoda, esto para aceptarse a sí misma.

“En la secundaria era muy delgada, en una kermesse un chavo me dijo anoréxica y me afectó mucho porque yo sabía que era muy delgada y no me gustaba mi cuerpo. Llegué al extremo de que cuando salía a la calle me sentía muy incómoda porque sentía que todos me miraban”.

Abigail.

Algunas participantes mencionaron que como consecuencia de su sobrepeso sufrieron de bullying (Mariana, Laura, Pamela).

“En la primaria sufrí de bullying, me discriminaban mucho por ser la niña gordita, nadie se quería juntar conmigo [...] en la secundaria hice bullying y me hicieron bullying, decidí no hacerlo más”.

Pamela.

Como se observó, la relación del sobrepeso con la gastritis se traduce en malos hábitos en lo relacionado con el tipo de alimentos consumidos, tales como comer grasa en exceso e ingerir mucho picante; y los estilos inadecuados de la familia para compartir los alimentos como desayunar tarde, comer abundante e incluso comer dos veces para acompañar al padre.

“Por lo regular mi abuela, mi mamá, mis primos y yo comíamos juntos y mi hermana. Ya después llegaba mi papá y me sentaban a comer otra vez. A la fecha llego a comer a las 4 y a las 6 quiero volver a comer”.

Pamela.

Como se pudo observar las emociones de las participantes participan de manera activa en el control de su peso. Tal es el caso de Diana, que menciona que debido a la depresión por el rompimiento con su pareja ha bajado de peso. Por su parte, Mariana tenía problemas en la infancia con su mamá, lo que se traduce en problemas con la comida, ya que es el vínculo de una madre con sus hijos.

Del mismo modo, la ansiedad en varias de las participantes las provoca a comer alimentos altos en azúcar o grasas, debido a que ingieren cosas que se compran en una tienda o en un puesto de la calle. Asimismo el desorden de horarios en su vida escolar y familiar ha hecho que pasen por ayunos o que coman de más.

De todo lo anterior se puede inferir que las participantes requieren realizar cambios no únicamente a nivel individual, sino que es necesario que su entorno familiar sufra transformaciones que les permitan cambiar sus estructuras culturales en torno a mejores hábitos alimenticios.

Categoría 2: Emoción predominante y sabor de preferencia

Una emoción, de acuerdo a López (2006), puede establecer cambios en el interior del cuerpo que no son autónomos, se vincula con las formas y estilos de vida de cada individuo, así que no todas las personas tienen el mismo proceso de la relación con las emociones y de estas con los órganos.

Del mismo modo Tordjman (2002), plantea que cada emoción desencadena en la persona cierta cantidad de reacciones internas y que las emociones inconscientes pueden causar efectos sobre las vísceras, cada vez que se produce un desorden funcional en un organismo, se opera una modificación, por sobrecarga del aparato fisiológico a nivel de las secreciones glandulares o de los neurotransmisores químicos.

De acuerdo a lo anterior, todo lo que percibimos en torno a nuestro ambiente lo que vemos, olemos, comemos, sentimos, está vinculado estrechamente con las emociones, estas son registradas en diferentes partes del cuerpo y van generando una especie de memoria.

Pialoux (2009), indica que el hombre funciona gracias a la energía llamada ki (tchi), esta energía adopta múltiples aspectos, por un lado la energía original o esencial presente en todas partes y siempre (ki genético), y por otro las energías presentes en la alimentación y en la respiración (ki adquirido).

Desde la teoría de los cinco elementos, el cuerpo es conceptualizado como un microcosmos lo que permite observar la estrecha relación entre la tierra con el bazo, el páncreas y el estómago. De este modo, cualquier cambio que suceda externamente tendrá efectos e implicaciones que se manifestarán en el estómago como producto del desequilibrio del ki.

Asimismo, la relación con los cinco elementos se revelará, incluso en el gusto que la persona tenga por ciertos sabores. Los alimentos, así como las reacciones emocionales o afectivas hieren los órganos según su cantidad, su calidad y su sabor. De acuerdo a esto, se pueden apreciar las interrelaciones dinámicas de acuerdo a los sabores que se prefieren:

El sabor muy ácido, muy avinagrado o la cólera, lesionan al hígado y a la vesícula biliar, del elemento Madera.

El sabor muy amargo, demasiado ardor o frenesí, lesionan al corazón y al intestino delgado, del elemento Fuego.

El sabor muy dulce, el azúcar inmoderado, la ansiedad, la angustia o la inquietud, lesionan específicamente al bazo y al estómago, del elemento Tierra.

El sabor muy picante, excesivamente sazonado o la tristeza, lesionan a los pulmones y al intestino grueso, del elemento Metal.

El sabor muy salado, el asombro o el miedo visceral, lesionan a los riñones y a la vejiga, del elemento Agua (Pialoux, 2009).

En función de lo comentado anteriormente, el estómago de las participantes se ha visto afectado debido a que 10 de 12 reportan que la emoción que actualmente experimentan más es la ansiedad (Sandra, Beatriz, Abigail, Mariana, Laura, Joana, Gina, Andrea, Julia y Mónica).

Asimismo las participantes reportan otras emociones como ira (Sandra, Pamela, Mónica), alegría (Beatriz, Mariana) y tristeza (Diana).

Igualmente, el consumo de alimentos principalmente dulces y picantes, ha afectado sus órganos.

*“Me gustan las cosas dulces **¿siempre ha sido así?** No, antes comía mucho el limón y el picante”.*

*“**¿Qué emoción predominó en tu infancia?** Creo que era más tristeza y tal vez resentimiento [...] Siempre he sido una persona que se estresa mucho por cualquier cosa y a veces soy muy enojona”.*

“En mi primer año de edad me diagnosticaron asma, y a los dos me desahucieron, los doctores dijeron que ya no podían hacer nada porque estaba muy grave, ya ahora estoy bien”.

Mariana.

*“**¿Qué sabor preferías en la infancia?** El picante, desde niña hasta la fecha. Aunque ahorita ya no como tanto **¿Qué emoción consideras que predominó tu infancia?** La tristeza, a partir de que murió mi papá siempre estuve en depresión”.*

*“**¿A lo largo del día experimentas emociones fuertes y por qué razones?** Más que nada es ansiedad, y muchas veces no sé por qué, con la escuela soy muy ansiosa. En el metro también me da mucha ansiedad cuando hay mucha gente y se empiezan a pelear”.*

Andrea.

Los ejemplos anteriores muestran claramente la relación estómago/ansiedad/dulce predominante en la actualidad, así como pulmón/tristeza/picante en la infancia.

La mayoría de las participantes reportan que la gastritis y/o colitis se manifestaron siendo adolescentes, después de los 12 años. Por su parte Abigail comenzó con problemas gástricos aproximadamente a los 10 años.

En el análisis de las historias de vida se puede observar, que algunas de las participantes han experimentado ansiedad desde la infancia al pasar por situaciones adversas, Beatriz y Laura por ejemplo, vivieron desde chicas el alcoholismo de sus padres.

“¿Por qué te sentías estresada? Empezó o empeoró, el alcoholismo de mi papá, y como que mi mamá también empezó con lo mismo, y yo era hija única, y mi papá... como a los 9 años conocí a su otra señora pero me dijo que guardara el secreto, entonces me empecé a portar mal y empecé a consumir alcohol y drogas”.

Beatriz.

“Mi papá es alcohólico, ahorita ya no toma desde hace como 10 años [...] yo creo el estrés venía porque yo veía discusiones y me ponía como nerviosa y ver que mis papás se decían de cosas pues me exaltaba, ahora escucho a alguien gritar y me empiezo a estresar”.

Laura.

Por otro lado, las entrevistadas revelan que no saben manejar la ansiedad provocada por su ritmo de vida o por su interacción con las personas cercanas a ellas. Se expresan de maneras que no las han ayudado a solucionar su problema y que han contribuido a empeorar su estado de salud y su relación con su familia, como son comer comida chatarra, gritar y pelear o aislarse y no decir nada, lo que causa un daño constante a su cuerpo.

“Mi familia dice que soy la más enojona, la más histérica, de carácter explosivo. En mi casa siempre estoy estresada. Siempre se oyen gritos, se hace como una guerra ahí aunque tú no participes”.

Abigail.

“¿Cuándo empezó la colitis? Entrando a la universidad hace dos años ¿a qué lo atribuyes? He ido al doctor y me dicen que... yo me estreso mucho y soy muy aprensiva. En la secundaria se me trababa la mandíbula por estrés”.

“El camino es muy estresante porque no sabes si vas a entrar en el metro [...] a veces no ha terminado el día y ya estoy pensando qué voy a hacer mañana, entonces constantemente hay ansiedad”.

Joana.

“Siempre he sido ansiosa y cuando tengo problemas como que se me bajan las defensas, me pasa cuando me da gripa, cuando tengo exámenes, trabajos o problemas”.

Julia.

“¿A qué atribuyes tu gastritis? A que soy una persona muy ansiosa, me preocupo demasiado, y a lo mejor al tipo de vida que llevaba, a veces no comía”.

Mónica.

Independientemente de la emoción que experimentan, algunas de las participantes reprimen lo que sienten porque se les dificulta expresarlo, o para evitar conflictos, también mencionan que en su familia no se facilita la expresión de emociones.

“Desde que se murió mi hermana mi mamá se volvió sobreprotectora y mi papá me decía que no le hiciera caso, entonces entraba en conflicto. Cuando yo tenía un problema me lo guardaba. Me volví agresiva y rebelde”.

Beatriz.

“Aquí somos puras mujeres, luego hay conflictos y por no hacer el problema más grande prefiero quedarme callada y me quedo con el coraje, en casa igual a veces me quedo con la lágrima por coraje”.

Pamela.

“En mi familia no se hablan las cosas, si mis papás me ven enojada no me preguntan”.

Julia.

“¿En tu familia se expresan las emociones? No, son muy reservados, principalmente mi mamá, son muy herméticos **¿y tú?** Hasta apenas ahora que entré a la carrera que tengo a mis amigas trato de expresarlas, pero me cuesta mucho trabajo”.

Andrea.

En relación con lo anterior, cinco de las mujeres entrevistadas señalan que tienen resentimiento con alguien de su familia (Sandra, Beatriz, Mariana, Joana, Pamela), dos de ellas lo experimentan con su expareja (Diana, Andrea), y una hacia ella misma (Laura). Algunos de los conflictos que tuvieron las participantes en el pasado se solucionaron y otros no se han resuelto, no obstante, ambos siguen causando estragos en su salud puesto que no han sabido perdonar y siguen recordando el dolor que tuvieron. La mayoría sigue culpando a otras personas por lo que les ocurrió.

“¿Consideras que guardas algún resentimiento con alguien? Si, regresamos a las hermanas de mi papá [...] antes de que mi papá se fuera yo le tenía resentimiento y fue tormentoso. No es lo mismo estar en la posición de que tienes que respetar a tus papás a ser consciente de que no están bien las cosas que están haciendo. Eran demasiadas emociones que no sabía que sentía hacia uno o hacia otro”.

Joana.

“¿Guardas algún resentimiento con alguien? Si, con mis papás porque no me tratan... no puedo decir que igual que a mi hermana porque ella tiene otra edad, pero me gustaría que fuera equitativo”.

Pamela.

“¿Guardas algún resentimiento con alguien? Yo creo que antes sí, pero era hacia mí. De niña me culpaba mucho porque mi papá era muy violento con mi hermano mayor [...] y me culpaba mucho por comer”.

Laura.

Es importante mencionar que dos de las participantes se vieron afectadas por haber sido objeto de abuso sexual en la infancia. Al reprimir las emociones que experimentaron por estos hechos se originaron en ellas sentimientos de desconfianza e inseguridad, por lo mismo han presentado dificultad para establecer relaciones afectivas significativas y estables.

“Me ha costado establecer relación con los hombres, tuve dos parejas y con el que más estuve fue como dos meses, pero no fue como muy serio, que sintiera algo por la otra persona”.

Mariana.

“En la primaria un maestro me tocó, vilmente, y no podía tener una relación estable con algún chico. Ese maestro marcó mi vida por completo. En la prepa fui al psicólogo porque quería estar bien con este chavo, pero no podía tener una relación estable porque sentía los miedos por lo que me había pasado. Nunca le dije a mis papás por miedo, porque sentía que me iban a regañar o a pegar”.

Pamela.

Como se puede observar, resalta la ansiedad como el motor que desencadena los cuadros de gastritis, ya que el mantener estados de tensión muy altos, las participantes somatizan tanto las emociones reprimidas como la incapacidad de expresarlas llevándolas a que estas cargas emocionales se expresen en el cuerpo, en este caso en el estómago.

Si bien algunas de las participantes han manifestado cuadros de ansiedad, no se han presentado síntomas de gastritis debido a que ,de acuerdo a la teoría de los cinco elementos, los órganos trabajan en cooperación y al fallar uno, el resto trabaja para compensar el desajuste, generando con esto un desequilibrio que se manifiesta en otro órgano.

En la mayoría se observa la relación de dominancia presentes en pulmón, hígado y estómago. El pulmón relacionado con la tristeza y el sabor picante domina al hígado mismo que está relacionado con el sabor ácido y la ira, el cual domina al estómago cuya manifestación emocional es la ansiedad y que lleva a los síntomas que presentaron las personas entrevistadas.

Categoría 3: exigencia escolar

La forma en que se enfrentan las exigencias del medio determinan, en gran medida, las condiciones de salud de las personas. En este sentido, Mardomingo (1997), señala que existen vínculos estrechos entre los factores ambientales y

emocionales en el desencadenamiento de trastornos patológicos por la carga de estrés presente.

Así, las demandas que reclama la actividad escolar, en su caso, aunado a las formas inadecuadas de adaptación de las personas, generan un estrés excesivo que, de mantenerse por períodos prolongados, llevan al desarrollo de cuadros de gastritis como respuesta psicósomática del organismo.

La mayoría de las participantes viven este estrés debido a que se exigen demasiado para ser sobresalientes en el estudio. Varias de ellas manifiestan que lo hacen porque les gusta tener buenas calificaciones o ir bien en la escuela, no obstante lo que señalan, lo que subyace a su discurso es el reflejo de la presión familiar por cumplir con las expectativas que se tienen en torno a su desempeño escolar.

“A pesar de que sé que un 6 o un 10 no reflejan mi aprendizaje, siempre me esfuerzo para tener un 10, hago lo que está en mi para que mi resultado sea satisfactorio y no causar decepción a mis padres, a mi padre principalmente”.

Sandra.

“Soy muy ansiosa con la escuela, me gusta y todo lo quiero hacer bien [...] pero también hubo quien me lo inculcara, en la primaria mi mamá me exigía mucho con las tareas, me arrancaba las hojas si la letra no estaba bien y así hasta que lo hiciera bien”.

Abigail.

“Mis papás me exigían mucho que sacara buenas calificaciones, mi mamá sobre todo, por eso peleaba mucho con ella. En la secundaria sacaba 6 y 7 y entonces peleaba con mi mamá. Siempre he tratado de dar lo mejor”.

Julia.

Dos de las personas entrevistadas (Mariana, Pamela), presentaron dificultades en el estudio desde la primaria, ambas decidieron en algún momento mejorar sus calificaciones y sobresalir, por lo que se esforzaron más cuando estudiaron el

bachillerato y tuvieron un mejor desempeño. En la actualidad reconocen que es difícil pero siguen trabajando para no bajar su nivel académico.

“Cuando iba en la primaria me costó mucho aprender a leer, aprendí hasta segundo. En la secundaria fui alumna regular pero me costó trabajo. Ahorita me va bien pero creo que me hace falta esforzarme más”.

Mariana.

“Me pegaban porque escondía los exámenes, no le decía los recados a mi mamá. La secundaria fue un periodo de rebeldía, tenía mucho miedo de entregar las calificaciones, cuando era firma de boletas sentía pánico porque con una mirada ya me estaban diciendo como me iba a ir en la casa”.

“vengo de un examen, no contesté nada, se me olvidó lo que había estudiado ¿te ha pasado eso antes? Si desde que era niña”.

Pamela.

Además de esforzarse por destacar en la escuela, algunas participantes se han involucrado en actividades extraclases lo que ha favorecido el aumento del estrés.

“En la primaria me metí a banda de guerra, teatro, poesía, creo que a partir de ahí me volví el doble de ansiosa para hacer bien las cosas de la escuela”.

Abigail.

“Tuve mucho estrés al final de la prepa porque salí como técnico en informática. Fue un semestre muy pesado porque aparte de las clases hice servicio social y en ese tiempo entré a trabajar como mesera”.

“En la prepa era jefa de grupo y representante de mi generación en el comité escolar”.

Mónica.

Por otro lado, Joana comenta que nunca hubo una exigencia por parte de sus padres en relación a las calificaciones y en la primaria su promedio era muy bajo. En la actualidad menciona que disfruta la carrera y ella misma se exige excelencia en sus trabajos.

“Mi mamá nunca fue de revisarme cuadernos, ya hasta que veía mi 5 en el examen me decía que me pusiera a estudiar [...] cuando entré a la secundaria me cayó el veinte de que si no hacía las cosas nadie me iba a decir que las hiciera”.

“En cuanto a los trabajos de equipo mis respetos, todas somos unas locas neuróticas porque todas queremos el trabajo perfecto pero ninguna trabaja más que otra”.

Joana.

En occidente se pondera la inteligencia y la razón, la escuela es el mejor ejemplo de esta condición ya que impone horarios, contenidos y actividades con una carga académica excesiva.

Como institución social tiene como función adiestrar a las personas a responder a las exigencias establecidas por la sociedad, mismas que son replicadas al interior de la familia, así se señala la importancia de cubrir los roles asignados en los que se tiene que ser el mejor estudiante, el mejor hijo, el mejor profesionista, el mejor trabajador, la mejor persona... lo que va de acuerdo al modelo de competencia donde lo que importa es el resultado no los procesos.

Estas cargas sociales y familiares incrementan los niveles de ansiedad, misma que se transforma en estrés, esto aunado a los altos estándares de desempeño que se han impuesto, han contribuido a la condición de salud precaria que presentan las participantes.

De este modo lo que se observa finalmente en las participantes, es que la carga emocional excesiva, el acumulamiento de responsabilidad, las formas de pensamiento obsesivo, el descuido en los hábitos alimenticios y el ritmo acelerado de vida las han orillado a perder calidad de vida y por tanto a desarrollar la enfermedad.

Categoría 4: relaciones familiares

El núcleo familiar de acuerdo a Neira (2003), enseña a los hijos una variedad muy amplia de actitudes tanto positivas como negativas, y que se presentan de formas

diferentes en cada familia. En este mismo sentido, Pérez (2003), plantea que convergen numerosas variables relativas a la interacción entre sus miembros: los modos de ejercer la autoridad, la expresión de sentimientos y emociones, la resolución de conflictos y la transmisión de normas y reglas que configuran diferentes formas de funcionamiento familiar ejercen una influencia real sobre el individuo.

De este modo, la formación del autoconcepto, de la autoestima, del sentido de identidad, del estilo de respuesta a la estimulación y la organización perceptiva del mundo son condicionados por el clima familiar.

Estos estilos de crianza, como lo plantea Gervilla (2003), en gran medida determinan las maneras en que los hijos enfrentan o no los retos que su ambiente demanda. En general señala que de los estilos de interacción familiar en que se encuentre el sujeto es como proyecta sus tensiones y ansiedades sobre el organismo.

Es así que si un padre no establece normas y no exige responsabilidades, probablemente los hijos sean poco constantes, dependientes y se conduzcan por impulsos. Por otro lado, un padre que da órdenes, grita y critica tendrá hijos con miedo, enojo y falta de iniciativa

Por su parte, los padres que comunican pensamientos, proponen alternativas, explican y brindan autonomía, pueden tener hijos que a largo plazo muestran independencia, cooperación e iniciativa. Por el contrario, un padre que restringe todo a sus hijos y satisface todas las necesidades, tiene hijos inmaduros, débiles e inseguros.

En relación con los padres, se inició el análisis de acuerdo al nivel de estrés que las participantes experimentaron al relacionarse con ellos, en donde ha influido el estilo de crianza que los padres han tenido, de esta manera se ubicaron relaciones poco estresantes, relaciones medianamente estresantes en donde hubo cambios importantes en la relación y relaciones altamente estresantes.

Se pudieron detectar 8 relaciones que se clasificaron como poco estresantes de acuerdo al reporte de las personas entrevistadas como son, Sandra y ambos padres, Diana, Julia, Andrea y Mónica y sus respectivos padres y Abigail, Laura y Gina con sus madres.

Algunas de las participantes anteriores mencionan que esta relación es tranquila, sin embargo no es tan cercana, otras indican que la relación es poco estresante debido a que la relación es muy buena, hay suficiente comunicación y confianza.

“Mi papá es muy reservado, nunca habla de sus sentimientos, ni es expresivo, pero me llevo muy bien con él”.

Diana.

“¿Cómo es la relación con tu papá? Es más tranquila, él es de carácter tranquilo, él es de escuchar y hablar, nunca he tenido problemas con él [...] jamás ha sido de golpes o de regaños, nunca ha sido estricto, nos empuja a ser más independientes”.

Julia.

“La relación con mi mamá es muy buena, le cuento casi todo, cuando tengo tiempo convivo mucho con ella”.

Gina

Varias participantes comentaron que vivieron situaciones estresantes con sus padres pero en la actualidad llevan una relación más afectuosa y sana, estas son Joana y ambos padres, Laura y Gina con sus papás y Diana, Mónica y Mariana con sus madres.

“Antes de que mis papás se separaran todos los problemas los cargaba yo, [...] y en un momento ya no quería llegar a mi casa”.

“A partir de que se separan empiezo a tener mejor comunicación con ambos, mi mamá se dio cuenta de que me había dado responsabilidades que no tenían que ver conmigo, nos volvimos más cercanas. Con mi papá ahora es la emoción de vernos los domingos y me platica cosas de su trabajo, lo que antes nunca, la relación es buena”.

Joana.

“Con mi mamá me llevo mucho muy bien, es comprensiva, de buen corazón, amable, a veces tengo problemas con ella pero por mi hermana, siempre he pensado que es su consentida”.

“Si mi hermana y yo peleamos a la que regaña es a mí, a veces peleamos por tonterías como cuando agarra mi ropa, yo esperarí que mi mamá le dijera que respete pero me regaña a mí porque según soy envidiosa”.

Diana.

En el caso de Diana no hubo una relación estresante en el pasado, sin embargo se tomó la relación con su madre como medianamente estresante debido al conflicto intermitente que presentan ya que percibe que su madre no la apoya. Por otro lado, Laura señala que no tuvo una relación conflictiva directa con su padre, a pesar de esto se ubicó en esta categoría debido a las peleas constantes y la violencia que observó en casa, lo que ella atribuye al alcoholismo de su padre.

En la historia de Mariana resalta el hecho de que su padre ha estado ausente, razón por la que la madre ha tenido que trabajar, dejando solas a Mariana y sus hermanas, esta situación ha afectado a la participante y reconoce que aún guarda rencor hacia su madre, sin embargo comenta que no guarda ningún tipo de emoción con respecto a su padre, que nunca las ayudó.

“¿Cómo te llevas con tu mamá? En la adolescencia fue difícil porque yo era muy berrinchuda, cuando era niña le reprochaba que no fuera a verme. Mi mamá ha estado muy ausente en mi vida, también le reclamaba que estaba con mi hermana y cuando yo tenía su edad no estaba conmigo [...] yo le decía de cosas a mi mamá y tal vez a ella le dolían porque la hice llorar, nuestra relación no era buena”.

“Cuando terminé la prepa ya empecé a convivir más con mi mamá, ahora nuestra relación es más sana. Sé que no puedo dejar de lado que a veces siento ese resentimiento con ella pero ahora ya no le reclamo, ahora pienso en disfrutar el momento que estamos juntas”.

“Nunca busqué a mi papá, como que me da igual, no siento una necesidad, tampoco tengo rencor, para mí sería como cualquier persona que te encuentras en la calle por primera vez”.

Mariana

Se consideró como altamente estresante la relación conflictiva de las participantes con los padres, si bien algunas de ellas mencionan que la relación ha mejorado, siguen viviendo las consecuencias de los problemas del pasado. Las personas en esta categoría son Pamela y ambos padres, Julia y Andrea y sus madres y Beatriz y Abigail con sus respectivos papás.

“Ahorita la relación con mis papás es buena pero les oculto información, no tengo la confianza de contarles, les cuento lo básico nada más. Mis papás siempre me están poniendo de ejemplo con mi hermana y siento el peso. Ella es la protegida de mi mamá”.

“Hace como un mes hubo como una junta familiar y ahí se expresó todo y les dije y ellos se preguntaron por qué, mi mamá siempre dice que me dan todo pero a veces no puedo acercarme con ella ni con mi papá. Me dijeron que iban a tratar de cambiar las cosas pero siguen igual, en dos semanas se les pasa”.

Pamela.

“La relación con mi mamá al principio era complicada porque se preocupa de todo y grita mucho, con mi papá me llevaba bien hasta que me enteré de las cosas que hacía. Todo se complicó más porque me entero que tengo un montón de medios hermanos y todo mundo sabía menos mi mamá y yo. Mi papá ya cambió lleva 4 años sin beber, ya no es violento, ya escucha, ya puede aceptar algún consejo o una crítica”.

“Resulta que mi papá tiene dos hijos con otra señora y como la señora ya no los quiere me dijo que se los iba a traer, yo le dije que no, que esas eran las consecuencias de su enfermedad”.

Beatriz.

“Mi papá y yo chocamos mucho porque tenemos el mismo carácter, a él siempre le costó mostrar sus sentimientos y ahora que me quiere dar abrazos le digo que como quiere que lo abrace, lo que pasó antes si afectó mucho la relación. La última vez se quiso ir pero yo le hablé fuerte y le dije que si se quería ir que se fuera, nunca había hablado así con él porque me daba pavor, temor”.

Abigail.

Los tres casos anteriores además tienen en común que la familia paterna, sobre todo la abuela ha sido posesiva con el padre, esto ha causado conflictos en la pareja y desorientación al interior de la familia por lo que también se ha visto

afectada la relación con los hijos. Estos padres son hombres inseguros, dependientes, herméticos, poco comunicativos y no saben establecer límites y reglas claras. Como consecuencia de ello, las hijas resienten la falta de estructura en la familia, lo que genera sentimientos de inestabilidad, falta de confianza en el futuro y angustia, lo cual se traduce en niveles altos de estrés.

“¿Tienes algún resentimiento con tu papá? Con él no, con su familia, porque son mentirosos, y con la mamá de mi mamá, también es alcohólica y me hablaba muy mal de mi papá y la familia de mi papá me hablaba de mi mamá. Mi malestar era saber todo lo que decían de él y todo lo que le hacían, incluso cuando andaba muy perdido lo golpeaban, lo dejaban en la calle y le quitaban su dinero”.

Beatriz.

“El problema era mi abuela, nunca quería a las nueras y metía muchos chismes. Ella ya murió pero todo el tiempo fue puro chisme y berrinche de ella”.

Abigail.

“Mis papás tuvieron algunos problemas para estar juntos porque mi abuela es muy posesiva con mi papá. Mi papá no se quería salir de su núcleo familiar, por mi abuela que siempre le está hablando para preguntar que en donde están, que qué hacen, no podemos salir porque ya le está hablando”.

Pamela.

La relación con los hermanos es también significativa para el desarrollo de la persona a nivel psicológico y social. Es frecuente que exista más convivencia con ellos que con los padres y la calidad de la relación es de suma importancia para la vida emocional del sujeto.

Asimismo, se considera que una de las fuentes principales de los conflictos intrafamiliares se debe a la fratría ya que la constelación de hermanos influye en la conducta de cada uno en función del poder, de las formas de comunicación, la solidaridad o las rivalidades.

A partir de lo anterior, se clasificaron como poco estresantes las relaciones de Beatriz y Andrea con sus hermanos, la de Abigail con su hermano y la relación de Joana con su hermana

“Me llevo muy bien con todos mis hermanos... tengo apoyo de ellos para mis gastos de la escuela”.

Andrea.

“Mi hermana es mi todo, de niña no mucho porque ella ya era adolescente pero cuando crecí nos hicimos muy apegadas... cuando se fue a vivir a Estados Unidos y se casó, fue depresión por parte de las dos, el hecho de separarnos fue muy fuerte”.

Joana.

Las relaciones medianamente estresantes son las que presentaron conflicto y han resuelto o sobrellevado las circunstancias en el ambiente familiar, estas son Laura, Gina y Julia quienes coincidentemente tienen solamente hermanos varones y Mónica con su hermana.

“De pequeña la relación con mi hermano mayor no era buena, me pegaba, cuando ya tenía 15 y él 23 ya nos llevábamos mejor, de hecho el también sufre de colitis, todos sufrimos de algo en la casa...”

Laura.

La situación de Julia es inversa a lo que las demás presentan, en el pasado no existía conflicto con los hermanos, sin embargo actualmente existe con los dos.

“Mi hermano mayor se distanció, me quería controlar, casi no nos hablamos y ya no hay buena relación. Con mi hermano menor peleo mucho además está en la adolescencia y de cualquier cosa se enoja”.

Julia.

“De niña nunca me gustó jugar rudo con mi hermano mayor, ya en la secundaria empezamos a llevarnos mejor y nos acercamos más. Con mi hermana siempre ha habido choques constantes, ahora que se va a vivir a Monterrey, me siento triste y nos hemos acercado mucho porque se va”.

Mónica.

Laura comenta que su padre, como consecuencia de diez años en AA, ha tenido cambios personales y modificado las formas de acercamiento hacia los hijos, lo que ha beneficiado la dinámica familiar.

En el caso de Julia se observó que la madre es controladora y ejerce con energía su autoridad, condición que no ha permitido que se propicie el acercamiento entre los hermanos dados los climas restrictivos y violentos que impone la madre.

En la familia de Mónica es significativo que desde que nació su hermana, sus padres se separaron, sin embargo el padre no se fue de la casa, y al considerar Mónica que su hermana era la preferida de la madre y ella del padre, se estableció una relación conflictiva entre ambas al ser utilizadas como aliadas de uno u otro, lo cual es el reflejo de la problemática de pareja.

Las relaciones clasificadas como altamente estresantes son las desarrolladas entre Diana, Pamela y Mariana y sus respectivas hermanas, la de Sandra con su hermano y la de Beatriz con sus medios-hermanos.

“La relación con mi hermano no es buena, ya ni siquiera nos hablamos. Yo lo atribuyo a que mis papás a veces nos comparan. También han sido sobreprotectores con él por su situación entonces... nada más lo echaron a perder. A veces siento que lo odio, les habla a mis papás como si fuera su igual y me da mucho coraje”.

Sandra.

“A veces siento que le tengo resentimiento a mi hermana, tengo actitudes de rechazo con ella, intenta abrazarme y le digo hazte para allá, además insiste mucho pero yo creo también es porque ve esa reacción en mí”.

Mariana.

“la niña (media-hermana) lleva viviendo con nosotros cinco meses, compite mucho con mi hermano, llora por todo. Los primeros tres meses no le hacía caso a mi papá y hasta lo ignoraba y eran pleitos por eso. Mi enojo es porque no vamos a cambiar un sistema familiar nada más para que la niña esté bien. La niña no me importa, no cabe aquí, no ahorita”.

Beatriz.

Es relevante mencionar que el hermano de Sandra tuvo diversos problemas de salud en la infancia y requirió de hospitalización debido a una neumonía, posteriormente le detectaron hiperactividad y estuvo medicado un tiempo.

De acuerdo con Sandra, lo anterior ha sido parte del origen de los conflictos familiares ya que los papás han sobreprotegido a su hermano y con frecuencia han sido permisivos, satisfaciendo todos sus deseos y necesidades, facilitando con ello que sea egoísta y malagradecido. Menciona también que los intentos de ella por acercarse a su hermano han sido inútiles, ya que la rechaza, probablemente por el resentimiento de él debido a las constantes comparaciones de los padres cuando eran niños.

Anteriormente se ha mencionado que en el ambiente familiar se aprende a proyectar tensiones y ansiedades sobre el organismo, en este sentido la manera en que las emociones se trabajan a través de la interacción familiar permiten o no, la facilitación de la expresión emocional de sus miembros. Como se observa en lo que reportan cerca de la mitad de las participantes, los inadecuados estilos de crianza han creado climas en los cuales se niega el derecho a establecer contacto con el propio cuerpo, lo que ha generado la existencia de emociones contenidas como la tristeza, la ansiedad y la ira, entre otras, provocando con ello desequilibrios en la salud, en este caso afecciones en el estómago y el intestino grueso.

Categoría 5: concepto de cuerpo

La visión moderna del cuerpo en las sociedades occidentales es la propuesta por Descartes, quien consideraba el cuerpo como una forma de la mecánica (Le Breton, 2002).

Por su parte López (2006), señala que el cuerpo se construye individual y socialmente y se ve influido por la geografía y la cultura. En la actualidad el pensamiento que predomina se centra en la fragmentación del cuerpo, para lo cual se vale de la razón.

Señala que la razón es una parte sustancial en el proceso de crear una sociedad, en donde la competencia forma parte del sistema de trabajo, este método permite profundizar en conocimiento tangible y verificable, sin embargo no cubre los problemas de la condición humana, que son más complejos.

En una sociedad de consumo hablar de lo corporal significa que el sujeto tiene un objeto: un cuerpo que vende como fuerza de trabajo.

Lo anterior fue evidente en el discurso de algunas de las participantes, al mencionar que la importancia de su cuerpo radica en que no podrían hacer todas sus actividades si no están bien de salud o si les faltara alguna parte de su cuerpo.

“Cuando entré a la carrera me daba por no comer, por no dormir, hasta que no aguantaba y casi me desmayaba. Ahora sí es muy importante mi cuerpo porque si no estoy bien no puedo hacer mis actividades y me atraso”.

Beatriz.

“Mi cuerpo es extremadamente importante, si no tuviera una de mis partes no sé qué podría hacer. No se me complicaría la vida pero sería difícil”.

Pamela.

“Si no tienes una pierna pues cómo caminas o si no tienes los brazos cómo comes... en ese aspecto tal vez lo podría ver como una herramienta”.

Sandra.

Como se puede observar, Beatriz, Pamela y Sandra visualizan su cuerpo como un instrumento que les permite llevar a cabo sus actividades, haciendo evidente una falta de contacto emocional, ya que no manifiestan la aceptación del valor del cuerpo como parte de sí mismas.

La importancia del cuerpo para la mayoría de las participantes radica en el peso que se tiene, de esta forma su relato gira en torno a la salud del cuerpo, al bienestar y a lo estético, en lo que comentan se observa que se centran en una concepción de su cuerpo, construída a partir de lo que la sociedad les establece

como estándar. Esto mismo se refleja cuando se les cuestionó en torno al ideal que ellas tienen de belleza.

*“Si de algo he sido insegura ha sido de mi cuerpo. **¿Cuál es tu ideal de belleza?** Las chavas que son muy finitas de la cara y flaquitas, no anoréxicas”.*

Abigail.

“En secundaria fue la peor etapa porque las demás crecían y yo seguía así de delgada y chaparrita”.

“Ahora que ya no ando con él sí ha sido una preocupación porque me comparo mucho con la que anda. Estoy tratando de subir de peso no por mi salud sino... vas a decir que estoy bien mal con mi autoestima... es para decir que estoy mejor que ella”.

Diana.

“En la noche me pongo a hacer series de abdominales, además siento que me ayuda con lo intestinal. Me siento incómoda cuando un pantalón ya no me cierra, entonces hago una dieta rigurosa, luego como muy poco. No estoy a gusto con mi cuerpo”.

Laura.

“Ahorita quiero adelgazar porque no quiero enfermarme por estar obesa”.

Gina.

A pesar de la importancia que tiene para las participantes el verse bien y “estar bien”, entran en una contradicción al descuidarse, muchas de ellas dejan pasar horas sin comer, no desayunan, o sus alimentos no son los indicados para el estado de bienestar que pretenden, incluso a pesar de tener gastritis o colitis, no dejan de consumir picante y/o grasas; asimismo sus ritmos de vida las ha empujado a abandonar su cuerpo.

“No desayuno por venir a la escuela, cuando tengo tiempo me como una torta, unos tacos o chilaquiles, como a las 11 o 1. Por lo general

llego a las 6 a mi casa y como el guisado que hicieron, en la noche pues ya no ceno”.

Abigail.

“¿Todavía te gusta el picante? Si, para que te digo que no. De hecho en mi mochila traigo ranitidina por si me paso con el picante y es que mi mamá me daba picante desde pequeña y se me hizo un hábito. En la mañana desayuno una manzana porque es lo único que me entra, en la escuela como pan integral o galletas de trigo y un jugo de naranja, dependiendo de mi horario, a veces no me da tiempo de eso y como ya en mi casa a las 3 o 3:30”.

Laura.

“Me levanto a las 5, en la escuela desayunamos a las 9:30, desayunamos algo pero no es muy saludable, la mayoría de las veces salimos a las 2:30 y llego a mi casa a las 4:30, llego a comer muy hambrienta y me doy la comida de mi vida y ya no ceno. A veces cuando tengo mucha carga de trabajo no duermo”.

Joana.

Este abandono del cuerpo que muestran la mayoría de las participantes está determinado principalmente por los ritmos de vida acelerados que llevan, en función de las exigencias familiares y escolares; de las imposiciones sociales establecidas en los estereotipos y los roles de género; de los malos hábitos alimenticios que poseen así como de la visión que tienen acerca de su propio cuerpo. Estas circunstancias de vida les han generado, como se observa, trastornos en el tracto digestivo que se han manifestado en gastritis y colitis principalmente.

Categoría 6: tratamientos

La medicina alópata ha regido en el mundo occidental durante varios siglos, este modelo se centra generalmente en atender los síntomas de diversas enfermedades desde un punto de vista mecanicista sin considerar al paciente como corresponsable en su estado de salud y enfermedad, a diferencia de otros enfoques alternativos como la medicina tradicional china. En este sentido cuando aborda trastornos como la gastritis se remite a atender algunos síntomas, sin

atender en la mayoría de los casos las causas reales, mismas que están referidas a las condiciones de vida del paciente.

Desde el enfoque alópata el tratamiento de las gastritis agudas se ha basado en prescribir medicamentos como la ranitidina, la famotidina, el omeprazol y el pantoprazol, entre otros, cuya función principal es neutralizar la mayoría de los síntomas. Sin embargo estos tratamientos tienen una función meramente paliativa, ya que al término de este el padecimiento vuelve a manifestarse. Es importante destacar que los médicos alópatas no consideran que las restricciones dietéticas tengan un valor terapéutico de importancia en el tratamiento de la inflamación gástrica.

Todas las participantes han usado tratamientos alópatas. Algunas reportan que han cumplido con el tiempo que debieron usarlo y les funcionó bien, otras siguen tomando medicamentos de forma intermitente y otras dejaron de usarlos ante la ineficacia en el control del trastorno.

Estas últimas optaron por modificar su dieta y hacer otras actividades para disminuir la ansiedad (Beatriz, Gina, Julia, y Pamela).

“Los medicamentos me ayudaron solo mientras duraba el efecto, ya después me dolía más fuerte. Cambié mi alimentación, quité el chile ya casi no como frito, tomo más agua y como más fruta..... Practicaba ballet dos días a la semana, me gustaba mucho, llegaba muy cansada pero ya quería llegar porque ahí sacaba todo”.

Beatriz.

“Me mandaron panclasa en inyecciones y en cápsulas, y ranitidina, pero las cápsulas me ayudaban tres o cuatro horas. Estuve a dieta sin harina ni grasas. La dieta me ayudó mucho”.

Gina.

“Antes tomaba dos tabletas masticables llamadas Talcid, pero después de un tiempo ya no me funcionaban. Entonces entré a tratamiento y me mandaron lactobacilos, entre otras cosas. De ahí ya no he tenido

problemas y lo controlo con yakult o leche...trato de no comer grasas y todo lo que sé que me hace daño”.

Julia.

En el caso de las participantes que toman medicamento intermitentemente, se tiene conocimiento que no han hecho modificaciones en sus hábitos alimenticios por lo que su problema gástrico no se ha resuelto. Se observó que estas participantes muestran una gran resistencia a dejar de comer picante o a modificar sus hábitos, puesto que esto significa que toda la familia cambie sus rutinas y les es difícil romper con las costumbres que han tenido por años en el sistema familiar.

“En la familia tomamos metoclopramida, cuando me siento mal la tomo hasta tres veces en una semana, pienso que no es un medicamento, sino un dulce para que se me quite el asco... el médico me da recomendaciones para alimentarme y hacer ejercicio porque también me comentaron que de tanto tomarla ya no me hace efecto. Al principio toda la familia hacíamos cambios pero después ya estábamos comiendo como antes, no somos constantes”.

Abigaíl.

“Desde pequeña comía mucho picante, de hecho en mi mochila traigo ranitidina por si me paso, la comida ya no me sabe si no tiene picante”.

Laura.

Finalmente, quienes llevaron a cabo tratamientos y quedaron conformes con los resultados, reportan que terminaron los medicamentos y realizaron cambios en sus hábitos alimenticios (Pamela, Mónica).

“el omeprazol y la ranitidina me quitan el malestar en seguida, también el aluminio de magnesio ya que en mi casa lo toman todos... además quité el picante de mi vida”.

Pamela.

Es importante destacar que la mayoría no incursionó en tomar tratamientos alternativos. Posiblemente debido a la influencia que tiene el enfoque alópata y el

impacto que tienen las campañas de desprestigio dirigidas hacia los tratamientos alternativos.

Dos participantes intentaron resolver su problema de colitis mediante jugos o licuados (Laura, Mariana), logrando diferentes resultados. Abigail probó terapias con imanes, gotas y agujas.

“Era un jugo de apio, jitomate y una fruta que huele horrible, no me gustaba y no me lo podía tomar, me daba mucho asco, duré como dos días con el jugo y no sentí algo diferente”.

Laura.

“Desde que entré a la normal mi mamá nos hace licuado de manzana con avena, agua y miel y le pone polen, siento que me ha ayudado porque antes me estreñía”.

Mariana.

“Fui a médicos normales, a ponerme agujas, gotas, lo único que no quise fue la yoga. Sentía que todo lo que me daban era para relajación, me sentía bien por momentos, ya que sentía o pensaba que había pasado el efecto empezaba otra vez a ponerme mal”.

Abigail.

Como se pudo observar se detectó una gran ineficacia por parte del enfoque alópata para el tratamiento de la gastritis, si bien algunas participantes reportaron mejoría, la mayoría reportó una mejora temporal que estaba más en función de su alimentación. Incluso en ocasiones el alivio se dio cambiando la dieta, sin tomar medicamentos.

Es importante mencionar que existe una evidente falta de iniciativa para buscar alternativas al enfoque alópata, lo que está probablemente relacionado con la resistencia de las participantes al cambio: de alimentación, de hábitos y de estilos de vida en general, por lo que es evidente la aceptación que tienen del enfoque alópata, puesto que es más sencillo tomar una cápsula y no hacer cambios, que

modificar toda su rutina para tener tiempo de desayunar, ingerir alimentos de mejor calidad, y llevar una vida con menos estrés.

En contraparte el buscar métodos alternativos para atender la gastritis, como la medicina china, brinda la posibilidad de intervenir de manera integral porque considera la influencia de la alimentación, el ambiente del individuo (contacto con la naturaleza y con la sociedad), así como el equilibrio espiritual y energético. De tal manera que se pueden curar las enfermedades físicas, las dolencias mentales y el deterioro espiritual por el grado de interrelación tan estrecho que existe entre ellas.

Este tipo de medicina requiere la participación consciente del enfermo para sanar y que éste pueda comprender las razones de su enfermedad para colaborar conscientemente en la curación.

Categoría 7: crisis

Desde el punto de vista médico una crisis es la intensificación brusca de los síntomas de una enfermedad (rae).

En este sentido todas las participantes manifiestan haber experimentado periodos en los cuales los síntomas de la gastritis fueron muy intensos, el abordaje para el manejo de estas crisis varía desde aquellas que evitan el consumo de medicamentos y esperan a que disminuyan las molestias manteniéndose ocupadas, hasta aquellas que ingieren el medicamento y se duermen en una actitud evasiva.

“Me tomo un té o un yakult y sigo con mis actividades, por salud no dejo de trabajar, a menos que se me junte la colitis con los cólicos menstruales”.

Mariana.

“Cuando no aguanto me duermo, si no, me pongo a hacer otra cosa y en un rato se me olvida el dolor, siempre he sido así cuando algo me duele”.

Gina.

“Si me siento mal, me tomo mi pastilla y me duermo hasta el siguiente día”.

Julia.

“Me tomo el medicamento y me pierdo, cuando ya se me empieza a quitar el dolor me da sueño como que me quedo sin fuerzas”.

Andrea.

Las participantes han reportado que entran en crisis después de periodos en donde duermen poco y comen menos o fuera de su horario, por las ocupaciones que les demanda principalmente la escuela. Estas crisis son comunes cuando están terminando un semestre, lo que en ocasiones las obliga a suspender sus actividades.

Por lo anterior, la crisis se considera como un mecanismo que el cuerpo presenta como protesta por el cansancio y daño que recibe al llevarlo a los extremos.

De esta manera, dos de las participantes toman medidas para relajarse debido a que han detectado que el estrés empeora su estado (Joana, Laura), no obstante una de ellas no ha eliminado los antiácidos de su vida.

“Cuando llego a casa trato de relajarme un poco, platico con mi mamá, me tomo un té y me acuesto. En la escuela me aísto, porque siento que todas estamos estresadas y si cada quien saca su estrés nada productivo va a pasar”.

Joana.

“Me tomo dos ranitidinas, tomo agua, me pongo algo que no me apriete, me encierro y me pongo a escuchar música relajante y ya con eso al ratito estoy mejor. Me como una gelatina, pan integral tostado o una manzana”.

Laura.

Varias participantes reconocen la importancia de las emociones en su salud sin embargo, no todas toman medidas para estar más tranquilas ya sea porque no saben cómo o simplemente no han buscado la forma. Lo anterior refleja un abandono del cuerpo que ya vienen presentando la mayoría de las participantes.

“Me controlo con la alimentación y las emociones también trato de controlarlas porque yo siento que sí tiene que ver”.

Laura.

“Antes era porque comía muy picoso o con grasa pero ahora siento que principalmente cuando estoy muy ansiosa, cuando algo me pasa y me entran mucho los nervios es que surge la gastritis”.

Julia.

El papel de la familia es importante en el manejo de las crisis, ya que influye en la actitud de las participantes dependiendo de si se le da demasiada atención, si se le regaña o si se le ignora.

“Me quedé tumbada en la cama y mi mamá se enojó conmigo, me dijo que ya no estaba tan chiquita, que ella no podía cuidarme porque cuida a mi hermano. Creo que tiene razón”.

Beatriz.

“Cuando me pongo mala mi mamá se altera mucho, yo siento que se preocupa de más, se empieza a estresar y al siguiente día ella ya está enferma”.

Laura.

“La última vez si se preocuparon porque me puse muy delicada, me dijo el doctor que era una úlcera, entonces podía reventar y estar en el hospital no era conveniente para mis papás”.

Pamela.

Como se observa, las participantes dejan crecer el problema hasta que el cuerpo ya no puede continuar. Es evidente el abandono del cuerpo ya que asumen una actitud apática y muestran un desinterés muy marcado para resolver la crisis.

Actualmente el cuerpo representa un vacío que se llena de deseos, ansiedad y sufrimiento, se busca con que llenar algo que no se puede llenar y los cuerpos se deforman, se abandonan o se destruyen poco a poco. Como consecuencia, se tiene un cuerpo con órganos y emociones en unión, que luchan por no dejar morir ese cuerpo que se ha convertido en el espacio que usa el cerebro para desarrollar

las adicciones más incomprensibles; ya que en la sociedad occidental actual se le da más importancia a la razón y al trabajo intelectual, que a establecer contacto con las emociones.

Sujetos a esta ideología, surgen estilos de vida que han generado desequilibrios energéticos en el cuerpo, lo que trae como consecuencia que las participantes desarrollen pensamientos circulares que no les permiten aceptar que existen otro tipo de tratamientos, mismos que están comprendidos dentro del enfoque holístico y que evitan la fragmentación del cuerpo, y por tanto les pueden brindar equilibrio, bienestar y una mejor calidad de vida.

Categoría 8: otras enfermedades

La presencia de otro tipo de enfermedades, en algún momento de la vida de las participantes, hace alusión a la influencia existente de un órgano sobre otro, como lo establece la teoría de los cinco elementos, misma que se puede observar en el cuadro 3.3.

Cuadro 3.3. Listado de enfermedades reportadas por las participantes.

	Hígado/vesic. biliar	Cor./intest. delgado	Bazo-panc./estómago	Pulmón/intest. grueso	Riñon/vejiga
Sandra	Pólipo en vesícula. Síndrome de Gibert			Colitis	Dolor en la cadera, caída (huesos)
Beatriz	Dedo de gatillo		Gastritis	Dermatitis	
Abigail	Manifiesta ira		Gastritis. Tensión muscular lado izquierdo	Colitis. Crisis respiratorias.	
Diana	Anemia		Gastritis	Sarpullido	
Laura	Manifiesta ira		Gastritis	Colitis. Dificultad para respirar	

Mariana	Cólicos menstruales muy fuertes		Síntomas de Gastritis	Asma. Dolor frecuente en nariz y garganta	
Joana	Cólicos menstruales fuertes		Intento de parálisis facial (músculos)	Colitis	
Gina	Cólicos menstruales fuertes		Gastritis	Colitis. Infecciones garganta	
Julia	Interrupción del periodo	Soplo en corazón	Estómago delicado. Gastritis		
Andrea	Quistes		Gastritis	Alergia a penicilina. Tos crónica, operación de anginas.	
Pamela	Cólicos menstruales fuertes.		Gastritis		
Mónica	Desajustes hormonales. 6 meses sin menstruación.		Gastritis		

El resultado del análisis realizado muestra que en 9 de 12 participantes se presentaron enfermedades relacionadas al pulmón e intestino grueso, probablemente debido a que la tristeza ha estado presente desde la infancia, generando un desequilibrio que se manifestó en la adolescencia en el hígado, órgano al que domina, y como consecuencia presentaron problemas con su menstruación.

El resto de las participantes, aunque no presentaron trastornos relacionados con pulmón e intestino grueso si reportaron desajustes en su menstruación. Por tanto, de acuerdo a la relación de dominancia del hígado sobre el estómago, este se vio

afectado en la mayoría de las participantes lo que contribuyó a la aparición de la gastritis.

La excepción la presenta Sandra quien no reporta síntomas de gastritis, sin embargo ha presentado síntomas relacionados a hígado y vesícula biliar, por lo que si el desequilibrio continúa a futuro se manifestarán trastornos relacionados con estómago, bazo y/o páncreas.

Finalmente, como estos órganos dominan al riñón y a la vejiga, se espera que en unos años las participantes manifiesten problemas relacionados a esos órganos.

CONCLUSIONES

Darse cuenta de lo que el cuerpo demanda y necesita, muchas veces está mediado por los estilos culturales reproducidos en la familia de qué, el cómo, y cuando alimentarse. A lo largo de las entrevistas se observa que los patrones familiares donde el consumo excesivo de carbohidratos que solo aportan calorías vacías, de picantes, de grasas, de comida chatarra, de azúcar, así como el desorden en los horarios para comer o dejar pasar comidas, llevan a situaciones en las que tarde o temprano se presentan trastornos gástricos principalmente gastritis y colitis, e inclusive sobrepeso.

La forma en que los padres de las entrevistadas establecieron estos patrones, está determinada por las propias cargas culturales que aprendieron en su familia de origen, por ejemplo, crecieron en una época en donde estudiar una carrera significaba tener una vida económica resuelta, esto mismo genera el desarrollo de expectativas en torno al desempeño escolar de los hijos, del mismo modo la proyección de los padres en la exigencia escolar tiene que ver con que muchos de ellos no pudieron alcanzar niveles escolares superiores, lo que genera ansiedad tanto en ellas, como en sus padres para que cumplan con el rol asignado.

Lo anterior se ve reflejado en los ritmos de vida acelerados que sostienen las participantes, tanto en el ambiente escolar como en la vida cotidiana, dando mayor importancia al trabajo y la razón en detrimento del contacto con el cuerpo y las emociones, por lo tanto sobrevaloran el trabajo y lo superponen incluso a la salud, es entonces que se presenta el abandono del cuerpo, producto del desequilibrio energético que sufre; apareciendo en consecuencia las enfermedades.

Interpretar estas realidades, también implica reflexionar acerca de las formas en que ciertos tipos de padres utilizan estrategias de control sobre los hijos, basados en el miedo, estos estilos no permiten inicialmente expresar opiniones, desacuerdos o salirse del rol asignado. Muchos padres no son afectivos ni expresivos y evitan el contacto con los hijos, no pueden enseñar aquello de lo que

carecen, esto se convierte en un patrón, por lo tanto los hijos se ven sometidos a limitar sus expresiones emocionales, a reprimirlas y a evitar el contacto con los otros, como no se les enseñó cómo expresarlas de la manera adecuada, a largo plazo se vuelve un factor más para provocar desequilibrios emocionales y espirituales en el individuo.

Del mismo modo la familia no puede ser ajena a las influencias de los desequilibrios ambientales ya que estos generan desajustes en la sociedad, en la familia y en el individuo, dadas las relaciones entre la naturaleza, los ecosistemas, y la sociedad.

Actualmente los ecosistemas han sufrido grandes transformaciones debido a la actividad del hombre que, en su afán de extraer, poseer y acumular ha contaminado el aire, el agua y la tierra, agotando los recursos fuera de toda proporción, presentándose entonces la pérdida de armonía en los entornos ecológicos.

Esta pérdida afecta al individuo, por un lado haciendo que entre en conflicto al disminuir su calidad de vida, y que con ello pierda estabilidad emocional. Desde otra perspectiva el que disminuyan o desaparezcan los recursos naturales limita la influencia de la energía aportada por los elementos, de tal manera que se disipa la armonía interna del hombre por las pérdidas energéticas debido a la desaparición o contaminación de estos recursos.

Las participantes ubican algunos elementos que han afectado su salud, como los alimentos que ingieren o el estrés que les provoca la escuela, sin embargo no han relacionado la gastritis con el desorden en sus horarios de alimentación, con la forma en que se relacionan con su familia, con las emociones que han reprimido por años y con las resistencias que tienen al cambio.

En el caso de *Abigail* se aprecia lo mencionado anteriormente, en la entrevista señaló que no se había percatado de la cantidad de horas que pasaba sin comer hasta que explicó su rutina diaria: se despierta a las 4:00 am y desayuna a las

11:00 am en la escuela, come en su casa a las 6:00 pm y no cena, se duerme a las 12:00 aproximadamente y no vuelve a comer hasta las 11:00 am del siguiente día. Esta rutina hace que pase 17 horas sin comer. Se resiste a desayunar temprano ya que manifiesta que se marea en el trayecto a la escuela y le dan náuseas.

Como consecuencia tiene fuertes dolores de estómago y toma medicamento para su malestar, a pesar de que los doctores le dijeron que ya no le ayuda mucho debido a que lo toma demasiado y su cuerpo se ha hecho resistente a este, asimismo le han mencionado que lo mejor es cambiar su forma de alimentación y realizar ejercicio.

Como respuesta a lo anterior, toda la familia intentó comer saludablemente y hacer cambios, sin embargo al poco tiempo volvieron a sus costumbres anteriores (comer picante, con mucha grasa y tomar refresco), ella reconoce que en su familia no son constantes.

Hasta este punto se puede observar el desorden en los horarios de alimentación, el abandono del cuerpo y la resistencia al cambio. Sin embargo existen otros factores que afectan la condición de *Abigail*, estos factores son emocionales.

Abigail menciona que es una persona muy ansiosa cuando está en casa y que el ambiente familiar ha sido tenso desde que era niña, lo que ella atribuye al comportamiento de su padre. Del mismo modo, se presiona a sí misma para destacar en la escuela y señala que aún tiene resentimiento contra su papá.

El caso anterior es un claro ejemplo del proceso de construcción de la enfermedad, desde el embarazo hubo problemas por la inseguridad del padre, las emociones de la madre (tristeza) afectaron a *Abigail* mientras estaba en el vientre, durante la infancia hubo miedo y ansiedad por las peleas constantes y por el carácter iracundo del padre. Hubo un cambio en la alimentación cuando se fue a vivir a casa de sus abuelos, que tienen el hábito de tomar refresco y comer comida

con mucha grasa y picante, posteriormente por la escuela comía muy tarde, y actualmente no se ha modificado este hábito.

El conjunto de emociones, rencor, malos hábitos, exigencias sociales y abandono corporal generaron el desequilibrio en *Abigail*, lo que ha afectado su estómago, intestino grueso y pulmones por años (relacionados con ansiedad y tristeza). Le resulta cómodo tomar una pastilla puesto que es más “sencillo” que cambiar sus costumbres y sobre todo, es menos doloroso que enfrentar la realidad, encarar y sincerarse con su padre.

En el caso anterior como en la mayoría de los otros casos, el enfoque alópata no brindó los beneficios que las participantes esperaban obtener, el cual era tomar un tratamiento por 14 días, olvidarse de la gastritis y seguir con su vida como antes.

A pesar de lo anterior la mayoría de las participantes no buscaron tratamientos alternativos, en este sentido es importante que consideren de manera seria las características del enfoque psicosomático, el cual ofrece trabajar líneas de acción dirigidas a restablecer el equilibrio. Este modelo de atención se centra en promover cambios profundos y significativos en los estilos de vida, en donde a través de la meditación y del contacto con la naturaleza, se busque el equilibrio en lo emocional y en la alimentación, lo que requeriría el cambio en sus formas de trabajar, de habitar e incluso de descansar.

El enfoque psicosomático, no se concreta solo a atender las dolencias del cuerpo, de la mente o del espíritu, sino que se convierte en una forma de vivir, la cual se sustenta en encontrar el equilibrio de las energías, que se manifiestan en el universo, en el planeta, en la sociedad, en el cuerpo; se está vivo porque existen sistemas que en cooperación han creado la vida, en función de ello el individuo vive a partir de la integración de su ser en una armonía interna estrechamente vinculada con su ambiente.

Trabajar el tema de la gastritis fue una decisión personal para tratar de entender por qué la padecía, y sobre todo buscar las explicaciones en torno a por qué no

podía quitármela. Llevaba tratamientos con medicamentos una y otra vez, pero ninguno me dio la solución. Cuando descubrí en la Facultad el enfoque psicosomático, vi la posibilidad de ocuparme de mi cuerpo, de ser responsable con lo que me pasaba y de darme cuenta de lo que mi cuerpo me decía, para entender cuáles eran las cosas que estaban afectándome.

La sabiduría de la medicina tradicional china, como es la teoría de los cinco elementos, la idea de la cooperación, del equilibrio, de las emociones, del contacto con la naturaleza y con el cuerpo, me ayudó a hacerme responsable de lo que pasaba en mi vida, a dejar de culpar a otros, a dejar de juzgar a mis padres y a aceptar lo bueno que hay en mi vida.

Inicié a partir de esto, un proceso de cambio que me ha llevado a dar los primeros pasos para reencontrarme a través de trabajar mis relaciones familiares, de disciplinarme en mis horarios de alimentación así como poner más atención al tipo de alimentos que ingiero, de encontrar el equilibrio emocional y seguir trabajando para crecer en todos los aspectos de mi vida.

BIBLIOGRAFÍA

Avellanosa, I. (1997). Etiopatogenia. En Callabed, J.; Comellas, M. & Mardomingo, M. (Coord.), Las enfermedades psicosomáticas y su relación con la familia y la escuela (pp. 52-58). Barcelona, España: Laertes.

Ayala, F. C. (2012, octubre). Perspectivas sobre el sector farmacéutico en México. IMS Health. Disponible en: http://www.dgplades.salud.gob.mx/descargas/eventos/rregional_calidad/Perspectivas_sobre_el_sector_farmaceutico_en_Mexico.pdf

Boggio, M. C. (Marzo de 2011). Trastornos digestivos funcionales. Memorias de las Jornadas Nacionales del Centenario de la Sociedad Argentina de Pediatría

Capra, F. (1998). El punto crucial. Buenos Aires, Argentina: Troquel.

Castro, N. G. (2005). Gastritis. En Méndez, S. N. & Uribe, E. M. (Eds.), Gastroenterología (pp. 327-331). México: Mc Graw-Hill.

Cavazos, L. & Carrillo, J. (2009). Historia y evolución de la medicina. México: Manual Moderno.

Cullari, S. (2001). Fundamentos de Psicología Clínica. México: Pearson Educación.

Enríquez, H. (2010). Introducción a los factores psicosociales en el paciente funcional gastrointestinal. En Enríquez, H., Schneider, R. Y Rodríguez, J. (Eds.). Síndrome de intestino irritable y otros trastornos relacionados. México: Panamericana.

Fermoso, P (2003). Relaciones familiares: pareja, paternidad y fratría. En Gervilla, E. (Coord.). Educación familiar. Nuevas relaciones humanas y humanizadoras (pp. 27-47) España: Narcea.

Floch, M. H. (2006). Gastroenterología. España: Masson.

Gervilla, E. (2003). Educación familiar. Nuevas relaciones humanas y humanizadoras. España: Narcea

Gómez, T. (2003). Gastroenterología elemental. México: Méndez Editores.

Guerrero, L., & León, A. (2008, septiembre-diciembre). Aproximación al concepto de salud. Revisión histórica. *FERMENTUM: Revista Venezolana de Sociología y Antropología*, vol. 18 (53), 610-633.

Gutiérrez, J., Romieu, I., Corey, G. & Portoul, T. (1997). Contaminación del aire; riesgos para la salud. México: El Manual Moderno/UNAM.

Hernández, S. R., Fernández-Collado, C. & Baptista, L. P. (2006). Metodología de la investigación. México: Mc Graw Hill.

Higashida, H. B. (2005). Ciencias de la salud. México: Mc Graw-Hill.

Instituto Nacional de Salud Pública. (2012), Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/ObesidadAdultos.pdf>

Joyce-Moniz, L. & Barros, L. (2007). Psicología de la enfermedad para cuidados de la salud. Desarrollo e intervención. México: El Manual Moderno

Le Breton, D. (2002). La sociología del cuerpo. Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.

López, R. S. (2002). Historia del aire y otros olores en la Ciudad de México. México: CEAPAC.

López, R. S. (2006). El cuerpo humano y sus vericuetos. México: Miguel Ángel Porrúa.

López, R. S. (2012). Formación de estudiantes en psicología: una propuesta metodológica. México: UNAM.

López, S. J. (2005). Historia del pensamiento psicossomático. En Serrano, N. V. (Coord.), Nuevas aportaciones a la medicina psicossomática (pp. 13-38). España: Universidad de Málaga.

Maldonado, G. H., Galindo, M. S. & García-Compeán, D. (2009). Gastritis. En García-Compeán, D. & Maldonado, G. H. (Eds.), Gastroenterología y hepatología: Objetivos y su desarrollo (pp. 57-62). México: Manual Moderno.

Mardomingo, S. M. (1997). Factores de vulnerabilidad en el medio familiar y patología psicossomática. En Callabed, J., Comellas, M. & Mardomingo, M.

(Coord.), Las enfermedades psicosomáticas y su relación con la familia y la escuela (pp. 147-160). Barcelona, España: Laertes.

Martínez, J. (2008). ¿Cuánta acidez hay en tu vida? Una visión diferente de la gastritis. En Herrera, O. I. & Chaparro, A. G. (Coord.). Una aproximación al proceso órgano-emoción 1. (Pp 61-70). México: CEAPAC.

Martínez, T. (2008). Comiendo emociones. Una aproximación a la gastritis. En Herrera, O. I. & Chaparro, A. G. (Coord.). Una aproximación al proceso órgano-emoción 1. (pp 27- 39). México: CEAPAC.

Molina, M. L. (2010). Gastritis: construcción de una enfermedad psicosomática y crónico-degenerativa. En Chaparro, A. G. y Herrera, O. I. (Coord.), Una aproximación al proceso órgano-emoción 2 (pp. 139-154). México: CEAPAC.

Neira, T. (2003). Pedagogía y educación familiar. En Gervilla, E. (Coord.). Educación familiar. Nuevas relaciones humanas y humanizadoras (pp. 13-26) España: Narcea.

Olivares, A. (2008). Gastritis y ansiedad. En Herrera, O. I. & Chaparro, A. G. (Coord.). Una aproximación al proceso órgano-emoción 1. (pp 71-82). México: CEAPAC.

Pera, C. (2006). Pensar desde el cuerpo. Ensayo sobre la corporeidad humana. España: Triacastela.

Pérez, P. (2003). Crianza y estilos familiares de educación. En Gervilla, E. (Coord.). Educación familiar. Nuevas relaciones humanas y humanizadoras (pp. 65-80) España: Narcea.

Pialoux, J. (2009). Guía de acupuntura y moxibustión. Suiza: Fundación Cornelius Celsus Vatseret.

Rivera, M. M. (2012). Concepciones de hombre en la psicología. En López, R. S. (Coord.). Formación de estudiantes en psicología: una propuesta metodológica (pp. 65-86). México: UNAM.

Ruiz, C. (2007). Medicina psicosomática. España: KRK Ediciones.

Sánchez, M. A. (2002). Historia, teoría y método de la medicina: introducción al pensamiento médico. Barcelona, España: Masson.

Secretaría de Salud (2010). Epidemiología. Número 18. Volumen 27, semana 18. Disponible en: <http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/boletin/2010/sem18.pdf>

Sierra, A. F. (2006). Gastritis Crónica. En Vélez, A. H., Rojas, W. M., Borrero, R. J. y Restrepo, M. J. (Eds.), Gastroenterología y hepatología: corporación para investigaciones biológicas (pp. 59-61). Colombia.

Silverio, C. A. (2012). La definición de naturaleza. En López, R. S. (Coord.). Formación de estudiantes en psicología: una propuesta metodológica (pp. 25-49). México: UNAM.

Tordjman, G. (2002). Cómo comprender las enfermedades psicosomáticas. España: Gedisa.

Vicens, J. (1995). El valor de la salud. España: Siglo XXI.

Yamada, T., Hasler, W., Inadomi, J. Anderson, M. & Brown, R. (2007). Manual de gastroenterología. USA: Wolters Kluwer.

GLOSARIO

Cognoscente	Que conoce o que puede conocer
Dispepsia:	Cualquier alteración funcional asociada al aparato digestivo; cualquier trastorno de la secreción, motilidad o sensibilidad gástricas que perturben la digestión.
Edema	Hinchazón blanda de una parte del cuerpo.
Entropía	Tendencia natural a la pérdida de orden en un sistema
Eosinófila	Leucocito asociado con infecciones de parásitos y en procesos inflamatorios y alérgicos.
Etiología	Estudio de las causas de las enfermedades.
Helmintosis	Enfermedad producida por gusanos que viven alojados en los tejidos o en el intestino de un vertebrado.
Heterogénesis	Reproducción que difiere en las generaciones sucesivas, como la alternancia de reproducción sexual y asexual, de forma que la descendencia tiene características diferentes
Hipoxia	Estado que presenta un organismo viviente sometido a un régimen respiratorio con déficit de oxígeno.
Homogénesis	método de reproducción a través del cual las generaciones sucesivas cuentan con descendientes que son similares a los progenitores
Linfoma	Tumor del tejido linfático o linfoide.
Metaplasia	Transformación de un tejido o células en otro o células propias de otro tejido.
Neoplasia	Formación, en alguna parte del cuerpo, de un tejido cuyos elementos sustituyen a los de los tejidos normales.
Nosológico	Parte de la medicina que tiene por objeto describir, diferenciar y clasificar las enfermedades.

Oligoelementos	Sustancias que se encuentran en pequeñas cantidades en el organismo y son esenciales para su buen funcionamiento. La mayoría de los oligoelementos son metales (hierro, zinc, cobre, manganeso, cromo)
Patoplástico	Referido a las relaciones existentes entre personalidad y dolor
Procinéticos	Medicamentos favorecedores de la motilidad gastrointestinal.
Prostaglandinas	Grupo de ácidos grasos que funcionan como mensajeros químicos con efectos fisiológicos importantes como la contracción de los músculos lisos.
Purinas	Substancias naturales que se encuentran en algunos alimentos. Cuando el cuerpo digiere purinas, se genera un producto de desecho llamado ácido úrico. La acumulación de cristales de ácido úrico en las articulaciones puede causar un tipo de artritis llamado gota.
Saprófito:	Se aplica a las plantas y los microorganismos que viven a expensas de materias orgánicas muertas o en descomposición.
Sepsis	Género de enfermedades infecciosas, graves, producidas por el paso a la sangre y su multiplicación en ella de diversos gérmenes patógenos

ANEXOS

Guía de entrevista, historia de vida.

Ficha de identificación.

Zona en la que vive, edad.

- Nacimiento:
 1. A) Historia del embarazo. Incluir toda la información relativa a la concepción en la que se debe recopilar datos en relación con el tipo de alimentación de la madre, vigilancia médica (control periódico, si existió alguna enfermedad y los tratamientos administrados), tipo de servicios médicos.
 - B) Situación de la madre durante el embarazo. Estuvo sola, en pareja (condiciones de vida de la madre y del padre en general hasta llegar al parto), con familiares, otros. Relaciones emocionales de los padres durante el mismo; embarazo deseado, planeado, por falla en el método anticonceptivo o impuesto.
 - C) Parto. Asistido por un médico (cesárea, fórceps o normal), una partera o sola.
 - D) Lactancia y cuidados posteriores. Fue amamantado por la madre o con leche de fórmula (tiempo); la edad de ablactación, tipos de alimentos.

- Crianza y crecimiento: Desde el nacimiento hasta la edad actual (la idea es detectar en lo posible los principios del padecimiento).
 - A) Estilo de crianza; de que manera era corregido, al cuidado de quién estuvo y con quienes convivía ya sea porque compartieran la casa o por que se frecuentaran.
 - B) Alimentación que comía, con quien comía, cuantas veces al día, donde come, cuales son los alimentos que prefería y rechazaba, si considera que algunos alimentos le hacen daño (antes y ahora).
 - C) Salud, servicios médicos de que es usuario, formas en que atiende sus padecimientos, con qué frecuencia asiste, enfermedades más comunes que ha padecido y si puede identificar en que épocas, que tipo de tratamientos recibe o a recibido, los medicamentos así como su dosificación. Cuáles han sido los resultados obtenidos en la búsqueda de su salud, tratamientos alópatas, alternativos, pronóstico y expectativas.
 - D) Relaciones emocionales: familiares y extrafamiliares; quienes integran su familia, qué lugar ocupa en ella, actividades, rutinas, rituales, que emociones experimenta y como las expresa, con cada uno de los miembros de su familia. Relaciones con otros: Indagar al respecto de cómo construye las relaciones emocionales: si se basan en el odio, resentimiento, tristeza, miedo, angustia etc., y sus expresiones como vínculos afectivos con mamá, papá, hermanos, maestros, amigos, parejas, hijos, jefes y compañeros de trabajo.

- E) Trabajo, que necesita hacer para vivir, donde trabaja, horarios, que emociones experimenta con relación al trabajo, proyecto de vida, expectativas de la misma, relaciones emocionales laborales.
- F) Escolaridad, que nivel de estudios, escuelas en las que estuvo, como fue su desempeño, si entablo relaciones emocionales, de que tipo, con quienes y como las expresaba.
- G) Tipo de vivienda, como es la casa donde vive, de que materiales esta hecha, como es la distribución del espacio en la misma, desde cuando vive ahí, con qué servicios cuenta, ubicación geográfica (si es ciudad, área conurbada, zona rural, etc., oxigenación, altura).

- Concepción de la enfermedad:
 - A) Tratar de entender cómo la persona vive la enfermedad, es decir sí la considera castigo divino, herencia, ya me tocó, bajó del cielo, contagio mecánico
 - Á) Crisis: tratamos de encontrar que hace cuando entra en crisis en su enfermedad, es decir si se deprime, se esconde, llora, se exhibe, se trata de suicidar, etc., entender cómo afecta la enfermedad a su familia.
 - B) Concepto del cuerpo y de su cuerpo: Antes y después de la enfermedad para saber sí lo vive como un recurso, mercancía, ideal, medio o una posibilidad! **IMPORTANTE!** Buscar su construcción personal respecto al género y su ideal de belleza, lo mismo que el ejercicio de su sexualidad.
 - C) Creencia Religiosa: Preguntar sobre la fe que profesa y cómo la práctica tratando de encontrar la relación con su enfermedad (castigo o bendición).

NOTA: Hacer anotaciones, observaciones y comentarios después de la entrevista.