

115
201



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

LUMBALGIA CRONICA SIN CAUSA ORGANICA DEMOSTRADA COMO PADECIMIENTO PSICOSOMATICO

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

T E S I S

QUE PARA OPTAR POR EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

ARTURO GUILLERMO PICHARDO PEREZ

Director: MTRO. FRANCISCO MORALES CARMONA

Asesor Metodológico: LIC. SOFIA RIVERA ARAGON





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está 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.

SUMARIO

	pág.
INTRODUCCION.	9
CAPITULO 1. Aspectos teóricos.	12
1.1. <i>Desarrollo y postulados teóricos en medicina psicosomática.</i>	13
1.11. <i>Antecedentes y surgimiento de la medicina psicosomática.</i>	13
1.12. <i>Teorías psicosomáticas que aluden a conflictos psicológicos.</i>	30
1.13. <i>Teorías fisiológicas.</i>	63
1.14. <i>Perspectiva actual en medicina psicosomática.</i>	80
1.2. <i>Aspectos neurológicos y psicológicos del dolor.</i>	87
1.21. <i>Neurofisiología del dolor.</i>	87
1.22. <i>Aspectos psicológicos del dolor.</i>	97
1.23. <i>Mecanismos de control sobre el dolor.</i>	117
1.3. <i>El dolor crónico sin causa aparente.</i>	129
1.4. <i>La lumbalgia. Aspectos somáticos y psicológicos.</i>	160
1.41. <i>Aspectos somáticos de la lumbalgia.</i>	160
1.42. <i>Aspectos psicológicos de la lumbalgia y estudios relacionados.</i>	176
1.5. <i>Ansiedad, Autoconcepto y Depresión. Descripción.</i>	186
1.51. <i>La ansiedad.</i>	186
1.52. <i>El autoconcepto.</i>	211
1.53. <i>La depresión.</i>	237

CAPITULO 2.	Metodología.	274
2.1.	<i>Planteamiento del problema.</i>	275
2.2.	<i>Hipótesis.</i>	275
2.21.	<i>Hipótesis conceptual.</i>	275
2.22.	<i>Hipótesis alterna 1.</i>	276
2.23.	<i>Hipótesis nula 1.</i>	276
2.24.	<i>Hipótesis alterna 2.</i>	276
2.25.	<i>Hipótesis nula 2.</i>	276
2.26.	<i>Hipótesis alterna 3.</i>	277
2.27.	<i>Hipótesis nula 3.</i>	277
2.28.	<i>Hipótesis alterna 4.</i>	277
2.29.	<i>Hipótesis nula 4.</i>	278
2.3.	<i>Variables.</i>	278
2.31.	<i>Variable independiente.</i>	278
2.32.	<i>Variable dependiente.</i>	278
2.33.	<i>Variables extrañas.</i>	278
2.34.	<i>Definiciones conceptuales y operacionales.</i>	279
2.4.	<i>Diseño.</i>	281
2.5.	<i>Sujetos.</i>	282
2.6.	<i>Escenario.</i>	283
2.7.	<i>Instrumentos.</i>	283
2.71.	<i>Escala de Depresión de Zung.</i>	283
2.72.	<i>Inventario de Ansiedad Raago-Estado.</i>	284
2.73.	<i>Escala de Autoconcepto de Tennessee.</i>	285

2.74. <i>Inventario Multifásico de la personalidad de Minnesota (MMPI).</i>	287
2.8. <i>Procedimiento.</i>	289
CAPITULO 3. Resultados	293
CAPITULO 4. Discusión.	312
CAPITULO 5. Conclusiones y limitaciones.	329
2.51. <i>Conclusiones.</i>	330
2.52. <i>Limitaciones.</i>	333
BIBLIOGRAFIA.	334
APENDICES.	347
<i>Apéndice A. Esquema anatómico de la columna vertebral.</i>	
<i>Apéndice B. Esquema anatómico de una vértebra tipo.</i>	
<i>Apéndice C. Escala de Depresión de Zung.</i>	
<i>Apéndice D. Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado.</i>	
<i>Apéndice E. Escala de Autoconcepto de Tennessee.</i>	
<i>Apéndice F. Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota.</i>	
<i>Apéndice G. Puntuaciones del grupo control.</i>	
<i>Apéndice H. Puntuaciones del grupo psicógeno.</i>	
<i>Apéndice I. Puntuaciones del grupo orgánico.</i>	

INTRODUCCION.

En medicina moderna, la salud se plantea como un estado de bienestar bio-psico-social y la enfermedad como una alteración de ese equilibrio. No obstante, en la práctica cotidiana observamos que en la mayoría de los casos se evalúa al paciente, y se determina si está o no enfermo, con base en la presencia o ausencia de alteraciones de tipo orgánico. Y la participación del sujeto en el proceso de la enfermedad, en sus aspectos psicológicos y sociales, es minimizada y aun ignorada.

Como una alternativa para solventar este abismo, surge la perspectiva psicosomática, bajo la cual se pretende abordar al enfermo como una unidad en la cual los aspectos biológicos, psicológicos y sociales determinarán los estados de salud y enfermedad.

A pesar de haber surgido desde hace tiempo, la perspectiva psicosomática no ha sido adoptada como una forma sistemática de evaluar a los pacientes, y es común encontrar que si no se descubre una causa orgánica que explique el o los síntomas, se tiende a ignorar el malestar de la persona.

La lumbalgia crónica sin una causa definida, es uno de los síntomas en los cuales el abordaje psicosomático representa una gran utilidad, dado que ofrece una alternativa para comprender y tratar a aquellos pacientes en los cuales las terapias médicas habituales han fracasado. Aun en los casos en los cuales ha sido posible definir una causa, el ajuste psicológico del paciente será un factor de importancia para la forma y eficacia en que se restablecerá el equilibrio y el bienestar de la persona.

empleados del hospital.

De la investigación efectuada, fue posible establecer que los pacientes considerados como psicógenos presentan como características sobresalientes, en las variables estudiadas, bajo autoconcepto, sintomatología depresiva y la convicción de encontrarse enfermos e inválidos; características que no presentan con igual severidad los pacientes con una causa orgánica identificada.

Si consideramos que un desajuste emocional es capaz de modificar el funcionamiento del organismo, en principio, se puede entender el síntoma físico como la manifestación de un desequilibrio en la interacción de los aspectos biológicos, psicológicos y sociales.

Al quedar demostrada la asociación de la lumbalgia crónica sin una causa definida con los afectos, la persistencia del dolor automáticamente plantea la necesidad de modificar el esquema de diagnóstico y tratamiento de estos pacientes, pasando de un modelo médico tradicional, a una perspectiva psicósomática. Con ello, se podrá conformar un equipo multidisciplinario en donde cada profesionista aportará sus conocimientos para mantener el bienestar de la población.

Un tratamiento en ese sentido, en primer lugar, y como prioridad, permitirá una mejor y más rápida recuperación de los pacientes. En segundo lugar, y como consecuencia de lo primero, permitirá el ahorro de recursos económicos, humanos y de tiempo, los que bien podrían ser empleados en beneficio de otros enfermos.

El considerar la patología somática como el resultado de un proceso orgánico único, es ver solamente un eslabón de la larga cadena de influencias bio-psico-sociales, que en su interacción, determinan la salud y la enfermedad.

CAPITULO 1.

Aspectos teóricos.

1.1. *Desarrollo y postulados teóricos en medicina psicosomática.*

1.11. *Antecedentes y surgimiento de la medicina psicosomática.*

Después de haber permanecido dormida por casi 20 años, la aproximación psicosomática ha recobrado importancia, a partir de los años 70's, como línea de investigación y forma de estimar la salud y la enfermedad.

Su resurgimiento parece marcar el fin del reduccionismo aplicado al estudio y tratamiento de las enfermedades. De la evaluación exclusivamente biológica, psicológica o social; se ha pasado a un acercamiento holístico del diagnóstico y tratamiento de los trastornos físicos.

Las teorías psicosomáticas contemporáneas datan de aproximadamente 50 años, no obstante, sus orígenes los podemos encontrar en la Grecia clásica de los años 500 a.C. aprox. Por tanto, para una mejor comprensión de su forma actual, debemos revisar su desarrollo histórico.

A lo largo de su formación, la aproximación psicosomática ha recibido una considerable cantidad de postulados teóricos que intenta relacionar la mente y el cuerpo.

El ser humano, como ente dotado de razón, desde sus orígenes se ha preguntado: ¿Por qué ocurren los fenómenos?. Desconocedor de muchas respuestas y ante la necesidad de explicarse la vida diaria, el hombre primitivo recurre a respuestas mágicas para sus preguntas.

La creencia en seres todo poderosos, son parte de

las contestaciones que el hombre obtiene de su problema existencial, y a la vez son el origen de la magia y la religión (De la Fuente, 1974; Castaglioni, 1947; Kolb, 1982).

Una de las preguntas que, desde tiempos inmemoriales ha sido planteada por los seres humanos, es la existencia de una dualidad mente-cuerpo. "La relación que guardan entre sí los estados psicológicos y las enfermedades físicas ha intrigado desde hace mucho tiempo a médicos, científicos y abogados (Sarason, 1983, pág. 248)".

Las interpretaciones dadas a la relación mente-cuerpo han variado entre el dualismo y el monismo. Por un lado, se proponen dos escencias: una material y otra espiritual (dualismo); y por otro, las soluciones monistas intentan eliminar uno de los dos polos, estimando ya sea "Al espíritu (Platón) o a la materia (Demócrito) como realidades únicas (De la Fuente, 1974, pág. 71)".

En psicología también se han formulado soluciones monistas y dualistas. Una alternativa plantea que los procesos mentales y somáticos son distintos y se dan paralelos, sin que exista relación entre ellos. Otro planteamiento consiste en considerar que lo físico y lo psíquico son de origen diferente, pero que se influyen mutuamente. Una Tercera postura considera que psique y soma son dos aspectos de una sola unidad inseparable (De la Fuente, op.cit.; Keller, 1982).

De la relación mente-cuerpo, se han derivado diversas concepciones teóricas que intentan explicar las causas y el tratamiento de las enfermedades. Estas "Han evolucionado desde la ignorancia y la superstición hasta los conocimientos modernos basados en hechos científicos (Sarason, 1983, pág. 248)".

En la prehistoria, las enfermedades eran atribuidas a fenómenos sobrenaturales que actuaban sobre el cuerpo; de manera especial se creía en la influencia de espíritus del mal, en brujas, en demonios, dioses o magos.

Con base en esta ideología, se intentaron métodos de tratamiento mágicos y religiosos. Estos consistían en expulsar del organismo a los espíritus, eliminar las influencias negativas, etc. Para ello se recurría a rituales, trepanaciones, exorcismos, etc. (Castaglioni, 1947; Freedman, Kaplan y Sadock, 1983; Kolb, 1982; Sarason, 1983).

En Perú, se han encontrado cráneos oradados que ejemplifican lo anterior. Las trepanaciones al parecer, tenían como finalidad permitir la salida de los "espíritus demoníacos" para curar al enfermo (Freedman, et al., 1983).

Tiempo después, durante el periodo de la Grecia clásica (aprox. 500 años a.C.), se produce gran parte de la cultura que posteriormente el hombre occidental habría de adoptar como propia.

Siendo los griegos un pueblo en el cual la cultura y la ciencia formaban parte de su vida diaria, no es de extrañar que médicos y filósofos contemplaran la relación mente-cuerpo. Esto se hace evidente en la antigua máxima: "mente sana en cuerpo sano".

Sócrates al regreso de la guerra contra los tracios, afirmaba que estos poseían un mayor avance que los griegos, ya que sabían que no era posible curar el cuerpo sin tocar la mente (cit. pos. Wittkower, 1974). Por otro lado decía: "Así como no es propio curar los ojos sin la cabeza, ni la

cabeza sin el cuerpo, tampoco es propio curar el cuerpo sin el alma (cit. pos. Sarason, 1983, pág.251)".

Por su parte, Hipócrates difunde la idea de la existencia de factores adaptativos en la salud y la enfermedad. Y enfatiza la importancia, no solo del ambiente, sino también de la relación médico-paciente (cit. pos. Wittkower, op.cit.). Según Hipócrates: "Para curar el cuerpo humano, es necesario tener un conocimiento preciso de todo el conjunto (cit. pos. Sarason, op. cit., pág.251).

Aunque muchos siguieron las enseñanzas de Hipócrates, "Sin duda el punto culminante de la observación científica en el periodo grecorromano se alcanzó durante la vida del médico romano Galeno... (Kolb, 1982, pág.4)".

Galeno atribuía la enfermedad a un disturbio en la armonía del cuerpo, en especial de los "humores". A la muerte de éste, se inicia una etapa regresiva en la medicina.

En los años oscuros (como se le conoce a la edad media), las contribuciones científicas logradas hasta ese momento, poco a poco fueron perdiéndose. La investigación de los fenómenos naturales fue abandonada, y resurgen las explicaciones mágicas primitivas; no solo en la medicina, sino en todas las ciencias, dando paso a la demonología.

La edad media es un periodo en el cual el misticismo y la religión dominan la medicina y las ciencias. El pecado y los demonios eran considerados la causa de las enfermedades, tanto físicas como mentales. Esta ideología impidió el avance del conocimiento durante varios siglos.

El final del siglo XV y hasta el siglo XVII, es una época que arroja importantes cambios en la concepción del mundo por el hombre, "El racionalismo, la reforma religiosa y el desenvolvimiento de la ciencia natural socavaron el orden medieval y prepararon la cosmología moderna (De la Fuente, 1974, pág.37)".

Criticar la demonología en la edad media, significaba arriesgar la vida. Sin embargo, durante el renacimiento los conceptos demonológicos empezaron a ser impugnados, eliminando un obstáculo que por siglos había impedido el avance del saber.

Durante los años que abarcan el renacimiento, se renueva el interés por el estudio de la naturaleza. En el área de la medicina y la biología se obtienen grandes avances.

No obstante los progresos alcanzados en los métodos y técnicas de investigación aplicados al estudio del hombre; la influencia de los procesos psíquicos sobre las enfermedades es ignorada. Al carecer de medios adecuados para observar los procesos psíquicos, lo mental es rechazado por acientífico, pasando la mente a ser materia de estudio de la religión y la filosofía (Keller,1982; Sarason, op.cit.).

Entre los siglos XVII y XIX algunos investigadores, como Sydenham (1624-1689), enfocan su atención a descubrir la posible relación entre la mente y el cuerpo. Reil (1759-1813), por ejemplo, remarca la relación existente entre eventos físicos y psicológicos. Carus (1799-1869) por su parte, formula una vaga idea de la animación de los procesos fisiológicos por procesos inconcientes (cit. pos. Wittkower, op. cit.).

No obstante lo anterior, durante el siglo XIX, la

medicina se centra en los estudios de laboratorio. En este momento se obtienen grandes triunfos en materia de anatomía, bioquímica y microbiología (Freedman, et al., 1983; Sarason, 1983; Wittkower, 1974).

Con Pasteur y Virchow surge la medicina moderna. Este último, demuestra que toda enfermedad es debida al mal funcionamiento de un órgano, deficiencia que resulta de un daño en la estructura celular (Sarason, op.cit.; Wittkower, 1974).

La idea de un daño celular como causa de la enfermedad, pasa a ser dominante. Bajo esta perspectiva, no hay lugar para el enfoque psicosomático, ya que no es posible establecer una relación causal entre: cambios estructurales de las células y los estados emocionales.

Hacia fines del siglo XIX y principios del XX, se había hecho la descripción precisa de algunas enfermedades mentales.

Descubrimientos importantes en neuroanatomía y neurofisiología, acompañaban la explicación estructural de unos pocos desórdenes mentales. Aun así, el entendimiento psicológico de la enfermedad lograba mínimos progresos, debido a una actitud más o menos excéptica por parte de los investigadores (Wittkower, op.cit.).

En la segunda y tercera décadas del siglo XX, Freud, Pavlov Y Cannon; establecen las bases para el futuro desarrollo de la medicina psicosomática (Roberts-Field y Olsen, 1980; Wittkower, 1974).

Freud fundamenta los principios de la causalidad psicológica al plantear la existencia de una dinámica inconciente. El caracter dinámico está dado por la presencia

de fuerzas internas que se contraponen y luchan por manifestarse al exterior, de las cuales no somos conscientes.

Pavlov por su parte, demuestra que es posible controlar respuestas que originariamente eran consideradas como "reflejas" y autónomas. De esta forma, el más complejo proceso cerebral parecería estar formado por el simple "condicionamiento" de los reflejos.

Cannon elabora teóricamente la compleja interacción entre las glándulas endócrinas y las funciones vegetativas, y demuestra que la tensión emocional es capaz de provocar cambios en el funcionamiento corporal.

Los nuevos métodos de investigación, y los recientes conceptos teóricos (que implícitamente reformulan el viejo problema mente-cuerpo), preparan el camino para el surgimiento del movimiento psicosomático. Este, surge en Alemania y Austria como protesta en contra de lo que Weiss y English llamaron *machine age in medicine* (cit. pos. Wittkower, op.cit.).

Heinroth, médico internista y psiquiatra, introduce por vez primera el término psicosomática (1818), y plantea la idea de conflictos internos como base de la enfermedad (cit. pos., Wittkower, 1974; Haynal y Pasini, 1984). No obstante, el término no se encuentra frecuentemente sino hasta 1935.

La medicina psicosomática no es considerada como "una parte de la medicina", sino como "una concepción de la medicina" (Ey, 1980). Aitken (1972) y de la Fuente (op.cit.) establecen que tampoco puede ser una especialidad médica, sino una forma más inclusiva y realista de abordar la patología somática. Esta forma de abordar la enfermedad requiere del conocimiento de los principios fundamentales de la psicología.

Por lo antes dicho, vemos que existe la necesidad de integrar el conocimiento de diversas áreas, que nos lleve a comprender al organismo como una unidad bio-psico-social. Esto dará como resultado a lo que se le ha denominado "actitud psicossomática", tanto en el diagnóstico como en el tratamiento de las enfermedades (Ey, op.cit.).

De la Fuente (op.cit.) expone las causas por las cuales no considera a la medicina psicossomática como una especialidad. Al respecto dice:

Es conveniente aclarar que la medicina psicossomática no puede ser considerada como campo aparte de la medicina, ya que careciendo de conceptos y técnicas propias, utiliza aquellos que son de uso corriente en la psicología y la medicina. En todo caso, lo único nuevo es su uso combinado. También es claro que la medicina psicossomática no puede ser una especialidad, puesto que no es posible distinguir entre padecimientos psicossomáticos y otros que no lo son: es decir, que aunque en algunos padecimientos el componente psicogenético parece ser más importante que en otros y es legítimo formar con dichos padecimientos un grupo especial para su estudio, no debe perderse de vista que en sentido estricto, todas las enfermedades son psicossomáticas y que el criterio psicofisiológico es aplicable en todos los casos (1974, p. 274-275).

Por otro lado, la aproximación psicossomática es una línea de investigación que intenta responder a la vieja pregunta acerca de la salud y la enfermedad, y la relación que estos estados guardan respecto de las emociones. Para ello se vale de los métodos y técnicas de diversas disciplinas.

La hipótesis fundamental de esta nueva orientación es la unidad funcional soma-psi que . Es por tanto, una concepción que aborda la salud y la enfermedad como el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales (Leight y Reiser, 1977; Lipowsky, 1977; Nemiha, 1982; Taylor, 1978).

Haynal y Pasini (1984, pág.3) refieren que:

Según la definición de Grinker, la psicósomática es "un enfoque que engloba la totalidad de los procesos integrados de transacciones entre muchos sistemas: somático, psíquico, social y cultural. De hecho, la noción de "psicósomática" no se refiere ni a la fisiología o la patofisiología, ni a la psicología o la psicopatología, sino a un concepto de proceso entre los sistemas vivos y su elaboración social y cultural (cursiva en original).

Para Balint (cit. pos. Taylor, 1978), un diagnóstico que incluya a la totalidad del paciente, con todos sus problemas y afecciones, es la esencia de la medicina psicósomática.

Actualmente se pueden señalar como premisas principales del enfoque psicósomático las siguientes:

a) Pretende ser la síntesis ideal de la información acerca de un paciente, obtenida de diversas áreas y por diferentes métodos. Dicha síntesis intenta valorar al hombre en su totalidad y no únicamente en función de un padecimiento aislado. Se intenta observar al enfermo y no a la enfermedad.

b) Aspira a ser una especialidad formada por un equipo interdisciplinario, en el cual cada profesionalista va a aportar sus conocimientos a la comprensión de la compleja interacción soma-psi que (Haynal y Pasini, op. cit.).

Para Lipowski (1977), la medicina psicosomática presenta tres facetas inter-relacionadas, que en conjunto definen su campo de acción:

a) La considera una disciplina científica, que estudia los factores biológicos, psicológicos y sociales, los cuales, en conjunto determinan la salud y la enfermedad.

b) Manifiesta que es una serie de postulados que en conjunto conforman un acercamiento holístico en la práctica de la medicina.

c) Estima que esta visión de la enfermedad debe de incluir la interconsulta psiquiátrica como parte del tratamiento.

Parece obvio que un cuadro completo y válido de los síntomas somáticos, únicamente se puede obtener si se conjunta información de diversos orígenes (médico, psicológico y social). No obstante, los médicos con frecuencia fallan al hacer el diagnóstico integral, con lo que perpetúan la pretendida escisión mente-cuerpo.

Esta separación se hace no únicamente de las emociones y su representante físico, sino también de la relación existente entre las vivencias del paciente y su vínculo con la aparición de las enfermedades. El médico no familiarizado con la aproximación psicosomática, puede acentuar aún más esta separación (Taylor, op. cit.).

Taylor (op.cit.) refiere que, Winicott ha señalado la relativa frecuencia con que los pacientes explotan esta escisión. Al sostenerse que existe una separación entre la mente y el cuerpo, contribuyen a lo que se ha llamado "colusión de anonimato" (Balint, cit. pos Taylor), alianza en la cual ni el paciente ni el médico aceptan abiertamente la completa responsabilidad del manejo o mal manejo del padecimiento, siendo el paciente en ocasiones un cómplice gustoso.

El haber introducido el concepto de "emoción", obliga a aclarar el término debido a que, es un fenómeno a través del cual es posible observar la unidad psicofisiológica del organismo. Por otro lado, esta expresión será empleada con frecuencia, lo cual compromete al esclarecimiento de su aplicación.

López Antunez (1983, pág.591) refiere:

Se designan como "estados emocionales" las condiciones en que se experimentan sensaciones subjetivas determinadas por cambios producidos por una gran variedad de estímulos, que pueden o no ser acompañados de manifestaciones externas. Desde este punto de vista se puede hablar, por consiguiente de la *experiencia subjetiva* de la emoción y de la *expresión* de la misma. Sin embargo, no existe relación directa entre una y otra, ni entre el tipo de estímulo que provoca emoción y la *reacción* que produce (cursiva en el original).

Por su parte, Cofer (1972) establece que "parece no haber una definición satisfactoria de la emoción", y que, en la mayoría de los casos se recurre a la expresión verbal y corporal del sujeto para explicarla. Así mismo, establece que "las emociones han sido definidas como estados 'de excitación' que perturban el comportamiento habitual(pág.84)".

La emoción, viene a ser un fenómeno psicofisiológico que provee al sujeto de un estado psicológico subjetivo, matizado por un tono afectivo distintivo que se acompaña de alteraciones bioquímicas y neuroendócrinas.

Esta reacción emotiva, se desencadena por estímulos

externos o internos tal como recuerdos o ideas. La emoción posee una función liberadora que descarga y alivia la tensión generada por los estímulos, restableciendo el equilibrio psíquico interno.

Aunque el mismo estímulo en diferentes sujetos sea capaz de provocar cambios corporales semejantes, esto no indica la intensidad y forma como se experimenta la emoción, ya que, el tono afectivo es subjetivo para cada uno de ellos. Incluso, manifestaciones corporales aparentemente escasas van acompañadas de estados afectivos muy intensos y viceversa.

Todos los seres humanos son susceptibles de sentir las mismas emociones, pero en cambio, varían en cuanto al tipo de eventos que son capaces de evocar la misma respuesta emocional, así como en cuanto a la clase, intensidad y duración de la emoción (de la Fuente, op. cit.).

En términos generales, se puede decir que más allá de ciertos aspectos generales, es necesario conocer la historia y experiencias previas para poder comprender las reacciones emocionales de una persona, puesto que, de esto dependerá la interpretación que el individuo haga de una situación dada.

Schater y Singer (1962, cit. pos. López Antunez, 1983, pág.612) establecen que existen dos factores que determinan un estado emocional: "el alertamiento fisiológico y el componente cognocitivo". "Para ellos, 'un estado emocional debe ser considerado como una función de un estado de alertamiento fisiológico y de cognición apropiada de este estado de alertamiento' (Ibid.)".

Según refieren Cofer (1972), Thompson (1981) y

Valdés, Flores, Tabeña y Massana (1983), y de acuerdo con los experimentos de Schafter, para que se produzca la emoción, es necesario que además de las reacciones fisiológicas, estas puedan ser interpretadas en términos emocionales. Esta interpretación, proviene de la situación en la cual se produce la excitación. En otras palabras, es necesario entender o saber por qué nos sentimos excitados para poder sentir la emoción.

Los cambios que acompañan a la emoción, al ser percibidos por el sujeto, se traducen en gestos, actitudes, posturas u cualquier otra forma de expresión. Al mismo tiempo, se presentan reacciones psicofísicas tales como detención o aceleración de la respiración, palidez, enrojecimiento, cambios en la conductividad eléctrica de la piel, secreciones glandulares, contracciones viscerales, etc. Estas respuestas son automáticas e inconscientes, y están regidas por el sistema nervioso autónomo, el cual, a su vez, es controlado por funciones cerebrales superiores.

El sistema nervioso autónomo, es el encargado de mantener la homeostasis interna del cuerpo. En condiciones normales, es involuntario y actúa sobre músculo liso, músculo cardíaco y glándulas de secreción exócrinas y endócrinas. Este sistema comprende dos divisiones: la simpática y la parasimpática.

La rama simpática actúa como un mecanismo excitador, y prepara al organismo para luchar o huir ante situaciones de peligro. Por su parte, la rama parasimpática se encarga de las funciones de recuperación de energía, cuando el organismo se encuentra en reposo. En condiciones normales, el sistema nervioso autónomo mantiene un nivel de excitación en ambas divisiones. El incremento o disminución de actividad en alguna de las ramas, es compensada en forma algebraica (Thompson, 1981).

En conjunto, el sistema nervioso autónomo es el responsable de transmitir los impulsos nerviosos, provenientes de las estructuras cerebrales superiores, a los órganos involucrados en la conducta emocional, lo cual va a provocar la respuesta emocional.

El aspecto afectivo de la emoción, requiere de la participación del Neocortex y de la relación de este con las estructuras subcorticales que integran la reacción fisiológica y la conducta resultante de la emoción (López Antunez, op.cit.).

A fin de lograr esclarecer el significado de la emoción, se pueden distinguir tres elementos que la componen:

- a) Un afecto, esto es, el estado subjetivo que el sujeto experimenta conscientemente;
- b) Un grupo de procesos bioquímicos y neuroendócrinos que representan el aspecto fisiológico y
- c) La manifestación a través del cuerpo del estado subjetivo y los cambios fisiológicos (movimientos faciales, contracción de ciertos músculos, rubor, taquicardia, sudoración, etc.)

(de la Fuente, op. cit.; Thompson, 1981).

"Afecto y emoción son términos que se usan en forma recíproca con mucha frecuencia (Fraizer, Campbell, Marshal y Werner, 1976)". Sin embargo, Kolb (1983, pág.25) escribe:

A menudo los términos *afecto* y *emoción* se utilizan de manera descuidada, como si estos dos aspectos de la vida mental fueran lo mismo. Esto se debe a que la palabra *emoción* se usa con muchos significados, que por su variedad son ambiguos. Tal vez debemos limitar este término para denominar exclusivamente los complicados procesos bioquímico-fisiológicos o las funciones conectadas con la expresión somática de un sentimiento; dicho de otra manera, "emoción" indica las pautas de conducta que

expresan un afecto. El término "afectivo" es más aplicable a los fenómenos sentimentales que el individuo experimenta de manera subjetiva.

Como vemos, hay discrepancia en cuanto al uso de ambos términos. No obstante, parece haber concordancia en cuanto a que el afecto es una sensación subjetiva que provee a la persona de un estado de agrado o desagrado. El establecer esta diferenciación cumple funciones prácticas, ya que si bien es cierto que en ocasiones se emplean indistintamente, en la mayoría de los casos es el afecto el que cobra mayor importancia. Ello, debido a que se le considera como una "fuerza motivadora" que impulsa al organismo a la consecución de las metas fijadas (Kolb, 1983; López Antunez, 1983). Así mismo, el afecto implica una sensación placentera o dolorosa comunicada al exterior, lo cual, determina la aceptación o rechazo de cualquier experiencia (Kolb, 1983).

El afecto, juega un papel primordial en la vida de todas las personas desde el nacimiento. En las múltiples interacciones del infante con su medio va estableciendo relaciones afectivas de amor u odio, según le sean o no satisfechas sus necesidades. Esta relación afectiva marca el inicio de la vida intrapsíquica de la persona y permanecen almacenadas a lo largo de la vida. En diferentes estudios, se ha podido comprobar que la estimulación directa de la corteza límbica es capaz de reactivar los aspectos cognitivos y afectivos de las experiencias pasadas (Kernberg, 1987).

Como se verá más adelante, la investigación en fisiología ha permitido establecer algunas correlaciones entre los estados emocionales y el funcionamiento de ciertas áreas del sistema nervioso. Continuemos entonces con la exposición.

El médico en la actualidad se encuentra provisto de una gran cantidad de técnicas auxiliares de diagnóstico y tratamiento. "Racionalista, científico, protegido por un arsenal de exámenes complementarios cada vez más complejos, se ha alejado del ideal hipocrático que se proponía tratar el cuerpo y el alma (Tordjman, 1978, pág.9)".

A partir de los grandes avances científicos, se dice que el médico "Se ha dejado deslumbrar por el espejismo de las cifras, los dosajes, los registros eléctricos, las curvas, los frotis, hasta el punto de olvidar al paciente (Ibid)".

Se han obtenido evidencias de la dificultad que los médicos no psiquiatras tiene para detectar trastornos emocionales en sus pacientes. Así mismo, se ha detectado la discrepancia que existe entre los médicos generales y los profesionales de la salud mental; para identificar a los pacientes que requieren atención médico-psicológica (Padilla, Ezbán, Medina-Mora, Mas y Campillo, 1984).

Por lo antes expuesto, pareciera ser que al médico se le juzga con severidad y se le atribuye cierta incapacidad para identificar los conflictos emocionales del paciente que tiene enfrente. No obstante, es necesario considerar que el síntoma principal que aqueja al paciente es de origen físico, y es esto lo que lo lleva a la consulta y no lo otro. Por tanto, es difícil detectar la presencia de causas psicológicas como antecedente y/o agregados de la enfermedad.

Por otra parte, es necesario resaltar que, el conflicto emocional es inconciente o se encuentra al menos parcialmente encubierto. Adicionalmente, los pacientes se resisten a curarse, ya que la enfermedad les sirve como mecanismo de defensa y adaptación al medio (Iturralde, 1971).

Lo anterior nos lleva a considerar lo que dice el Dr. de la Fuente (op. cit. pág.15):

NI es posible que los médicos sean psicólogos clínicos, ni tampoco se les puede pedir que dominen las técnicas del especialista. Lo que verdaderamente necesitan es tener a su disposición conceptos y técnicas psicológicas que sean aplicables en la práctica cotidiana de una medicina integral.

En este sentido, la aproximación psicosomática viene a proveer el encuadre teórico y práctico necesario para ayudar a comprender la compleja relación mente-cuerpo, y su estrecho vínculo con la salud y la enfermedad.

Un análisis psicogenético, posibilita observar que: "En ciertas circunstancias, un síntoma es la expresión simbólica de un conflicto mental y en otras, simplemente la respuesta de un organismo a ciertos estímulos emocionales persistentes o recurrentes (De la Fuente, op. cit., pág.16).

Surge entonces, una nueva forma de comunicación: la patología psicosomática, en la cual, el síntoma adquiere el valor de un mensaje que es emitido a través del lenguaje corporal.

En los síntomas psicosomáticos existe una evidencia clara de verdadera afección corporal y en los cuales se hace necesario el tratamiento médico para aliviarlas o combatir las. Sin embargo, una significativa proporción de los determinantes del trastorno son psicológicos y es probable que el desorden reaparezca y

persista si el problema emocional no ha sido resuelto. En general los trastornos psicósomáticos tienden a involucrar al sistema nervioso autónomo y a los sistemas orgánicos relacionados (Iturralde, 1971, p.4).

1.12. Teorías psicósomáticas que aluden a conflictos psicológicos.

Una de las tendencias que ha tenido mayor aceptación en la medicina psicósomática, es la aplicación de los conceptos psicoanalíticos para la explicación de la enfermedad somática. Como formulación principal de la génesis de los síntomas psicósomáticos, se evoca el mecanismo de conversión.

Siendo congruentes con la teoría psicoanalítica, se puede decir que, las ideas e impulsos inaceptables para la persona, así como los afectos asociados a ellos, son excluidos de la consciencia mediante la represión.

De esta forma, la carga afectiva se revierte en forma de síntomas físicos, los que pasan a ser un representante simbólico del elemento mental reprimido (Nemiah, 1982). Dicho en otras palabras, los afectos son "convertidos" a síntomas corporales.

El síntoma conversivo simboliza las exigencias instintivas reprimidas que son traducidas al "lenguaje somático" (Fenichel, 1966). A través del proceso de conversión, se descargan continua o intermitentemente los impulsos y afectos reprimidos, que inconcientemente se han asociado uno al otro.

La conversión tiene un carácter único para cada persona y su origen está claramente determinado por una experiencia perteneciente al pasado del sujeto.

El síntoma conversivo puede hacerse más comprensible si se explica brevemente el mecanismo de represión y algunos de sus elementos asociados.

Conforme a la definición de Laplanche y Pontalis (1983), la represión es una operación mediante la cual las personas intentan rechazar o mantener en el inconciente aquellos impulsos instintivos que por sí mismos pueden provocar placer, pero que, debido a otras exigencias, pueden inducir displacer al organismo.

Los impulsos al ser reprimidos, no son eliminados, sino que tienden a reaparecer en la conciencia y la motilidad, pero en forma deformada. De esta manera, "El síntoma sería, pues, un signo y un sustitutivo de una inlograda satisfacción de un instinto, un resultado del proceso de represión (Freud, 1970, pág.14)".

Como se menciona arriba, los impulsos inaceptables no desaparecen al ser reprimidos, sino que, por el contrario, luchan por manifestarse para aliviar la tensión resultante entre: el impulso que busca su satisfacción y la fuerza de represión.

Cuando un impulso (que lucha por manifestarse) logra vencer a la represión, se revela al exterior, pero no lo hace en su forma original, sino en forma simbólica. Así, "El síntoma es siempre el resultado de una transacción entre el impulso y las fuerzas represoras; transacción en la que al impulso se le concede una satisfacción simbólica (De la Fuente, op. cit., pág.213)".

Parece claro que, el síntoma es la expresión simbólica de los impulsos instintivos reprimidos. No obstante, es

necesario clarificar a que nos referimos al hablar de lenguaje o expresión simbólica.

Cassirer (cit. pos. Singer, 1979, pág.79) escribe:

Cuando un hombre responde a un insulto frunciendo el ceño y cerrando los puños, actúa precisamente del mismo modo que un animal muestra sus dientes en presencia de un enemigo. Pero, hablando en general, las *respuestas* humanas pertenecen a un tipo enteramente distinto. Lo que las distingue de las reacciones animales es su carácter *simbólico*. En la aparición y crecimiento de la cultura humana, este fundamental cambio de sentido puede seguirse paso a paso. El hombre ha descubierto un nuevo modo de expresión: la expresión simbólica. (cursivas en el original)

Por su parte Fromm (1972, pág.18) dice:

¿Qué es un símbolo? Suele definirse al símbolo como "algo que representa otra cosa". Esta definición parece un tanto decepcionante. Pero adquiere mayor interés cuando se trata de los símbolos que son expresiones sensoriales de la vista, el oído, el olfato y el tacto y cuyas "otras cosas" que representan son sensaciones internas, sentimientos o pensamientos. Esta clase de símbolo es algo exterior a nosotros; lo que simboliza es algo interior a nosotros. El lenguaje simbólico es un lenguaje con el que expresamos experiencias internas como si fueran

sensoriales, como si fuera algo que hacemos o nos hacen en el mundo de los objetos. El lenguaje simbólico es un lenguaje en el que el mundo exterior constituye un símbolo del mundo interior, un símbolo que representa nuestra alma y nuestra mente.

La noción de símbolo, es empleada con frecuencia en otras disciplinas (lingüística, epistemología, religión, etc.), por lo cual es difícil circunscribir su empleo al lenguaje psicoanalítico.

El símbolo puede ser analizado como un elemento del proceso de comunicación humana. Para ello entenderemos por "comunicación": La emisión de señales o mensajes a través de un lenguaje (en sentido extensivo, y no únicamente refiriéndose a la palabra) que es común tanto a la persona que lo emite, como a la que lo recibe. Esto implica que, la persona que produce los signos y la persona que los recibe los entienden del mismo modo; es decir, le dan el mismo significado (Schaff, 1978).

El hombre se comunica de diversas formas, pero, invariablemente emplea signos como medio de comunicación. Todo signo es elemento de un lenguaje (palabras, gestos, códigos, etc.) y debe ser un signo significativo, esto es, un signo debe expresar directa o indirectamente algo.

Tomando al símbolo como un elemento de comunicación, y según la concepción de Schaff (op. cit.), "los símbolos son una subclase de signos", cuya propiedad característica "es la representación de un objeto material (que funciona como signo) de 'un objeto ideal' -estrictamente hablando, de una noción abstracta (pág. 191)".

Schaff (op. cit.) atribuye como características principales del símbolo las tres siguientes:

a) El símbolo es un objeto material o una imagen visual. De no ser así, "no podría ser percibido ni representar ninguna otra cosa". Una representación simbólica, "recurre con frecuencia a metáforas en las cuales se basa la imagen".

b) El significado del símbolo, se basa en un convenio que debe ser conocido si ha de comprenderse el símbolo dado. Ningún símbolo tiene significado por sí mismo, sino en un sentido convencional que es necesario aprender.

c) La convención del símbolo se basa en algo externo que se dirige hacia los sentidos. Pasando a ser una representación sensorial (valga decir objetiva) de algo abstracto.

Laplanche y Pontalis (op. cit.) establecen que, un símbolo no siempre es la representación de algo abstracto en algo concreto, y escriben: "En efecto, lo simbolizado puede ser tan concreto como el símbolo (por ejemplo, el sol, símbolo de Luis XIV)". Y continúan diciendo (en relación al empleo del término en el lenguaje analítico):

De un modo más general, se utiliza la palabra *simbólico* para designar la relación que une el contenido manifiesto de un comportamiento, de una idea, de una palabra, a su sentido latente; dicho término se utilizará *a fortiori* en aquellos casos en que falta por completo el sentido manifiesto (como en el caso de un acto sintomático, francamente irreductible a todas las motivaciones conscientes que el sujeto pueda dar del mismo). (pág.407, cursivas en el original)

Hasta aquí, se ha establecido que, cualquier síntoma es una forma de comunicar al exterior los conflictos interiores de las personas. A la vez, quedó asentado que, la información transmitida mediante el síntoma no se emite en forma directa, sino disfrazada por los símbolos. O sea que, "nosotros expresamos las experiencias sentimentales con el lenguaje de las experiencias físicas, es decir, simbólicamente (Fromm, 1972, pág.22)".

Sin embargo, para comprender el significado del mensaje emitido, es necesario conocer el tipo de asociaciones que esta empleando la persona que intenta comunicarnos algo. Asociaciones que surgen de la experiencia emocional del sujeto con algún objeto confíguo a ésta que adquiere valor simbólico.

Por otro lado, existe un tipo de símbolo que parece ser compartido por todos los seres humanos, y que ha recibido el nombre de "símbolo universal". Este tipo de símbolo "es aquel en el que hay una relación intrínseca entre el símbolo y lo representado (Fromm, 1972, pág.20)". Pero, "La afirmación anterior debe ser, no obstante, constreñida a ciertos límites. Hay símbolos que difieren en su significado real dentro de las distintas culturas (Fromm, 1972, pág.23)".

Todo lo antes dicho, nos permite evocar a Singer (1979, pág.98) quien escribe: "Es evidente que hasta los síntomas más ininteligibles y raros tienen un valor comunicativo definido". Dichos síntomas, surgen de "la necesidad de comunicación" que es "una tendencia básica del ser humano".

Ante esta perspectiva, una comunicación adecuada podría ser vista como un "signo de bienestar emocional", en donde, un hombre sano empleará una actividad inteligible y símbolos verificables para expresar su experiencia interna.

En cambio, se podría hablar de enfermedad en el momento en que se obstaculiza la claridad de la comunicación, situación que se traduce en un inadecuado intercambio de información, en el cual los mensajes se hacen confusos.

Con lo anterior queda concluida la explicación de como (desde la perspectiva psicoanalítica) se da el proceso de represión y la simbolización.

Si bien, esta exposición parece haberse alargado más de lo debido, y en ocasiones suena redundante, es esencial para comprender que, todo síntoma es la forma más viable que la persona ha encontrado para comunicar sus conflictos internos. Producto todo ello de su situación medioambiental que, al ser sentida como amenazante, induce a la persona a emitir señales ininteligibles para ella y los demás.

Ahora, retornemos a la explicación del síntoma conversivo.

Los estados afectivos de las personas así como sus deseos, encuentran su expresión a través del cuerpo, por tanto, "no resultará tan extraña, en principio, esta incursión en la esfera fisiológica, característica de la conversión (Fenichel, op.cit., pág.250)".

Según Fenichel (op.cit.), existen dos requisitos que son necesarios para que se pueda dar la conversión. El primero, de carácter físico, consiste en la "erogeneidad" del cuerpo humano, en virtud de lo cual, todo órgano y toda función pueden llegar a ser zonas de expresión para la excitación sexual. Un segundo requisito es de carácter psicológico, y consiste en el abandono de la realidad para dar paso a la fantasía.

De acuerdo con Fenichel (op. cit.), se podría hablar de dos formas de pensamiento.

Por un lado, tenemos un pensamiento lógico, que prepara a la persona para la acción y está de acuerdo con la realidad; por otro lado, un segundo tipo de pensamiento, infantil y mágico, permite la satisfacción de todos los deseos a través de la fantasía, por irrealizables que parezcan ser en la realidad.

La persona histérica gusta particularmente de "soñar despierta", merced a lo cual, se aleja de la realidad que le es decepcionante. Estos sueños diurnos se mantendrán en la conciencia en tanto se alejen del contenido real de los deseos reprimidos, pero, serán eliminados en el momento en que se acerquen a tales contenidos. En este caso, surgirán de la represión, pero deformados autoplásticamente como síntomas conversivos (Fenichel, op. cit.).

Así, los síntomas no son actos dirigidos hacia el exterior, tendientes a satisfacer en la realidad los deseos, sino que, son "inervaciones internas" a través de lo cual la fantasía reprimida se expresa en la forma de funciones fisiológicas (Fenichel op. cit.).

En el proceso de conversión, el impulso reprimido (energía libidinal) al no encontrar otra forma de satisfacción se separa del impulso original y se "convierte" en "energía de inervación". El impulso, que en forma de energía de inervación se ha desprendido, es traspuesto a lo corporal como una alteración en el funcionamiento de alguna parte específica del organismo (Laplanche y Pontalis, op. cit.).

Un síntoma conversivo, no es únicamente la expresión sustitutiva de los impulsos reprimidos, sino que es "una representación específica de fantasías que pueden volver a traducirse de su lenguaje somático a su lenguaje original (MacKinnon y Michels, 1981, pág.14)".

Esto implica que a través del análisis del pensamiento latente, pueden ser descifradas y comprendidas las exigencias instintivas originales que dieron lugar a la formación del síntoma.

Desde un punto de vista estrictamente anatómico o fisiológico, los síntomas de conversión no tienen sentido, pues son irracionales e ininteligibles. El paciente que los manifiesta parece estar pretendiendo estar enfermo o impedido. Pero desde el punto de vista de la simbolización, no son ni irracionales ni ininteligibles. Simplemente recurren a un idioma que no es ni el de la anatomía ni el de la fisiología...

Por consiguiente, la mano que, debido al estrés, queda insensible o paralizada es la mano social, no la mano anatómica (Cameron, 1982, pág. 332).

El ser humano, normalmente emplea el lenguaje corporal simbólico como forma de comunicación. Este lenguaje, es capaz de expresar sin palabras una gran variedad de sentimientos.

Así, podemos observar: El rostro brillante y la postura erecta de quien ha triunfado; el rostro contraído y el cuerpo doblegado de quien ha sido derrotado; el cerrar o cubrirse los ojos, de quien no soporta ver algo; etc. Todos estos, son ejemplos de lenguaje corporal que sirve para expresar algo. Esto nos hace pensar que, cuando la expresión corporal de una persona contradice lo que expresa, se encuentra mintiendo.

Sin embargo, esta simbolización corporal pasa a ser anormal cuando, debido a la represión, pierde su función expresiva y el paciente no logra identificar el significado

simbólico expresado a través del cuerpo, considerándolo como una señal de impedimento o enfermedad física. Esta anomalía conversiva es mucho más evidente cuando la persona acepta la supuesta enfermedad con indiferencia, en lugar de mostrar preocupación por ella.

Un factor adicional en la anomalía de la conversión es la llamada "ganancia secundaria". Este beneficio lo obtiene el paciente cuando, debido a su impedimento físico, llega a descubrir (secundariamente) la posición privilegiada de que goza en su carácter de inválido; lo cual impide en muchas ocasiones el avance de los tratamientos.

Los síntomas conversivos tienden a persistir por su función adaptativa y los logros que con ellos se obtienen. A través del síntoma físico, se logra reducir la tensión emocional y la ansiedad libre, lo cual protege al paciente de una eventual desintegración de su personalidad.

Por otro lado, se logra expresar, mediante la metáfora corporal, algo que sería imposible manifestar de otra manera, sea una pulsión agresiva o erótica prohibida.

El significado metafórico continúa reprimido, no obstante, se logra reducir la tensión y la ansiedad, tal y como ocurre con las fantasías y los sueños. En la medida en que el significado permanezca oculto, el paciente podrá seguir expresando sus conflictos con poca o ninguna ansiedad (Cameron, op.cit.).

La educación y la experiencia son parte de los requerimientos de las reacciones de conversión. El paciente deberá estar convencido de que su síntoma es señal de enfermedad e impedimento físico para que pueda tener el efecto deseado.

En el momento en que una persona empieza a percibir que el síntoma no tiene el efecto deseado, y no es visto como signo de enfermedad, perderá su defensa conversiva y caerá en una ansiedad franca.

En términos generales se puede decir: cada vez que una perturbación funcional se ha asociado a un conflicto emocional y este conflicto ha sido reprimido, todo recuerdo posterior del trastorno o del conflicto puede reactivar ambos componentes. Así, el trastorno funcional pasa a ser conciente en forma de conversión, mientras que el conflicto emocional es la fuerza que impulsa a la aparición del síntoma (Fenichel, op. cit.).

No obstante, hay ocasiones en las cuales el paciente no ha experimentado la sensación corporal original, sino que, son imitadas de la observación o el conocimiento de los síntomas de otras personas, a esta situación se le ha denominado identificación histérica. Esta identificación le permite al paciente imitar cualquier enfermedad de que tenga conocimiento, lo cual hace en muchas ocasiones sumamente difícil elaborar un diagnóstico correcto.

Virtualmente, cualquier síntoma que pueda ser imaginado por el paciente puede llegar a ser un síntoma conversivo, y la historia personal del paciente, habitualmente revela como es que seleccionó ese síntoma en particular.

El síntoma pudo haberse elegido, inconcientemente, como metáfora de la condición social; vr. gr., el paciente con dolor bajo de espalda que puede sentir que su carga es muy difícil de llevar. Por otro lado, el síntoma pudo existir previamente, pero reaparece ante la presencia del stress social o algún otro estado emocional (Berkow, 1932).

En algunos casos, el mecanismo conversivo no puede ser demostrado y, a pesar de los esfuerzos analíticos, no se encuentra la relación simbólica (Nemiah, 1982).

Alexander (cit. pos. Nemiah, op.cit.), propone diferenciar la conversión histérica de la neurosis vegetativa. Ambas son psicógenas, esto es, están originadas por la represión crónica de, por lo menos, una tensión emocional no revelada. Sin embargo, los mecanismos esenciales involucradas en ambas parecen ser diferentes.

En la conversión histérica, la tensión emocional es descargada, en forma simbólica, a los sistemas muscular voluntario o perceptual sensitivo; en cambio, en la neurosis vegetativa, no hay expresión sustitutiva de la emoción, sino que es una forma de manifestar una patología psicológica que resulta de un afecto que no ha sido sometido o descargado mediante mecanismos neuróticos (Nemiah, 1982; Pierloot, 1979; Singer, 1977).

Esta distinción entre dos tipos de trastornos funcionales, ha sido frecuentemente considerada, y la diferencia principal radica en el hecho de que no todos los trastornos orgánicos tienen un significado psíquico definido.

Schneider (1974, cap.12), establece que el síntoma físico puede ser considerado como un mecanismo de defensa que evita la angustia, pasando a ser una somatización; la cual dice: "debe diferenciarse bien de la represión que se encuentra en la base del síntoma seudofísico histérico de conversión". En la conversión, "hay una represión masiva de la pulsión agresiva y sexual, y un desplazamiento sobre un mal funcionamiento del cuerpo que entonces adquiere una significación simbólica". En cambio, en la somatización, el aspecto simbólico no existe; "el trastorno sólo puede comprenderse en el sentido de una

derivación de una corriente psíquica en lo físico".

Por su parte, Fenichel (op.cit.) menciona la existencia de dos clases de perturbaciones funcionales. La primera es debida a alteraciones fisiológicas por el uso inadecuado de la función para la cual está destinada el órgano en cuestión; la segunda, sería la expresión simbólica, a través del "lenguaje corporal", de un conflicto, expresión que tiene un significado inconciente específico.

En los dos casos anteriores, el "uso indebido" del órgano es "psicogénico". Esto es, ambos tienen un origen psicológico. No obstante, Fenichel (op.cit., pág.273) plantea que "sería preferible dar el nombre de órgano-neuróticos a los síntomas de la primera categoría, reservando para la segunda el nombre de conversión". Así mismo, establece que, el término de "fenómenos organo-neuróticos es preferible al de perturbaciones psicósomáticas", el cual dice, "tiene la desventaja de sugerir un dualismo que no existe". Y continúa diciendo:

Toda enfermedad es "psicósomática", ya que ninguna enfermedad "somática" se halla enteramente libre de influencias "psíquicas" -un accidente, incluso, puede haberse producido por motivos psicógenos, y no sólo la resistencia contra las infecciones, sino todas las funciones vitales, se hallan constantemente bajo la influencia del estado emocional del organismo- e incluso la conversión más francamente "psíquica" puede tener como base una complacencia puramente "somática" (pág.273).

Sin embargo, no en todos los casos en que se establezca una relación entre un síntoma orgánico y un fenómeno psíquico, puede considerarse de carácter órgano-neurótico, ya que, nada ocurre en el organismo que no integre psique y soma.

Esto implica que, el solo hecho de aquella relación , no es suficiente como prueba del origen de los síntomas.

La presencia en una persona de un tumor y la idea inconciente de un embarazo, no deben conducirnos a la apresurada conclusión acerca de la etiología del padecimiento. Esto no implica que el tumor haya sido generado por el deseo de embarazo, y sea el representante simbólico del deseo.

En consecuencia, un padecimiento no puede ser considerado psicossomático (órgano neurótico) hasta que se demuestre que los síntomas tienden a ocurrir después o en conjunción con estados psicológicos específicos, lo cual debe ser corroborado con el estudio de los eventos asociados al inicio o recurrencia de la enfermedad (Iturralde, op. cit.).

Actualmente, es común aceptar la diferenciación entre síntomas conversivos y trastornos psicossomáticos. Por tanto, se aplica el término psicossomático solamente cuando existen síntomas en los cuales no es posible establecer el significado simbólico del síntoma, así como por el órgano que es afectado.

Esta distinción, tiene implicaciones prácticas importantes ya que el tratamiento, los postulados teóricos y la forma de abordar el problema, son diferentes para cada padecimiento.

En la conversión, el síntoma tiene significado preciso, y por tanto es susceptible de ser sometido a tratamiento de tipo psicoanalítico. No así en el síntoma psicossomático el cual, al carecer de significado definido, no responde a las terapias que habitualmente se emplean para resolver problemas de tipo neurótico o conversivo.

Al establecer la distinción entre: síntoma conversivo y psicósomático, Alexander fundamenta una importante distinción entre los procesos mentales asociados con ellos.

Tanto en los síntomas conversivos como en la neurosis en general, existe una elaborada actividad mental en forma de afectos, ideas y fantasías; lo cual es empleado en la elaboración de síntomas. En cambio, en la formación de síntomas psicósomáticos, esta actividad parece estar ausente, siendo el síntoma la manifestación inmediata de una alteración fisiológica que resulta de la acción crónica de un afecto que no ha sido descargado a través de manifestaciones neuróticas. Siendo depositado en algún órgano vegetativo (Nemiah, op.cit.).

Es importante notar que, a pesar de la diferencia en las dos formulaciones anteriores, ambas están basadas en la idea de conflicto psicológico como centro de la producción de síntomas.

Freud fué el primero en resaltar la importancia de los conflictos intrapsíquicos como generadores de síntomas. Así mismo, siempre contempló "la unidad biológica psicósomática del ser humano (Schneider, op.cit.)", y se mostró siempre muy cuidadoso en destacar la interacción de lo psíquico con lo biológico, sobre todo, en su teoría de los instintos y en el punto de vista "económico" del aparato psíquico, intentando crear una teoría científica con base en la neurofisiología de la época (Jeammet, Reynaul y Casoli, 1982).

Sin embargo, Freud nunca empleó el término psicósomática en ninguno de sus escritos y, a pesar de reconocer el valor de los afectos en la enfermedad orgánica, no dirigió sus investigaciones hacia este punto. Restringiendo su teoría a los trastornos conversivos (Jeammet, et al., op. cit.).

La elaboración de conceptos psicossomáticos basados en el psicoanálisis fué hecha por algunos colaboradores y discípulos de Freud, siendo Federn, Ferencsi y especialmente Groddeck, quienes mayormente emplearon esos conceptos. Sin embargo, "la exploración imprudente y abusiva del modelo psicoanalítico de las neurosis", llegó a provocar desprestigio en una obra que llegó a ser "rica en intuiciones" (Jeammet, et al. op. cit.; Singer, 1977).

Con influencia psicoanalítica, surgió una corriente desarrollada por un grupo de psicoanalistas americanos, llamada "escuela de Chicago", teniendo entre algunos de sus representantes a: Deustch, Alexander, Dunbar, Weiss, English, Grinker, etc.

Estos autores, establecieron la ya mencionada distinción entre el mecanismo de conversión y la patogénesis psicossomática; e intentan definir para cada tipo de afección una personalidad específica (Jeammet, et al., op.cit.).

Así, asocian un estímulo o serie de estímulos específicos, con el mal funcionamiento de un órgano específico. Ya sea que estos estímulos sean conocidos como: tipos de personalidad, situaciones significativas de la vida, actitudes, experiencias infantiles, etc. (Nemina, op.cit.).

El primer defensor de esta aproximación, que se conoce como teoría de la especificidad, fué Franz Alexander, el cual escribe: "A cada estado emocional corresponde un síndrome específico de cambios fisiológicos. Del mismo modo que si tenemos tristeza lloramos y si nos sentimos alegres reímos, nuestros órganos responden también en forma específica a nuestras emociones (cit. pos., de la Fuente, op. cit., pág.286).

Alexander y sus colaboradores consideraban que la hipertensión, la tirotoxicosis, la colitis ulcerativa, la

neurodermatitis, el asma, la artritis reumatoide y la úlcera péptica; eran las enfermedades en las cuales, el papel de los conflictos inconcientes y las emociones relacionadas con ellos tenían un papel primordial en el desarrollo de de la enfermedad (Hill,1977; Lipowski,1977; Roberts-Field y Olsen,1980).

Los factores emocionales que acompañan a los síntomas consisten en experiencias idiosincráticas, las cuales generan vulnerabilidad a ciertos acontecimientos en la vida del adulto (Hill, op. cit.).

Así, con base en las experiencias infantiles, Alexander describe "esquemas dinámicos específicos" para cada afección psicósomática, con lo cual, intenta explicar como a partir de los conflictos infantiles (principalmente de dependencia y agresividad), la enfermedad aparece en la vida adulta (Schneider, op.cit.).

Alexander postula, sobre la base de sus estudios clínicos, que los órganos son específicamente estimulados por los distintos estados emocionales. Si la emoción no es expresada, trae aparejada el bloqueo de la respuesta nerviosa vegetativa, y la energía se mantiene en forma permanente. Esta estimulación continua, generada por el conflicto infantil no resuelto, desencadena una respuesta vegetativa crónica, la cual con el tiempo puede llegar a inducir cambios en los tejidos inervados con la consiguiente alteración en la función (de la Fuente, 1974; Leight, Morton y Reiser, 1977).

Por otro lado, hace notar la importancia que el sistema nervioso tiene en el mantenimiento de la homeostasis. Por un lado, el sistema nervioso simpático reacciona en las situaciones de alerta; por otro lado, el sistema parasimpático se activa predominantemente en los estados de reposo.

Con base en la distinción anterior, presupone dos estilos de vida: las personas activas, que se muestran independientes y combativas; y las personas pasivas, que experimentan una gran dependencia afectiva (Jeammet, et al. op. cit.).

Cuando existe dominancia parasimpática, la persona se retrae a sus problemas externos y se centra en la vida vegetativa. En tanto que bajo la dominancia simpática, la persona pondrá mayor atención a las situaciones del medio (de la Fuente, op. cit.). Esto se desprende de la dominancia del sistema parasimpático en condiciones de paz y tranquilidad, que implican almacenamiento de energía; y de la predominancia del sistema simpático ante situaciones de amenaza. Así, el primero participa en la digestión, en el almacenamiento de azúcar, en la contracción pupilar, etc.; y el segundo activa mecanismos adecuados para la fuga o el ataque.

No obstante, existe un tipo de "respuestas paradójicas" que pueden ser consideradas como "soluciones regresivas". Ante situaciones angustiantes o que requieren esfuerzo, el adulto buscará, como el niño, protección y ayuda en vez de enfrentar activamente sus problemas. De esta forma, habrá una "retirada emocional" acompañada de los correspondientes cambios hacia la actividad parasimpática (De la Fuente, op. cit.). Por otro lado, cuando la persona reprime o inhibe las respuestas de huida o ataque, los cambios viscerales generados por el sistema parasimpático, tenderán a permanecer en el organismo.

En ambos casos, si la emoción no es expresada en forma adecuada, se originará una tensión emocional crónica que incidirá en la inervación vegetativa. Como consecuencia de esto, se presentarán cambios morfológicos en los tejidos apareciendo la enfermedad (Wittkower, op. cit.).

Lo que Alexander planteaba como específico, no era la relación entre un proceso psicológico y una enfermedad, sino, entre una emoción y la función de un órgano. Aun cuando ciertas emociones sean reprimidas, no siempre se presentará una patología psicosomática. Por tanto, remarca que, tanto la presencia de las emociones, como la configuración específica en la que aparecen, son necesarias para el desarrollo de los síntomas.

De lo antes dicho, se desprende la existencia de tres variables que operan en la etiología psicosomática, ya sean inherentes o tempranamente adquiridas. Estas son: a) Un sistema vulnerable a las emociones, b) un patrón de respuesta inadecuado al conflicto-defensa, que se instala tempranamente en la vida y c) una situación vivencial precipitante (Roberts-Field y Olsen, 1980; Wittkower, 1974).

En contraste con Dumber, Alexander enfatiza la relevancia de conflictos psicodinámicos y las emociones acompañantes de estos, como aspectos de importancia en la enfermedad somática, más que postular perfiles de personalidad específicos como la primera.

Así, habrá una relación específica entre ciertas emociones y algunas respuestas fisiológicas. Por ejemplo "el deseo de recibir amor (conflicto de dependencia) y la úlcera péptica, o el temor a la separación maternal y el asma (Solomon y Patch, 1976, pág. 148)".

Por mucho tiempo, las ideas de Alexander fueron dominantes y jugaron un papel importante en el resurgimiento de los conceptos psicosomáticos. La suya, fue una aproximación imaginativa y evocó gran cantidad de estudios tendientes a emplear la psicoterapia como forma de resolver la patología psicosomática.

No obstante la aceptación que tuvo, su teoría nunca estuvo ausente de críticas, censurandosele la debilidad metodológica de sus estudios. La principal crítica que se le formuló fue el hecho de haber empleado los recuerdos y asociaciones hechas por sus pacientes durante el análisis, como principal fuente de datos para la obtención de sus conclusiones. Así mismo, la esperanza depositada en la psicoterapia como solución a los trastornos psicósomáticos, no fue todo lo fructífera que se esperaba, transformando la idea de que, todo paciente psicósomático requería terapia. (Leight y Reiser,1977; Lipowsky,1977; Roberts-Field y Olsen,1980).

Casi simultáneamente con Alexander, Flanders Dumbar debe ser considerada como uno de los responsables del resurgimiento de los conceptos psicósomáticos.

A más del desarrollo de sus perfiles de personalidad, su aportación más valiosa es la recopilación de la literatura dispersa en el periodo comprendido entre 1910 y 1945, compilada en la obra *Emotions and Bodily Changes* (cit. pos. de la Fuente, op. cit.; Wittkower, op.cit.).

Dumbar, al estudiar pacientes con padecimientos orgánicos, nota una marcada similitud en los perfiles de personalidad de aquellos que sufrían del mismo desorden orgánico. Con base en estas observaciones, llega a considerar que a cada afección psicósomática le corresponde un tipo de personalidad específico, adicionalmente plantea que estos perfiles eran de gran valor para el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de las enfermedades somáticas (Wittkower, op.cit.; Schneider, op. cit.).

De acuerdo a estos planteamientos, sus investigaciones se orientan a descubrir estos perfiles de personalidad, y

correlacionarlos con los padecimientos en los cuales se pensaba existía algún tipo de influencia psicológica. Así describe: "la personalidad ulcerosa", "el carácter hipertensivo", los "poliaccidentados", etc. (Freedman, et al., op. cit.; Schneider, op. cit.).

De esta manera, podríamos encontrar el "perfil característico" de un paciente afectado por una enfermedad coronaria:

Se trata de personas controladas, en un grado que deja poco margen para la expresión emocional. Son individuos austeros, autoritarios, hábiles argumentadores y organizan su vida de acuerdo con la obtención de metas a largo plazo. No es raro -agrega- que un ataque de una enfermedad coronaria sea precipitado por una pérdida en autoridad que el sujeto considera irreparable (cit. pos. de la Fuente, op. cit. pág.282) .

En general, las ideas de Dumber han ido cayendo en desuso, ya que posteriores estudios han fracasado al intentar corroborar sus hallazgos. De la misma forma, las correlaciones obtenidas eran apenas mayores a lo que podría esperarse si solamente entrara en juego el azar, a la vez que sus estudios fueron descriptivos, estáticos y carentes de relaciones causales.

A pesar de las severas críticas que se formularon en contra de los perfiles de personalidad, estos han permitido detectar algunos rasgos de carácter común, que conjuntamente con otros factores, han permitido alcanzar una mayor comprensión de la patología psicósomática.

Retomando los conceptos psicoanalíticos, se ha intentado identificar un conjunto de rasgos comunes que

conformen una estructura psicossomática. En esta línea, un grupo de psicoanalistas conocido como "Escuela psicossomática de París" ha pretendido crear una *teoría de la economía psicossomática*. Estos investigadores pretenden abordar "*una tentativa global del hombre, sano o enfermo...*". Así, se puede ver *la enfermedad como el resultado de la conjunción de una carencia en la organización del individuo, de una agresión desorganizadora externa o interna y de un poder más o menos grande de reorganización* (Jeammet, op. cit., pág.173. cursivas en el original).

Dentro de la escuela de París, Marty y sus colaboradores tienen un lugar destacado en el enfoque y aportaciones a la medicina psicossomática.

El desarrollo de la teoría parte de la observación clínica de los autores de aquellos pacientes que mostraban un padecimiento considerado como psicossomático. Estos sujetos, durante las sesiones clínicas se avocaban a describir sus síntomas, y eventualmente a proporcionar datos de tipo personal, los cuales carecían de todo significado afectivo. Todo el material referido, era emitido en un orden racional, eliminando todo aquello que entorpeciera la secuencia lógica, sin ningún tipo de asociación afectiva que desviara el sentido del relato.

Este tipo de relación, carente de todo tipo de contenido afectivo, ha sido denominado por sus autores como "relación blanca", ya que los sujetos parecen tener una historia personal carente de dificultades, a no ser las de tipo material. En el fondo, éstos pacientes parecen estar desprovistos de todo conflicto psíquico, ya sea consciente o inconsciente (Jeammet, et al., op. cit.; Schneider, op. cit.).

A partir de estas observaciones, Marty y colaboradores

replantean la misma reflexión que muchos otros investigadores, es decir, que las emociones por sí mismas no son suficientes para explicar los síntomas psicossomáticos. Entonces, se preguntan "Cómo el hombre 'normal', idealmente 'equilibrado', resolvía sus conflictos intrapsíquicos o sus dificultades con el mundo exterior (Schneider, op. cit. pág. 239)". A esta cuestión plantean que, más importante que las emociones (las cuales virtualmente traen aparejados trastornos somáticos) "es la actividad psíquica que elabora el conflicto, lo liquida, incluso si no puede existir una salida en la realidad (ibid.)".

Esta actividad psíquica abarca a aquellos procesos que intervienen en la resolución de los conflictos, procesos en los cuales afectos y pensamiento se encuentran estrechamente vinculados. Este pensamiento no solo incluye el aspecto intelectual, conciente y racional; sino que también abarca a la fantasía, a través de la cual las personas satisfacen sus deseos reprimidos, pero sin la amenaza que implicaría llevarlos a efecto en la realidad.

De acuerdo con Schneider (op. cit.), a esta serie de procesos comúnmente se le ha llamado "mentalización", y en el hombre bien equilibrado se manifiesta por un pensamiento que es capaz de traspasar lo real para mezclarse con lo ficticio, generando sueños controlados.

Según el autor anterior, para Marty y sus escuela, el enfermo psicossomático presenta alteraciones en la mentalización. Su vida fantástica parece no existir, ser muy pobre o estar atrofiada. El pensamiento, aparentemente está vinculado exclusivamente a la realidad concreta, siendo incapaz el sujeto de desprenderse de ella para recurrir a la fantasía y la imaginación. Además de esto, parecen mostrar una gran preocupación por los más mínimos detalles de su entorno.

Las características anteriores llevaron a Marty y sus colaboradores a darles esta forma de pensamiento el nombre de *la pensée opératoire* (pensamiento operatorio) (Nemiah, op. cit.; Pierloot, 1979).

El pensamiento operatorio a menudo genera, en las personas que lo presentan, dificultades para imaginar las diferencias que existen entre el "yo" y los otros. Esto, hace concebir a la humanidad como ajustada a un mismo modelo, y convierte a la persona "particularmente *sensible hacia los estereotipos culturales* y hacia las convenciones colectivas (Jeamet et al., 1982, p.191. Cursiva en el original)".

De acuerdo con las características descritas por la escuela de París, respecto de los pacientes psicósomáticos, se desprende "un modo de organización mental que favorece su adaptación social y productividad, pero los vuelve más que a otros sensibles a los traumatismos (pérdidas objetales o heridas narcisistas) (Jeamet et al., op. cit., p.191)".

En términos de la economía psíquica, podemos decir que estos pacientes no emplean los mecanismos de defensa propios de la neurosis para protegerse de las amenazas, o el "paso a la acción" para la satisfacción de sus impulsos; sino que, organizan su energía en forma diferente y la depositan en su cuerpo: "el 'traumatismo psíquico' podría por consiguiente, someterlos a una *desorganización* profunda implicando modificaciones de tipo somático y poniendo en juego mecanismos de defensa arcaicos, de tipo biológico (Jeamet et al., op. cit., p.192)". A la vez, hay falta de involucramiento afectivo con los objetos.

De acuerdo con Schneider (op. cit.), esta visión: "merecería seguir siendo sostenida por medio de muchos estudios

clínicos. En particular, sería útil saber si realmente existe una atrofia o una hipotrofia del mundo fantasmático en el enfermo psicossomático o si se trata tan sólo de un mecanismo de defensa del yo (pág. 240)". Así mismo, opina que el mayor mérito de esta postura, es haber hecho evidente el problema que presentan estos pacientes en cuanto "a las funciones autónomas de su yo".

El concepto del "Yo" planteado, o mejor dicho del "self", es diferente del "Yo" descrito por Freud (ego). El self (para diferenciarlo del ego) desde este punto de vista, compone la estructura psicológica que se encarga de controlar la percepción y la movilidad del sujeto en relación con el medio (Gaddini, 1976).

El self viene a ser el resultado de la totalidad de experiencias corporales de los primeros meses de vida, las cuales, gradualmente se elaboran en un proceso de mentalización.

De acuerdo con Winnicott (1971, cit. pos. Gaddini, 1976) el self es uno mismo, es la totalidad de la persona que se ha desarrollado a través de los procesos de crecimiento y maduración. Esta totalidad es creada con la ayuda del ambiente el cual apoya y dirige estos procesos. El self es la suma de experiencias establecidas mediante la relación del sujeto y la asimilación de su representación mental, lo cual progresivamente se organiza para dar paso a la realidad interna, la que ha sido construída de la percepción de la realidad externa.

Las funciones del self, vienen a ser de algún modo expresadas a través del lenguaje corporal. Siempre que nos referimos al self, indirectamente estamos haciendo referencia

a una actividad mental, la cual se manifiesta al exterior por medio del cuerpo. Por tanto, el control de las funciones corporales, invariablemente se verá como una función del self (Gaddini, 1976).

El proceso de crecimiento implica que el niño debe de ir diferenciando su persona del resto del mundo, para percibirse como una persona diferente al resto de los hombres. Cuando el proceso mediante el cual el niño se diferencia es detenido, permanece encerrado en sí mismo, lo cual origina que, ante situaciones de stress, pueda desarrollar síntomas somáticos depositados en su propio cuerpo (Gaddini, op. cit.) Así mismo, siendo el self una parte del proceso de pensamiento, el sujeto desarrollará una forma de pensamiento egocéntrica, lo cual le impedirá establecer una clara diferencia entre "él" y los otros.

Jeamet et al. (op. cit. págs.190-191) establecen que estos pacientes dirán y manifestarán lo siguiente:

Sus costumbres alimentarias, la organización de sus momentos de ocio, sus actitudes frente a ciertos sucesos y eventualmente sus conflictos cuando reconoce tenerlos, dirá que son "los de todo el mundo", de ahí la apariencia de una sumisión hacia un *ideal del yo colectivo*, en detrimento de un Superego personalizado y la *frecuencia de los sentimientos de vergüenza o de humillación*, en relación con los sentimientos de culpabilidad, en una situación de fracaso (cursiva en el original).

Los pacientes psicósomáticos, desde esta perspectiva, mostrarán, además de los problemas de desarrollo del self, dificultad para la elaboración de sus conflictos a través

del pensamiento y la fantasía, esto los lleva a presentar pocos sueños diurnos, y su vida onírica se limitará a reproducir los sucesos de la vida diaria "sin el trabajo de desplazamiento, condensación o simbolización, propios de la figuración onírica (Jeamet, et al., op. cit.)".

Poco tiempo después de haber sido descrito por Marty y de M'Uzan el pensamiento operatorio, Sifneos (cit. pos. Nemiah, op. cit.) describe una marcada dificultad de los pacientes psicósomáticos para describir sus sentimientos. A esta incapacidad le dió el nombre de *Alexithymia (no words for feelings)*.

El termino alexithymia aparece en 1972 y se compone de raíces griegas: *a*=carencia, *lexis*=palabras y *thymos*=emociones (Sifneos, Apfel-Savitz y Frankel, 1977; Spyros,1977).

La alexithymia, por definición la pérdida de habilidad para expresar emociones, genera en el sujeto problemas de relación con su medio. Sus relatos son reducidos y carentes de interés, y con frecuencia se interpretan como desinterés por el medio, pudiendo provocar el rechazo y consiguiente aislamiento del sujeto (Sifneos et al., 1977). Las personas, en un esfuerzo por describir su vida interior, pueden recurrir al pensamiento operatorio como forma de relación con el medio.

De sus observaciones clínicas, Nemiah (op. cit.) reporta haber elaborado, en compañía de Sifneos, una definición más completa del "síndrome de alexithymia", el cual se caracteriza por presentar simultáneamente disturbios afectivos y cognitivos.

Desde el punto de vista afectivo, las personas no pueden describir sus sentimientos, a la vez que son incapaces de diferenciar un afecto de otro. Cognitivamente, manifiestan no solo el pensamiento operatorio sino que, parece existir una ausencia de la fantasía normal.

En resumen, existe una marcada pobreza, aridez y superficialidad en la expresión de su vida emocional y experiencias personales.

Aunque la etiología y los mecanismos que subyacen al síndrome son poco claros, Nemiah y Sifneos (1970, cit. pos. Buchanan, Watherhouse y West Jr., 1980) originalmente ofrecieron tres modelos conceptuales como posible explicación.

En primer término, desde la perspectiva psicodinámica, la alexithymia se postula como un mecanismo de defensa del tipo de la represión, el cual tendría como función evitar las emociones y fantasías que potencialmente pudieran ser dolorosas al ser expresadas. Una segunda explicación se plantea desde el punto de vista del desarrollo; bajo éste enfoque, el desorden se podría ver como una falla en el aprendizaje temprano al establecerse la conexión entre las palabras y las emociones, lo cual conduciría a una subsecuente dificultad para verbalizar emociones y fantasías. En una tercera explicación, proveniente de la neurofisiología, postulan que la presencia del síndrome puede reflejar una inadecuada conexión entre el sistema límbico (procesador de las emociones) y el neocortex (procesador del lenguaje y la asociación).

La posibilidad de una disfunción orgánica como causa de alexithymia ha generado un gran interés ya que, es una hipótesis que ha podido ser probada en diferentes experimentos.

Dichos experimentos tienen como base y arrancan desde que Papez (1937, cit. pos. Buchanan et al., 1980) introduce su modelo del sustrato anatómico en las emociones. Dicho modelo contempla la función que desempeña el sistema límbico en el procesamiento de las emociones, sin embargo, su participación en relación a la expresión verbal de la emoción no es muy precisa.

El proponer que la alexithymia es una disfunción de la corteza y el sistema límbico, o una desconexión entre uno y otro hemisferio; no excluye los anteriores postulados teóricos sugeridos por Nemiha y Sifneos. De acuerdo con Buchanan et al. (op. cit.) el síntoma tiene un sustrato orgánico, pero se manifiesta solamente si existe en el medio ambiente una situación que propicie la inhibición de la expresión emocional. Esto implica que la alexithymia no es solamente un síntoma orgánico, sino una compleja interacción de un organismo predispuesto y un ambiente favorecedor.

Sifneos et al. (1977) al intentar explicar la participación de la alexithymia en los padecimientos psicossomáticos expresan lo siguiente: Una persona que es portadora del síndrome de alexithymia, al ser sometida a situaciones potencialmente peligrosas, en especial a las relaciones interpersonales, puede encontrarse ante una situación frustrante al carecer de los medios de expresión adecuados para relacionarse con las personas. Esta situación le genera un sentimiento de frustración y desamparo, pretendiendo lidiar con el problema mediante el empleo del pensamiento operatorio. Esta respuesta, que es inadecuada, propicia un estado de stress que moviliza al sistema endocrino y nervioso autónomo. Si la tensión persiste, y el organismo presenta algún defecto en un órgano periférico, una lesión específica puede desarrollarse y en consecuencia aparece el síntoma somático.

Si la hiperactividad de estos sistemas persiste en ausencia de un defecto o lesión orgánica, únicamente existirá un reconocimiento del disturbio interno y de la tensión generada.

Algunos otros autores, se han alejado de la noción de conflictos inconcientes específicos como precursores de los padecimientos psicósomáticos, e intentan elaborar una teoría integradora.

Roy R. Grinker y sus colaboradores son los principales promotores de esta nueva aproximación, mediante la cual, pretenden crear una teoría que estudie las enfermedades de una manera multidimensional.

Grinker (cit. pos. de la Fuente, op. cit.) consideraba que en repetidas ocasiones se pierde de vista la formación del organismo como un todo, integrado por una gran cantidad de sistemas interdependientes. De tal forma que, la actividad en un sistema es comunicada a otros. De la misma forma, podemos observar como el organismo se encuentra en constante intercambio con el medio ambiente.

Lo anterior, lleva a Grinker a considerar que, es infructuoso pretender establecer una correlación específica entre ciertos conflictos y la disfunción de un órgano. Así mismo, le llama la atención el hecho de que, todos los estudios psicósomáticos ponen de manifiesto los mismos factores, por ejemplo, dependencia-frustración-hostilidad, son hallazgos casi constantes en todos los padecimientos (de la Fuente, op. cit.).

Así, Grinker y Margolin (cit. pos. Schneider, op. cit.) postulan que, el origen de los trastornos psicósomáticos debe buscarse en la primera infancia, en la fase de relativa

indiferenciación psicofísica del lactante, en la época en que emociones y órganos no se encuentran aún separados perceptualmente.

Según su hipótesis, los esquemas patológicos se constituyen durante ese periodo, en el cual, el sujeto es muy maleable; pudiendo manifestarse en la edad adulta si las condiciones ambientales lo favorecen. Luego entonces, el futuro paciente reaccionará a la agresión, física o psicológica, de acuerdo a esos esquemas primitivamente formados (*patterns*) (Schneider, op. cit.).

Un recién nacido, reacciona en forma total e indiscriminada, así como estereotipada a una gran cantidad de estímulos ambientales. Lloro, regurgita, se enrojece, ejecuta una gran cantidad de movimientos etc., y todo esto tiene un patrón fijo. Es a partir de estos patrones, piensa Ginker, como se desarrollan las pautas específicas en el adulto, lo cual provocará que ante situaciones de amenaza, pueda regresar a pautas de conducta infantiles (de la Fuente, op. cit.).

Más adelante, mediante los procesos de maduración y crecimiento, los patrones infantiles indiferenciados de hipermotilidad e hipersecreción, van siendo sustituidos por métodos neuronales de control mucho más especializados, no obstante, los mecanismos primitivos de control no se extinguen por completo, pudiendo reaparecer en un momento dado (Wittkower, op. cit.).

Durante el proceso de maduración, sería factible distinguir tres fases de control en el organismo: Una inicial en la cual las reacciones son involuntarias; una segunda que combinaría voluntario con involuntario y una última de control voluntario. De acuerdo con el desarrollo psicogenético

psicoanalítico, estas fases corresponderían a los estadios libidinales de oralidad, analidad y genitalidad respectivamente (Witkower, op. cit.).

Cuando un organismo es sometido a un estímulo que va más allá de su capacidad de control, puede ocurrir una "regresión" a un estado de desarrollo más temprano. No obstante, no todo el organismo sufrirá una regresión, sino solamente una parte del él. Por ejemplo, no es raro observar que las personas, ante situaciones de gran pánico, lloran, tienen movimientos desordenados y adoptan posturas infantiles (Witkower, op. cit.; Roberts-Field y Olsen, op. cit.).

Con base en este modelo, la enfermedad psicósomática debe de ser vista como una respuesta regresiva del adulto ante una estimulación constante que sobrepasa a los mecanismos de defensa del sujeto.

Según Grinker (cit. pos. de la Fuente, op. cit), cualquier hipótesis de los trastornos psicofisiológicos deberá enfocarse a los procesos del desarrollo que median entre: la pauta total e indiferenciada del neonato, y los procesos maduros e integrados en un sistema personal e individual, que debería manifestar el adulto. Siendo en este lapso donde probablemente actuarán los factores que en el futuro determinarán los órganos susceptibles de enfermar.

Considerando que, el desarrollo fisiológico y psicológico se dan simultáneamente, se podría hipotetizar que la actividad visceral así como la personalidad se encuentran sujetas a un aprendizaje que dependerá de las condiciones medioambientales, así como de factores constitucionales heredados.

De esta forma, a los factores constitucionales se le agregarán otros aprendidos que actúan desde la gestación, y cuya combinación contribuye, según Grinker, a la creación de puntos vulnerables que se formarían durante la fase en que el cerebro no ha completado su mielinización. Estos puntos vulnerables o *patterns*, serán los responsables de la futura exhibición de conductas regresivas, quedando incluidas dentro de los trastornos psicósomáticos.

La influencia del Psicoanálisis sobre las teorías psicósomáticas ha disminuido a partir de los años 50's, debido a la dificultad para validar la noción de conflicto intrapsíquico en la génesis de los desórdenes somáticos.

Aun así, estas teorías pueden ser empleadas como un auxiliar valioso para el diagnóstico y pronóstico de los padecimientos psicósomáticos. Conceptos como: conversión, somatización, regresión psicológica, afectos reprimidos, psicogénesis, etc.; permanecen vigentes y son un intento de explicar el origen de algunos padecimientos orgánicos en los cuales no se puede demostrar una patología.

Los métodos de observación y conceptos derivados del psicoanálisis, han contribuido a esclarecer el significado de la expresión simbólica a través del cuerpo, así como de los motivos inconscientes que la generan. Existe una gran diversidad de factores que influyen sobre la respuesta psicofisiológica de una persona, y en conjunto, determinan el momento y la forma en que estas respuestas se manifestarán como enfermedad y el curso que seguirán.

En este contexto, el conflicto intrapsíquico es solo una variable que se relaciona con otras y que en su conjunto nos dan un conocimiento más amplio del fenómeno psicósomático.

1.13. Teorías fisiológicas.

Una segunda dirección en la investigación y teorías psicósomáticas es la corriente llamada psicofisiológica. Esta, se ha caracterizado por la aplicación de investigaciones empíricas y cuidadosos diseños experimentales a fin de obtener y aislar variables cuantificables. En contraste con la tendencia psicoanalítica, esta nueva orientación presenta una relativa ausencia de conceptos psicoanalíticos y se focaliza en la respuesta fisiológica a los estímulos ambientales. Principalmente en aquellos factores que median entre: los estímulos simbólicos y su procesamiento consciente; y los cambios periféricos que éstos estímulos son capaces de elucidar (Lipowski, op. cit.).

En sus primeros momentos, los estudios fisiológicos se centran en los efectos no específicos de los estados de excitación prolongada. Los trabajos de Cannon (cit. pos. Kolb, 1982) desarrollados entre 1920 y 1930, en relación a la reacción de pelea-huída, dan un ejemplo de esto.

Por otro lado, el mismo Cannon (cit. pos. Kolb, 1982) demostró que las emociones en los animales son capaces de producir cambios en las secreciones glandulares, la tensión muscular y la circulación. Pavlov (cit. pos. Kolb, 1982) avanza un poco más y demuestra que las reacciones emocionales y el consiguiente cambio en la función del organismo, podían ser aprendidas. Con base en estos antecedentes, Harold Wolff y Stewart Wolf (cit. pos. Leight y Reiser, 1977; Kolb, 1982), contemporáneos de Alexander, demuestran a través de diversos experimentos la influencia de factores emocionales sobre la función del organismo.

Wolff y sus colaboradores, conocidos como "el grupo de Cornell", desarrollan mayormente la corriente fisiológica, y aportan gran cantidad de correlaciones fisiológicas caracterizadas por la objetividad y rigor con que fueron realizadas. Para ello, empearon estudios psicofisiológicos y métodos epidemiológicos para detectar el papel que desempeñan los factores sociales y fisiológicos en la enfermedad (de la Fuente, 1974; Freedman et al., 1983; Lipowski, 1977).

Según Wolff (cit. pos. Wittkower, 1975; Leigh y Reiser, 1977; Kolb, 1982), el desorden psicossomático puede ser visto como una respuesta adaptativa ante una amenaza, real o simbólica, que rompe el equilibrio psico-fisiológico y genera un estado de tensión. Bajo éste principio, investiga el funcionamiento de diversos órganos en situaciones difíciles que la persona experimenta en su vida diaria.

Un ser humano al sentirse amenazado, experimenta un estado de tensión el cual apremia ser eliminado, para lo cual, el organismo se vale de recursos generales o locales. Estos recursos son eficientes ante situaciones de emergencia, pero si se emplean en forma prolongada, aun en ausencia de peligro, pueden llegar a dañar alguna estructura, y de esta forma, aparecer la enfermedad (de la Fuente, 1974; Freedman et al., 1983).

Wolff (cit. pos de la Fuente, 1974) observa que en los individuos existen preferencias individuales para utilizar pautas defensivas exclusivas o dominantes, postulando la noción de "reactores", ya nasales, gástricos, vasculares, etc. Dichas preferencias, las explica como un "condicionamiento", que ocurriría tempranamente en la vida, al asociarse un estado emocional con el funcionamiento de algún órgano. De la Fuente (op. cit. pág. 284) nos dá un ejemplo:

Por ejemplo, cuando el niño tiene hambre, su estómago presenta los cambios característicos del hiperfuncionamiento. Si a pesar de su llanto, su hambre no es satisfecha, la frustración resultante y los cambios gástricos correspondientes al hambre, al ocurrir simultáneamente, determinan el establecimiento de un reflejo condicionado. Cuando en épocas posteriores ese sujeto se siente frustrado en la obtención de algo que anhela, se desencadena la reacción de hiperfuncionamiento gástrico. Del mismo modo, puede decirse que las experiencias expulsivas del contenido gástrico o intestinal son muy frecuentes en el niño, quien las sufre en relación con trastornos digestivos, infecciones, etc. Si esta defensa local coincide en repetidas ocasiones con la experiencia de verse rodeado de un ambiente hostil, puede ocurrir en épocas posteriores que ese sujeto use preferentemente la pauta expulsiva gástrica o intestinal.

A través de sus investigaciones, Wolff (cit. pos. de la Fuente) y sus colaboradores han llegado a la conclusión de que la respuesta visceral ante situaciones de amenaza es, en general estereotipada. No obstante, puede suceder que una pauta defensiva sea puesta en juego ante ciertas situaciones, en tanto que en otras, puede no solo no provocarla sino inhibirla. Al parecer, la propensión a usar ciertas pautas defensivas está profundamente arraigada en el sujeto por sus experiencias familiares y culturales.

De la misma forma, hace hincapié en un fenómeno que denomina suma de efectos. Este consiste en la necesidad de un factor desencadenante de la enfermedad y de la condición

orgánica propicia "y que ilustra con el caso de individuos sensibles al polen, en quienes la exposición a él con frecuencia no es suficiente para desencadenar un ataque de rinitis vasomotora. En cambio, la crisis se presenta cuando la mucosa nasal está en el estado de hiperfuncionamiento que es la respuesta del individuo a una condición de apremio (de la Fuente, 1974 , p.285)".

Intimamente relacionado con los procesos fisiológicos y los postulados de Wolff, se encuentra el concepto de *stress*⁽¹⁾.

En general, la palabra *stress* se aplica a cualquier condición amenazante, aversiva o novedosa, la cual obliga al organismo a adaptarse a la situación movilizand o mecanismos de tipo psicológico y fisiológico (Sarason, op.cit.). El *stress* también implica a aquellos estímulos ante los cuales la persona se siente incapaz de enfrentarse, y que generan estados de ansiedad y reacciones nerviosas excesivas o prolongadas (Freedman et al., op.cit.).

Hacia 1936 Selye (cit. pos. Rabkin y Struening, 1976; Roberts-Field y Olsen, 1980; Sarason, 1983) describe la reacción al *stress* como un *general adaptation syndrome* (síndrome general de adaptación). Este, es una serie de respuestas inespecíficas a los agentes ambientales nocivos, lo cual refleja el sistema general de defensa del individuo. El agresor puede ser físico o psicológico, y genera modificaciones neuroendócrinas que ponen en juego al hipotálamo y a las glándulas hipófisis y suprarrenales.

(1) Comúnmente se emplea la forma gramatical *stress*, que si bien es la forma inglesa de la palabra, es más común que la forma española *estres*. Por tanto, en lo sucesivo se empleara preferentemente la palabra *stress*.

Las glándulas suprarrenales (una en cada riñón) se componen propiamente de dos: la corteza suprarrenal y la médula suprarrenal, cuyas funciones son distintas.

La médula suprarrenal al ser estimulada, por la acción del sistema nervioso simpático, libera grandes cantidades de epinefrina y norepinefrina, hormonas que proveen un mecanismo eficiente para dotar al cuerpo de la energía necesaria para responder a situaciones de emergencia. Igualmente, se desencadenan cambios gastrointestinales y cardiovasculares, que son los más aparentes, aun cuando existen modificaciones en otros órganos.

La epinefrina (adrenalina) produce vasoconstricción periférica y aumenta la fuerza y gasto cardíaco. Por su parte, la norepinefrina (noradrenalina) aumenta el consumo de oxígeno y la frecuencia y gasto cardíaco.

Por otro lado, la corteza suprarrenal elabora una gran cantidad de hormonas (esteroides) indispensables para mantener la homeostasis del organismo. La secreción de estas hormonas está controlada directamente por la hipófisis anterior o adenohipófisis la cual a su vez es controlada por la acción del hipotálamo, sitio donde se integra información proveniente de diversas áreas del sistema nervioso (Malacara, García-Viveros y Valverde, 1977; Thompson, 1981).

Seyle estudió ampliamente las respuestas que se generan ante el stress crónico y describe tres fases por las que se atraviesa ante una situación de stress, las cuales conforman el síndrome general de adaptación. Estas fases representan el esfuerzo del organismo para restablecer el equilibrio perdido (Haynal y Pacini, op. cit.; Thompson, 1981; Roberts-Field y Olsen, 1980).

La primera fase, es una "reacción de alarma" aguda y comprende los cambios corporales que ocurren como respuesta a la secreción de las glándulas, desencadenada por el stress. Una segunda fase es la "reacción de adaptación". En este momento, el organismo se recobra de la alarma e intenta enfrentar la situación. Fisiológicamente parece haber reducción en la secreción de hormonas y el organismo aparentemente se adapta a la tensión. Sin embargo, esta fase parece consumir los recursos disponibles y, si la agresión es muy fuerte en relación a los recursos del sujeto, el organismo llega a una tercera fase de "agotamiento", en el curso de la cual ceden los mecanismos de adaptación. El stress psicológico rara vez produce agotamiento, no así el físico, el cual puede producir la muerte del organismo (Haynal y Pacini, op.cit.; Roberts-Field y Olsen, op.cit.; Thompson, 1981).

Cuando un agente estresante (interno o externo) amenaza la homeostasis del organismo, reacciona con el ya descrito síndrome de adaptación. Este estado de alerta puede llevar al uso de estrategias correctas para restablecer el equilibrio. Sin embargo, cuando los mecanismos fallan, conducen al surgimiento de las enfermedades (Bastiaans,1977).

Las respuestas de adaptación al stress pueden ser perpetuadas aun después de que la tensión original ha cesado, provocando con ésto respuestas psicofisiológicas inadecuadas. Desde esta perspectiva, el síntoma orgánico no es la expresión simbólica de un conflicto inconciente, sino una inadecuada forma de adaptación al medio. La reacción al stress "...no solo incluye los provocados por el ataque de otros organismos o agentes físicos, sino tambien los que resultan de la capacidad que tiene el hombre para interpretar ciertos simbolismos como indice de peligro (Kolb, 1982, pág.549)".

Aun cuando Selye (1956, cit.pos. Roberts-Field y Olsen,1980) inició una teoría generalista, recientemente (1974, ibid) ha postulado que el síndrome general de adaptación solo se desencadena ante cierta clase de stress. Así mismo, establece que la reacción dependerá de mediadores psicológicos más que de la simple exposición a los agentes estresantes. Así, el órgano seleccionado como sitio del desorden es generalmente el eslabón más débil en una cadena de reacciones fisiológicas.

Halliday y Mead (cit.pos. Wittkower,1974) han estudiado el efecto de los factores socioculturales que generan stress, en relación a la frecuencia y naturaleza de los desórdenes psicossomáticos. Holliday resalta que el stress económico y un sistema de valores alterado, han provocado cambios en los vínculos familiares, principalmente en las modernas sociedades tecnológicas. La consecuencia de esto, ha sido la disrupción familiar con el consiguiente aumento de stress y de trastornos somáticos.

La noción de stress social inducido como precipitante de las enfermedades ha ganado aceptación, y es empleada para explicar no solo los trastornos psicossomáticos, sino prácticamente para cualquier enfermedad (Rabkin y Struening, 1976; Singer, 1977). Como Dodge y Martin (cit. pos. ibid.) han expresado, la enfermedad crónica en nuestro tiempo está ligada al excesivo stress, producto de la organización de las modernas sociedades tecnológicas.

De acuerdo con la concepción de Bastiaans (1977), el hombre es un "animal social" inmerso en una cultura. Dentro de este medio, debe mantener el equilibrio, tanto interno como social, a través de sus relaciones con sus semejantes, en especial con las figuras que le son más significativas.

En cada sociedad, existe una serie de agentes estresantes que rompen el equilibrio del sujeto, agentes que requieren de una valoración y una respuesta en forma de conductas adaptativas. El éxito al enfrentar el stress, conduce a la satisfacción y la salud; el fracaso, conduce a la frustración y la enfermedad. De acuerdo con los postulados de Bastiaans (op. cit.), el mejor indicador del éxito al lidiar con el stress es el sentimiento de seguridad, el cual considera ha sido descuidado en medicina psicosomática.

La interacción y disrupción familiar, las condiciones laborales, la urbanización, la pobreza, cambios en los sistemas de valores, cambios en el estilo de vida, movilidad social; son algunas de las múltiples variables que pueden considerarse como stress de tipo social.

De acuerdo con Holmes y Rahe (cit. pos. Rabkin y Struening, 1976) un estresor social es cualquier circunstancia por cuya presencia el individuo requiere cambios en su forma de vida. La sola exposición del sujeto al estresor, no provoca enfermedad, pero puede sumarse a la predisposición del individuo (física y/o psicológica) y en un momento dado de su vida servir de factor desencadenante del padecimiento.

Holmes y Rahe (cit. pos. Freedman et. al., 1983; Lipowski, 1977; Roberts-Field y Olsen, 1980) han estudiado la relación existente entre: cambios recientes en la vida y la aparición de la enfermedad. De sus estudios se desprende una cierta correlación entre la intensidad de los cambios y la duración e intensidad de la enfermedad; sugiriendo con ello que el ajuste de los sujetos es un factor determinante en la intensidad y duración de los padecimientos. El inicio de la enfermedad ocurriría cuando la persona experimenta un cambio adverso en su vida que le exige gran esfuerzo para adaptarse.

Askevold (1982) menciona que la movilidad social obliga a los sujetos a adaptarse a nuevas normas y valores, con las consiguientes modificaciones en la forma de vida. Estos valores, funcionan como una *straitjaket of emotions* (camisa de fuerza de las emociones), y por consiguiente como un agente estresante que juega un papel importante en el proceso de la enfermedad. De sus estudios, concluye que el origen del stress parece estar arraigado en conflictos psicológicos cuya procedencia se remonta a las fases tempranas de desarrollo.

En general, los estudios de factores ambientales intentan asociar la enfermedad al incremento de eventos ambientales que requieren adaptación. La importancia de los eventos parece ser aditiva: mayor cantidad de eventos provoca un efecto mayor (Rabkin y Struening, op. cit.).

Más recientemente, Lipowski (op. cit.) ha ampliado el concepto de stress social agregando el factor psicológico a los cambios ambientales. A este respecto, propone el concepto de stress psicosocial, y lo define como una estimulación interna o externa que es percibida, tiene un significado para la persona, activa las emociones y provoca cambios fisiológicos; todo ello es capaz de influir en la salud y la enfermedad. Según su concepción, la distinción entre el stress psicosocial y otras formas de stress, es el significado simbólico del primero. De esta forma, el efecto sobre la persona y su relación con la enfermedad, estará dado por la capacidad para interpretar y enfrentar situaciones nuevas, así como por el soporte social con que cuente.

Caplan (1974, cit. pos. Rabkin y Struening, op.cit.) ha definido el soporte social como aquellos lazos interpersonales que en un momento dado pueden funcionar como retroalimentación y proveer ayuda emocional en tiempos de

necesidad (familia, amistades, comunidad, grupos políticos, clubs, etc.). Un fuerte soporte social podrá aminorar los efectos de los estresores y preservar la salud.

Un concepto que Lipowski (op.cit.) establece como clave para explicar el estrés psicosocial es la noción de información. Cualquier situación social, es fuente de información para la persona. La información al ser evaluada, conciente o inconcientemente, es dotada de un significado capaz de evocar cambios fisiológicos concomitantes al significado emocional de que es dotada la información. Este significado, es subjetivo y está determinado por aspectos socioculturales y personales, de lo cual depende que sea o no estresante. De hecho, la historia personal es el elemento que a la larga determina el significado de la información y en que situaciones tendrá o no efecto sobre el sujeto.

La emoción en este contexto, es vista como una variable que media entre el significado de la información y los cambios psicofisiológicos emanados del significado de la segunda. Estos cambios, como ya se vió, pueden surgir de la activación del hipotálamo y el sistema límbico, con las consiguientes modificaciones corporales. Sin embargo, la sola activación neuronal no es suficiente para despertar la conducta emocional sino que, se requiere de la evaluación que el sujeto haga de la información para poder ser dotada de significado y tono afectivo.

En condiciones normales, la seguridad es el resultado de una adecuada comunicación con el medio . Pero, con frecuencia la comunicación se encuentra distorsionada, alterando el funcionamiento del organismo y amplificando las señales corporales. Por tanto, la enfermedad psicosomática puede ser entendida en términos de estrategias inadecuadas de

enfrentamiento con el stress, que impiden alcanzar el estado de seguridad y satisfacción logrado mediante una óptima comunicación (Bastiaans,1977; Pierloot,1979; Singer,1979).

Los postulados y métodos de la teoría del aprendizaje también han tenido cabida en la medicina psicosomática. Si bien es cierto que el aprendizaje tiene un sitio aparte en la psicología, en esta exposición se engloba dentro de las teorías fisiológicas por el énfasis puesto en el hecho de que el sistema nervioso autónomo es capaz de responder al refuerzo y al castigo, con las consiguientes modificaciones en la respuesta fisiológica del organismo.

Los estudios de aprendizaje, han tenido auge a partir de los trabajos desarrollados por Miller (cit. pos. Ardila,1973, Leigh y Reiser,1977; Lipowski,1977; Pierloot,1979; Roberts-Field y Olsen, 1980).

Miller (cit. pos. Ardila, 1973) establece que no hay diferencias de fondo en la respuesta del organismo al condicionamiento clásico y operante o instrumental. Hasta ese momento, se pensaba que las respuestas consideradas como autónomas no podían ser modificadas mediante condicionamiento operante. Miller (cit. pos. Ardila,1973; Pierloot,1979; Roberts-Field y Olsen,1980) en cambio, demuestra que es factible condicionar operantemente respuestas fisiológicas reguladas por mecanismos autónomos y neuroendócrinos. Así, a través del condicionamiento es factible modificar el funcionamiento del organismo.

Condicionamiento clásico y operante, son una primera gran división del aprendizaje. El condicionamiento clásico, se caracteriza por establecer una relación entre dos estímulos

uno llamado incondicionado y otro condicionado.

El estímulo incondicionado, es cualquier estímulo que sea capaz de producir en el organismo una respuesta regular por un periodo suficientemente largo. El estímulo condicionado, es un estímulo que originalmente no provoca ninguna respuesta en el organismo, pero que mediante la repetida asociación con el estímulo incondicionado, logra evocar la misma respuesta, aun en ausencia de éste último. El estímulo incondicionado, se presenta invariablemente después de un intervalo fijo a partir de la presentación del estímulo condicionado. Independiente de la respuesta que de el organismo (Ardila, 1973).

En el caso del condicionamiento operante, la respuesta del organismo sólo es reforzada ante ciertas conductas muy específicas. De esta forma, se establece una relación entre estímulo y respuesta, en la cual, la respuesta correcta o esperada es reforzada, produciéndose el fortalecimiento de esa conducta.

En ambos casos, se habla de aprendizaje, ya que los dos procedimientos modifican una conducta, En el caso del condicionamiento clásico, se pensaba que la respuesta modificada estaba controlada por el sistema nervioso autónomo y por tanto sería involuntaria. Por su parte, las respuestas operantes estarían controladas por el sistema nervioso central y esto las convertía en voluntarias.

Miller (comp. en Alcaraz, 1979) ha establecido que entre el sistema nervioso autónomo y el sistema nerviosos somático, no existen diferencias significativas, ya que ambos tienen un representante cortical. Por tanto dice, "podríamos esperar que las respuestas esqueléticas y las autónomas

ocurran juntas en patrones integrados, funcionalmente importantes, de la misma forma como diferentes respuestas esqueléticas se presentan conformando esa clase de patrones... (pág.54)". Y agrega que, de la misma forma como es factible el aprendizaje del control de los músculos esqueléticos, es posible aprender a controlar las respuestas viscerales a través de un entrenamiento adecuado. Esta situación considera que tiene gran valor en la etiología y tratamiento de los padecimientos psicosomáticos. De acuerdo con Miller (op. cit.) las respuestas viscerales pueden ser controladas y condicionadas por medio de la retroalimentación biológica.

A través de este procedimiento, es posible informar a la persona de que sus respuestas son adecuadas o no. "Para la persona que está motivada a aprender, la retroalimentación que indica una falla sirve como castigo y la retroalimentación que señala un éxito sirve como recompensa (Miller, comp. en Alcaraz, 1979, pág.48)". La retroalimentación, al principio es proporcionado mediante instrumentos que informan a la persona del funcionamiento de su cuerpo. Más adelante, la persona aprende a percibir la información proveniente de sus vísceras.

De acuerdo con la teoría del aprendizaje, los condicionamientos de respuestas autónomas, en las cuales no se incida directamente, tendrán su origen durante el proceso de maduración, en los períodos críticos en los cuales el sistema nervioso vegetativo interviene en la regulación de múltiples funciones y es particularmente sensible a ser condicionado por factores externos (Hofer, 1970, cit. pos. Pierloot, op. cit.). Este condicionamiento, determina en el futuro los estímulos o factores que serán capaces de evocar la respuesta de síntomas somáticos.

Al considerar la teoría del aprendizaje, Valdes, Flores, Tabeña y Massana (1983) plantean la poca capacidad explicativa de las teorías conductuales, lo cual dicen ha tenido que derivar en "construcciones hipotéticas más ambiciosas", pasando a ser la persona un organismo que conoce, evalúa y modifica su conducta, en vez de la "caja negra" que responde mecánicamente a la estimulación.

Planteado de esta forma, "el cambio del modelo hará que el trastorno no dependa tanto de cómo es el sujeto que lo padece, sino de lo que ha hecho hasta entonces para padecerlo (Valdes et al., 1983, pág.38)". Y agregan que "la acción no es irrelevante para la salud, sino que, por el contrario, va a condicionarla (ibid)".

Al poder modificar el sujeto mediante su conducta aquellas situaciones que le son desfavorables y generadoras de tensión, adquiere responsabilidad sobre su salud. Así mismo, pasan a ser de importancia para el desarrollo de la enfermedad, los factores de tipo cognocitivo.

El poder predecir el stress y controlar aquellos factores que lo desencadenan, ha tenido gran importancia en medicina psicosomática. Ello, debido a que el poder predecir la presencia de agentes stresantes y no poderlos controlar, coloca a la persona en una situación de *learned helplessness* (desesperanza aprendida) (Valdes et al., op. cit.).

George Engel y sus colaboradores (cit. pos. Leigh y Reiser, 1977; Singer, 1977; Wittkower, 1974) había planteado un estado de *helplessness-hopelessness* (desamparo-desesperanza). Este planteamiento, se postuló como posible explicación a lo trastornos psicosomáticos.

El desamparo, parece ser una primera fase en la cual el sujeto solicita ayuda y no la recibe. Esto, es el antecedente de la desesperanza, actitud que adopta la persona ante sus problemas. Esta actitud, coloca al sujeto en un estado de paciente espera e inmovilidad, perturbando sus relaciones con el entorno y sus funciones corporales. Al parecer, esta actitud favorece la aparición de síntomas somáticos (Singer, 1977).

El estado psicológico de desesperanza, parece estar en relación directa con la situación fisiológica de balance metabólico de asimilación, en contraste con la reacción de pelea-huída que es más característica de los estados de alerta (Leigh y Reiser, 1977). A este respecto, Valdes et al. (1983) refieren que, en diversos experimentos con animales, se ha podido comprobar que ante situaciones de predictibilidad y control, la respuesta psicofisiológica coincide con la desencadenada por los estados de lucha; y en aquellos estados de impredecibilidad, desesperanza y sumisión, se observa un predominio parasimpático, propio de los estados de reposo.

No existe una explicación muy clara del como se aprende la desesperanza. No obstante, se han formulado algunas hipótesis. Una primera, que sería "motivacional", alude a la disminución de la tendencia del sujeto a responder, al no obtener refuerzo de su conducta. Por otro lado, parece ser que la situación aversiva, origina disminución adrenérgica, compatible con la teoría biológica de la depresión. Por consiguiente, se podría entender el estado de desesperanza como un aspecto depresivo (Valdes et al, 1983).

Abramson, Seligan y Teasdale (1978, cit. pos. Valdes et al., 1983) sostienen una interpretación cognocitiva. Cuando

un sujeto carece de conocimiento respecto a una situación especula respecto a su origen y las expectativas futuras de modificarla, basándose en la hipótesis que maneje. Si en el pasado ha sufrido una incapacidad pasajera para manejar alguna situación, podrá generalizar esta incapacidad y atribuir la causa a situaciones ajenas a él y fuera de su control. Así, la desesperanza aprendida será una generalización inadecuada de sus incapacidades.

Hacia 1959 Friedman y Rosenman (cit. pos. Valdes et al.1983) basándose en la necesidad de obtener resultados prácticos para enfrentar los padecimientos psicossomáticos, inician una serie de estudios que asocian cierto comportamiento con hallazgos cardiovasculares. Esto culminaría con la descripción de la "conducta de tipo A".

El patrón conductual del tipo A, no se refiere a una estructura de personalidad, sino a una forma particular de comportamiento. Esta, se manifiesta "a través de febril actividad, entrega al trabajo e incapacidad para el ocio, afán de perfeccionismo excesivo, fáciles reacciones hostiles y dificultad para delegar funciones (Valdes et al.,1983,pág.51)".

En esta forma de conducta, tenemos un ejemplo de como ha sido posible describir, de una manera integral, los diversos conceptos planteados en relación a las teorías del aprendizaje. Una conducta de este tipo, implica una actividad constante, matizada por un afán de alcanzar mayor cantidad de objetivos en el menor tiempo posible. Así mismo, la persona al ser incapaz de delegar responsabilidades, se vincula a la necesidad de mantener el control absoluto de las situaciones, sobrecargandose de tensión y activando los sistemas de alerta. En cuanto una situación resulte más difícil de controlar y sus intentos estén condenados a fracasar, se puede incrementar la

probabilidad de aparición de la desesperanza aprendida, y con ello, de las enfermedades coronarias (Valdes et al., op.cit.).

La personalidad del tipo A, no es una hipótesis explicativa o una forma de personalidad, antes bien, es una descripción de una forma de conducta en la cual se incluyen aspectos fisiológicos y del aprendizaje. Esta conducta, se puede instalar en personas de diversas estructuras de personalidad, pero parece ser más afín con los sujetos que exhiben rasgos obsesivo-compulsivos.

Dentro de la gran cantidad de estudios en psicología experimental y psicofisiología, ha sido posible descubrir el sustrato fisiológico de la conducta y su significado para el funcionamiento corporal. Esto no implica que se niegue el papel que juegan los fenómenos psicológicos, sino que, por el contrario, se pretende proporcionar una base material para ellos.

De esta manera, el fenómeno psicológico es reductible a sus consecuencias operantes y, desde ellas, a un sustrato psicofisiológico preciso. Si se entiende la emoción como resultado funcional de una interacción de subsistemas nerviosocentrales y si, como parece probado, el síntoma psicósomático emerge a partir de la disfunción emocional, es claro que tal síntoma dependerá en gran medida de la psicofisiología periventricular (PVS) (Valdes et al. 1983, pág.63).

Desde esta perspectiva, la enfermedad ya no es entendida como el resultado de la acción morbosa del estrés, sino como consecuencia funcional de un subsistema nerviosocentral definido (periventricular o inhibitor de la acción) (Valdes et al., 1983, pág.68).

1.14. Perspectiva actual en medicina psicosomática.

Lejos han quedado los días en los cuales se intentó establecer una relación causal lineal entre: eventos específicos y la aparición de la enfermedad. Ya sea que se postularan variables biológicas, psicológicas o ambientales.

El aceptar el punto de vista psicosomático, implica admitir la existencia de una compleja interacción de factores, y a la vez, mantener una actitud abierta hacia la función que cada uno de ellos desempeña en el proceso de la enfermedad. Evitando los intentos de descartar uno u otro, así como de subestimar o sobrestimar su efecto sobre el organismo. Esto último, significaría retornar al dualismo mente-cuerpo, y abandonar los progresos que, a lo largo de los años, se han alcanzado en la comprensión de la salud y la enfermedad.

La formulación de teorías que permitan explicar la interacción dinámica de variables en tiempo y secuencia, así como las modificaciones que ocurren por la retroalimentación entre ellas, es el objetivo fundamental de la medicina psicosomática actual. De igual forma, se presta gran atención al desarrollo de esquemas efectivos de prevención y tratamiento lo cual, en conjunto, permite observar al sujeto como una unidad en la cual se pretende preservar la salud (Lipowski, 1977).

Una gran diversidad de métodos y técnicas se aplican en la actualidad a la investigación psicosomática. De hecho, cualquier estudio que se centre en variables psicológicas, fisiológicas o sociales, y la relación que guardan con la salud y la enfermedad, debe ser considerado como psicosomático (Lipowski, op. cit.).

En opinión de Singer (1977), una forma integral u holística de estimar la enfermedad, requiere del conocimiento del pasado del paciente, así como de las circunstancias actuales de su vida, es decir, observar el o los síntomas en forma individualizada, basándose en el estudio físico, mental y social de cada paciente.

Los postulados integradores, han tenido un gran apoyo en la teoría general de los sistemas. Su introducción ha permitido considerar a las personas como un sistema biológico abierto, en interacción constante con otros sistemas que lo circundan (Singer, 1977).

La teoría general de los sistemas surge como un intento de establecer una nueva forma de investigación científica, abocada a explicar los fenómenos como unidades o totalidades indisolubles. En contraste con el "positivismo lógico", el cual se acerca al conocimiento de manera atomista, física y reduccionista (Bertalanfy, 1984).

De acuerdo con Bertalanfy (1984), la ciencia ha tratado de explicar los fenómenos "reduciendolos al juego de unidades elementales investigables independientemente una de otra (pág.36)". Esto sin embargo, parece no ser suficiente para explicar los sistemas "no comprensibles por investigación de sus partes aisladas (Pág.37)". Más adelante (pág.45), escribe:

Puede tomarse como característica de la ciencia moderna el que este esquema de unidades aislables actuantes según causalidad unidireccional haya resultado insuficiente. De ahí la aparición, en todos los campos de la ciencia, de nociones como las de totalidad, holismo, organismo, *Gestalt*, etc.,

que vienen a significar todas que, en última instancia, debemos pensar en términos de sistemas de elementos en interacción mutua (cursiva en el original).

Los conceptos de sistema e integración, vienen a establecer una nueva forma de investigación que formula "nuevas relaciones entre elementos interdependientes (Valdes et al., op. cit. pág.70)". El que los elementos sean interdependientes y tengan diferentes relaciones, implica que los mismos elementos son capaces de producir diversos fenómenos, dependiendo de la forma en como se asocian entre sí.

Esta forma de plantear los fenómenos, nos conduce a la conocida expresión "el todo es más que la suma de sus partes", lo cual significa que, las partes que componen un fenómeno no pueden ser entendidos por la comprensión de sus partes aisladas, sino por la organización e interacción que exista entre ellos. Esto, de paso nos lleva a la definición de sistema como un "complejo de componentes interactuantes (Bertalanffy, 1984, pág.94)".

De esta forma, las características del complejo, comparadas con las de los elementos, surgen como "nuevas" o "emergentes". "Sin embargo, si conocemos el total de partes contenidas en un sistema y la relación que hay entre ellas, el comportamiento del sistema es derivable a partir del comportamiento de las partes (Bertalanffy, 1984, pág.55)".

A pesar del énfasis que la teoría general de los sistemas pone en la integración, "al no disponer de diseños experimentales nacidos en sus propias coordenadas, se vea obligada una y otra vez a acudir al modelo mecanicista en busca de pruebas concluyentes (Valdes, et al. op. cit. pág.72)".

Esto significa que, la teoría general de los sistemas como teoría integradora, no establece bases metodológicas propias, y pasa a ser "en último término, un modo de enfocar las cosas más que una estrategia productora de datos, hipótesis y pruebas (Ibid.)".

Independientemente de la poca capacidad explicativa de la teoría general de los sistemas, al abordar el estudio del organismo desde ésta perspectiva, se abre la posibilidad de estudiar al hombre como la unidad biopsicosocial que tanto se pregona. El organismo, como sistema abierto, se estudia no como unidad estática, sino en función de la "continua incorporación y eliminación de materia (Bertalanffy, op.cit)", esto es, en sus interacciones con el medio.

Reiser (1975, cit. pos. Pierloot, 1979), ha intentado conformar una teoría integradora en la cual establece tres fases en el proceso de la enfermedad: una primera en la cual se establece en el organismo la disposición para una enfermedad específica; en segundo término, la precipitación de la enfermedad y por último, el surgimiento del proceso patológico.

De acuerdo con estas tres fases, en un primer momento la información genética interactúa con las experiencias tempranas, conformando una predisposición constitucional. Esto se manifiesta en patrones conductuales, defensas y necesidades, así como en respuestas fisiológicas típicas, las que incluyen al sistema nervioso central y las respuestas por él controladas. Los rasgos inatos y la interacción con el medio, determinarán el tipo de conflictos y situaciones que son capaces de evocar el proceso patológico.

En un segundo momento, la enfermedad se desencadena por la presencia de situaciones de stress psicosocial. En

aquellas personas en las cuales existan las condiciones de predisposición, establecidas en la primera fase, los cambios psicológicos y neuroendócrinos podrán alterar la estabilidad del sistema nervioso central, la alteración se expresa en forma de síntomas regresivos y cambios viscerales.

Una vez instalada la enfermedad, se pasará a una tercera fase en la cual mecanismos específicos e inespecíficos influyen el curso del padecimiento. Al mismo tiempo, el sujeto percibe y elabora las alteraciones funcionales de su organismo incorporandolas a su autoimagen. En este momento se colocaría el denominado por Talcott Parsons (cit. por Leigh y Reiser, 1977) papel de enfermo, aceptación de un rol mediante el cual la persona responde de acuerdo con las expectativas que la sociedad tenga respecto de su enfermedad.

Este planteamiento de tres fases, es solamente un esquema conceptual del curso que sigue una enfermedad, pero no explica como se genera. Sin embargo, coloca la psicogénesis de los desordenes somáticos en diferentes momentos de un sistema que tiene un curso y evolución propios, con elementos que interactúan entre sí (Pierloot, op. cit.). Este proceso, es en sí mismo muy complejo puesto que intervienen múltiples variables y estados biopsicológicos, no obstante, para cada uno de ellos se han realizado diferentes intentos de explicación, basándose en aquellos aspectos que se considere sean de mayor importancia dentro del fenómeno total.

Según Valdes et al. (op. cit.) la medicina corticovisceral es una teoría integradora que posee una metodología de estudio propia, capaz de estudiar a la enfermedad como un fenómeno multicausal.

La medicina corticovisceral se desarrolla principalmente en Europa del Este, resaltando el predominio cerebral, ello con base en la neurofisiología Pavloviana. En conformidad con dichos postulados, se establece al neocortex como órgano mediador entre: la estimulación ambiental y el organismo. De esta forma, el cerebro actúa como receptor de la información interior (interocepción) y la integra con la información de las condiciones ambientales (exterocepción), para mantener la estabilidad del organismo (Valdes et al., op. cit.; Wittkower, op. cit.).

Hablamos entonces de una "teoría integradora" que se manifiesta en un "estereotipo dinámico cortical"; el cual determina la identidad que se mantiene a pesar de los constantes cambios e interacciones del sujeto y el medio. A cada persona, le corresponde un estereotipo dinámico, que reúne las particularidades del medio interno en dependencia con los acontecimientos exteriores al organismo, para procesar la información y ejecutar respuestas adaptativas (Valdes et al., op. cit.).

Visto de esta forma, los disturbios psicofisiológicos pueden ser causados por la desorganización del análisis y síntesis corticales, resultado de la estimulación excesiva, conflictiva o defectuosa (Wittkower, op. cit.).

En cualquier caso, la incapacidad de la corteza para jerarquizar o integrar la información dará lugar a respuestas patógenas.

Así que para la medicina corticovisceral, la clase de enfermedad que presentará un sujeto va a depender, en primer lugar, de su *tipología funcional*

de acuerdo con los criterios de Pavlov sobre el predominio de procesos excitatorios o inhibitorios en el SNC. Dependerá también del *estereotipo dinámico* cortical, en el que está resumida la historia de la interacción entre el organismo y el medio, y va a decidirse, por fin, como resultado de *condicionamientos* a propósito de estímulos y circunstancias del propio organismo y del entorno (Valdes et al., 1983, pág.76. Cursiva en el original).

Una teoría integradora, debe resaltar la importancia de estudiar la enfermedad en forma global, considerando al enfermo como una unidad en la cual el síntoma no es un fenómeno aislado, sino el resultado de la alteración en el equilibrio biopsicosocial. Para cada una de las partes que conforman esta unidad, se han formulado hipótesis explicativas en relación a la forma en como se da el proceso, y las alteraciones que surgen por su perturbación.

De la observación de los procesos alterados, a través de sus manifestaciones, han surgido diversos métodos y teorías que intentan explicar un fenómeno en particular. Sin embargo, la dificultad para enlazar los cambios psíquicos a lo somático, es un asunto múltiplemente discutido, pero poco aclarado. Por ende, en múltiples ocasiones es necesario conformarse con el establecimiento de correlaciones o análisis factoriales de las variables observadas, y a partir de ello, deducir su interacción. Esto, no implica que se abandone o limite la investigación, sino que por el contrario, es un acercamiento paulatino al problema, y la base de futuras investigaciones.

1.2. Aspectos neurológicos y psicológicos del dolor.

1.21. Neurofisiología del dolor.

El dolor es una sensación que ha sido múltiplemente estudiada, debido a que es una queja común en las enfermedades así como la causa más común por la que una persona solicita ayuda médica. Así mismo, es un concepto que ha sido definido en muy diversas formas, sin embargo, la mayoría de ellas provocan cierta confusión. De esta manera, se le ha descrito como algo que es objetivamente real mientras que, por otro lado, se le ha visto como algo subjetivo, interno y privado.

Históricamente ha existido una gran ambigüedad acerca de si el dolor pertenece al dominio de la fisiología, o a la psicología perceptual. Esto obedece, fundamentalmente, al marco referencial bajo el cual se estudie el dolor, es decir, que considera que es el dolor aquella persona que lo estudia.

En un principio, el problema del dolor se contempló exclusivamente por fisiólogos y anatomistas, y se consideraba como un proceso sensorial directo que informaba al cerebro de la presencia de una lesión. Postulándose que la intensidad del dolor estaría en relación directa al tamaño de la lesión (Chapman; Melzack y Denis; *comp.* en Sternbach, 1978).

En la actualidad, se reconoce que el dolor es un fenómeno personal, en el cual influyen variables personales, el aprendizaje, la atención, la situación y muchas otras variables cognitivas. Esto ha permitido variar el abordaje del problema, pasando a ser objeto de estudio de fisiólogos y psicólogos (Melzack y Dennis *comp.* en Sternbach, 1978).

Comunmente, se considera al dolor como una sensación:

que indica al sujeto la presencia de alguna lesión en los tejidos. Se ha dicho que el dolor "es uno de los primeros síntomas de enfermedad que ha previsto la naturaleza (Harrison, 1973, pág.47)". De esta forma, la sensación tiene como finalidad proteger al organismo de un daño mayor. No obstante, no es capaz de evitar la lesión, ya que la sensación dolorosa aparece una vez que la lesión se ha presentado. Aun así, la percepción de una lesión permite al organismo ejecutar una serie de conductas tendientes a evitar un mayor daño.

El dolor es, por tanto, un estado de conciencia, con un tono afectivo de desagrado, que se acompaña de reacciones tendientes a eliminar la causa que lo provoca (Housay, 1974; Shanfield y Killingsworth, 1977).

Para Szasz (cit. pos. Engel, 1959; Swanson, 1984), el dolor es la consecuencia de la percepción de una amenaza a la integridad corporal, la cual es reconocida por el yo del sujeto. El dolor aparecerá ante el peligro de pérdida de un objeto amado o ante un daño al organismo. De esta forma, el dolor comunica una solicitud de ayuda.

Por otro lado, desde el punto de vista fenomenológico, podríamos mencionar lo que dice Minkovski (1982) respecto del dolor: "Nos anuncia un golpe dirigido, con contacto inmediato, contra nuestras fuerzas vivas por una fuerza extraña que viene de fuera y nos amenaza en nuestra existencia misma (Pág.84)".

Como vemos, cuando se habla de dolor, se hace alusión a una amenaza inminente a la integridad del sujeto. Por tanto, y de acuerdo a lo que refieren Cambier, Masson y Dehen (1983), el dolor adquiere para el sujeto un significado diferente a las demás modalidades sensoriales, ya que, mientras estas aportan datos para el conocimiento del cuerpo y el mundo exterior; el

dolor le informa acerca de acontecimientos capaces de amenazar la integridad del organismo.

Según refiere Merskey (1980), la asociación para el estudio del dolor ha adoptado la siguiente definición: *An unpleasant sensory and emotional experience wich we associate with tissue damage and describe in terms of tissue damage.*⁽¹⁾

Fisiológicamente, la sensación dolorosa se inicia cuando un receptor al dolor es estimulado y el impulso es transmitido hacia el sistema nerviosos central. La sensibilidad del organismo descansa en la activación de las terminaciones nerviosas (receptores) las cuales transforman la estimulación en mensajes aferentes.

Un estímulo específico provoca la activación del receptor. Cuando el receptor alcanza un valor crítico, genera un potencial de acción (estímulos eléctricos) que se transmite por las fibras nerviosas sensitivas. La intensidad y frecuencia del estímulo informa al sistema nervioso central del tipo de estimulación que se presenta, de modo tal que el organismo responda en forma adecuada (Cambier et al., 1983).

No obstante, aun y cuando en las firbas nerviosas exista actividad eléctrica, no se presentará la sensación dolorosa, ya que la percepción de éste es un fenómeno psicológico. El dolor, por tanto, se origina de una combinación de factores periféricos (recepción) y centrales (integración). Aun cuando los factores periféricos parezcan predominantes, los aspectos centrales determinarán sí o no, y donde aparecerá el dolor (Libeskind y Paul, 1977; Swanson, 1984).

(1) Una experiencia sensorial y emocional desagradable la cual asociaaos con daño tisular y se describe en términos del daño tisular.

Engel (cit. pos. Swanson, 1984) considera que, virtualmente es imposible entender el dolor si no se considera que puede originarse en diversos sitios, y no únicamente en los receptores periféricos. La capacidad para experimentar el dolor se desarrolla a partir de la estimulación periférica. Pero, posteriormente, la experiencia dolorosa puede surgir sin la correspondiente estimulación del receptor terminal. El dolor estará presente mientras el estímulo permanezca, pero es capaz de permanecer aun y cuando el estímulo que lo originó ha desaparecido (Harrison, 1973).

El primer nivel de organización sensorial lo representan los receptores, considerados como la "puerta de entrada" para la información, tanto del medio externo como interno (López Antunez, 1983). El receptor, es una estructura neurológica capaz de informar al organismo acerca de las condiciones del medio, transformando los estímulos en energía eléctrica, fenómeno que recibe el nombre de transducción (López Antunez, 1983; Noback, 1980).

La corriente eléctrica generada en la transducción, constituyen el impulso nervioso que se transmite hacia el sistema nervioso central para su procesamiento y elaboración de respuestas. De acuerdo con el lugar de donde proviene el estímulo que registran, los receptores pueden ser exteroceptivos e interoceptivos. Los primeros, registran los cambios que ocurren en el medio externo. En el caso de los segundos, registran los estímulos producidos dentro del organismo.

Toda variación de energía, potencialmente puede constituir un estímulo. Las formas de energía a las cuales pueden responder los receptores al dolor son: mecánica, química, térmica y electromagnética.

Los receptores, presentan diferentes características en cuanto a su forma. En el caso del dolor, se componen de terminaciones nerviosas libres, constituidas por la prolongación periférica de las neuronas aferentes que desembocan en la epidermis y las vísceras, amén de otros órganos.

Todo receptor requiere ser estimulado en forma adecuada para poder activar la neurona. La cantidad mínima de energía que se requiere para que un estímulo sea capaz de generar un impulso nervioso, se llama valor umbral. El valor umbral varía de una persona a otra, incluso, en la misma persona puede cambiar dependiendo de sus estado físico y psicológico. Por ejemplo, en estados de excitación, el umbral al dolor puede ser tan elevado que, una persona puede recibir graves lesiones sin percibir dolor. Por otro lado, se ha observado que, el umbral más bajo se presenta en los casos de histeria (Harrison, 1973; Noback, 1980).

Una vez que un estímulo doloroso se presenta ante un receptor, y alcanza el valor umbral, es conducido hacia el sistema nervioso central por fibras nerviosas que hacen sinapsis en los núcleos del asta dorsal de la médula espinal.

En forma general, la vía para los impulsos hacia la corteza cerebral comprende una serie de tres neuronas: las neuronas sensitivas primarias, secundarias y terciarias (Barr, 1975; Noback, 1980).

La neurona sensitiva primaria, es la puerta de entrada para los impulsos. Sus cuerpos celulares se encuentran alojados en los ganglios espinales y en los ganglios de los nervios craneales. La prolongación de los cuerpos celulares que funcionan como dendritas, se dirigen hacia la periferia y

terminan en los receptores sensitivos. Por su parte, las prolongaciones que funcionan como axones, penetran en la médula espinal para los nervios espinales, y en el tallo cerebral para los nervios craneales.

Una neurona sensitiva primaria, con su cuerpo celular situado en los ganglios posteriores, forma una intrincada red nerviosa capaz de inervar con la ramificación de una sola neurona, varios milímetros cuadrados de piel (Harrison, 1973).

Los cuerpos celulares de las neuronas sensitivas secundarias, se encuentran en la sustancia gris de la médula espinal en relación a los nervios espinales. Para los nervios craneales, el cuerpo celular de la neurona se aloja en el tallo cerebral.

Las neuronas sensitivas terciarias se ubican en núcleos talámicos. De aquí, la información se proyecta al área somestésica de la corteza cerebral.

En la conducción de los impulsos, intervienen fibras de tipo A y C. Las fibras de tipo A, se encuentran cubiertas de mielina, son gruesas y su velocidad de conducción es rápida. Las fibras C, carecen de mielina, son muy delgadas y su velocidad de conducción es muy lenta (López Antunez, 1983).

Comunmente se dice que en el momento del daño las fibras de tipo A median la conducción del estímulo, en tanto que las fibras de tipo C entran en funcionamiento en cuanto la lesión ha desaparecido.

La presencia de los dos tipos de fibras, sugiere la existencia de dos subsistemas de señales dolorosas con

función diferente. En el caso de las fibras de tipo A, integran un sistema de aviso o alerta, el cual provee información inmediata en relación a la presencia, extensión y localización de la lesión; correspondiendo a un dolor de tipo primario. Por su parte, las fibras de tipo C generan un dolor difuso, pobremente localizado y de poca intensidad. Este sistema, parece funcionar como un recordatorio al cerebro de la presencia de un daño, a fin de reducir la actividad normal y poner mayor atención a la zona lesionada (Chapman comp. en Sternbach, 1978).

Algunas de las fibras que transportan información aferente, se dirigen hacia la parte anterior de la médula espinal, haciendo sinapsis en las motoneuronas del asta ventral de la médula. Los impulsos que siguen esta vía son responsables de las respuestas motoras automáticas, asociadas a lesiones en los tejidos (Chapman comp. en Sternbach, 1978).

Tanto las fibras mielínicas (tipo A) como las amielínicas (tipo C), penetran a la médula espinal a través de la raíz dorsal de los nervios espinales, y terminan en la sustancia gelatinosa de Rolando, a uno o dos segmentos adyacentes al punto de entrada. Es decir que, las fibras recorren uno o dos segmentos, hacia arriba o hacia abajo, antes de hacer sinapsis con las neuronas de la médula espinal (Baar, 1975; López Antunez, 1983; Noback, 1980).

La sustancia gelatinosa de Rolando, o lámina II en el esquema de Rexed, comprende una aglomeración de cuerpos neuronales que modulan la información aferente antes de ser transmitida al cerebro. Esta región, parece ser el único punto donde la información es modulada y distribuida hacia otras áreas del sistema nervioso. Además, en este punto parece existir un mecanismo de control del dolor, a través de

fibras que transmiten información inhibitoria del cerebro hacia la médula; facilitando o inhibiendo la transmisión de los impulsos nerviosos hacia el cerebro (Melzack y Dennis comp. en Sternbach, 1978).

Generalmente se ha considerado a la sustancia gelatinosa de Rolando como el origen del haz espinotalámico lateral, vía principal de conducción de los impulsos dolorosos. No obstante, en otros estudios se ha podido comprobar que las neuronas de esta área dan origen a axones que, por un lado, establecen asociaciones intersegmentarias dentro de la médula (sistema propioespinal) y por otro, hacen sinapsis con dendritas de las neuronas de las láminas III y IV, sitio donde parece nacer realmente la vía espinotalámica (López Antunez, op. cit.).

La información que ha sido integrada en la médula espinal, y que eventualmente se traduce en la consciencia de la experiencia dolorosa, asciende al tálamo a través de dos diferentes vías: el tracto neoespinotalámico y el tracto paleoespinotalámico (Chapman, comp. en Sternbach, 1978; Noback, 1980).

El tracto neoespinotalámico, se considera como la vía directa de los impulsos dolorosos. Los axones de las neuronas de segundo orden, ubicadas en las láminas III y IV, cruzan hacia la región anterolateral de la médula espinal, para ascender hacia el tálamo en el cordón ventral (Chapman, op. cit.).

Estas largas fibras establecen sinapsis directamente en el núcleo ventral posterolateral del tálamo, para de ahí, proyectarse al área somestésica de la corteza cerebral. Se dice que esta vía transmite rápidamente los impulsos nerviosos y provee la información acerca de la intensidad, duración y

sitio del estímulo nocivo (Chapman, comp. en Sternbach, 1978; Noback, 1980). Algunas fibras no se cruzan y terminan en los núcleos intralaminares del tálamo, aunque su función precisa no se conoce.

El tracto paleoespinothalámico o vía espinotalámica indirecta, se compone de largas y cortas fibras que se dirigen al tálamo, realizando previamente múltiples sinapsis en la formación reticular, el cerebro medio, la sustancia gris periacueductal y el hipotálamo; para arribar a los núcleos talámicos intralaminares. Esto, parece proveer sensibilidad dolorosa que no solo activa al área somestésica, sino que, a través del sistema de despertamiento, activa toda la corteza. Este sistema se considera el responsable de conducir las sensaciones asociadas al dolor pobremente localizado, quemante, continuo y desagradable. Probablemente las sensaciones viscerales viajen por esta vía (Chapman, op. cit.; Noback, 1980).

El tálamo representa el centro de recepción de todas las modalidades sensoriales, excepto el olfato, y actúa como centro modulador y procesador de los impulsos que se proyectan a la corteza cerebral. Así mismo, la sensación dolorosa se hace consciente y se le proporciona el matiz afectivo de desagrado a la sensación. Sin embargo, la percepción talámica es imprecisa, sin una tasa cuantitativa, y el estímulo no se interpreta en términos de la experiencia previa, requiriéndose de la corteza para el refinamiento de la modalidad sensorial (Barr, 1980; Noback; 1980).

De los núcleos talámicos, viajando por la cápsula interna y la sustancia blanca, se originan fibras que se dirigen hacia el área somestésica de la corteza cerebral, ubicada en el lóbulo parietal, en las áreas 3, 2 y 1 del esquema de Brodman. Esta proyección talamo-cortical, tiene una

organización muy precisa, de tal forma que una región específica del tálamo, se relaciona con una determinada área de la corteza cerebral. Así mismo, los núcleos talámicos reciben impulsos corticales del área con la cual se relacionan. Esta relación topográfica del cuerpo con el tálamo, y de este con el cerebro, es la base para el reconocimiento preciso del origen de los estímulos (Barr, 1980; López Antunez, 1983; Noback, 1980).

El tálamo participa en la conciencia de la sensación, pero el origen, intensidad y calidad del estímulo requiere de la corteza cerebral.

La corteza cerebral, establece una compleja serie de influencias que permiten al sujeto experimentar la sensación subjetiva del dolor. Es tal la influencia cortical, que muchas funciones superiores tales como el aprendizaje, estado emocional, ansiedad, depresión, etc.; pueden acrecentar o disminuir la intensidad del dolor. Se ha podido comprobar que la lobotomía prefrontal disminuye notablemente el componente afectivo del dolor (Noback, op. cit.). Esto implica que la corteza es determinante para dotar de matiz afectivo y localización al dolor.

El proceso a través del cual los estímulos físicos se codifican y se traducen en la experiencia subjetiva, es muy complejo y poco conocido. De esto, únicamente se conoce el aspecto fisiológico, que comprende la activación de las neuronas. No obstante, el ¿cómo se dá el salto de lo físico a lo psicológico?, se desconoce. ¿Cómo experimenta o percibe subjetivamente una sensación el sujeto?, es una pregunta que aún no tiene respuesta.

Esta situación, nos coloca automáticamente en el

problema de "la mente y el cuerpo". Generalmente, a la experiencia subjetiva se le considera algo inmaterial o no físico y por tanto, no estudiable por los métodos conocidos de la ciencia. Por tanto, cuando se habla de experiencia subjetiva, se recurre a los reportes del sujeto, ya sean verbales, conductuales o de otra índole (Thompson, op. cit.).

La experiencia subjetiva, nos remite automáticamente a procesos psicológicos. Estos, median entre la estimulación dolorosa y la percepción del dolor.

1.22. Aspectos psicológicos del dolor.

Mientras que el dolor es visto por los fisiólogos como una sensación que tiene su base en la actividad del sistema nervioso central y periférico; desde el punto de vista psicológico, puede ser visto como una forma de percepción, es decir, una serie de fenómenos que proveen al sujeto de una experiencia subjetiva de desagrado.

Esta forma de enfocar al dolor, nos coloca de nueva cuenta en la dualidad mente-cuerpo, puesto que, se estudia el fenómeno doloroso desde dos conceptos diferentes: la sensación y la percepción. Atribuyéndosele a la primera el aspecto físico y a la segunda el aspecto psicológico.

No obstante, ambas forman parte del fenómeno total. Esta división, por tanto, se establece con fines prácticos a fin de estudiar y explicar el fenómeno total. No existe una sensación pura, ni una percepción sin sensación; ambos aspectos forman parte de un todo, y en última instancia, podríamos diferenciarlos por la mayor o menor integración o interpretación de los estímulos que las provocan.

La sensación, provee las unidades sensoriales necesarias para la percepción. En ocasiones, se requiere de dos o más modalidades sensoriales para poder percibir al objeto.

Por su parte, la percepción implica el acto de organizar e interpretar los datos sensoriales, para elaborar una representación o imagen de los objetos. Esto, permite conocer a los objetos y atribuirles ciertas características. La interpretación, no es la mera suma de sensaciones, sino que, es la organización de la información recibida de acuerdo con nuestra estructura biológica, experiencias, necesidades, etc., es decir, de acuerdo a nuestra personalidad (Bellak, 1985; Cohen, 1974; Thompson, 1981).

En la actualidad, se acepta mayoritariamente que, la percepción se desarrolla a partir de una base genética. Con base en esto, las diversas modalidades sensoriales se organizan y desarrollan, proporcionando al sujeto la capacidad para percibir al mundo y a sí mismo, valga decir, para tener conciencia de su persona y del mundo que lo rodea (Bellak, 1985).

La percepción es la única representación interna de los objetos, es el medio por el cual experimentamos el mundo.

Desde tiempos antiguos, se ha considerado que sensación y percepción son las únicas formas de conocer el mundo. Así, Cohen (1974, pág.11) refiere que, Aristóteles decía: "No hay nada en la mente que no pase a través de los sentidos". Más adelante, escribe que, según Thomas Hobbes: "No hay concepción en la mente humana que no haya sido adquirida totalmente o en parte, a través de los órganos de los sentidos".

Sin embargo, cuando estudiamos la percepción, y por consiguiente los fenómenos psicológicos, nos encontramos con una gran cantidad de complicaciones, puesto que, siendo algo subjetivo, inmaterial y no observable; solamente podemos formular hipótesis y teorías acerca de algo que inferimos a partir de una serie de respuestas observadas.

Esta situación, ha provocado múltiples controversias y no pretendo abordarlas, únicamente lo planteo a manera de introducción para ubicar al dolor como un fenómeno psicofisiológico que provee al sujeto de información necesaria para su protección y sobrevivencia.

Sensación y percepción, son fenómenos que han tenido un lugar predominante en la psicología, puesto que proporcionan al organismo el conocimiento aparente del entorno y de sí mismo. Es aparente, puesto que la percepción dependerá de como procese cada sujeto la información recibida, así mismo, se verá influenciada por el contexto total en el cual se de el fenómeno. Por tanto, la percepción no siempre corresponde a la realidad (Cohen, 1974).

La sensación, es la experiencia más inmediata de la estimulación. Es el correlato que se experimenta de la estimulación de un receptor. Es la respuesta de los órganos de los sentidos a la estimulación. Para cada modalidad sensorial existe una sensación, debido a que cada sensación dependerá del órgano sensitivo estimulado y no del tipo de estímulo presentado.

La sensación no proporciona información respecto al objeto que la produce, únicamente hace consciente al sujeto de la existencia de una modalidad sensorial que proviene de ese objeto.

La percepción se inicia en el momento en que un receptor sensorial es estimulado, culminando con la actividad cerebral y la consiguiente experiencia subjetiva. En alguna forma, hasta ahora desconocida, el procesamiento de los estímulos da como resultado la percepción, es decir, la formación de una imagen del mundo dentro de uno mismo.

De acuerdo con Swanson (1984), el dolor se puede conceptualizar como un sistema procesador de información que produce en el organismo un estado emocional desagradable. La información es recibida en los receptores periféricos y de ahí, se transmite por una intrincada red nerviosa hacia las áreas centrales. En este sitio, es integrada y modulada a la vez que se compara con la información acumulada para que, a continuación, este subsistema central de integración genere una respuesta en forma de conducta y sentimientos.

La percepción del dolor depende del constante examen de la gran cantidad de impulsos interoceptivos, exteroceptivos y propioceptivos; información que es seleccionada de acuerdo a su relevancia y utilidad, excluyendo aquella que es de importancia secundaria o carente de novedad. Este proceso de selección se efectúa mediante la atención (Chapman, op. cit.; Thompson, 1981).

El ser humano sería incapaz de responder y estar atento a todos los estímulos que constantemente bombardean los receptores. Tal situación, provocaría una completa desorganización del organismo. Por lo tanto, se requiere que el sujeto tenga un mecanismo que le permita filtrar la información proveniente de las diversas modalidades sensoriales y responder selectivamente. Ese mecanismo es la atención.

Cuando una persona sufre algún daño, el proceso de atención selecciona la información proveniente de los nociceptores y la colocan como prioritaria, en tanto que, las demás modalidades sensoriales pasan a segundo término, particularmente si el estímulo es imprevisto, novedoso o incierto (Chapman, op. cit.). Por consiguiente, el dolor funciona como una alarma que interrumpe otros procesos perceptuales y fija la conciencia del sujeto en el estímulo que virtualmente pudiera dañar al organismo. Así, se genera un complicado patrón de respuestas tales como: cambios bioquímicos, estados afectivos, conducta de evitación, respuestas verbales, gestos, etc. (Cambier, Masson y Dehen, 1983).

Los procesos cerebrales responsables de la atención, "definidos como selección de estímulos", parecen ubicarse en los sistemas sensoriales primarios, antes de que la información sea transmitida al cerebro. Esto; aparentemente permite únicamente el arribo de información que por su intensidad o novedad es relevante para la sobrevivencia (Thompson, 1981).

La persona que percibe, en ocasiones manifiesta predisposición para atender a cierta clase de estímulos débiles o poco frecuentes. Esta situación, comunmente es llamada vigilancia y parece ser producto de la experiencia y el aprendizaje previo, reflejando los efectos de las situaciones pasadas sobre la percepción presente (Chapman, op.cit.). Así mismo, un modelo que ha sido previamente formado, será más fácilmente percibido.

La vigilancia, se puede inducir mediante una orden directa de "poner atención" a algún estímulo, o puede ser una respuesta perceptual producto del reforzamiento. La vigilancia sobre el cuerpo es particularmente importante, y se presenta

con mayor frecuencia en aquellas personas que se encuentran sometidas a stress corporal y particularmente a estímulos dolorosos (Chapman, op. cit.).

La organización perceptual puede ser explicada, de acuerdo a la teoría de la Gestalt, como una configuración o gestalt de eventos sensoriales. Esta percepción, pasa a ser un todo integrado que tiene lugar sobre otras experiencias o "fondo", en el cual se ha de construir la experiencia perceptual (Chapman, op.cit.).

La psicología de la gestalt, fue la primera en realzar la importancia de la organización de las experiencias perceptuales como un determinante de la conducta. Según éste concepto, cada percepción es la organización de la experiencia perceptual en un fondo de complejas organizaciones cognitivas. Por tanto, cada gestalt depende del contexto en el cual ocurre y de los arreglos cognitivos internos, que se han desarrollado a lo largo de las experiencias vividas (Chapman, op. cit.).

A cada momento, las experiencias perceptuales son combinadas unas a otras, conformando gestalts más complejas, caracterizadas por el constante movimiento de la organización figura-fondo. En este complejo, el fondo se compone de las percepciones pasadas y la figura es la percepción que se encuentra en primer plano, valga decir, la que es conciente.

Cuando se percibe, hay un constante intercambio de información, podemos decir que, se intercambia la relación de figura-fondo para poder responder a las modificaciones del medio, ya sea interno o externo. Sin embargo, la atención puede permanecer más o menos fija por largos periodos cuando realizamos alguna actividad en particular, como ver televisión,

escuchar música, etc. La percepción de una configuración de estímulos y consecuentemente la retirada de otros, responde al proceso de figura-fondo, en donde una información pasa a primer plano y la otra es retirada al fondo.

Todas las modalidades sensoriales pueden ser distorsionadas en relación a la realidad, de acuerdo al contexto y el fondo en el cual ocurren. Esta distorsión de la percepción se llama ilusión y parece intervenir en todos los procesos perceptuales como una tendencia sistemática para distorsionar la representación de la realidad (Chapman, op.cit.).

En relación al dolor, podríamos mencionar la distorsión sufrida en el dolor referido. En este caso, el estímulo doloroso se inicia en alguna víscera, y puede experimentarse como un dolor superficial.

Cuando se considera la organización perceptual del dolor, debemos tener siempre presente que la experiencia dolorosa ocurre siempre sobre un fondo de experiencias. De esta forma, las demás modalidades sensoriales pueden generar una ilusión perceptual, no correspondiendo en muchos casos la intensidad del estímulo con la duración, localización e intensidad del dolor. Esta distorsión de la percepción, se encuentra influenciada grandemente por factores culturales y de personalidad (Chapman, op. cit.).

Bellack (1985) menciona que según Freud, el recuerdo de las percepciones previas influye grandemente en la percepción de los estímulos actuales. Esto, lleva "a asumir que toda percepción presente está influida por la percepción pasada...(Bellack, op. cit., pág.20)".

La percepción, según Bellack (op. cit.), se puede

conceptualizar como un proceso hipotético, en el cual se emite un acuerdo subjetivo acerca del significado de un estímulo. Por tanto, una conducta perceptual se considera racional y apropiada a una determinada situación si está acorde con el consenso general. Se hablaría entonces de una "conducta adaptativa a un 'estímulo objetivo' ".

Si tomamos como base que existe una respuesta más o menos general a los estímulos, esto permitirá tener un punto de comparación para las respuestas que se desvían de este punto. Esta desviación, está dada por la interpretación subjetiva que el sujeto haga de los estímulos. Por consiguiente, podríamos hablar "de la apercepción como la interpretación dinámicamente significativa que hace un organismo de una percepción... (Bellack, op. cit. pág.20)".

Herbart (cit. pos. Bellak, op. cit.) formula en la "*Psychologie als Wissenschaft*" la siguiente definición de apercepción:

"Apercepción (del latín *Ad: más, percipiens:* percibir) en psicología: El proceso mediante el cual la nueva experiencia es asimilada y transformada por el residuo de la experiencia pasada de cualquier individuo para formar una nueva totalidad. El residuo de la experiencia pasada se conoce como masa aperceptiva (p.20. *Cursivas en el original*)".

Si relacionamos estos conceptos con el dolor, podemos establecer que para toda persona existe una respuesta perceptual al dolor, que es más o menos compartida por la mayoría de sujetos de su comunidad. No obstante, existen interpretaciones aperceptivas de los estímulos, las cuales son subjetivas y en ocasiones no corresponden a la realidad en

cuanto a la intensidad, duración y origen de los estímulos. Estas respuestas, se encuentran matizadas por la acumulación de experiencias, experiencias que conforman la masa aperceptiva.

Podemos establecer entonces que a lo largo de la vida se integra una particular forma de percibir, lo cual conforma la estructura perceptual del sujeto. Esta estructura, determina la forma en como se procesarán las percepciones futuras, y de esta forma "las experiencias perceptuales continuas se convierten en la estructura de la personalidad, nosotros podemos recalcar el hecho de que la masa aperceptiva pasada continuamente está influyendo sobre las percepciones presentes (Eissler, cit. pos Bellak, op. cit. pág.29)".

Según Bellak (op.cit.), la percepción a lo largo de la vida, con su tono emocional y su interacción e influencia sobre las percepciones futuras; puede ser vista como una forma de aprendizaje. "Podemos hablar de un aprendizaje por parte del organismo porque los recuerdos de las percepciones influyen en el estímulo actual en base a las experiencias pasadas (Bellak, op. cit., pág.33)".

Este aprendizaje, se encuentra en relación directa con el funcionamiento óptimo del organismo que le permite su sobrevivencia. De acuerdo con esto, la influencia selectiva que se hace del recuerdo de las percepciones, funciona como un "mecanismo de defensa". De esta forma, cada mecanismo de defensa intenta establecer el equilibrio entre: las percepciones del pasado con su carga emocional, y las situaciones presentes. Por ende, cada percepción, funcionando como mecanismo de defensa, "sirve para proteger al organismo de alteraciones catastróficas de su equilibrio (Bellak, 1985, pág.33)". El mismo Freud (cit, pos Bellak,op. cit.)consideró

como principio básico, mantener el equilibrio de fuerzas.

El organismo, se encuentra en contacto con el medio, y constantemente recoge estímulos que inician un proceso de percepción y reacción. La percepción como fenómeno psíquico, puede considerarse "como el resultado de la acción combinada de fuerza que presionan, las unas hacia la descarga y la motilidad, y las otras en sentido opuesto (Fenichel, op. cit.,pág.30)".

Según Fenichel (op. cit.) las "funciones psíquicas" pueden ser estudiadas bajo el punto de vista de una función común a los organismos vivos: la irritabilidad. Al respecto dice:

El patrón básico que sirve para comprender los fenómenos mentales es el arco reflejo. Los estímulos del mundo externo o del propio cuerpo inician un estado de tensión, y éste busca una descarga secretora o motora, que conduzca a la relajación. Pero entre el estímulo y la descarga intervienen fuerzas que se oponen a la tendencia a la descarga. El estudio de estas fuerzas inhibitoras, de su origen y su efecto sobre la tendencia a la descarga, constituye el tema inmediato de la psicología. Sin estas fuerzas oponentes no habría psique, sino únicamente reflejos (Pág.25).

Esta forma de enfocar los fenómenos psíquicos, permite entenderlos como el resultado de la acción de fuerzas contrarias, es decir, de manera "dinámica". Es al mismo tiempo "genética" puesto que, no solo describe las fuerzas, sino que intenta explicar de donde se originan y como se desarrollan (Fenichel, op. cit.).

La percepción de un estímulo, interno o externo, genera un "estímulo reactivo" que intenta culminar con la descarga, ya sea motora o glandular. Con ello se intenta reducir la tensión generada por el estímulo inicial. Al inicio de la vida, esta descarga apremia ser inmediata, a fin de restablecer el equilibrio perdido y lograr un estado de satisfacción. Sin embargo, durante la vida del sujeto se van creando fuerzas contrarias que se oponen a la descarga de la tensión. Conforme avanza la vida del infante, la respuesta a los estímulos se efectúa cada vez en forma más diferenciada, en cuanto a la forma en como son percibidos y descargados los impulsos. Esta forma de diferenciación, conformará el "yo" del sujeto. De tal forma que, el yo del sujeto constituye "...un aparato inhibitor que controla, mediante esta función inhibitoria, la posición del organismo en el mundo exterior (Fenichel, op. cit. pág.30)".

A lo largo de su formación, el yo del sujeto adquiere la capacidad para observar, seleccionar y organizar los impulsos. Desarrolla, además, métodos que impiden la satisfacción de los impulsos inaceptables, empleando para su control energía específicamente destinada para ello.

El yo, pasa a ser el mediador entre el organismo y el mundo exterior. Por tanto, debe proporcionar al organismo protección contra las "influencias hostiles del ambiente"; en igual forma, debe permitir la satisfacción de impulsos, aun a pesar de una eventual represión del exterior (Fenichel, 1966).

El yo se crea mediante las influencias del mundo exterior. Se puede decir "que el recién nacido carece de yo", puesto que se encuentra incapacitado para controlar los estímulos que recibe (Fenichel, op. cit.).

El yo del infante, y con ello la percepción, se desarrollan a partir de la relación entre las necesidades del neonato y su consiguiente satisfacción. Entre una sensación de necesidad y la consiguiente satisfacción, son frecuentes las demoras. Estas demoras proporcionan al infante estados afectivos y recuerdos que más tarde le permitieran percibirse como un individuo separado del medio, a la vez que le permiten conocer el mundo que le rodea (Spitz, 1974).

La repetida presencia y desaparición de aquellos "objetos satisfactorios" de las necesidades, lleva al infante a crear en su mente la "constancia de objeto", esto es, una imagen mental, relativamente estable y permanente, del objeto en cuestión. A la vez, esta relación con los objetos es dotada de afectos, ya sea de agrado o desagrado (Spitz, 1974).

De aquí que, las futuras percepciones se encuentren asociadas a estados afectivos. De igual forma, y conforme la percepción se va organizando, las necesidades y su consiguiente componente afectivo "intervienen en la deformación de la percepción y falsean la realidad hasta hacer de ella algo que se acerque a la satisfacción del deseo (Spitz, 1974, pág.73)".

De esta forma, los afectos hacen o no importante una percepción, y proporcionan a los objetos de la percepción valor subjetivo (Fenichel, op. cit.; Spitz, op. cit.).

El mundo por tanto, es percibido como amenazante o como satisfactor de las necesidades instintuales; y los deseos y temores alteran la realidad. La percepción "objetiva", presupone un juicio adecuado acerca del origen de la sensación, y una capacidad de "aprendizaje diferencial" (Fenichel, op.cit.).

La necesidad de una descarga inmediata, es incompatible con el juicio correcto de la realidad "cuya base es la consideración y postergación de la reacción (Fenichel, op. cit. pág.56)". En los estados iniciales del yo, el infante aún no ha aprendido a posponer nada, y solamente lo logrará mediante sus relaciones con los objetos.

Así, se postula que la personalidad del individuo se forma a partir del nacimiento, mediante los repetidos intentos de ajustar sus impulsos a la realidad ambiental. De esta forma, las necesidades innatas y adquiridas pueden ser satisfechas de una manera adecuada a la realidad.

Si consideramos al dolor desde el punto de vista dinámico, y aplicamos los conceptos vertidos anteriormente; podemos establecer que, un impulso que genere dolor apremia ser eliminado, como una respuesta tendiente a proteger al organismo, a la vez que se pretende preservar el estado de equilibrio y satisfacción.

En situaciones normales, la eliminación del estímulo doloroso, y la reacción al mismo, se da como un proceso natural que inicia una descarga motora, glandular y emocional, tendiente a eliminarlo para proteger al organismo. No obstante la forma en como se percibe y elimina dicho estímulo, estará mediada por la acción de las fuerzas de represión del Yo, las cuales se han conformado durante el desarrollo del mismo. Este yo funciona como mediador que en un momento dado determinará ante cuales, como y con que intensidad se responderá a los estímulos dolorosos.

Para cada persona se desarrolla una percepción y una reacción al dolor, lo cual se encuentra en estrecha relación

con la psicogénesis del sujeto dentro de un grupo social dado. Este grupo, provee al sujeto de una serie de normas y valores que pasan a formar parte del yo del sujeto y le permiten satisfacer sus impulsos en forma adecuada. Sin embargo, la percepción objetiva puede ser distorsionada por las experiencias perceptuales previas y su consiguiente carga emocional, suministrando una apercepción que se encuentra encaminada a satisfacer necesidades que en ocasiones no están de acuerdo con la respuesta esperada. La apercepción al dolor, se da por la acumulación de experiencias perceptuales previas que han sido sentidas como amenazantes y dolorosas, dotando al impulso doloroso de un valor subjetivo.

En cada caso, será necesario considerar a cada persona en sus aspectos físicos y psicológicos, así como el momento en el cual se presenta la estimulación dolorosa. Esto es de gran importancia puesto que la misma persona en dos momentos diferentes, no reaccionará en igual forma a la estimulación dolorosa.

De esta forma tenemos en el dolor un fenómeno multicausal, que requiere ser estudiado conforme a la historia personal y situaciones en las cuales ocurre.

Al conceptualizar al dolor como una forma de percepción, misma que es el resultado de la acción conjunta del ambiente y los impulsos internos; cobra especial importancia la comprensión de las fases tempranas de desarrollo y el aprendizaje del sujeto, así como del entorno en el cual se ha desarrollado. Su importancia, estriba en el hecho de que en estos momentos se conformará la estructura de personalidad que más adelante le permitirá enfrentarse y ajustarse a las demandas de la vida, proveyendolo de satisfacción y seguridad si su desarrollo ha sido adecuado.

Ha quedado establecido que el dolor puede conceptualizarse como una forma de percepción, no obstante esto, las definiciones dadas al dolor encierran una gran cantidad de ambigüedades puesto que se refieren a una gran cantidad de fenómenos, a veces poco relacionados, bajo un solo término: dolor (Schoenfeld, 1980; Fordyce, op. cit.). Al respecto, Schoenfeld (comp. en Colotla et al., 1980, pág. 221-222) escribe:

El "dolor" ha tenido una posición única, y ambigua, en la historia de la filosofía y la ciencia de Occidente. En algunas de sus formas y circunstancias ha sido clasificado como algo objetivamente real, mientras que al mismo tiempo se le ha visto como una sensación que, como otras de su especie, es subjetiva, interna, individual y privada.

Por su parte Noback (op. cit., pág.122) dice:

¿Qué es el dolor? La respuesta a esta pregunta depende del campo de estudio donde se emita. Con ciertas reservas, el dolor visto por los psicólogos constituye una modalidad sensorial; visto por los neurofisiólogos, neurólogos y neurocirujanos, es un patrón de actividad neurofisiológica de ciertos centros nerviosos; según los biólogos es una actividad importante para la supervivencia; los psiquiatras lo consideran como una afección o una emoción, y los psicoanalistas como el producto de un conflicto psíquico interno. Objetivamente el dolor es una expresión de la interpretación de impulsos e influencias que reciben algunos centros del cerebro.

Esta multiplicidad de conceptos ha generado que el estudio del dolor y los modelos teóricos, hayan tenido que evolucionar a través del tiempo.

El modelo tradicional del dolor, como una respuesta del organismo a un factor causal, ha sido aceptado y es suficiente para explicar el dolor agudo. Sin embargo, cuando se estudia el dolor crónico este modelo pierde vigencia. En especial cuando ocurren experiencias dolorosas en las cuales no es posible localizar el origen de la estimulación (Fordyce, op.cit.).

De lo anterior, se desprende que la presencia de un estímulo nocivo no garantiza la aparición del dolor. Por el contrario, la ausencia de estímulos dolorosos no significa que la persona no sienta y reporte la percepción de "dolor". De esta forma, los estímulos nocivos y el dolor, no establecen una relación causal de 1:1.

Esto ha llevado a Fordyce (op. cit., p.54) a proponer una modificación a la definición de dolor dada por Merskey, y sugiere como más apropiada la siguiente: "*Pain is an unpleasant experience wich we primarily associate with tissue damage or describe in terms of tissue damage or both, and the presence of wich is signaled by some forme of visible or audible behavior*". (2)

Dentro de este contexto, la percepción se mantiene vigente al permitir sentir la experiencia desagradable, pero, se agrega un elemento que refleja la presencia del estímulo nocivo: "la conducta dolorosa".

(2) "Dolor es una experiencia desagradable la cual asociamos primeramente con daño tisular o describimos en términos del daño tisular o ambos, y la presencia de lo cual es señalada por alguna forma visible o audible de conducta (subrayado en el original)".

Según Loeser (cit. pos. Fordyce, op. cit.) la conducta dolorosa se expresa mediante el lenguaje, las expresiones faciales, la postura, la búsqueda de cuidados y atenciones, la ingestión de medicamentos y el rechazo al trabajo. De acuerdo con esto, si no se manifiesta la conducta dolorosa no existe un problema de dolor. Por consiguiente, cuando un estímulo nocivo impacta al organismo, se requiere de alguna forma de conducta que indique que ha sido capaz de provocar dolor al sujeto.

En el caso del dolor humano, el reporte es habitualmente verbal, y convenimos que un estímulo duele si la persona lo dice. Esto, pasa a ser un indicador conductual de que el sujeto está "sintiendo dolor", y parece ser una medida o indicador más adecuado que algunos otros índices de origen fisiológico, los cuales se espera que acompañen al dolor, pero que por sí mismos no son capaces de desencadenar la conducta dolorosa. Según Schoenfeld (op. cit.), ésta situación es debida a que el dolor es una construcción social, es decir, se nos ha enseñado a sentir y a dar un tipo de reporte particular para esa sensación.

En cada sociedad, se provee al sujeto de una serie de reacciones somáticas y emocionales que debe de emitir ante cierto tipo de estímulos. Cuando estos estímulos son lo suficientemente fuertes para provocar la reacción del organismo, éste responderá de diversas formas, dependiendo del tipo de estimulación, de los receptores estimulados, de su estructura biológica, así como del momento por el cual esté pasando ese organismo. La respuesta también dependerá de la "historia de reforzamiento" a que halla sido sometido el organismo (Schoenfeld, 1980). Esto inmediatamente implica que la respuesta verbal al dolor puede ser condicionada y por tanto, es factible establecer una relación de estímulo respuesta.

A este respecto, Schoenfel (1980) escribe:

Con tal fin, pedimos que se considere la siguiente secuencia:

$$E \rightarrow R_1 \cdot R_2$$

... En ella, E denota el estímulo o la función de energía de entrada; R_1 es la respuesta somática o conjunto de respuestas al estímulo inicial; y R_2 es una respuesta de seguimiento o el conjunto de respuestas que tiene alguna relación de probabilidad condicional con E y R_1 , y que, por eso, puede tomarse como un "reporte" de la ocurrencia de E y/o R_1 .

... Con entrenamiento adecuado, la respuesta de seguimiento, R_2 , se puede hacer condicional, ya sea a una o a las dos E y R_1 precedentes. Cuando el E_2 es un reporte verbal humano, su forma lingüística (el lenguaje y las palabras particulares del que reporta) y su intensidad (un murmullo o un grito) están ambas determinadas por el entrenamiento... Cuando le aplicamos un estímulo a un animal y lo vemos retorcerse o lo oímos aullar, no dudamos en decir que está sintiendo dolor, tomando su R_1 como un signo de ello; pero hacemos eso porque nos han enseñado a manifestar "dolor" cuando un estímulo produce el mismo patrón de R_1 en nosotros. Nuestro antropomorfismo es el resultado de nuestra generalización... Dados cualquier E o R_1 , la R_2 "reportada" puede ser de "dolor", de "alegría", o de "esperanza", o de cualquier otro "sentimiento", dependiendo de lo que la sociedad o los maestros del individuo lo hayan entrenado a decir o hacer acerca de tal E y/o de tal R_1 (pág.225-227).

De esta forma, podemos afirmar que "el entrenamiento social de un hombre determinará como percibe, siente y

reporta su 'dolor'". Si consideramos la percepción dolorosa como aprendida, podemos entonces modificar su manifestación conductual y de esta forma "enseñar a un hombre a manejar su 'dolor': no sólo enseñarle a enfrentarlo cuando lo tenga, sino incluso enseñarle qué es lo que debe 'tener' (Schoenfeld, 1980, pág.232)".

Al plantear el dolor como una operante, surgen una serie de contingencias de reforzamiento que pueden mantener o inhibir la conducta tales como: la simpatía, los medicamentos, recompensas económicas, evitación de responsabilidades, etc. De igual forma, la observación de las consecuencias de la conducta de otras personas, puede fungir como reforzador o inhibidor de conductas, dependiendo de las consecuencias de la conducta observada. Con base en esto, se aprenden y manifiestan aquellos patrones que son adecuados a la sociedad y merecen ser reforzados, a la vez que se abandonan las conductas inaceptables que son castigadas (Craig, comp. en Sternbach, 1978).

Las reglas sociales y sus consecuencias implícitas, proveen al individuo del conocimiento necesario para adaptar su conducta al medio. Cuando se observan los despliegues afectivos de otras personas, como respuesta a la estimulación dolorosa, esta observación tiende a aumentar o reducir las respuestas emocionales del observador. Al mismo tiempo, se da un proceso de socialización mediante el cual las personas aprenden a evitar los estímulos nocivos y a responder a las lesiones de acuerdo a un patrón cultural dado (Craig, op. cit.).

Podemos decir que la respuesta a los estímulos nocivos es en un principio automática, valga decir, una conducta respondiente. Sin embargo, las contingencias de reforzamiento ambiental van creando operantes, las cuales se

emiten mediante comunicaciones visibles y/o audibles (Fordyce, op. cit.).

Analizado de esta forma, el dolor deja de ser algo subjetivo e íntimo, experimentado dentro del sujeto, para pasar a ser una acción o conducta que se manifiesta en el medio. Por ende, cualquier tratamiento deberá intentar eliminar o reducir los reportes del sujeto y/o las conductas dolorosas. El criterio de mejoría invariablemente deberá considerar que es lo que la persona hace actualmente y, con base en esto, se podrá determinar si ha habido mejoría o no (Fordyce, op. cit.).

Esta concepción conductual del dolor, cobra especial importancia en el caso de los dolores crónicos rebeldes a los tratamientos, y en aquellos casos en los cuales no ha sido posible identificar un agente causal. Ello, debido a que es una forma objetiva de establecer parámetros de mejoría, a la vez que permite a los sujetos modificar su percepción del dolor.

Por otro lado, no debemos olvidar que lo que llamamos "dolor", sigue siendo un indicador de que "algo" pasa en el organismo, algo que no está bien y que potencialmente puede dañar al organismo. En última instancia, lo que es factible modificar es la respuesta a los estímulos, y no así eliminar la percepción del estímulo nocivo.

Con todo lo anterior, debemos entender que la percepción del dolor se encuentra dada por una serie de procesos cognitivos. Esta percepción es individual y se interpreta de acuerdo al origen del estímulo, el medio ambiente, la historia personal incluyendo el aprendizaje social, las implicaciones futuras del daño, así como el estado emocional del sujeto. La forma en como se manifiesta la percepción, es eminentemente conductual, y no establece una relación causal directa con el estímulo.

1.23. Mecanismos de control sobre el dolor.

Los sistemas para el control del dolor son múltiples, y se interrelacionan a diferentes niveles de organización para que sea posible o no la percepción dolorosa. Algunos de ellos forman parte de los sistemas naturales de control, otros, en cambio, son inducidos artificialmente como medios de tratamiento.

De acuerdo con Libeskind y Paul (1977), podemos identificar tres grupos de sistemas a través de los cuales es posible ejercer control sobre la experiencia dolorosa. Esta clasificación considera básicamente el sitio sobre el cual actúa directamente el mecanismo analgésico, pero ello no significa que el resto del sistema que involucra al dolor quede al margen. Debemos de considerar que, invariablemente todo el sistema interactúa con el agente analgésico, y ello permite controlar la percepción dolorosa.

Los sitios de actuación de los analgésicos son:

- a) A nivel local, mediante la lesión o bloqueo químico de ciertos puntos críticos en las vías de conducción de los impulsos dolorosos. Ya sea que se efectue a nivel central o periférico.
- b) En forma centrípeta, mediante la activación e interacción de las neuronas sensoriales de primer orden en su recorrido hacia los centros superiores de procesamiento.
- c) En forma centrífuga, por la activación de centros neuronales superiores, los cuales ejercen una acción bloqueadora sobre la transmisión de los impulsos nerviosos provenientes de los niveles inferiores.

A continuación mencionaremos los aspectos más relevantes de cada uno de ellos.

Una de las formas más comunes de control local sobre el dolor, es la administración por vía oral de analgésicos no narcóticos, como el ácido acetil salicílico, acetaminofen, paracetamol, fenilbutazona, etc. Estos analgésicos son de utilidad práctica en el dolor agudo de poca intensidad, se piensa que actúan a nivel de los receptores periféricos, bloqueando a las sustancias que permiten la transmisión de los impulsos dolorosos. En otros casos, como en el del acetaminofen, el mecanismo de acción es prácticamente desconocido (Berkow, 1982; Trimble, 1984).

Las drogas que ejercen su acción en el lugar del dolor, lo alivian sin afectar las funciones del sujeto. Por otro lado, tenemos los analgésicos de tipo narcótico, los cuales abarcan drogas muy poderosas que inducen un estado de somnolencia artificial. Los narcóticos, no tienen efecto sobre los receptores periféricos, sino que actúan a nivel del sistema nervioso central, modificando la percepción del dolor y la respuesta emocional al mismo. También, inducen un estado de sedación artificial (Berkow, 1982; Cambier et al., 1983; Noback, 1980; Trimble, 1984).

En esencia, los narcóticos corresponden a un tipo de control central, sin embargo, comparten con los mecanismos locales la administración del exterior. Así mismo, tienen cierta capacidad para inhibir la transmisión de los impulsos nerviosos. Por otro lado, el control central de los impulsos que bloquean la transmisión de la sensación dolorosa, parte del sistema nervioso central, no así en los narcóticos, en los cuales la acción parte de la periferia hacia el centro.

Otra forma de control local sobre el dolor, es la quirúrgica. En este caso, el control se establece mediante el

corte de ciertos puntos críticos, con lo cual se evita la transmisión de los impulsos. Los puntos de elección son la médula espinal y las raíces sensitivas de los nervios espinales. En unos pocos casos, se ha llegado a practicar la lobotomía para modificar la percepción del dolor.

La cirugía se encuentra indicada para el tratamiento de dolores crónicos que persisten por semanas y son rebeldes a otros tratamientos, y cuyo dolor doblega al paciente y le impide llevar a cabo sus tareas normales (Noback, op. cit.; Trimble, op. cit.). Sin embargo, este tratamiento solo se recomienda en aquellos pacientes cuya esperanza de vida es corta puesto que, el dolor tiende a reaparecer con el paso del tiempo (Cambier, op. cit.).

A pesar de su utilidad en algunos casos, el fracaso de las técnicas quirúrgicas ha sido atribuido al escape de algunas fibras nerviosas en el momento de la sección. Este razonamiento se desprende del modelo tradicional de especificidad del dolor, mediante el cual se considera que la transmisión del dolor es una vía directa, que parte del punto de la lesión hacia el cerebro. De igual forma, durante mucho tiempo se consideró que la intensidad del dolor se encontraba en relación directa con el tamaño de la lesión. Sin embargo, en la práctica, este modelo ha tenido que ser abandonado, para integrar un modelo neurológico y psicológico que explique de una manera más adecuada el fenómeno doloroso. Implementándose con ello, nuevas técnicas de control, así como estableciéndose nuevas teorías respecto a los sistemas de control (Melzack y Dennis, op. cit.).

Así como es posible controlar el dolor mediante el bloqueo de los impulsos, el dolor puede ser controlado por el incremento de los impulsos sensoriales.

La supresión del dolor mediante la estimulación periférica, se produce en forma centripeta, es decir, el impulso viaja de la periferia hacia el sistema nervioso central. De esta zona, se pueden activar impulsos inhibitorios que regresan hacia la médula espinal; y/o bien, activar ciertos núcleos que modifican la percepción dolorosa.

Cabe mencionar que, la activación mediante estímulos eléctricos de ciertas regiones del sistema nervioso central, es capaz de producir analgesia, no obstante, esto implica a los mecanismos centrífugos en los cuales el impulso viaja del centro a la periferia. Ambas modalidades de control se encuentran íntimamente relacionadas, y prácticamente solo se diferencian por el sitio en el cual se originan los impulsos que culminan con la eliminación del dolor.

El fenómeno de control mediante la estimulación periférica, ha recibido el nombre de analgesia por hiperestimulación, y es esta una de las formas más antiguas de producir analgesia. Esto incluye a los métodos de la medicina folklórica como la aplicación de cataplasmas, parches de mostaza, compresas frías o calientes, etc. Aunque no ha sido posible explicar por completo la eficacia de estos métodos, se supone que la sugestión y la distracción de la atención son mecanismos que se encuentran involucrados (Melzack y Dennis, op. cit.). Por otro lado, se ha postulado que la hiperestimulación aumenta el efecto inhibitorio ejercido por la activación de las gruesas fibras que transmiten otras modalidades sensoriales; y/o por el efecto estimulador que se produce sobre el sistema nervioso central, sitio donde son liberados péptidos morfínomiméticos endógenos (endorfinas) los cuales tienen un poderoso efecto analgésico (Cambier et al., op. cit.).

Un acontecimiento relativamente reciente, es el surgimiento en occidente de la acupuntura china. Este hecho ha ganado una gran popularidad como método de tratamiento para muchas enfermedades y dolores.

En forma breve, la acupuntura consiste en la inserción de agujas en ciertos puntos muy específicos del cuerpo y girarlas manualmente (Melzack y Denis, op. cit.). La forma exacta de como actúa esto, es desconocida. Por tal motivo, la analgesia producida por este método ha sido recibida con escepticismo, dada la impredecibilidad de sus efectos sobre diferentes sujetos (Libeskind y Paul, op.cit.). Sin embargo, se dice que la acupuntura es solamente una variante de la analgesia por hiperestimulación (Melzack y Denis, op.cit.).

Una variante de la acupuntura que se ha ensayado actualmente, es la electroacupuntura. Esto, consiste en hacer pasar pequeños impulsos eléctricos a través de las agujas insertadas en los puntos de acupuntura del cuerpo. En forma similar, se ha logrado producir analgesia mediante la estimulación eléctrica de los nervios. Con estos métodos, se ha logrado aliviar el dolor por minutos, y hasta por periodos de días o semanas (Melzack y Denis, op. cit.).

A pesar del fracaso de la acupuntura para tratar ciertos males, y en particular para producir analgesia quirúrgica, se ha podido comprobar su eficacia para aliviar los dolores crónicos, especialmente las lumbalgias.

La analgesia por hiperestimulación, parece tener su explicación en la teoría de la barrera o puerta de control. Según esto, algunas áreas del tallo cerebral parecen ejercer un fuerte efecto inhibitor sobre la transmisión de los estímulos dolorosos. Estos centros inhibidores reciben

estímulos de una gran cantidad de zonas corporales, y en cambio proyectan estímulos inhibitorios sobre la médula espinal.

La teoría de la "gate control" (puerta de control), fué propuesta por Melzack y Wall en 1965, tomando como base para ello una gran cantidad de observaciones y estudios clínicos (cit. pos. Cambier et al. 1983; Libeskind y Paul, 1977; Melzack y Dennis, op. cit.; Noback, 1980).

En forma simplificada, la teoría de la puerta de control plantea la existencia, en la sustancia gelatinosa de la médula, de subsistemas de modulación. Esto actúa como una compuerta que incrementa o reduce el flujo de impulsos de los nervios periféricos hacia el cerebro.

Los impulsos nerviosos provenientes de las diversas modalidades sensoriales (los cuales son conducidos por las gruesas fibras mielinizadas), parecen actuar sobre las neuronas de la sustancia gelatinosa de la médula ejerciendo un efecto inhibitorio sobre la transmisión de los impulsos, es decir, cierran la compuerta. Por otro lado, los impulsos dolorosos (conducidos por las fibras más delgadas), tienden a facilitar la transmisión de los impulsos, es decir, abren la compuerta. Así mismo, esta "compuerta" es grandemente influenciada por impulsos que descienden del cerebro hacia la médula espinal (Libeskind y Paul, op. cit.; Melzack y Dennis, op. cit.; Noback, op. cit.). En consecuencia, la percepción dolorosa se produce cuando el impulso doloroso es lo suficientemente fuerte como para vencer la inhibición, tanto segmentaria como suprasegmentaria, y logra ser transmitido al cerebro. Es necesario resaltar que la inhibición cortical es muy importante, y varía según sea la personalidad, estado afectivo, situación, etc., ya se facilitando o inhibiendo la respuesta.

La teoría del control de entrada, introdujo y ha acrecentado la importancia de la función que los procesos centrales desempeñan en la modulación y transmisión de los impulsos dolorosos. Esto, ha permitido desterrar las teorías especificistas, para dar paso a la concepción de un sistema en el cual la información ascendente y descendente, interactúan para controlar el dolor (Swanson, 1984).

La postulación de un sistema de control de entrada, hace aparente que los procesos cerebrales superiores ejercen una poderosa influencia sobre la transmisión de los impulsos. Esto, permite controlar, al menos en parte, el flujo de información que arriba al cerebro, modulando y filtrando la información antes de que se inicie la emoción y percepción dolorosas.

Como consecuencia directa de lo anterior, las funciones cognitivas, el aprendizaje, personalidad y otros factores, actúan en forma indirecta sobre los impulsos sensoriales. De esta forma, cada estímulo es identificado, evaluado y respondido en términos de la experiencia y el estado afectivo del sujeto.

Libeskind y Paul (op. cit.), plantean que, los métodos analgésicos por hiperestimulación tales como acupuntura, electroacupuntura o métodos tradicionales; por sí solos tienen un leve efecto analgésico. Este efecto, parece surgir de la sugestión. No obstante, a través de ello, es factible activar los sistemas centrales de control con lo cual, el efecto analgésico es muy poderoso. De hecho, parece ser que el efecto analgésico de la estimulación periférica se desencadena por la activación del sistema nervioso central, el cual, emite una serie de respuestas que inhiben el dolor.

A partir del cambio surgido en la concepción del dolor, la analgesia producida mediante la estimulación del sistema nervioso central ha sido grandemente estudiada. De ello, ha sido posible señalar que la activación de la substancia gris periacueductual del tallo cerebral, posee tal efecto analgésico que puede ser comparado con el obtenido por la administración de fuertes dosis de morfina. Es tal la fuerza analgésica, que se ha logrado bloquear la respuesta conductual al dolor, sin los consecuentes efectos colaterales producidos por dosis de morfina capaces de igualar sus efectos. La estimulación del tallo cerebral, a pesar de su potencial analgésico, permite al sujeto conservar la respuesta a otras modalidades sensoriales. Así mismo, el efecto analgésico parece restringirse a una región del cuerpo dependiendo de la zona estimulada. De igual forma, se ha observado que únicamente algunas áreas muy específicas del tallo cerebral tienen algún efecto analgésico. Efecto que no ha sido posible obtener al estimular otras áreas del tallo cerebral (Cannon, Libeskind y Frank, comp. en Sternbach, 1978; Libeskind y Paul, 1977).

Los hallazgos anteriores, permiten concluir que la estimulación del sistema nervioso central, desencadena un mecanismo de control en sí mismo, y no es el resultado de una interferencia o disrupción durante el proceso de conducción de los impulsos nociceptivos (Cannon et al. op. cit.; Libeskind y Paul, op. cit.).

Al ejercer su función, mediante la activación de ciertas áreas centrales, la analgesia por estimulación parece compartir con los compuestos opiáceos tanto el sitio como el mecanismo de acción. Esto, se desprende de los hallazgos bioquímicos que han permitido identificar un sustrato natural

o endógeno de supresión del dolor. Esto, es activado mediante la estimulación de la porción media del tallo cerebral, área que parece extenderse hasta el diencéfalo. Esta región representa la función de control central más importante. Por otro lado, ha sido posible establecer que la naloxona (un antagonista específico de la morfina), puede interferir fuertemente con el efecto analgésico de la estimulación del tallo cerebral. Este hecho, refuerza la afirmación respecto de que, la estimulación central y los opiáceos poseen efectos similares (Cannon et al., op. cit.; Libeskind y Paul, op.cit.).

El sustrato natural o endógeno de control sobre el dolor, se plantea con base en el descubrimiento en todos los vertebrados de receptores altamente específicos para los compuestos opiáceos, así como de sustancias endógenas (encefalinas y endorfinas) que parecen ser los ligandos naturales para estos receptores. Estos compuestos morfino-miméticos, desempeñan en el cuerpo funciones similares a la de los opiáceos. En rigor, se podría decir que los opiáceos (dado que no se encuentran normalmente en el organismo) son los que asemejan las funciones de los péptidos morfinomiméticos, y no a la inversa. No obstante esto, es más común la primera comparación.

Genéricamente, se le ha denominado endorfina a cualquier sustancia endógena que posee las propiedades farmacológicas de la morfina (Cooper, Bloom y Roth, 1984). De ello, se desprende su nombre el cual significa "morfina de dentro (Uriarte, 1983)".

El mecanismo de acción de las endorfinas, si bien no es del todo conocido, parece actuar a dos niveles: medular(segmentario) y sobre el tallo cerebral (suprasegmentario).

A nivel medular, las endorfinas y encefalinas parecen inhibir la liberación de sustancia P, neurotransmisor que media en la excitación de las neuronas que responden a los estímulos nociceptivos. Al inhibirse la liberación de sustancia P, se limita la transmisión de los impulsos dolorosos. De igual forma, encefalinas y endorfinas parecen inhibir la liberación de acetilcolina y noradrenalina, neurotransmisores que también parecen estar involucrados en el control sobre el dolor (Cambier et al., op. cit.).

A nivel del tallo cerebral, las endorfinas participan en la transmisión de impulsos inhibitorios, los cuales descienden por las vías bulbo-espinal y cortico-espinal, para arribar a la sustancia gelatinosa de la médula espinal. Dentro del tallo cerebral, son particularmente eficaces como zonas productoras de impulsos inhibitorios el núcleo magno del rafe y la sustancia gris periacueductal (Cambier et al., op. cit.).

Por último, los compuestos opiáceos, y por ende las encefalinas y endorfinas, actúan sobre el sistema límbico, modificando la percepción del dolor (Cambier et al., op. cit.).

Las endorfinas y los opiáceos, siempre producen un efecto inhibitorio sobre la transmisión de los impulsos. El hipocampo parece ser el único sitio sobre el cual se ejerce una acción de excitación. No obstante, esta excitación se basa en la inhibición de interneuronas inhibitorias con lo cual, se da una excitación por desinhibición (Cooper et al., 1984).

Los compuestos opiáceos, tienen un mínimo efecto sobre el dolor agudo y localizado, el cual se transmite en forma rápida por la vía neoespinal; filogenéticamente reciente y recubierta de mielina. En cambio, los opiáceos

alivian con eficacia los dolores crónicos, los cuales son conducidos por la vía paleoespinalámica, de conducción más lenta por carecer de mielina (Solomon, 1986).

La distribución de los receptores opiáceos, corresponde con precisión al trayecto que sigue la vía paleoespinalámica. Así mismo, se han encontrado con densidad receptores opiáceos en el sistema límbico. En la médula espinal, los receptores opiáceos se ubican en una compacta zona que corresponde a la sustancia gelatinosa. Igualmente, se han localizado receptores en la sustancia gelatinosa del núcleo del trigémino en su porción caudal, correspondiendo a la médula espinal (Solomon, 1986).

Aunque el tallo cerebral es el origen de la acción analgésica de los opiáceos, la médula espinal y el núcleo caudal del trigémino parecen ser los puntos finales de inhibición de los impulsos dolorosos (Cannon et al., op.cit.). Esto implica que se requiere una vía descendente que actúe sobre la médula espinal, a fin de limitar la transmisión de los impulsos nociceptivos. A este respecto, Irwin et al. (cit. pos. Cannon et al., op.cit.) han reportado una drástica reducción de los efectos analgésicos de la morfina cuando se secciona la médula espinal.

A pesar de la complejidad de interacciones en el control del dolor, la presencia de receptores opiáceos en la médula espinal y el sistema nervioso central, parecen ser ambas necesarias y suficientes para producir analgesia (Cannon et al., op.cit.). Esto, no implica que el resto del sistema no sea necesario, sino que, solamente se realiza la importancia de este sistema.

Las endorfinas, no son el único neurotransmisor involucrado en la analgesia. Se ha podido comprobar que en algunas vías en las cuales median la serotonina, la norepinefrina y la dopamina; la administración de drogas que interfieren con estos neurotransmisores, reducen el potencial analgésico de la estimulación central y de la morfina (Cannon et al. op.cit.).

La multiplicada de formas de control sobre el dolor, y su interacción, permiten amplificar o disminuir su percepción. La acción de estos sistemas, como ya se mencionó, se manifiesta en tres niveles: local, centripeto y centrifugo. Libeskin y Paul (op.cit.) sugieren que la acción centripeta (acupuntura, electroacupuntura, estimulación cutánea), por sí sola, ejerce un debil control. Sin embargo, en combinación con la respuesta central (centrifuga), se obtiene un poderoso mecanismo de control. No obstante, la eficacia de este sistema se verá afectada por variables de índole psicológica, tales como la ansiedad, el aprendizaje, la situación, etc. Por tanto, es factible incluir terapias psicológicas que, en combinación con otros tratamientos, permitan al sujeto una mejor forma de control sobre el dolor.

La bioquímica que permite mantener la sensación de seguridad y confort, no está claramente definida. En ello, intervienen áreas cerebrales en las cuales median principalmente el ácido gama-aminobutírico, la noradrenalina, la serotonina, las endorfinas y la dopamina. Cada uno de estos subsistemas bioquímicos, puede ser alterado por estímulos internos o externos, pero la alteración puede corregirse o perpetuarse de acuerdo con los sistemas neuropsicológicos del sujeto. En el caso del dolor, la falla de los sistemas de control dará paso a dolores crónicos que difícilmente ceden a los tratamientos.

1.3. El dolor crónico sin causa aparente.

Dentro del ámbito médico, prácticamente existe consenso respecto a que el dolor crónico de origen incierto, es uno de los problemas más frecuentes y difíciles de resolver en la práctica médica. El dolor crónico, con frecuencia ocurre sin una base orgánica significativa, lo cual representa un dilema que hace aun más difícil la resolución de este padecimiento (Berkow,1982; Chaturvedi,1986; Elton, Stanley y Burrows,1977; Engel,1959; Maruta y Swanson,1977; Merskey,1980; Swanson,1976).

Cuando una persona acude a consulta y se queja de algún dolor, el médico de inmediato presupone la existencia de algún estado patológico desencadenante. Si la causa del dolor no es descubierta, se piensa que el proceso patológico se encuentra ahí, pero simplemente no ha sido localizado. También, se supone la existencia de algún dolor de origen central (síndrome talámico), o la afectación de algún nervio (neuralgia). No obstante, si la exploración clínica y los estudios adicionales no arrojan datos que expliquen el dolor, se concluye que es "psicológico". Esto, implica que a pesar del evidente sufrimiento y quejas del paciente, el médico no cree en la existencia del dolor (Engel, 1959).

Esta forma de abordar los padecimientos, surge de la formación del médico dentro del marco de la ciencia moderna. Ello, ha redundado en una predisposición para buscar una causa precisa para cada enfermedad, con lo cual puedan incorporar los datos existentes dentro de un sistema diagnóstico. No obstante, y aun en el caso de padecimientos primordialmente orgánicos, existen dificultades para definir un diagnóstico. Estas, se acrecentan cuando los aspectos psicológicos o psiquiátricos juegan un papel de importancia en la etiología, y requieren ser evaluados (Merskey, 1978).

Cuando se emite un diagnóstico, de inmediato se impone a la persona en cuestión la categoría de enfermo. Esto, podemos afirmarlo con base en la función propia del diagnóstico, la cual implica el acto de distinguir entre una enfermedad y otra. Así, al diagnosticar se clasifica a la persona, con base en los signos y síntomas que manifiesta, dentro de un cuadro patológico (*pathos*: enfermedad).

Si bien es cierto que un diagnóstico adecuado es necesario para guiar cualquier acción futura, con frecuencia únicamente se determina desde una perspectiva orgánica. Minimizando y aun rechazando los aspectos afectivos del paciente. Esto, en principio es adecuado, puesto que la función principal del médico es aliviar los síntomas del paciente y preservar el estado de salud. Sin embargo, es común olvidar que es una persona la que se encuentra enferma y no un órgano, y que el sujeto es una unidad en la cual los aspectos biológicos, psicológicos y sociales definen el estado de salud. Además de ello, es necesario considerar que el diagnóstico es emitido por un ser humano hacia otro ser humano y por tanto, estará matizado por características de personalidad y capacidad de aquella persona que lo emite.

Patíño (1980) establece que según se evalúe al paciente como organismo, como persona o como una personalidad, será diferente el enfoque que el médico tenga respecto de su enfermedad. Al respecto escribe:

En otros términos, si el médico se limita a estudiar y tratar al organismo enfermo ocupándose con estrechez solamente del soma, se quedará siempre corto, y su actuación, por acertada que sea, será unilateral e incompleta. Podrá conocer con precisión la morfología y la función alterada, pero desconocerá a la persona que como paciente la sufre... (p.51)

De lo anterior se sigue forzosamente, que cuando un médico sólo ve en el paciente a un organismo enfermo, estará partiendo del supuesto, falso por cierto, de que el hombre es un ente pura y simplemente biológico, olvidándose de todo lo demás, Se deja de lado nada menos que aquellos aspectos psicosociales que son cabalmente los que le dan su especificidad humana; el hombre cuando enferma, lo hace como tal y no tan sólo como organismo; esta es la diferencia central que existe entre un animal enfermo y un hombre enfermo (p.52).

Haciendo mención a la forma en como se define la enfermedad, Lolás (1983) escribe:

La medicina contemporánea, especialmente en algunas regiones del mundo, privilegian la definición de enfermedad que se basa en una teoría explícita y no en la sensación subjetiva. No son "casos" de ⁽¹⁾ *disease* aquellos en los cuales no se descubren categorías relevantes ni se pone en marcha el proceso argumental de su fundamentación específica (P.20, cursivas en el original).

Salud y enfermedad, son términos para los cuales no es posible dar una definición precisa ni estable. Una definición en ese sentido es en última instancia una declaración ideológica o valorativa (Lolás, 1988).

(1) Según Lolás (1988), el término *disease* se utiliza, en lengua inglesa, para nombrar a una persona enferma, y es aplicado por los profesionales. Por su parte, el término *illness* denota la sensación subjetiva de la persona de sentirse enferma.

La salud no es un objeto o algo tangible, sino un proceso "siempre en construcción y siempre destruyéndose en la permanente dialéctica de la cultura y de la vida...(Lolas, 1988,p.19)". Este proceso, se mueve en un continuo limitado por los sentimientos de bienestar y malestar. En este continuo, la enfermedad se sitúa como un momento en el cual el sujeto sufre alteraciones en su funcionamiento que percibe como amenazantes. Aunado a ello, se presentan dolor, sufrimiento y trastornos psicosociales y familiares. Por el contrario, la salud refleja un sentimiento de relativa seguridad, bienestar y satisfacción.

Con frecuencia, la enfermedad se encuentra relacionada con malestar del sujeto, cambios físicos, pérdida de funciones y alteraciones en la función social; más que con cambios o alteraciones orgánicas. Por tanto, la enfermedad puede ser mejor entendida como una crisis sociomédica, en lugar de verla como la consecuencia directa y única de una modificación o alteración biológica (Merskey,1978).

Al hablar de enfermedad, se puede establecer una clara distinción entre: sentirse enfermo, estar enfermo y ser considerado enfermo (Lolas, 1988).

El sentirse enfermo, es la experiencia subjetiva y personal de un estado de malestar e insatisfacción. Por otro lado, el estar enfermo o tener una enfermedad, es una afirmación que parte de la valoración profesional mediante la cual se determina, con base en ciertos parámetros, que la persona es portadora de algún padecimiento (Lolas, 1988).

El ser considerado enfermo, es una distinción dada por la comunidad, por el lego, Para ello, se toma como

fundamento el conocimiento que el común de las personas considera como enfermedad. Una vez que un sujeto es considerado como enfermo, la sociedad automáticamente le confiere una serie de derechos que se atribuyen a la persona enferma.

Las anteriores reflexiones acerca de la salud y la enfermedad, pueden ayudar a conformar "una auténtica perspectiva biopsicosocial sobre la salud y la enfermedad". Esto, es posible afirmarlo ya que, considerando al paciente como una unidad inmersa en una sociedad, "lo que interesa es definir sujetos individuales en términos de estas tres dimensiones básicas" y no estudiar "abstracciones" que desvinculan al sujeto de la enfermedad (Lolas, 1988).

El observar una perspectiva biopsicosocial, es particularmente útil cuando se tratan pacientes con dolor crónico, ya que comunmente el padecimiento se encuentra más matizado por síntomas e incapacidad, que por el conocimiento preciso de su origen. Además de ello, con frecuencia solo se evalúa al paciente con base en la presencia o ausencia de una causa precisa, sin considerar que si bien con rigor médico el paciente puede no "estar enfermo", el paciente "se siente enfermo" y es por ello que acude a consulta.

Cuando el paciente acude a consulta por algún dolor, el médico se siente satisfecho cuando descubre y corrige la causa del dolor. En caso contrario, le representa un problema del cual desea deshacerse. Si los recursos diagnósticos han sido agotados, y los datos no encajan en una entidad nosológica conocida, se dice que el dolor es "psicógeno", "funcional", "idiopático", "psicológico" y aun "imaginario" (Maruta y Swanson, 1977).

Estos pacientes, son tratados como "neuróticos" ya que el dolor no cede al tratamiento y la causa no se descubre. Cuando el paciente acude a consultas subsecuentes y refiere que "sigue igual", el médico se siente "agredido", y los canaliza como "castigo" con el psiquiatra (Campuzano, 1979). Así, con frecuencia los pacientes son referidos a consulta psiquiátrica o psicológica, con la esperanza de que sea descubierta la causa del dolor.

A pesar de sus esfuerzos, generalmente psicólogos y psiquiatras fallan al intentar descubrir algún tipo de disturbio emocional en los pacientes con dolor crónico. Esta búsqueda, tiende a encontrar alguna causa que explique o al menos haga más comprensible el origen del dolor. A pesar de ello, los pacientes niegan sistemáticamente tener cualquier clase de disturbio emocional, y dado que su malestar es físico y no afectivo, no aceptan la posibilidad de que alguna causa psicológica pueda estar contribuyendo al dolor. Así, insisten en la existencia de algún trastorno orgánico, y culpan al médico de no haberlo descubierto.

El dolor es en principio un aviso de que algo no funciona bien en el organismo, y provee la información necesaria para la protección del sujeto. En el caso del dolor agudo, generalmente existe una causa definida que lo desencadena, o bien es un estado momentáneo debido a una lesión pasajera. Una vez que el problema o la alteración han desaparecido, se espera que ocurra lo mismo con el dolor. Sin embargo, cuando el paciente no responde a los tratamientos o en aquellos casos en los cuales el estado patológico ha dejado de ser importante o no es descubierto, y el dolor persiste, se torna en un problema crónico.

El dolor crónico sirve al paciente como medio para solicitar ayuda y/o atención, en especial cuando ha sido el medio más eficaz para ello. En otros casos, satisface necesidades psicológicas inconscientes, o es la forma en que el sujeto ha aprendido a obtener beneficios de su medio a través de las ventajas que le reporta el papel de enfermo. Todo ello induce al paciente a no aceptar sus conflictos psicológicos, y a evitar todo tratamiento de esta índole.

Si todo lo anterior es considerado, y se reconocen las implicaciones anatómicas, fisiológicas y psicológicas del dolor, se habrá dado un gran paso hacia la comprensión del problema que manifiesta el paciente. Aun a pesar de su aparente incongruencia, "ya que 'todo dolor tiene su significación distinta y plena, si la buscamos cuidadosamente' y si la interpretamos correctamente (Campuzano, 1979, p.4)".

Existen diferencias significativas en la respuesta fisiológica que evocan el dolor agudo y el dolor crónico. El dolor agudo, es un dolor de aparición reciente y corta duración, y se asocia a cambios en el sistema nervioso autónomo, los cuales son proporcionales a la intensidad del estímulo doloroso. Hay incremento en la frecuencia cardíaca y la presión sanguínea; las pupilas se dilatan y los músculos estriados se tensan. El peristaltismo y el flujo salival se reducen. Existe liberación de glucógeno, adrenalina y noradrenalina (Sternbach, 1978).

Todo lo anterior corresponde al patrón de respuesta fisiológica ante las situaciones de alerta, respuestas que preparan al organismo para la pelea o la huida. El mismo patrón se observa en la ansiedad.

En el caso del dolor crónico, su duración es prolongada, y el dolor más bien constante. La persistencia del dolor, provoca habituación a las respuestas fisiológicas que son propias de los estados agudos. En cambio, se observan patrones vegetativos que corresponden a los estados depresivos. Hay disturbios en el sueño, cambios en el apetito, decremento de la libido, irritabilidad, pérdida de intereses, disminución de las relaciones interpersonales e incremento de la preocupación por el estado corporal (Sternbach, 1978).

A pesar de la existencia de patrones de respuesta fisiológica, tanto para el dolor agudo como para el dolor crónico, la intensidad de estas respuestas no esta en relación directa con la respuesta emocional y conductual del sujeto ante el dolor. No obstante, el conocimiento de estas respuestas es necesario ya que en cada caso intervienen diferentes vías de conducción. En el caso del dolor agudo, es una vía directa hacia el tálamo, la cual conduce rápidamente los estímulos y funciona como un eficaz mecanismo de alerta y protección.

En el caso del dolor crónico, parece estar involucrada una vía indirecta, de conducción más lenta, que comprende una gran cantidad de conexiones encefálicas. Sirve como mecanismo de recuerdo, y es precisamente esta complejidad lo que genera mayor cantidad de problemas al intentar comprender el dolor que se transmite por ella.

Podríamos establecer una diferencia, un tanto arbitraria, entre un estado patológico crónico, en el cual el dolor es el síntoma principal, y los dolores crónicos intratables. En el primer caso, la causa habitualmente es conocida y se espera un deterioro progresivo. Aun cuando generalmente no hay curación, existen métodos paliativos que son útiles y los

pacientes responden a ellos. Podríamos mencionar como ejemplos la neuralgia del trigémino, el síndrome talámico y aun el cancer; padecimientos todos ellos en los cuales el dolor es el síntoma principal.

En el caso del dolor crónico intratable, la causa con frecuencia es desconocida, el padecimiento no progresa y el paciente no mejora con el tratamiento empleado. En muchos casos, parece existir una causa psicológica desencadenante o es un factor agregado. Por tal motivo, con frecuencia se dice que el dolor es "psicógeno" (*psyche*: mente, *genesis*: nacimiento, formación, producción, origen).

Comunmente, la denominación "psicógeno" ha sido empleada para identificar padecimientos en los cuales no existe una base orgánica significativa (Chaturvedi, 1985). Dicho término frecuentemente se aplica por exclusión, en aquellos casos en los cuales no se descubre otra posible causa (Engel, 1959).

Aun cuando es de utilidad práctica la distinción entre varios aspectos de la experiencia dolorosa, el uso de dicotomías tales como "fisiológico vs psicológico", "orgánico vs funcional"; implican un dualismo que en nada ayuda al paciente. Tales divisiones ubican al dolor en una de dos categorías: dolor real o dolor imaginario (Libeskind y paul, 1977). Se considera que el dolor es real, solamente si es el resultado de un problema orgánico, y por el contrario, que es producto de la mente cuando no existen hallazgos físicos (Blumer, Zarick, Heilbronn y Roth, 1982).

Tal dicotomía es falsa y dañina puesto que el dolor y el desorden que sufre el paciente son reales, y deben ser vistos como una entidad psicobiológica determinada por una

pluralidad de factores (Blumer, Zurick, Heilbronn y Roth, 1982). El aceptar esta división, con frecuencia conduce a tratamientos inadecuados o insuficientes, y habitualmente solo calman la frustración del médico ante su incapacidad para aliviar el dolor (Libeskind y Paul, 1977). Por tanto, Libeskind y Paul (op.cit.) consideran que es más adecuado hablar de dolores de origen periférico, central o desconocido, así como mejorar los modelos que actualmente se tienen sobre el dolor.

En relación a la forma en como se evalúa el dolor, Trimble (op. cit.) escribe: "Desafortunadamente algunas veces la discusión de los problemas de dolor tienden a resultar desafortunadamente en un debate acerca de si el dolor es 'orgánico' o no (p.211)". Más adelante anota:

Algunas veces se originan conflictos cuando se intenta hacer un análisis del dolor ya sea como "psicogénico" u "orgánico". Szasz señaló: "...las nociones de dolor "físico" y "mental" no tienen sentido...el punto de vista "razonable", el cual se refiere a esto como si hubiera dos tipos de dolor -uno orgánico y otro psicológico...es confuso y es responsable de numerosos pseudoproblemas en el límite entre la medicina y la psicología"³⁶⁰ El dolor "psicogénico" se ha definido como el dolor que se origina independientemente de la estimulación periférica, o sin lesión del sistema nervioso, debido a factores emocionales; o bien el dolor en el que cualquier cambio periférico, tal como tensión muscular, es el resultado de factores emocionales (p.218).

El dolor crónico tiende a persistir en ausencia de una lesión precisa. Actualmente, no existe una teoría

neurológica que explique completamente este hecho. Melzack y Loser (cit. pos. Blumer y Heilbronn, 1982) han propuesto la existencia de grupos de neuronas que generan patrones anormales de estimulación. Así mismo, se ha postulado la existencia de circuitos reverberantes y de memorias para el dolor.

Dado que no se cuenta con una teoría neurológica que describa adecuadamente los mecanismos involucrados en el dolor crónico, Blumer y Heilbronn (1982) consideran que no debe ser estudiado como una sensación, sino como un fenómeno psicológico. Haciendo referencia al afecto como decisivo en cuanto a su importancia, y mencionando el componente de discriminación sensorial o nociceptivo como irrelevante. Esta aseveración, la basan en el hecho de que el dolor puede surgir sin la consiguiente estimulación nociva.

El dolor crónico de origen incierto representa un fenómeno psicobiológico complejo, pero bien definido, y exhibe un cuadro diferente al del dolor agudo. Este cuadro, ha sido múltiplemente estudiado, y ha recibido diversos nombres a lo largo del tiempo. Entre ellos tenemos los siguientes: *Psychogenic pain disorder, psychalgia, pain prone disorder, chronic pain syndrome, non-organic chronic intractable pain* y recientemente *idiopathic pain disorder* (Chaturvedi, 1985).

Aunque no existe acuerdo respecto al nombre más adecuado para este cuadro, la mayoría de los investigadores concuerdan en cuanto a las características que exhiben los pacientes con dolor crónico.

De acuerdo con Blach (cit. pos Blumer y Heilbronn 1982) el rasgo inicial es una queja de dolor incongruente con los hallazgos físicos, la cual se prolonga en el tiempo

por un periodo de al menos seis meses. Además de ello, se presenta un relato de *"multiple physician contacts and many nonproductive diagnostic procedures; excessive preoccupation with the pain problem; an altered behavior patterns with some of de features of depression, anxiety, and neuroticism, and in particular no realistic plans for the distant future (Blumer y Heilbronn, 1982, p.381)".*(2)

El paciente con dolor crónico, se encuentra firmemente convencido de que tiene un problema orgánico. Así, buscan a uno y otro médico, pero evitan a psicólogos y psiquiatras.

Entre los primeros investigadores que han descrito las características que manifiestan los pacientes con dolor crónico, se encuentra Engel (1959). quien postula que la personalidad autopunitiva se encuentra en la base del dolor crónico. Este punto de vista ha sido frecuentemente aceptado, y posteriormente elaborado. Le Shan (cit. pos. Stein, Frutcher y Trief, 1983) considera que la dependencia y la culpa, son características sobresalientes que se asocian al dolor crónico. Por su parte, Atkinson (cit. pos. Elton, Stanley y Burrows, 1977) sostiene que la culpa y la personalidad autopunitiva, contribuyen a la génesis del dolor crónico intratable.

El inicio de este punto de vista lo estableció Engel (cit. pos. Merskey, comp. en Sternbach, 1978) al observar la relativa frecuencia con la cual algunos pacientes con dolor crónico, solicitaban operaciones innecesarias, así como el aparente gusto con el cual parecían soportar el dolor.

(2) "múltiples contactos médicos y muchos procedimientos diagnósticos improductivos, excesiva preocupación hacia el problema del dolor, un patrón alterado de conducta con alguna de las características de depresión, ansiedad, y neuroticismo, y en particular sin planes realistas para el futuro distante".

A partir de sus experiencias clínicas, Engel (1959) reporta la existencia de un grupo de personas las cuales parecían experimentar el dolor con intensidad y frecuencia poco usuales. En el caso de lesiones periféricas, aparentemente sufrían más dolor que la mayoría de las gentes, y con frecuencia presentaban dolor sin ningún proceso periférico. También refiere que la remisión o cura de las lesiones, tampoco les aliviaba el dolor. *"In other words, there are certain individuals, whom we shall call 'pain-prone', among whom psychic factors play the primary role in the genesis of pain, in the absence as well as in the presence of peripheral lesions (Engel, 1959, pág.902)".*⁽³⁾

La culpa consciente o inconsciente, invariablemente se encuentra en el origen del dolor crónico. El paciente, emplea el dolor como medio para expiar o aminorar sus culpas, y casi siempre manifiestan otros trastornos de la conducta. Habitualmente son depresivos, pesimistas, y tienden a devalorarse. Parecen no disfrutar de la vida, y su historia personal se encuentra matizada por una serie de derrotas y humillaciones, situaciones que muchas veces pudieron haber sido evitadas por el paciente (Engel, 1959).

En estos pacientes, la agresión, el sufrimiento y el dolor, jugaron un papel de importancia en las relaciones tempranas del sujeto. En la historia del paciente, podemos encontrar una o varias de las situaciones siguientes:

a) Uno o ambos padres, fueron físicamente o verbalmente agresivos con el niño, o entre ellos mismos. b) Uno de los padres fué brutal y el otro sumiso. En ocasiones, hubo un

(3) "En otras palabras, hay ciertos individuos, a quienes llamaremos 'inclinados-dolor' entre quienes el factor psíquico juega el papel primario en la génesis del dolor, en ausencia así como en presencia de lesiones periféricas".

padre alcohólico. c) Tuvo un padre punitivo, pero que sufría de culpas por su conducta, sobrecompensando su acción con desmesurado afecto. El niño logra establecer la secuencia: dolor y sufrimiento, conducen al amor. d) El padre fué habitualmente distante, pero se mostraba cariñoso cuando el niño enfermaba o le dolía algo, a tal grado que el niño inventaba enfermedades para llamar la atención del padre. e) El padre u otra figura importante para el niño sufrieron algún daño, del cual el niño se sintió culpable. Principalmente por las fantasías agresivas del niño. f) El niño se mostraba agresivo, conducta que era abandonada súbitamente a causa de algún evento exterior, generalmente cargado de culpa. g) El niño que reflejó la agresión hacia un padre en el otro, los hermanos o en sí mismo. Generalmente con gran culpa. (Engel, 1959).

La descripción dada por Engel en relación a las características y dinámica del paciente con inclinación al dolor, se ha convertido en un escrito clásico en la literatura referente al dolor. A partir de ello, una gran cantidad de artículos han descrito los aspectos psicodinámicos del dolor crónico. Igualmente, innumerables escritos han reiterado la estrecha relación que existe entre el dolor y las emociones (Rosenbaum, 1982).

Recientemente Blumer y Helbronn (1982) han planteado que el dolor crónico de origen incierto, puede considerarse un desorden psicobiológico con características psicodinámicas, clínicas-biográficas y genéticas que pueden ser claramente identificadas.

A partir de ello, han postulado que el dolor crónico conforma un desorden psiquiátrico con características propias, cuadro para el cual han sugerido el nombre de "*pain-prone disorder*".

Tomando como base la experiencia en el trato de pacientes con dolor crónico, Blumer y Heilbronn (1982) han descrito las características clínicas que consideran son relevantes en los casos de desorden de inclinación al dolor. (*Pain-Prone Disorder*). De acuerdo con ellos, el paciente que sufre un dolor de origen incierto, manifestará una preocupación hipocondriaca por el área dolorosa. A pesar de los repetidos exámenes, no se descubre problema alguno. Con cierta persistencia, el paciente solicita una solución para su padecimiento a través de medios quirúrgicos ya que considera que el dolor es el causante de su infelicidad.

A pesar de los evidentes conflictos interpersonales y dependencia de los pacientes, niegan cualquier dificultad, y describen su vida familiar en forma idealizada, mostrándose como sujetos independientes y manteniendo una imagen de "*solid citizen*" (ciudadano sólido) (Blumer y Heilbronn, 1982).

Los sujetos, tienden a mantener la imagen de ciudadano sólido, a pesar de la marcada necesidad de ser aceptados, y de depender de los demás. Así mismo, hay una marcada necesidad de recibir afecto y cuidados. Estas necesidades infantiles, no son reconocidas por el paciente, y la pasividad y sumisión del paciente son llevadas al extremo del masoquismo (Blumer y Heilbronn, 1982).

En la biografía del paciente, es frecuente una historia de sumisión y abusos sobre su persona, habitualmente iniciada en épocas tempranas de su vida, con trabajo y actividades dedicadas al servicio de la familia. El masoquismo, es llevado al extremo de elegir una pareja que les proporcione alguna clase de sufrimiento. Paradójicamente, el dolor aparece en el momento en que el paciente es privado de sus sufrimientos.

Frecuentemente, los pacientes relatan que han desempeñado trabajos físicos arduos o muy rutinarios, habitualmente iniciados en edades tempranas (niñez o adolescencia) y prolongados por periodos largos previos a la aparición del dolor. Esta sobreactividad e industriosisidad, representa un rasgo característico en el dolor crónico, y ha recibido el nombre de "ergomania", término que podría traducirse como manía por el trabajo (Blumer y Heilbronn, 1982).

A través de la actividad constante y el trabajo, cualquier rasgo de inseguridad y culpa pueden ser aliviados, sin embargo, tarde o temprano se manifestarán en un problema doloroso. Lo servicial e industrioso del paciente, les permite satisfacer sus necesidades masoquistas y su necesidad de aceptación. Cualquier conducta socialmente inaceptable genera culpa, y cualquier tendencia agresiva u hostil también son negadas, así el dolor permite al paciente satisfacer sus necesidades en forma indirecta, a la vez que le permite un respiro a sus actividades, sin abandonar la imagen que ha formado ante sí mismo y los demás (Blumer y Heilbronn, 1982).

El dolor transforma al ciudadano sólido en un sujeto inválido, con necesidad de dependencia, cuidados y pasividad. Esto sin embargo, sigue siendo negado por el paciente, y el sujeto insiste en que el dolor es el culpable de todas sus limitaciones y que a no ser por ello, él seguiría siendo un sujeto independiente y productivo. A partir de ahí, surge una yuxtaposición de papeles, transformandose la actividad en fatiga, asociada con incapacidad para gozar de la vida, el tiempo libre y las relaciones sociales y sexuales. Comunmente la incapacidad para gozar de la vida y disfrutar del tiempo libre, son características que se han presentado a lo largo de la vida del paciente (Blumer y Heilbronn, 1982).

La falta de energía y la pérdida de la capacidad para disfrutar de la vida, con frecuencia se acompañan de insomnio. Todas estas características, son síntomas de depresión sin embargo, los pacientes con dolor crónico niegan la existencia de humor depresivo, y frecuentemente mantienen el apetito. En caso de admitir alguna perturbación emocional, la atribuyen a la presencia del dolor. Si se les cuestiona acerca de su estado afectivo, el paciente contestará "Quién no va a sentirse deprimido con semejante dolor (Shanfiel y Kilingsworth, 1977)".

La entrevista con el paciente, permite descubrir una o varias de las características siguientes: a) Tienen una preocupación hipocondríaca por el dolor. b) Rechazan cualquier sugerencia respecto a la participación de factores psicológicos en el origen del dolor. c) Aceptan tener dificultades para expresar sus sentimientos, especialmente la ira. d) Se podrán describir como tristes o ansiosos, pero ello lo atribuyen al dolor. e) Existe un rechazo definitivo a aceptar problemas en su vida, aun cuando hayan evidencias de irritabilidad y problemas de relación con los demás (Pilowsky y Spence, cit. pos. Blumer y Heilbronn, 1982).

Toda la incapacidad y renuencia de los pacientes para aceptar y expresar sus problemas emocionales, parece surgir de la presencia de alexithymia, síndrome que se observa en muchos otros pacientes con trastornos psicósomáticos (Blumer y Heilbronn, 1982).

La alexithymia, provoca que el paciente tenga la tendencia a describir constantemente y con detalle el dolor o cualquier otro síntoma, sin la consiguiente asociación con los estados emocionales que acompañan al dolor (Sifneos, 1982).

La presencia de rasgos depresivos en los pacientes con dolor crónico, han llevado a Blumer y Heilbronn (1982) a postular que el dolor crónico "puede ser visto como una variante de la enfermedad depresiva". Dado que el dolor crónico carece de una explicación neurológica adecuada, se podría considerar que es la "expresión de un estado depresivo callado", el cual puede considerarse como una "depresión enmascarada" (ibid).

Es común reconocer un grupo de pacientes crónicos que se quejan de problemas tales como: cefaleas, dolor abdominal, síntomas de perturbación gastrointestinal, dolores en la parte inferior de la espalda, cansancio crónico etc. Repetidos y cuidadosos estudios, no arrojan datos que justifiquen estos síntomas. El análisis de rutina no arroja ningún dato que haga pensar en la depresión, o si existe algún indicio de ello será atribuido a la enfermedad misma. Diversos estudios, han demostrado que en algunos de estos casos se presenta la llamada "depresión encubierta" (Mendels, 1972).

La depresión frecuentemente se encuentra asociada con pensamientos hipocondríacos. El paciente podrá referir que todos sus síntomas depresivos son debidos a su malestar físico. No obstante, muchos pacientes sin evidencia de daño orgánico son despertados por "su dolor", y contrariamente a lo que se podría esperar, muchos pacientes con dolores claramente orgánicos son capaces de dormir bien. Por tanto, estas diferencias en los patrones de sueño, pueden tener una mejor explicación por la ansiedad y la depresión que por el origen del dolor (Shanfiel y Kelingsworth, op. cit.).

El considerar el dolor crónico como una variante de

la enfermedad depresiva, o como una depresión enmascarada, se basa en los hallazgos siguientes: a) El dolor crónico presenta muchos de los trastornos neurovegetativos que son propios de los cuadros depresivos. b) Los pacientes deprimidos, con frecuencia se quejan de dolor. c) Existe una alta incidencia de alcoholismo y desordenes afectivos entre los parientes de pacientes con dolor crónico. d) Las anomalías neuroendócrinas que se observan en los pacientes con dolor crónico son similares a las que presentan los sujetos deprimidos. e) Los medicamentos antidepressivos son muy efectivos en el tratamiento del dolor crónico. (France, Houpt, Skott, Rama-Krishnan y Varia 1985).

Aun cuando los datos clínicos presentados para describir el cuadro que muestra el paciente con inclinación al dolor puedan ser aceptados, el énfasis puesto en la depresión es exagerado. La presencia de depresión no es un rasgo sobresaliente, y quizá no sea mayor a la encontrada en otros cuadros psiquiátricos, como por ejemplo en la esquizofrenia (Merskey, 1982).

Kramlinger, Swanson y Maruta (1983) mencionan que la relación entre depresión y dolor crónico es de gran importancia clínica, y hacen alusión a una serie de investigaciones en las cuales se reporta la incidencia de estados depresivos en pacientes con dolor crónico. No obstante, los resultados son muy diversos y en algunos casos contradictorios. Así tenemos que, la prevalencia de depresión varía de extremadamente alta a extremadamente baja. Estas diferencias, pueden ser atribuidas a la muestra estudiada, los instrumentos, diferencias individuales en la descripción de la depresión y la carencia de controles metodológicos adecuados (Roy, Thomas y Matas, 1984).

Los pacientes deprimidos, con frecuencia sufren de dolor, y la mayoría de los pacientes con dolor están deprimidos. Por tanto, es muy difícil distinguir el problema inicial: dolor o depresión (Fordyce, op. cit.). La existencia de ambas entidades, es un motivo adicional para cuestionar al dolor crónico como una forma de depresión (Rosenbaum, 1982).

Sternbach (1978) refiere que los pacientes con dolor crónico generalmente aparecen como deprimidos en las pruebas psicológicas, sin embargo no muestran un humor depresivo. En su opinión, esta relación es meramente empírica, y puede deberse más a la presencia de síntomas somáticos propios de los dolores crónicos. La obvia presencia de síntomas neurovegetativos propios de la depresión y la falta de humor depresivo, pudiera deberse a la necesidad que tiene el paciente de demostrar que el dolor es real, y no es producto de su mente (Rosenbaum, 1982).

La patología subyacente a los dolores crónicos y la depresión es poco clara, aunque hay evidencia de disturbios en la actividad de la serotonina a nivel cerebral (Sternbach, 1978). Esta similitud, así como la respuesta de los pacientes a las drogas antidepresivas, sugieren alguna similitud entre el sustrato neuroquímico de la depresión y el dolor crónico. Sin embargo, no son prueba suficiente para afirmar que el dolor crónico es un trastorno equivalente a la depresión (Rosenbaum, 1982).

El síndrome de dolor crónico, es una entidad distinta a la enfermedad depresiva, aun cuando exista cierta sobreposición entre una y otra (Pilowsky, 1982). La conclusión en última instancia es que, una gran proporción de pacientes con dolor crónico, sufren de depresión. Pero es simplista igualar el dolor crónico con la depresión (Roy et al., 1984).

El desorden de inclinación al dolor, no puede ser considerado como una entidad nosológica, así como tampoco puede ser considerada como una variedad de depresión. Sin embargo, representa una adecuada descripción de las características que exhiben los pacientes que se quejan de dolor crónico (Winkour, 1982).

Cuando se describe un diagnóstico específico, es necesario enfatizar el diagnóstico por inclusión de síntomas y no por exclusión de ellos (Rosenbaum, 1982). Sin embargo, aun cuando Blumer y Heilbronn (cit. pos. Williams y Spitzer, 1982) aluden a "criterios de inclusión" y "características específicas" para definir el desorden de inclinación al dolor, de hecho solo incluyen aquellos aspectos que han considerado son relevantes, y que representan a la población por ellos estudiada.

Esta forma de definir el cuadro nosológico propuesto, contrasta con los criterios expuestos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 3ª edición (DSM-III), en el cual se establece como criterio necesario para el diagnóstico del "Dolor Psicógeno", la evidencia positiva de factores psicológicos en la etiología del dolor (Williams y Spitzer, 1982). Sin embargo, en el DSM-III no se hace mención a la cronicidad del dolor, en cambio se habla de un dolor en el cual se supone la existencia de factores psicológicos desencadenantes, independientemente del tiempo de evolución del padecimiento.

De acuerdo con el DSM-III, las características del Dolor Psicógeno son las siguientes:

El rasgo esencial es un cuadro en el que predomina la presencia de dolor, en ausencia de

hallazgos físicos adecuados, asociados a pruebas del papel etiológico de factores psicológicos. La alteración no es debida a ningún otro tipo de trastornos mentales.

El síntoma dolor o bien es ilógico desde el punto de vista de la distribución anatómica del sistema nervioso, o bien simula alguna entidad patológica conocida (tal como ocurre en la angina de pecho o la ciática) pero, en cambio, no puede ser explicado a través de una patología orgánica, sobre todo después de una exploración diagnóstica extensa.

De manera semejante, no existen mecanismos psicopatológicos que expliquen el dolor tal como ocurre por ejemplo en las jaquecas de tensión, causadas por espasmo muscular.

El hecho de que los factores psicológicos se encuentren etiológicamente involucrados en el dolor, puede ser puesto de manifiesto por una relación temporal entre un estímulo ambiental que aparentemente está relacionado con el conflicto o necesidad psicológica y la iniciación o exacerbación del dolor, o bien por el hecho de que el dolor permite al individuo evitar algún tipo de actividad que es nociva para él u obtener un apoyo ambiental que quizá no conseguiría de otra manera (1983, p.260).

Aun cuando en el DSM-III se establece la necesidad de identificar una asociación temporal entre el dolor y los factores psicológicos, esta relación frecuentemente no es identificada. Por tanto, se puede presumir que los factores psicológicos están presentes, aun cuando la evidencia de ello no sea requerida para formular el diagnóstico (Williams y Spitzer, 1982).

En aquellos casos en los cuales las causas físicas y psicológicas son desconocidas, se dice que el dolor es idiopático. Williams y Spitzer (1982), establecen como característica principal del dolor idiopático, la queja de un dolor severo y continuo, el cual perdura por un tiempo mínimo de seis meses en ausencia de hallazgos físicos que expliquen el dolor. Se presupone un factor psicológico desencadenante, aun cuando en algunos casos, se carece de la evidencia. El disturbo, no debe ser causado por Desorden de Somatización, Esquizofrenia o Depresión Mayor.

El dolor, no corresponde a ninguna distribución de los dermatomas, y en algunas casos, imita un cuadro nosológico conocido. En todos los casos, el dolor no puede ser explicado por una patología orgánica, a pesar de haberse practicado un meticuloso exámen. Así mismo, ningún mecanismo patofisiológico (tal como la tensión muscular) explica el dolor.

Los síntomas depresivos se presentan con frecuencia, particularmente anhedonia e insomnio. Los sujetos con este desorden, tienden a tener dificultades para reconocer y verbalizar sus sentimientos y frecuentemente minimizan o niegan las dificultades interpersonales.

Williams y Spitzer (1982) denominan a este cuadro Desorden de Dolor Idiopático, y corresponde al cuadro del Desorden de Inclinación al dolor. Sin embargo Chaturvedi (op. cit.), menciona que el dolor idiopático es un cuadro con características diferentes al dolor crónico, y debiese ser considerado en una clasificación separada, aun cuando menciona que en la actualidad no se encuentra suficientemente estudiado. Así, establece la necesidad de estudiar a fondo los mecanismos que generan el dolor, postulando que los instrumentos físicos y psicológicos que se emplean para estudiar el dolor, pueden ser poco sensibles.

Los intentos tempranos de diferenciar el dolor como "psíquico-funcional" del "orgánico-somático", han resultado ser simplistas. Como se ha visto, el dolor es un fenómeno sumamente complejo y no es posible entenderlo en forma aislada, particularmente en el caso de problemas crónicos (Merskey, 1973, cit. pos Shanfield y Kelingsworth, 1977).

Al considerar diversos aspectos como causa de dolor, se posibilita un diagnóstico adecuado. A la vez, se evita la conclusión errónea y frecuente: si el paciente no tiene una causa demostrable, entonces no tiene un problema de dolor (Merskey, 1978).

Es necesario recordar y reconocer que, tanto mecanismos fisiológicos así como psicológicos, pueden desembocar en un daño o enfermedad. El dolor por tanto, es el resultado de la acción conjunta de ambos, operando en paralelo. La clasificación causal de "psicógeno" y "somatogénico", no debería existir, ya que una y otra no son mutuamente excluyentes (Sternbach, 1978).

Una adecuada pero no excesiva investigación de posibles causas físicas, es necesaria (Merskey, 1980). Una vez que la base somática ha sido descartada, y el origen del dolor se considera como desconocido, la exploración física debe ser frenada, y los inútiles tratamientos quirúrgicos evitados (Blumer y Heirlbronn, 1982). El dilema para el médico es evaluar que tan lejos llevar el diagnóstico y el tratamiento (Rosenbaum, 1982).

La evidencia de exámenes infructuosos, procedimientos quirúrgicos inútiles y fracaso de los tratamientos ensayados, incrementa la posibilidad de un componente psicológico (Maruta y Swanson, 1977).

El reporte por parte del paciente de un severo dolor, no es necesariamente un indicador para la neurocirugía. Se debe considerar que el paciente puede estar reaccionando en forma exagerada al dolor (Walker, 1982). En los pacientes con dolor crónico, los procedimientos quirúrgicos con frecuencia agravan la situación del paciente, en vez de mejorarla (Merskey, 1980; Sifneos, 1982). Sólo en aquellos casos en los cuales se descubran hallazgos neurológicos objetivos se debiese considerar la posibilidad de cirugía; y únicamente cuando la depresión, ansiedad o insomnio no confunden el cuadro clínico. En caso de dolores muy severos, la cirugía debiese ser contemplada para aquellos pacientes con dolor maligno intratable, debido a estados patológicos terminales (Walker, 1982). No obstante, la angustia y las exigencias del paciente, con frecuencia "sirve para forzar la mano del cirujano (Rosenbaum, 1982)".

Si se toma en cuenta que el paciente con dolor crónico generalmente hace referencia cuidadosa a trastornos eminentemente físicos, y dada la aparente carencia de sufrimiento y preocupación; encontramos que se convierten en buenos candidatos para la cirugía. Estas características, propias de la alexithymia, cuando emergen ante un médico que no las reconozca, podrán culminar en cirugías innecesarias e inútiles (Sifneos, 1982). Así, la consulta psiquiátrica es buscada después que los tratamientos infructuosos han oscurecido el cuadro con secuelas post-operatorias, tales como aracnoiditis o neuropatía traumática (Rosenbaum, 1982).

La evaluación psicológica o psiquiátrica, no deben emplearse como último recurso disponible para explicar el dolor. Por el contrario, deben proveer la información adicional que ayude a comprender la forma en como el paciente se encuentra usando el dolor (Merskey, 1978).

Si el examen físico no ha revelado una explicación adecuada para el dolor, el exámen psicológico o psiquiátrico se encuentran indicados. La investigación debe de ser completa, e impulsarse al punto de convergencia entre estados físicos y psicológicos que provean correlaciones importantes con la presencia del dolor. La advertencia de datos positivos, es necesaria para poder emitir el diagnóstico. El empleo de estudios especiales, no debe de descartarse por la suposición de un problema funcional (Walters, cit.pos. Merskey, 1978).

Una descripción clara del cuadro doloroso, debe contener una "historia del dolor (trimble, op.cit.)", haciendo énfasis en las situaciones que lo desencadenan, para relacionarlas con la historia personal del paciente. Se deben evaluar aquellas situaciones que potencialmente pueden estar reforzando la conducta o papel de enfermo (Rosenbaum, 1982).

Maruta y Swanson (1977) proporciona un esbozo de los componentes que deben ser evaluados en una historia del dolor. En ella, se deben incluir los aspectos siguientes: Características de la queja dolorosa y quejas asociadas; uso de drogas, ya sea relacionadas o no con el dolor; ocupación y aspectos económicos; las relaciones familiares y sociales; la historia personal del paciente y la familia. También es necesario evaluar la personalidad, estado mental y conductas del paciente.

Se deben alcarar las circunstancias que rodean a la aparición del dolor tales como: iniciación, intensidad, localización, duración y tiempo de evolución. Igualmente, es necesario investigar el tipo de tratamiento ensayado y el éxito obtenido. El paciente debe ser invitado a estimar la la severidad del dolor en una escala de 0 a 10. De esta forma,

es posible evaluar la conducta dolorosa observada, en relación con la sensación subjetiva del paciente. Algunos de ellos, indican que su dolor está a un nivel de 10, cuando conservan una sonrisa y no exhiben problema alguno (Maruta y Swanson, 1977).

Es común escuchar en los relatos de los pacientes, quejas asociadas al dolor tales como: insomnio, pérdida de energía e intereses, tristeza, etc. La mayoría de estas quejas se asocian a los cuadros depresivos, sin embargo el sujeto las atribuye al dolor y niega disturbios emocionales.

La historia del uso de drogas es una situación que debe ser evaluada (Maruta y Swanson, 1977). El paciente puede ser adicto a varios medicamentos, circulando desde los analgésicos no narcóticos hasta los barbitúricos y las amfetaminas (Shanfiel y Kellingsworth, 1977).

Es necesario investigar si la medicación ha sido prescrita por el médico, o si el paciente se ha automedicado. Generalmente los medicamentos se prescriben "por razón necesaria", con lo cual se refuerza al paciente en su convicción de papel de enfermo. Así mismo, los medicamentos narcóticos refuerzan su ingestión y provocan adicción. Esto, se provoca por el estado de euforia y relajación que producen, además de su efecto analgésico (Shanfiel y Kellingsworth, 1977).

La relación entre el dolor y una posible recompensa económica debe ser explorada. La expectativa de un beneficio económico incrementa la atención del sujeto hacia el área dolorosa y refuerza la conducta dolorosa. Aun cuando el paciente manifieste un genuino desinterés por el dinero (Maruta y Swanson, 1977).

La mayoría de los pacientes han iniciado su vida laboral en épocas tempranas de su vida, y han mantenido trabajos estables hasta el momento en que aparece el dolor. De esta forma, el dolor parece aliviar las presiones laborales o representa una expectativa de remuneración económica (Rosenbaum, 1982). Muchos de ellos, sin embargo, rechazan la posibilidad de que exista alguna relación entre el dolor y una posible recompensa económica, y manifiestan un genuino deseo de reintegrarse a sus labores en el momento en el cual el dolor remita.

La sociedad y la familia son variables de importancia en la respuesta del sujeto al dolor. En las culturas americanas, el dolor provee al sujeto del papel de enfermo, confiriéndole los derechos y cuidados propios de su estado. Con esta situación, se refuerza la conducta de enfermo (Shanfieldy Killingsworth, 1977). Por tanto, es importante elaborar una historia familiar, en la cual se contemplen los padecimientos sufridos por los familiares cercanos (en especial dolorosos), e indagar como vivió el paciente esta situación. La existencia de algún familiar cercano con problemas de dolor crónico, podrá servir de modelo de identificación para el paciente (Maruta y Swanson, 1977).

Una breve historia personal del paciente es necesaria. Debe contener el nivel educativo, padecimientos de la infancia, cirugías, propensión a los accidentes, uso de drogas o alcohol, desordenes psiquiátricos, etc. En general, debe indagarse cualquier dato que ayude a aclarar el cuadro doloroso.

La evaluación del estado mental y afectivo del paciente, puede iniciarse a lo largo de la entrevista. Las constantes quejas del paciente, a pesar de carecer de hallazgos

físicos, es un indicador de pensamiento hipocondriaco (Maruta y Swanson, 1977). El paciente se mostrará extremadamente preocupado por su cuerpo y temeroso de la enfermedad. En algunos casos, la preocupación por el cuerpo puede llegar a tomar dimensiones psicóticas y delirantes (Shanfiel y Kellingsworth, 1977).

La depresión con frecuencia se asocia al pensamiento hipocondriaco, pero el paciente niega sus problemas. A pesar de ello, es posible encontrar evidencias de desordenes afectivos a través de las quejas y dramatización que el paciente hace de su dolor (Shanfiel y Kellingsworth, 1977).

Las conductas repetitivas del paciente deben ser observadas cuidadosamente. Estas conductas pueden ser verbales (quejas constantes de dolor, llanto, gritos, etc.) o no verbales (movimientos, gestos, etc.), y con frecuencia indican la presencia de un componente psicológico del dolor.

Muchos pacientes con patología somática sin causa aparente, automáticamente son considerados como histéricos (Blumer y Heilbronn, 1982). Sin embargo, no es posible emitir este diagnóstico por el simple hecho de carecer de hallazgos físicos, es necesario descubrir evidencias de la existencia de un conflicto emocional que está manifestándose a través del cuerpo. En algunos pacientes, se encontrarán evidencias de mecanismos de tipo conversivo, de personalidad histérica o un pasado con síntomas conversivos. A pesar de ello, siempre es difícil diferenciar cuando es un síntoma conversivo y cuando es psicósomático (Merskey, 1982). En general, se puede decir que la aparente tranquilidad con la cual refieren sus síntomas algunos pacientes, contrastará con el colorido y la exageración de los pacientes histéricos.

Habiendo reunido evidencias de las características sobresalientes del desorden de propensión al dolor, es necesario elaborar una lista completa y escalas que hagan confiable el diagnóstico, dada las características individuales que exhibe cada paciente. No obstante, en la actualidad se carece de métodos estandarizados de diagnóstico (Rosenbaum, 1982).

Muchas incapacidades y sufrimientos podrían ser evitados, si los pacientes en los cuales se descubren hallazgos compatibles con el desorden de propensión al dolor fueran manejados mediante la perspectiva psicósomática (Rosenbaum, 1982).

Blumer y Heilbronn (op.cit.) han establecido un esbozo general para el tratamiento del dolor crónico. En él, se establece que el uso de analgésicos debe ser reducido, hasta evitar su empleo. La actividad del paciente, deberá ser incrementada gradualmente, complementada con terapia conductual y administración de antidepresivos. Según sus conceptos, la psicoterapia no está indicada, dado que requiere de la verbalización de sentimientos para lo cual, los pacientes tienen dificultad.

El uso de analgésicos y ansiolíticos está contraindicado. Su empleo, no alivia substancialmente el dolor, y en cambio si refuerza la conducta dolorosa. Así mismo, provocan habituación y tendencia a exacerbar la sintomatología depresiva. En cambio, pueden ser administrados antidepresivos, los cuales no provocan habituación y mejoran el dolor. El empleo de antidepresivos, deberá ser acompañado de terapia conductual, con lo cual se incrementa la efectividad del tratamiento (Blumer y Heilbronn, 1982).

Si el paciente es dependiente de los analgésicos,

no deben ser administrados "por razón necesaria", sino que, deben ser administrados a intervalos, y reducidos gradualmente.

La actividad del paciente, deberá ser incrementada paulatinamente. Mediante el empleo de "cuotas", se podrá alcanzar una actividad similar a la desarrollada por el paciente antes de la aparición del dolor. La familia debe ser instruida para no ser solícitos con el dolor, y en cambio deberá reforzar cualquier intento del paciente por ser más activo (Blumer y Heilbronn, 1982).

El paciente, debe ser reintegrado a su trabajo. La pensión por invalidez, deberá ser evitada hasta donde sea posible, ya que es una solución indeseable en aquellos casos en los cuales no existen hallazgos físicos significativos. La disminución de actividad, y la monotonía de la vida, pueden agravar la sintomatología depresiva. En la práctica, el paciente puede ser mantenido en sus labores si es abordado oportuna y adecuadamente (Blumer y Heilbronn, 1982).

A pesar de que se mencione que la psicoterapia no está indicada, se han alcanzado éxitos mediante el uso de terapia de pareja, terapia cognitiva, terapia conductual y psicoterapia. La atención, distracción y placebos también son útiles (Merskey, 1980).

El empleo de antidepresivos, no es la panacea para el dolor. Por tanto, de acuerdo con Roy, Thomas y Matas (1984) es necesario identificar la presencia de humor depresivo antes de implementar un tratamiento antidepresivo. Sin embargo Rosenbaum (1982) establece que, la ausencia de humor depresivo no es suficiente para invalidar el tratamiento con antidepresivos.

En ausencia de humor depresivo, la anergia, anhedonia, anorexia o los trastornos del sueño, son suficientes para justificar el tratamiento con antidepresivos. Aun cuando el reporte de dolor varíe poco, los síntomas anteriores suelen mejorar (Rosenbaum, 1982). A pesar de esto, cuando los síntomas "psiquiátricos" no son evidentes, los médicos no psiquiatras concluyen que el paciente no tiene ninguna enfermedad y "que se trata de una persona nerviosa que debe tratar de controlarse (Calderón, 1985, pág.115)". Por tanto, " Y como corolario de esta salomónica declaración prescribe algún medicamento ansiolítico y archiva el expediente del enfermo (ibid)".

De todo lo anterior, podemos establecer que, cuando se presenta un dolor crónico intratable, la perspectiva psicossomática surge como recurso para abordar el problema. En principio, se debe considerar el postulado básico: Observar al enfermo como una unidad indisoluble, en la cual interactúan aspectos biopsicosociales para el mantenimiento de la salud. Si se logra entender este principio, se habrá dado un gran paso hacia la comprensión del padecimiento.

Una vez comprendido lo anterior, el camino hacia la investigación y el tratamiento del padecimiento, se encuentra preparado. La evaluación del enfermo, deberá proveer suficiente información como para identificar y comprender la forma en como el paciente está enfrentando su enfermedad. Al poseerse suficiente información, se podrá elaborar una hipótesis que guíe el tratamiento.

En los padecimientos primordialmente orgánicos, se cuenta con una gran cantidad de recursos de evaluación y tratamiento y generalmente se obtiene éxito. Pero, cuando la causa se desconoce, con frecuencia se olvida que el paciente es una unidad, y aun cuando se repita, en la práctica se omite.

1.4. *La lumbalgia. Aspectos somáticos y psicológicos.*

1.41. *Aspectos somáticos.*

La lumbalgia (Dolor de espalda baja. *Lumbus* = lomo y *algos* = dolor) es uno de los padecimientos que se atiende con mayor frecuencia en medicina general. No obstante, representa grandes inconvenientes, tanto para el médico como para el paciente, por ser un síntoma con causas muy diversas. El problema se hace más complejo cuando observamos que muchos pacientes con lumbalgia no manifiestan, en un momento dado, alteraciones orgánicas que justifiquen la aparición del dolor. Sosteniéndose comunmente que el dolor refleja disturbios de índole psicológica. Aunado a ésto, algunos pacientes reciben tratamientos muy prolongados, sin que se observe remisión del dolor (France, Houpt, Skott, Krishnan y Varía, 1986; Hastings, 1978; Keim, 1973; Magni, 1984).

Aun y cuando en la actualidad se conoce bastante bien la biomecánica de la columna vertebral, y ello explica muchos de los dolores lumbares, quedan por aclarar muchos puntos, entre ellos "el papel del psiquismo en estas enfermedades...(Keim, 1973, pág.3)".

Tanto en las vértebras como en las estructuras asociadas a ellas, se han encontrado terminaciones nerviosas sensibles al dolor. Las fibras de estas terminaciones sensitivas, se unen para formar parte de los nervios espinales sacros y lumbares. Siendo la espalda una zona de gran movilidad, es frecuente que se lesione, con la consiguiente aparición de dolor (Harrison, 1973, cap.13).

La columna vertebral se encuentra formada por 33

bloques superpuestos ligeramente móviles (las vértebras), los cuales, se encuentran unidos entre sí por la acción conjunta de músculos y ligamentos. Cada vértebra se encuentra separada de otra por los discos intervertebrales, constituidos de una sustancia gelatinosa (núcleo central pulposo) rodeada de un tejido en forma de fibras (el anillo fibroso). El disco actúa como amortiguador, disipando la tensión mecánica (Keim,1973).⁽¹⁾

Las 33 vértebras se dividen, de acuerdo con la región anatómica en que se ubican, en: 7 cervicales, 12 torácicas, 5 lumbares, 5 sacras y 4 coxígeas. Las primeras 24 son móviles (cervicales, torácicas y lumbares), de las nueve restantes, las cinco sacras se encuentran fusionadas en el hueso llamado sacro y las cuatro finales a menudo forman el cóccix (Gardner, Gray y O'Rahilly, 1974, cap.48).

Vista de perfil, la columna vertebral adulta presenta cuatro curvaturas: dos llamadas lordosis, una cervical y una lumbar, y dos compensatorias llamadas cifosis, la torácica y la sacra (Gardner et al., 1974). En la posición normal de la columna, la cifosis y la lordosis se encuentran equilibradas para dar estabilidad al cuerpo. Sin embargo, cifosis y lordosis se usan más frecuentemente para referirse a incurvaturas muy pronunciadas, producto de condiciones patológicas de la columna.

La vértebra tipo se compone de: un cuerpo vertebral, un arco y varias salientes o apófisis que sirven para la articulación e inserción de los músculos. ⁽²⁾

(1) El esquema anatómico de la columna vertebral, se presenta en el apéndice A.

(2) El esquema anatómico de la vértebra tipo, se aprecia en el apéndice B.

El cuerpo vertebral es la porción que proporciona resistencia y soporta el peso. Cada uno de ellos, se encuentra separado del cuerpo adyacente por medio de los discos intervertebrales.

Por detrás del cuerpo vertebral, se articula el arco vertebral, el cual conjuntamente con la cara posterior del cuerpo forman el canal medular. Este último, es el sitio que aloja y protege a la médula espinal. El borde inferior de cada arco presenta una especie de semicírculo o escotadura vertebral profunda, y el borde superior, un surco de menor profundidad. Dos escotaduras adyacentes (una superior y otra inferior), junto con el cuerpo vertebral, forman un agujero o forámen intervertebral, a través del cual pasan los nervios espinales y sus vasos. Al pasar por este agujero, los nervios son particularmente sensibles a recibir lesiones (Keim, 1973; Gardner et al., 1974, cap.48).

La vértebra presenta tres tipos de prolongaciones o apófisis, las cuales se desprenden del arco vertebral. Estas son llamadas: apófisis espinosa, apófisis transversa y apófisis articular.

La apófisis espinosa es única, y se dirige hacia la parte posterior partiendo del arco vertebral. A cada lado del arco vertebral emergen las dos apófisis transversas y del mismo arco, hacia arriba y abajo, surgen las cuatro apófisis articulares (dos superiores y dos inferiores), en cuya superficie o faceta se articula una vértebra con otra.

El dolor lumbar generalmente se origina por trastornos en las estructuras que componen la columna o que están asociadas a ella. De entre ellos, es muy frecuente la degeneración del tejido conjuntivo de la región lumbo-sacra,

producto del esfuerzo constante sobre esa zona, de la posición erecta del hombre (Berkow, 1982). El diagnóstico es un tanto difícil, ya que la columna es menos accesible a la exploración física que otras regiones. Además, con frecuencia existe una combinación de circunstancias, más que un factor desencadenante único (Keim, op. cit.).

De acuerdo con Keim (1973, pág.9), los agentes etiológicos de la lumbalgia son los siguientes:

- I. Trastornos congénitos: tropismo de las facetas articulares, sacralización o lumbarización.
- II. Tumores: benignos y malignos.
- III. Traumatismos: distensión lumbar, fracturas de compresión, fracturas de las apófisis transversas, subluxación de la articulación vertebral, espondilolisis y espondilolistesis.
- IV. Intoxicaciones.
- V. Trastornos metabólicos.
- VI. Enfermedades inflamatorias.
- VII. Enfermedades degenerativas: espondilosis, osteoartritis, hernia de disco.
- VIII. Infecciones: agudas y crónicas.
- IX. Trastornos circulatorios.
- X. Causas mecánicas: Intrínsecas como hipotonía muscular, distensión crónica postural, vértebras inestables. Extrínsecas como fibromas uterinos, tumores o infecciones pélvicas, enfermedades de la cadera, enfermedades prostáticas, infecciones y distensiones de la articulación sacroiliaca, escoliosis lumbar no tratada.
- XII. Problemas psiconeuróticos.

Esta clasificación si bien no es exhaustiva, cubre la mayoría de causas de lumbalgia. Tomando como base la misma, a continuación pasaremos a describir muy brevemente cada uno de los puntos mencionados.

I. Trastornos congénitos. Las pequeñas anomalías en las vértebras son muy frecuentes, por tanto, es necesario ser muy cuidadoso al aceptarlas como causa del dolor. Los dismorfismos de la columna por sí mismo no son dolorosos, pero cobran importancia por predisponer a esfuerzos exagerados, permitir la movilidad excesiva o favorecer la adopción de posturas anormales.

Dentro de los trastornos congénitos, podemos mencionar el tropismo facetario. En la región lumbar las facetas (superficie o cara) articulares se encuentran orientadas en dirección a un plano sagital. Una orientación anormal (tropismo facetario) o la presencia de formas anómalas (dismorfismo) provee a la articulación de una tensión anormal que resulta dolorosa.

Una modificación en el número de vértebras móviles de la columna, es otra alteración congénita productora de lumbalgia. La lumbarización de la primera vértebra sacra, provee al paciente de seis vértebras lumbares, originando con ello mayor tensión sobre la articulación lumbosacra, con la consiguiente producción de dolor. Por otro lado, la sacralización de la quinta vértebra lumbar, resta al paciente una vértebra móvil que se fusiona al sacro. Esta situación, habitualmente no es dolorosa si está sólidamente incorporada, sin embargo, si la fusión es parcial origina grandes molestias.

II. Tumores. Un tumor es un crecimiento anormal de tejido, debido a un mal funcionamiento de las células. La masa de tejido anormal es parecida en su estructura a los tejidos normales de donde proviene, pero no cumple sus funciones y tiende a persistir y aumentar de volumen.

Los tumores pueden presentarse en la médula espinal o en la columna y ser benignos o malignos. Un tumor benigno puede afectar hueso, tejidos blandos o estructuras neurales como las raíces nerviosas o las meninges.

Un ejemplo de tumor en hueso benigno es el osteoma osteoide, que produce un fuerte dolor lumbar principalmente por la noche. Dolor que paradójicamente es aliviado por la aspirina. El tumor generalmente se aloja en el arco vertebral y puede ser extirpado quirúrgicamente.

En general, los tumores benignos al aumentar de tamaño provocan compresión en los tejidos blandos y/o las estructuras neuronales. Aun siendo benignos, pueden alterar grandemente las funciones medulares por la compresión generada por el crecimiento expansivo. El tumor se diagnostica mediante el examen neurológico asociado a estudios radiológicos como la mielografía.

Los tumores malignos pueden originarse: localmente en una estructura ósea o nerviosa, o ser producto de la diseminación (metástasis) de un tumor primitivo originado en otra parte del cuerpo. Los tumores malignos secundarios, son frecuentes en la columna debido a la profusa irrigación venosa. Los sitios más frecuentes de partida de un tumor secundario son: mama, próstata, riñón pulmón y tiroides.

El tumor maligno primario más común en hueso es el mieloma múltiple, tumor que invade el tejido esponjoso y tiene como primer síntoma la lumbalgia. Suele presentarse en hombres mayores de 40 años.

III. Traumatismos. Los traumatismos son una causa muy común de lumbalgia, debido a las constantes lesiones de la

región lumbar, producto de esfuerzos, caídas, lesiones deportivas, etc., lo cual provoca distensión lumbar aguda o crónica. La distensión es una lesión menor que no produce gran daño estructural. La fuerza mecánica anormal que la produce puede ser súbita o ligera y duradera.

Los atletas y jóvenes, rara vez se lesionan la espalda, sin embargo, las personas mayores de 30 años están más propensas a sufrir lesiones por la mala condición física en que generalmente se encuentran.

La lumbalgia, también es frecuente en las mujeres con embarazos repetidos con excesivo aumento de peso. A menudo desarrollan debilidad del tono muscular y descompensación de la columna que produce dolor crónico.

Otra consecuencia de los traumatismos son las fracturas de compresión, fractura en la cual la parte anterior de los cuerpos vertebrales se comprimen entre sí. Son producto de caídas y casi siempre afectan las vértebras lumbares y torácicas. La fractura por sí sola es dolorosa, pudiendo además estar comprometidas las estructuras asociadas.

La subluxación o separación parcial de una articulación vertebral lumbar, conocida como síndrome de la faceta articular, es otra causa de lumbalgia intensa por la distensión en la articulación y estructuras asociadas.

La espondilolisis es un defecto en la porción articular de la vértebra, esta zona es sustituida por tejido cartilaginoso en vez del tejido compacto normal. El debilitamiento de la zona articular permite el desplazamiento hacia adelante del cuerpo vertebral, quedando en su sitio la

porción correspondiente al arco vertebral. Este deslizamiento del cuerpo de la vértebra se conoce como espondilolistesis. Aunque el origen del padecimiento es congénito, muchos de los síntomas lumbares se desencadenan por un accidente. Por ende, se incluye como traumático.

IV. Intoxicaciones. Las intoxicaciones por sí solas, no son productoras de lumbalgia. No obstante, se ha podido apreciar incremento en las fracturas de las vértebras, necrosis del hueso y sarcomas óseos (una forma de tumor); secundarios a la exposición repetida a materiales radioactivos.

V. Trastornos metabólicos. Los trastornos metabólicos son causa poco frecuente de lumbalgia. De entre ellos, la osteoporosis es el más común. Esta última, consiste en la disminución de la cantidad de material óseo en relación al volumen total, haciendo al hueso poroso y frágil por lo cual fácilmente se fractura. Esta mengua en la densidad del hueso, se produce por un problema metabólico en la síntesis de proteínas, de tal forma, que el hueso destruido no puede ser remplazado. Los huesos vertebrales son los que primeramente manifiestan el trastorno osteoporótico. La osteoporosis puede favorecer las fracturas por compresión, propiciando que el disco invada los cuerpos vertebrales. En la enfermedad por osteoporosis, es frecuente la disminución de la altura, por la acentuación de la lordosis y la cifosis.

VI. Enfermedades inflamatorias. La inflamación, es la reacción de un tejido a una lesión, infección o irritación. Esta reacción, comprende enrojecimiento, aumento de temperatura, hinchazón y trastornos circulatorios.

La artritis reumatoide, es un proceso inflamatorio que ataca a la articulación y estructuras afines. Puede

provocar lumbalgia debido a la degeneración de los discos, y del tejido de conjunción. La inflamación puede presentarse en forma generalizada y la columna ser solo una parte afectada, o puede limitarse casi exclusivamente a la columna, cadera y articulación sacroiliaca. Esto último, se conoce como espondilitis anquilosante.

En la espondilitis anquilosante, la molestia inicial es rigidez y dolor en la espalda baja. En ocasiones se presentan síntomas más vagos como cansancio o molestias en la espalda. En general los síntomas tienden a desaparecer con el paso del tiempo, al fusionarse las vértebras afectadas.

VII. Enfermedades degenerativas. Como enfermedades degenerativas citaremos tres: la espondilosis, la osteoartritis y la hernia discal (disección degenerativa). Esta última, es la que reviste mayor importancia, dado que es una de las causas más comunes de dolor lumbar.

La degeneración, es una alteración de los tejidos o estructuras anatómicas, que deteriora la calidad de la función. En ocasiones, el tejido degenerado realiza la función de tejidos menos especializados.

La espondilosis, es una degeneración del disco intervertebral, con formación de hueso nuevo en la periferia de la vértebra, llegando a fusionar las vértebras adyacentes al disco degenerado. Con frecuencia, la espondilosis es asintomática, y la sintomatología se desencadena como consecuencia de algún traumatismo.

La osteoartritis, es otra enfermedad degenerativa. Se manifiesta en los elementos conforman la columna y otras

estructuras óseas, en forma de desgaste. Generalmente, las articulaciones vertebrales son las más afectadas, deteriorandose progresivamente las estructuras que la conforman. En múltiples ocasiones, los ligamentos y tejidos de sosten se osifican, provocando graves molestias al paciente. La osteoartrosis parece tener su origen en el sometimiento de la columna a excesivos esfuerzos durante la juventud.

La discopatía degenerativa o hernia discal, es frecuente en los adultos entre 25 y 50 años. La degeneración del disco, da como resultado una abertura en la región posterior del anillo fibroso. Esta ruptura permite la herniación del núcleo central pulposo dentro del canal medular. La herniación del núcleo pulposo comprime las raíces de los nervios espinales, en consecuencia, se produce un área inflamatoria por la irritación mecánica de dicha raíz. De igual forma, las raíces motoras del nervio son afectadas provocando debilidad muscular y disminución de los reflejos osteotendinosos.

El cuadro clínico más frecuente en la hernia de disco, es la aparición de lumbalgia, la cual se presenta súbitamente o a pocas horas después de un traumatismo.

VIII. Infecciones. La invasión de los tejidos por microorganismos (infección) juega un papel diagnóstico muy importante en la lumbalgia, ya sea que se trate de infecciones agudas o crónicas.

Una infección aguda generalmente se origina en otra zona del cuerpo, y se transmite a la columna a través de la sangre. Por otro lado, cualquier persona que sea sometida a cirugía se encuentra propensa a infectarse, siendo menos frecuente la infección de la columna como resultado de la

cirugía directa sobre esta última.

En todos los casos de infección aguda de columna, la lumbalgia intensa se encuentra presente.

La infección crónica, produce también lumbalgia incapacitante. La tuberculosis de columna, como todos los casos de infecciones crónicas, provoca severas alteraciones en la columna, con destrucción de los discos intervertebrales y osteoporosis. La tuberculosis debe de ser considerada como posible diagnóstico en los casos de lumbalgia.

IX. Trastornos circulatorios. El aneurisma o dilatación de la arteria abdominal, puede provocar una lumbalgia que se asemeja a la producida por la hernia discal o los tumores. Generalmente se presenta en varones de edad superior a los 50 años, con queja de dolor profundo y frialdad en los pies. El pulso periférico disminuye, y la temperatura cutánea de las extremidades es inferior a la normal.

Otra alteración circulatoria que produce lumbalgia es la obstrucción por un coágulo de la arteria terminal, llamada oclusión trombótica. El cuadro que se presenta, puede ser semejante al de hernia de disco, con fatiga, debilidad y atrofia muscular. El ejercicio se acompaña de dolor en la espalda, nalgas, muslos y piernas. En el varón aparece impotencia.

X. Causas mecánicas. En este grupo, se integran aquellas enfermedades que provocan un desequilibrio en las fuerzas que mantienen al cuerpo en una posición adecuada. De entre ellas, la lumbalgia postural es un trastorno muy común, debido a la mala posición que adoptan las personas, principalmente las mujeres. Entre ellos, podemos mencionar

el uso prolongado de tacones altos, obesidad, embarazos repetidos con sobrepeso, etc.

La lumbalgia postural se manifiesta en primer lugar en la parte baja de la espalda, y se irradia vagamente hacia la pierna, sin seguir el curso preciso de un dermatoma. El dolor tiende a incrementarse durante el día, y se agrava cuando el paciente se pone de pie. Con la corrección de los hábitos posturales y ejercicios, los pacientes mejoran notablemente (Hastings, 1978).

La vértebras inestables, debido a una mala sujeción entre sí, es otra causa de lumbalgia. En este caso, la vértebra se desliza hacia adelante y atrás sobre la vértebra situada por debajo, con la consiguiente aparición de dolor.

La escoliosis idiopática (curvatura lateral de la columna de origen indeterminado) no tratada durante la adolescencia, en la edad adulta puede producir una grave lumbalgia. La escoliosis, se acompaña de desequilibrio en la pelvis que conduce a una artrosis degenerativa de cadera, acompañada de lumbalgia.

Las consideradas como causas mecánicas extrínsecas, de hecho son condiciones patológicas surgidas en los órganos alojados en la pelvis, lo cual provoca un dolor reflejado en forma de lumbalgia. Estos es, el dolor se origina en algún órgano pélvico y se siente como dolor lumbar.

En las mujeres, las lesiones intrauterinas y del cervix frecuentemente están involucradas (Hastings, 1978). Es común encontrar retroversión de matriz, endometritis, miomatosis, quistes ováricos, infecciones pélvicas y cervicitis crónica.

En el hombre, se presentan principalmente enfermedades prostáticas. Entre ellas, se encuentran la hipertrofia benigna, carcinomas, infecciones y prostatitis.

Los trastornos abdominales pueden ser considerados como causas de lumbalgia. Las úlceras pépticas, cuando llegan a penetrar al pancreas, provocan dolor irradiado hacia la espalda (Hastings, 1978). Los cálculos renales, las infecciones renales y las neoplasias, también provocan lumbalgia.

XI.- Problemas psiconeuróticos. A fin de respetar la clasificación de Keim, se mencionan aquellas causas que considera como psicológicas en la lumbalgia. Sin embargo, el desarrollo de los aspectos psicológicos de la lumbalgia, se hará en el título siguiente.

Como problemas psiconeuróticos, tenemos al paciente histérico, al simulador y al "siniestrado".

En el paciente histérico, el dolor tiene un origen "en el subconsciente", en tanto que el simulador, "imita conscientemente los síntomas", con la finalidad de conseguir algún beneficio. El paciente simulador, puede no estar completamente consciente del beneficio que pretende obtener.

El paciente con lumbalgia producto de un accidente (siniestrado), es un paciente que busca un beneficio económico. Generalmente antes de consultar al médico, ya ha consultado a un abogado. En nuestro medio, estos pacientes prácticamente no se presentan, en cambio, se puede encontrar a aquellos que reclaman la pensión por invalidez, a consecuencia de algún accidente de trabajo.

Otra causa de lumbalgia relativamente frecuente, pero no mencionada por Keim, es el llamado síndrome del canal lumbar estrecho⁽³⁾. En este padecimiento, el paciente sufre de lumbalgia por la reducción del canal lumbar, sea congénito o producto de un proceso patológico, con lo cual se afectan las raíces nerviosas, produciendo un lumbalgia semejante a la producida por la compresión radicular.

Cuando una persona sufre de lumbalgia, y se pretende llegar a un adecuado diagnóstico de la causa, éste último debe ser establecido con mucho cuidado, valiéndose de todos los recursos clínicos y auxiliares de diagnóstico con los que se cuenta.

La edad, el sexo y el aspecto del paciente, delimitan un marco sobre el cual se pueden formular una serie de preguntas, cuya respuesta, acercará a un diagnóstico correcto (Hastings, 1978). Una buena historia clínica, una adecuada exploración física y estudios auxiliares, complementarán el cuadro, lo cual, a menudo conduce al diagnóstico correcto.

El examen físico se inicia a partir del aspecto y marcha que exhiben los pacientes. Esto, podrá ayudar a determinar si el paciente sufre de un dolor real, o si está simulando o exagerando el dolor a fin de obtener algún beneficio, consciente o inconsciente. La constitución y desarrollo corporal, son otro importante índice diagnóstico. Es necesario apreciar también alguna deformación corporal o posturas anormales. (Keim, 1973).

(3).- Dra. Guadalupe González Ortiz. Médico ortopedista, HGZ. 4932
IMSS. Comunicación personal mayo 1989.

Estando de pie el paciente lo más derecho posible, se observa cualquier grado de lordosis o escoliosis. Las apófisis espinosas deben ser palpadas para observar si provocan dolor o molestias. Así mismo, será necesario explorar los grupos musculares alrededor de las vértebras, a fin de detectar la presencia de espasmos musculares o distensiones, o aun, lesiones por desgarres musculares (Keim, 1983).

La facilidad para la marcha, con apoyo en las puntas y los talones, es otro valioso auxiliar diagnóstico. Se deben evaluar también los movimientos de rotación, flexión, extensión y flexión lateral.

Con el paciente acostado, se valoran todos los movimientos de la cadera, se palpará el abdomen y se auscultará en busca de ruidos patológicos. Es necesario también buscar dolores a la palpación y la percusión. El tipo y localización del dolor, son de gran ayuda. La sensibilidad general, los reflejos y el tono muscular, deben ser examinados (Keim, 1973).

El exámen rectal y pelviano, son necesarios cuando se sospeche de algún padecimiento intrapélvico.

Las placas radiográficas son prácticamente indispensables. Se requiere un estudio de columna toracolumbar, en posiciones antero-posterior y oblicuas, así como de la articulación sacroiliaca (Hastings, 1978). Como estudios complementarios, pueden practicarse hidromielografía y electromiografía.

Los exámenes de laboratorio complementan el diagnóstico. Se deben practicar: biometría hemática, velocidad de sedimentación globular, calcio sérico, fosfatasa alcalina y/o ácida, así como exámen de orina.

Una vez completado el proceso diagnóstico, y en caso de no localizar alguna patología severa, la mayoría de las lumbalgias agudas pueden ser tratadas en forma similar. Lo más importante, es el reposo absoluto en cama dura. La aplicación de calor humedo y los baños calientes en tina, resultan sumamente benéficos (Hastings, 1978; Keim, 1973). La administración de analgésicos y antiinflamatorios, son también de utilidad (Hastings, 1978).

En la medida en que el paciente mejore, deberá iniciar un programa higiénico-postural y de ejercicios, a fin de evitar una nueva aparición de la lumbalgia.

la cirugía deberá ser considerada en aquellos pacientes que no han respondido a una terapia conservadora, o en aquellos casos de dolor repetido o en aumento. Los estudios neurológicos y la hidromielografía son esenciales para decidir la intervención quirúrgica. Así mismo, los signos de tensión en las raíces nerviosas, son indicación para cirugía (Hastings, 1978).

En los pacientes con inestabilidad de columna, la artrodesis con fusión de dos o más vértebras es aconsejable (Keim, 1973).

Cuando la patología tiene un fuerte componente somático, habitualmente los pacientes mejoran con los procedimientos médicos habituales. No obstante, el componente psicológico juega un papel muy importante en el pronóstico del padecimiento. En aquellos casos en los cuales los pacientes no responden a la terapia ensayada, los que no manifiestan una clara patología somática, o cuando la patología ha sido resuelta, y el dolor persiste; sugiere la presencia de un fuerte componente de tipo emocional.

1.42. Aspectos psicológicos de la lumbalgia y estudios relacionados.

Como ya se dijo, la mayoría de las lumbalgias se encuentran asociadas a una patología de la columna vertebral y/o de sus estructuras asociadas. Producto del esfuerzo constante que la postura erecta del hombre, ejerce sobre la región lumbo-sacra (Berkow, 1982).

En la lumbalgia aguda, el componente psicológico no es primordial, y obedece básicamente a los trastornos que cualquier otra enfermedad potencialmente puede desencadenar en cualquier sujeto. Si la persona se encuentra bien adaptada y la causa del dolor se corrige o desaparece, la persona retornará en breve a su vida normal. No obstante, cualquier paciente con dolor agudo, potencialmente puede desarrollar un problema de tipo crónico. Padecimiento, éste último, en el cual los aspectos psicológicos son primordiales, principalmente cuando la causa del dolor es de origen incierto.

La lumbalgia crónica es un problema complejo, puesto que no obedece a un estricto modelo médico de enfermedad sino que, involucra aspectos de índole psicológica, social y ambiental (Magni, 1984). Con frecuencia, existen hallazgos físicos, pero no son suficientes para explicar el dolor o justificar una cirugía. O bien, la cirugía ha sido efectuada, pero ha fracasado (Sternbach, Wolf, Murphy y Akesson, 1973b).

Algunos dolores de espalda pueden ser simulados sobre la base de conflictos psicosociales, los cuales, regularmente alteran la percepción del paciente. En un dolor de tipo psicógeno, puede existir una historia de un trauma físico trivial, el cual es seguido de una desproporción entre el dolor y la presencia del daño. En algunos casos, el desorden

orgánico da cuenta razonable del síntoma, pero los factores psicológicos se evidencian cuando la incapacidad y los síntomas persisten o empeoran una vez que los signos de enfermedad han desaparecido (Berkow, 1982).

A pesar de la importancia que los estados afectivos tienen en la lumbalgia, es poco común que se les asocie con el dolor. Los ortopedistas y los neurocirujanos, parecen no identificar y evaluar a la lumbalgia como un desorden psicofisiológico (Sternbach, Wolf, Murphy y Akeson, 1973a). Así, la oportunidad del paciente de obtener beneficios de la cirugía, o de adaptarse a una probable incapacidad permanente, son menores sin una adecuada intervención (Sternbach et al., 1973b).

La dificultada para reconocer y tratar a la lumbalgia como una enfermedad psicósomática, puede deberse, en parte, a la falta de información acerca de algunas características de éste padecimiento. Igualmente, es más común identificar a los dolores como "tensionales", que pensar en causas psicológicas subyacentes (Sternbach et al., 1973a).

De hecho, la descripción hecha respecto del dolor crónico sin causa aparente, es aplicable al paciente con lumbalgia. De hecho, no difiere de aquellas características que específicamente se han obtenido de los pacientes con lumbalgia crónica. Es más, el más alto porcentaje de estudios respecto del dolor crónico, se han efectuado en lumbalgias.

Martínez Pina (1973, pág.413) describe el aspecto psicológico de la lumbalgia en los términos siguientes: "Se trata de un dolor musculoesquelético, de localización lumbosácula con las características de topografía e irradiación imprecisa, desproporción entre hallazgos radiológicos y anatomopatológicos y repercusión clínica". Y agrega:

El dolor psicósomático lumbar está rodeado, a veces, de una larga historia, y en él distinguimos en la práctica médico-psicológica, dos supuestos clínicos: El dolor primariamente psicósomático y la algia cristalizada secundariamente a un dolor orgánico, cuya causa existió pero actualmente está resuelta. Entre ambos supuestos clínicos se encuentra otro, tan frecuente como los anteriores, que es la hipertrofia de una molestia mínima y justificada, para convertirla en un dolor dramático e invalidador... Cabe la posibilidad, de que en el lumbago psicógeno puedan descubrirse en una palpación meticulosa y a un exámen biopsico pequeños nódulos, contractura muscular y hasta inflamación del tejido conjuntivo perimuscular, pero todo ello es secundario a la tensión muscular psicogenéticamente concretada en una zona como la lumbar, cargada de significancia psicológica (postura erecta, zona necesaria para realizar flexiones lumbares, actividad sexual, huida ataque, etc.). (ibid).

Según Martínez Pina (1973), se pueden distinguir tres entidades psicopatológicas subyacentes al dolor lumbar: Una personalidad previamente estable, pero "ansioso-obsesiva" que ha sido sometida a stress constante. La "neurastenia de George Beard", estado límite entre la "obsesión y depresión" y la "histerodepresión", con la ansiedad siempre presente.

De acuerdo con Kolb (1983), "Las características de la personalidad de estos enfermos incluyen depresión, histeria e hipocondriasis (Pág.647)". El paciente comunmente refiere que ha abandonado su empleo, que se sostiene del seguro social o por una pensión. La persona, manifiesta pocos intereses o aficiones y sus visitas al médico son frecuentes (ibid.).

En la actualidad, no se cuenta con una teoría completamente estructurada que explique el origen y desarrollo de la lumbalgia crónica desde el punto de vista psicológico.

Un buen número de estudios sobre dolor crónico, se ha efectuado incluyendo a pacientes con lumbalgia crónica, además de pacientes con otros tipos de dolor. A partir de estos estudios, se han descrito las características que exhiben los pacientes con dolores crónicos y por ende, las del paciente con lumbalgia.

Una línea de investigación, en relación a la lumbalgia crónica, ha intentado establecer las diferencias, en sus aspectos psicológicos, entre los pacientes que presentan una causa orgánica definida y los que no la presentan. Por otro lado, se ha intentado predecir el éxito de los tratamientos, con base en las características psicológicas de los pacientes. En un tercer grupo de estudios, encontramos aquellos que evalúan la eficacia de los tratamientos psicológicos para aliviar la lumbalgia. Estos estudios, se han publicado, principalmente, en las revistas *Pain*, *Spine*, *Psychosomatics*, *Journal of Bone and Joint Surgery*, *Clinical Orthopaedics* y *Journal of Clinical Psychology*. Desgraciadamente, no fue posible obtener dichos reportes.

Una importante cantidad de los estudios sobre lumbalgia crónica, se ha centrado en la asociación del dolor con la depresión. No obstante, no se explica claramente la forma en como se establece esta asociación (France et al., 1986). Más aun, hay algunas contradicciones en los estudios (Magni, 1984), estableciéndose que la relación es de importancia clínica, pero que únicamente se presenta en algunos pacientes. Principalmente, en aquellos que buscan la ayuda y el apoyo de los médicos.

Los pacientes con lumbalgia crónica, con frecuencia refieren fatiga, disturbios del sueño, cambios en el apetito, etc. Todo ello, es compatible con un cuadro derepsivo, sin embargo, la persona lo atribuye a su dolor de espalda y rechaza toda posibilidad de que su dolor tenga algún origen diferente a la causa física (Sternbach et al., 1973a).

Ante ésta situación, los ortopedistas se esfuerzan por descubrir la supuesta *underlyin cause* (causa subyacente) y, a pesar de la evidencia de síntomas depresivos, se tiende a ignorarlos (Sternbach, et al., 1973a).

La falta de un claro padecimiento orgánico que dé cuenta del dolor y la presencia de sintomatología depresiva, ha llevado a los investigadores a postular que el dolor es la manifestación sintomática de un estado depresivo, al cual se le considera como enmascarado, larvado o encubierto (Magni, 1984). No obstante, Magni (1984) no confirma esta hipótesis, y plantea que la asociación entre depresión y lumbalgia, puede deberse al hecho de que las muestras han sido tomadas de pacientes que acuden a las clínicas para el dolor, y no de la población general. A pesar de ello, la relación es de gran importancia en la clínica para el dolor.

En algunos estudios, se ha demostrado que la depresión es un antecedente de la lumbalgia. Desde el punto de vista psicodinámico, parece existir una personalidad autopunitiva preexistente (Sternbach et al., 1973a). No obstante, esta hipótesis no ha sido del todo comprobada, ya que muchos estudios se han efectuado una vez que el dolor ya ha sido instalado.

Otra característica sobresaliente en el paciente con

lumbalgia crónica, es el convencimiento de que la enfermedad los ha transformado en "inválidos" (Sternbach et al., 1973a). Esta convicción, lleva al paciente a transformar su forma de vida, y dado que la persona se considera a sí misma como incapacitada, abandonará muchas de las tareas que habitualmente desarrollaba. Dado que el autoconcepto se encuentra ligado a las potencialidades del sujeto y a la forma en como se autopercibe, es de esperarse que el dolor deforme su autoconcepto. Con las consecuencias que ello lleva.

El paciente con lumbalgia crónica, hace del dolor y el sufrimiento una forma de relacionarse con el médico, y en ocasiones su forma de vida. A través de las repetidas consultas, los pacientes frustran los intentos diagnósticos y de tratamiento. Ante esta situación, los médicos consideran al paciente como un *loser* (perdedor) potencial, puesto que los esfuerzos para aliviar el dolor, han sido inútiles. Es común que los pacientes hayan sido sometidos a repetidas e infructuosas cirugías. El paciente mantiene con el médico una relación pasivo agresiva (Sternbach et al., 1973a).

La presencia de dolor crónico asociada con disturbios en el afecto, un autoconcepto deformado y una forma particular de relacionarse con el médico; en su conjunto sugieren que el paciente puede sufrir de un desorden psicossomático (Sternbach et al., 1973a).

Uno de los principales problemas a los que se enfrentan los ortopedistas y otros médicos, es determinar si la lumbalgia es debida principalmente a una causa orgánica o si es producida por un componente primordialmente psicológico.

En algunos estudios, se ha intentado establecer la distinción entre aquellos pacientes que presentan hallazgos

físicos positivos y entre los que carecen de ellos (Sternbach et al., 1973b).

El instrumento psicológico que ha sido empleado con mayor frecuencia para la evaluación de pacientes con dolor crónico, ha sido el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI) (Adams, Heilbron, Silk, Reider y Blumer, 1981). En otros estudios, se han ensayados los tests de tipo proyectivo, sin embargo, han tenido menos aplicación dado que en ocasiones se les considera demasiado subjetivos y difíciles de puntuar.

Los estudios hechos con el MMPI, se han centrado en tres objetivos principales: Discriminar entre pacientes funcionales y orgánicos, determinar un perfil o configuración probable y tercero, predecir el resultado de los tratamientos mediante los perfiles (Adams et al., 1981).

Teóricamente, es de esperarse que las personas con marcadas quejas somáticas presenten elevaciones, más allá de la norma, en las escalas del MMPI de hipocondriasis, depresión e histeria; dado que los reactivos de estas escalas abarcan una gran cantidad de funciones corporales (Lair y Trapp, 1962).

Las personas con un padecimiento físico y una personalidad más estable, aparentemente son más realistas en la apreciación de sí mismas, y se espera una menor elevación en los puntajes de esas escalas. Aquellos pacientes con quejas somáticas y un componente psicofisiológico, con una parte de su ansiedad cuando menos descargada sobre el cuerpo, se espera que puntúen más bajo que los pacientes neuróticos con quejas somáticas, en los cuales la ansiedad es más manifiesta a través de los procesos mentales (Lair y Tripp, 1962).

Con base en éste planteamiento, Lair y Trapp (1962) realizan un estudio en el cual obtienen perfiles similares en cuanto a su configuración, obtenidos de pacientes con quejas somáticas de tipo orgánico, psicofisiológico y neurótico. La mayor elevación en las escalas de hipocondriasis depresión e histeria; se obtuvo en los neuróticos, y la menor en los pacientes orgánicos. Sin embargo, los perfiles individuales parecen sobreponerse en los tres grupos. Por tanto, concluyen que la diferenciación del tipo de paciente empleando únicamente el MMPI, no es del todo confiable.

Sternbach et al. (1973b), reportan datos similares a los obtenidos por Lair y Trapp (1962). De sus estudios, concluyen que el perfil del MMPI aparentemente es independiente a la existencia o no de una causa orgánica en la lumbalgia. Por consiguiente, consideran que los intentos de diferenciar a los pacientes orgánicos de los funcionales, son inútiles. No obstante, observan una importante diferencia entre los pacientes con lumbalgia aguda y crónica. El paciente con dolor agudo, presenta mayor preocupación somática, lo cual aparentemente sirve para enmascarar su depresión. Estos pacientes, los agudos, presentan una tendencia hacia la somatización, mostrando perfiles parecidos a los que se conocen como "V psicósomática", y eventualmente pueden tornarse en pacientes crónicos con sintomatología depresiva más evidente.

De acuerdo con Sternbach et al. (1973b) los pacientes con lumbalgia crónica (sea que exista o no una causa) presentan un desorden musculoesquelético de índole psicofisiológica, con un componente de depresión. De acuerdo con sus experiencias, la presencia de sintomatología conversiva es más bien rara.

En otros estudios en los cuales ha sido empleado el

MMPI, para evaluar pacientes con dolor crónico, se ha obtenido una marcada elevación en las escalas de hipocondriasis e histeria, con una marcada disminución en la escala de depresión. Esto, ha sugerido que de alguna forma hay un "conversión" de la depresión a síntomas somáticos. Esta configuración se conoce como "V conversiva" o "V psicósomática", la cual refleja preocupación somática con negación de problemas emocionales. Aunque no está claro si esto es secundario al dolor, o si se trata de una personalidad previa (Trimble, 1964).

La "V psicósomática", resulta de la aceptación de síntomas somáticos (contenidos en las escalas de Hs e Hy) con negación de la depresión y la ansiedad (escalas D y Pt). No obstante, la frecuencia de estos perfiles y su utilidad diagnóstica para diferenciar casos "funcionales" de los "orgánicos", ha dado lugar a resultados muy contradictorios. De acuerdo con Schuartz y Krupp, (1971) ello puede obedecer al tipo de muestras estudiadas y a la inconsistencia en las reglas para determinar la muestra y la existencia o no del perfil.

En general, los estudios muestran algún grado de elevación en las escalas de Hs, D e Hy, y parece haber un incremento en los puntajes en función de la duración del dolor y el número de cirugías (Adams et al., 1981).

Los estudios más recientes, sugieren que las diferencias encontradas con el MMPI, no pueden ser aplicadas como criterio para diferenciar a los pacientes orgánicos de los funcionales en forma individual. No obstante, han arrojado importantes datos en relación a los rasgos de personalidad y conductas de los pacientes con dolor crónico (Adams et al., 1981). Todo ello, aunado a una historia clínica y del dolor, permitirán identificar el curso de la enfermedad. Igualmente, un tratamiento integral, redundará en una mejor recuperación.

Debido al alto costo económico y social que representa la lumbalgia crónica, así como por su alta incidencia; ha sido motivo de múltiples investigaciones en diversos países. Sin embargo, en México no se le ha dado toda la importancia que tiene el aspecto psicológico. En las tesis revisadas dentro de la Facultad de Psicología, no se encontró ninguna que haga mención a la lumbalgia. Y en la bibliografía revisada y consultada, no se localizaron estudios efectuados en nuestro País.

La anterior situación quizás obedece a la forma en cómo se aborda a los pacientes. Así, encontramos que comunmente se estudia una enfermedad y no a un enfermo, con todas las alteraciones que el padecimiento le puede generar. Y el enfoque de unidad bio-psico-social, frecuentemente se pierde de vista.

De lo anterior, surge la necesidad de llevar a cabo, en nuestro País, estudios tendientes a evidenciar la participación de los aspectos psicológicos del paciente en la enfermedad. Por otro lado, corroborar o refutar los hallazgos obtenidos en otros países. A partir de ello, se podrá mejorar, modificar y reforzar la concepción y el tratamiento de los pacientes con lumbalgia crónica, sea que exista o no causa demostrada.

Por otro lado, es necesario la implementación de investigaciones en las cuales, bajo la perspectiva psicosomática, se evalúe la eficacia de tratamientos combinados.

1.5. *Ansiedad, Autoconcepto y Depresión. Descripción.*

1.51. *La ansiedad.*

La ansiedad y la posibilidad de sentirla, es una característica permanente del hombre que lo ha acompañado a lo largo de su existencia. Prácticamente, nadie se encuentra exento de sentirse ansioso. En última instancia, lo único diferente es la variedad de respuestas que emiten los sujetos, y la variedad de estímulos que son capaces de despertarla.

Una breve definición de diccionario (Webster, 1956, cit. pos. Dana, 1972, p.194) establece que la ansiedad es "un estado de inquietud o preocupación respecto de lo que puede suceder". Esta preocupación, se hace presente ante lo incierto de la vida, y las posibles amenazas a la existencia.

El miedo, el temor a lo desconocido y la incertidumbre ante las condiciones externas, ha sido motivo de estudio para los filósofos (Dana, 1972). Es dentro de la filosofía donde se "ha diferenciado de manera clara y precisa una angustia existencial, que puede tener y de hecho tiene el hombre sano, y una angustia morbosa, privativa del hombre que enferma frente a estímulos que no penetran con esta denominación en la personalidad sana (Patiño, 1980, p.194)".

Desde un punto de vista filosófico, la angustia surge cuando "El hombre trata de llegar a ser algo, ello es, una esencia; pero ha partido de su mero existir, de cero... Existir es estar comprometido a elegir, a llenar la existencia con esencia...Este encuentro existencial es posible, empero, por un acto de profunda duda que sacude su ser, un acto de angustia, para decirlo en una palabra (Escobar, 1970, p.318)".

De esta forma, se podría hablar de una preocupación por la existencia o angustia existencial. Para Heidegger (cit. pos. Buber, 1985, p.100) "la preocupación es, esencialmente, preocupación por llegar a ser 'uno mismo' y la angustia la de no alcanzar este logro". "Es el hombre el que vive y duda sobre su existencia, el que requiere asirse de conceptos de omnipotencia, el que sufre angustia al saberse solo frente a la incertidumbre, en salud o en enfermedad (Patiño, 1980,p.194)".

En tanto que la angustia existencial es vivida y tiene que ser vivida para aprovecharla con sus valores positivo-creativos, que pueden ser canalizados al arte por ejemplo, la angustia morbosa debe ser curada por el médico, para evitar sus desvalores destructivos en el enfermo que la sufre (Patiño,1980,p.194).

Hasta este momento, los términos angustia y ansiedad han sido empleados con cierta libertad, y sin ninguna explicación. No obstante, es necesario hacer algunas aclaraciones al respecto.

Warren (1982) proporciona una definición para cada uno de los términos. Así, podemos leer:

angustia. En lenguaje freudiano, una combinación de aprensiones, incertidumbre y miedo, con especial referencia a sus manifestaciones corporales...(P.15)

ansiedad. Actitud emotiva o sentimental concerniente al futuro y caracterizada por una mezcla o alternativa desagradable de miedo y esperanza...(P.16).

En estas definiciones, encontramos que la angustia se define "con especial referencia sus manifestaciones corporales". Por su parte, la ansiedad es definida como una "actitud emotiva o sentimental".

En el contenido de estas frases, es precisamente donde se ha establecido la diferenciación entre angustia y ansiedad. Viendo en la primera, el componente primordialmente fisiológico; y en la segunda, el componente afectivo. Esta diferencia, ha sido frecuentemente elevada, sin embargo, no siempre aceptada.

Puyuelo (1984, p.17) escribe: "...en la terminología médica tradicional, el término de ansiedad está reservado al aspecto psíquico y el de angustia a la vertiente somática."

Para Littrè (cit. pos. Odier, 1974) la inquietud, la ansiedad y la angustia; son tres grados de intensidad de un mismo estado. Pero según Odier (1974, p.49) "Mejor que asemejar o assimilar la angustia a la ansiedad y a la inquietud, sería beneficioso, según nosotros, distinguirla claramente a fin de respetar su originalidad radical".

La argumentación de Odier (op. cit.) para establecer esta tajante distinción, se basa en lo siguiente:

- A. La angustia ejerce una acción disociante sobre la conciencia.
- B. Tiende a hacer recaer el pensamiento en su nivel mágico original y, regularmente, también a hacer revivir al animismo infantil.
- C. A este doble título, se le debe reconocer el poder de engendrar una *regresión conjunta* del pensamiento y de la afectividad.

Como se ve, ni la inquietud, ni la ansiedad, ejercen estas tres acciones perturbadoras (p.52 cursivas en el original).

Estos argumentos, vistos a la luz de la psicopatología actual, corresponden más a los estados de pánico y de psicosis; que a un estado de angustia. Por tanto, en principio se podría dudar de esta diferenciación.

Respecto a la distinción entre estos términos, Patiño (1980,p.198) dice:

Clásicamente, la escuela francesa, en plan fino, ha diferenciado la ansiedad de la angustia. La primera tendría mínimo acompañante somático y sería, como la llaman algunos, "flotante". La segunda, en cambio, tendría siempre un acompañante somático mayor: opresión precordial, ahogo, sudoración, etc. Actualmente hay una tendencia a eliminar esta distinción clásica y, en todo caso, al menos en español, quedaría la diferencia en un matiz semántico que casi correspondería a un lujo en la clínica cotidiana.

Como vemos, no existe acuerdo para establecer una clara distinción entre ambos términos. Y comunmente se emplean en forma indistinta. Consecuentemente, en lo sucesivo se usaran indistintamente. Aplicandolos según sean usados por el autor en cuestión.

Habiendo aclarado el uso de los términos, y dejando de lado las discusiones filosóficas, podríamos conceptualizar la ansiedad como una respuesta emocional normal, producto de las amenazas dirigidas contra uno mismo, los valores, los seres

queridos, etc. La respuesta emocional se acompaña, como todas las demás, de cambios fisiológicos. Tiene como función primordial preparar al sujeto para defenderse de un ataque, ya sea probable o cierto. Quien carezca de ansiedad, se encontrará tan indefenso como quien padezca de excesiva ansiedad (Solomon y Patch, 1976).

El estado de ansiedad (Sarason, 1983) o de angustia (Odier, 1974), desempeña una función protectora esencial, señalando la proximidad de algún peligro y propiciando que se tomen las medidas defensivas pertinentes.

Una definición que contiene los elementos más importantes de la ansiedad, es la proporcionada por Sarason (1983, p.572) la cual dice:

Ansiedad. Afecto con elementos psicológicos y fisiológicos. Por lo general, estado emocional desagradable acompañado de excitación fisiológica y los elementos cognoscitivos de aprensión, culpa, y sentido de desastre inminente. Se distingue del miedo en que éste es una reacción emocional a un objeto concreto o identificable

En situaciones normales, la ansiedad leve impulsa al individuo a la acción, y desempeña un importante papel en el desarrollo de la personalidad (Solomon y Patch, 1976). En grado moderado, la ansiedad convierte a la persona en alerta, sensible y perceptible; preparándola para enfrentar una crisis de mejor manera que si estuviera relajada y desprevenida. Incluso, llega a incrementar la resistencia física en las situaciones de emergencia (Cameron, 1982). La ansiedad excesiva, por el contrario, deteriora las funciones del sujeto y lo inmoviliza (Solomon y Patch, 1976).

La ansiedad puede alterar la concentración, la memoria, el razonamiento abstracto, la habilidad para el cálculo y la eficiencia psicomotriz. Si se torna crónica, con frecuencia coloca a la persona en estado de hiperalerta, irritabilidad e incertidumbre. Es factible que la persona hable en exceso, duerma mal y se vuelva hiperactiva (Solomon, 1976).

La experiencia de la ansiedad, y sus efectos sobre el organismo, presentan variaciones, dependiendo de la persona que la sufra. Pero, la característica principal, es el sentimiento anticipado de una desventura, peligro o pérdida (Solomon y Patch, 1976).

Para poder comprender mejor el significado de la ansiedad, es necesario señalar que las manifestaciones somáticas que se presentan, son similares a las que se desencadenan ante situaciones de peligro. En su conjunto, estas respuestas preparan al organismo para la defensa o la huida (Pancheri, 1982). El patrón, es análogo al del miedo.

Como respuesta ante alguna amenaza, la vigilancia aumenta, la atención se centra en el objeto amenazante, el pensamiento se enfoca a buscar una posible solución y el sujeto permanece a la expectativa (Pancheri, 1982). Las reacciones fisiológicas, son similares a la respuesta simpática propia de los estados de alerta y gasto de energía.

En cuanto a la forma en como se experimentan el miedo y la ansiedad, es probable que sea en forma idéntica o casi idéntica. Ambas situaciones generan intranquilidad e insatisfacción (Patiño, 1980).

Aun cuando la angustia y el miedo tienen mucho en

común, puesto que representan una señal de peligro, hay diferencias importantes entre ellas.

El miedo, es la respuesta afectiva a un peligro externo, real y actual (Kolb,1983; Pancheri,1982; Puyuelo, 1980). Sea que exista o no razón para considerar la situación como peligrosa, ya que muchas situaciones se consideran amenazantes debido al contexto, el aprendizaje o a un valor simbólico que el sujeto reconoce (Cameron,1982).

El miedo desaparece cuando la situación amenazante se elimina, ya sea porque el individuo la controló, o porque escapó de ella. Los peligros más frecuentes, son amenazas a la integridad física (Kolb, 1983).

En el caso de la ansiedad, la causa no es evidente o la respuesta es desproporcionada a la causa (Pancheri,1982). La ansiedad, obedece a causas "obscuras e irracionales", puesto que se produce ante situaciones que para la mayoría de las personas no son amenazantes (Solomon, 1976). Y tiene "una calidad de difusión e incertidumbre (Horney,1979)".

La angustia, "es señal de una amenaza inminente a la personalidad en el contexto de su ambiente social(Kolb, 1983, p.106)". En la angustia, lo que se ve amenazado es algo que corresponde "a la esencia o la médula de la personalidad" (Horney, 1979).

La angustia, representa a una amenaza en contra de los "valores vitales" de la persona. Aun cuando generalmente se les atribuye importancia vital a ciertos valores tales como la vida y los hijos, hay una gran variedad de diferencias entre lo que considera como vital cada persona, así como entre lo que se considera como amenaza vital (Horney,1979).

Una última distinción entre miedo y ansiedad, es el sentimiento de desamparo frente al peligro que caracteriza a la primera. El desamparo puede surgir ante ciertos factores internos o externos, y la misma situación puede provocar tanto miedo como angustia. En última instancia, que surja uno u otra, dependerá de la capacidad y disposición del sujeto para enfrentar el peligro (Horney, 1979).

Aun y cuando se ha establecido la distinción entre miedo y ansiedad, esta diferenciación solo ofrece un valor práctico limitado en aquellos casos de ansiedad normal, ya que, uno y otra, son difíciles de diferenciar (Solomon, 1976). No obstante, la ansiedad morbosa es de gran importancia, puesto que es la causa y el síntoma fundamental de las neurosis (Sarason, 1983).

Que la ansiedad sea normal o patológica, depende de su intensidad, duración características y circunstancias que la desencadenan (Solomon, 1976).

Se puede considerar que la ansiedad es normal, cuando es adecuada para una situación dada, y su efecto no desorganiza al sujeto. Por el contrario, lo estimula a evaluar la causa del peligro, y a tomar las medidas adecuadas. A pesar de ello, si la situación que justificadamente provocó ansiedad es de tal magnitud que impide a la persona manejarla adecuadamente, provocará una tensión constante y excesiva que con el tiempo inducirá fatiga y agotará los recursos defensivos del sujeto. Inclusive, se decrementan las reacciones del sujeto, en vez de incrementarse (Cameron, 1982).

La ansiedad se considera patológica cuando se genera por algún acontecimiento menor o por una aparente ausencia de peligro. Así mismo, cuando es exagerada o persistente (Solomon,

1976). Se puede también considerar como patológica, si desorganiza al sujeto y da lugar a conductas que le impiden gozar de la vida. Es igualmente patológica si lleva al sujeto a responder a la tensión con una descarga inmediata en forma de hiperactividad, conducta que representa una "regresión infantil" (Cameron, 1982).

La cronicidad de la angustia, es evidencia de que no está funcionando como señal de peligro, sino que, se ha transformado en un peligro en sí misma (Solomon, 1976).

La ansiedad como tal no es patológica, por el contrario, representa un eficaz mecanismo de alerta. No obstante, la ansiedad morbosa es un elemento fundamental de la psicopatología (Cameron, 1982). La mayoría de las teorías psicodinámicas de la neurosis, colocan a la ansiedad como un elemento fundamental de aquella, y los síntomas reflejan la perturbación interna del individuo (Sarason, 1983).

La importancia de la angustia en la génesis de las neurosis, fue enunciada por Freud (cit. por Thompson, 1983) hacia 1926, en la obra titulada *Inhibición, síntoma y angustia*; volumen en donde formula por vez primera una teoría en la cual le atribuye a la angustia un papel determinante en el origen de las neurosis.

Hasta este momento, se consideraba "que la angustia tenía escasa significación en el desarrollo de los trastornos neuróticos (Thompson, 1983, p.122)". Sin embargo, posteriormente fué posible precisar que las conductas neuróticas son un intento de hacer frente a la angustia (ibid).

En sus primeras consideraciones acerca de la angustia,

Freud (cit. pos. Thompson, 1983) instala a la angustia al margen de las neurosis. Según pensaba, la angustia se producía por la acumulación de energía libidinal no descargada o por su descarga incompleta. De esta forma, la angustia se producía "como resultado de la frustración del orgasmo (Thompson, 1983)".

Posteriormente, Freud (cit. pos. Thompson, 1983) llega a la conclusión que tanto el miedo como la angustia son señales de peligro, solo que esta última lo es "de un peligro interno". Así como el miedo pone en marcha medidas defensivas, en igual forma, la angustia "es una señal para la defensa".

En esta nueva formulación Freud:

Estableció satisfactoriamente, al menos para él, que la angustia es casi de la misma especie que el miedo, esto es, una reacción ante el peligro. De la misma manera que el miedo es una reacción contra el peligro conocido, principalmente exterior, la angustia es una reacción contra el peligro desconocido, que proviene del interior. Según pensaba, esto es lo que proporciona a la angustia su carácter peculiar. No puede uno escapar ni luchar contra ella por los mismos medios que se utilizan para superar el miedo, debido a que el peligro forma parte de uno mismo. Algunos individuos se las entienden con el peligro proyectándolo, esto es, haciéndolo aparecer como un peligro exterior, como ocurre en las fobias, en donde el paciente no se queja de angustia respecto de dificultades internas, sino del miedo a los gatos, a las culebras, a los sitios elevados y a otras cosas por el estilo. O bien, pueden habérselas con el peligro por medio de

de la represión y de la formación de defensas que impiden su retorno a la consciencia. Tanto la proyección como la represión tienden a encubrir la verdadera naturaleza del peligro y a movilizar las fuerzas de la personalidad en contra de un sustituto. A resultas de esto, se produce un sentimiento general de desamparo (Thompson, 1983. p.128-129).

Comunmente, se le ha llamado a su nueva concepción de la angustia "segunda teoría de la angustia". En ella, según Freud (cit. por Thompson, 1983) la angustia surge cuando alguna "fuerza interior de la persona o varias", potencialmente pueden perturbar las relaciones con el mundo exterior. Las amenazas que potencialmente pueden ser perturbadoras, surgen de dos fuentes a saber: "la potencia de los instintos y la severidad del superyo (Thompson, 1983)".

Cuando la estimulación instintual excesiva no se contiene, maneja o descarga adecuadamente, se acumula y amenaza con rebasar las barreras protectoras del yo (Freedman et al., 1983; Sarason, 1983). Esta situación, es típica de la infancia, cuando el yo inmaduro es incapaz de controlar adecuadamente los impulsos. El niño, sufre con intensidad cuando se le retrasa, limita o frustra la satisfacción de sus necesidades corporales y los brotes pulsionales (Puyuelo, 1984). "La estimulación abundante es traumática y crea el doloroso sentimiento de la angustia primaria (Wolman, 1972, p.145)". El nacimiento, podría ser el prototipo generador de ansiedad por estimulación excesiva (Freedman et al., 1983; Sarason, 1983).

La situación que el niño aprecia como "peligro" y contra la cual desea le tranquilicen es, pues,

una de no satisfacción, de *aumento de la tensión que le produce la no satisfacción de sus necesidades*, situación contra la cual él nada puede (Freud, 1926, cit. pos Wolman, 1972, p.146. *Cursiva en el original*).

Las fuerzas instintuales que amenazan con rebasar al yo, se presentan de diversas formas en el transcurso del desarrollo (Thompson, 1983). En cada etapa del desarrollo infantil, se presentan situaciones peligrosas especiales. Así, durante el período oral, el peligro lo representa la pérdida de "un objeto (la madre)" de la cual depende por completo, más adelante, durante el período fálico, el miedo será al "daño corporal o a la castración". Y en los años posteriores, la reacción de ansiedad se dará por la persistencia de las respuestas de ansiedad formadas "durante los períodos *pregenitales* del desarrollo" (Sarason, 1983).

Durante la infancia, el patrón de ansiedad del adulto se encuentra ausente. Su antecedente, durante las primeras semanas de vida, es la necesidad impostergable de descargar la tensión generada mediante la descarga motora (Cameron, 1982; Puyuelo, 1984).

Para Spitz (cit. pos. Puyuelo, 1984), en los primeros meses de vida solo podrá hablarse de "precursores de la angustia", que representan la respuesta puramente somática a los estados de tensión y pérdida del equilibrio interno. La verdadera angustia, según esto, solo aparecerá hacia el segundo semestre de la vida.

No obstante, para Klein (cit. pos. Puyuelo, 1984) desde el nacimiento existe un yo capaz de sentir angustia, y emplear mecanismos de defensa. En consecuencia, el yo inmaduro

del infante queda muy tempranamente sometido a la angustia, generada por el conflicto entre los impulsos de vida y muerte.

La suposición de un yo capaz de sentir ansiedad y utilizar mecanismos de defensa desde el nacimiento, no implica que el yo sea similar al de un infante integrado de seis meses. En un principio, se encuentra muy desorganizado, pero tiene desde el inicio una tendencia a integrarse. Así, en sus albores, el yo es lábil, y su grado de integración varía constantemente (Segal, 1984).

Al ir creciendo el niño, "su yo se va haciendo cada vez más capaz de proteger al organismo contra amenazas de dentro o de fuera (Wolman, 1972, p.61)". Con ello, las exigencias para aliviar la tensión se tornan menos imperiosas. Y el infante irá adquiriendo mayor control sobre ellas, haciéndose más tolerables (Cameron, 1982; Puyuelo, 1984).

A la vez que el yo del infante adquiere control sobre sus impulsos, "adquiere algunas normas de la cultura... Estas normas se incorporan como imágenes de los padres dentro del yo, formando parte integrante del mismo, parte que se denomina *superyo* (Thompson, 1983, p.71)". El *superyo*, abarca a las normas sociales y morales, y "es un agente interno de una índole principalmente prohibitiva (Horney, 1979, p.155)".

El *super-yo*, reproduce "la 'voz' de los padres y sus normas morales", en la forma en como las percibe el niño. Refleja también, el enojo y las actitudes punitivas. El *super-yo*, se encuentra en parte distorsionado, e impone restricciones rígidas, en ocasiones no acordes con la situación real (Wolman, 1971, p.70).

Al paso del tiempo, el superyo se asocia con el repudio de la sociedad por aquellos actos censurables. De esta forma, el temor a la pérdida de "objetos" o de "amor", propio de los primeros años de vida, se torna en un temor a las actitudes de la sociedad, las cuales han sido incorporadas al yo como parte de él mismo. Sin embargo, éste temor no refleja el temor a la reprobación real de la sociedad, sino que abarca muchas cosas irracionales, y más inflexibles "que las verdaderas exigencias de la sociedad (Thompson, 1983)".

"El yo del niño (escribe A. Freud) teme al instinto porque teme al mundo exterior, y su defensa instintiva resulta de la presión ejercida por la angustia ante el mundo externo o angustia real u objetiva (1983, p.67)".

De esta forma, "el conflicto entre el individuo y el mundo externo se realiza más tarde dentro del individuo mismo, como un conflicto entre sus pasiones indómitas y su razón o sus normas de moral (Horney, 1979, p.140)".

Como se ve, la angustia con el tiempo se producirá por el conflicto interno que mantiene el yo del individuo, con las prohibiciones del superyo y la fuerza de los instintos prohibidos (Thompson, 1983). Y aparece como una señal de peligro que avisa al yo de una energía pulsional amenazante.

Las concepciones de Freud respecto de la angustia, continúan siendo la base de las investigaciones acerca de la angustia. Actualmente, aún se considera que los impulsos del individuo amenazan sus relaciones con el medio. En cambio, hay diferencias acerca de la naturaleza de los impulsos internos capaces de provocar angustia (Thompson, 1983).

De acuerdo con la teoría freudiana, el hombre lucha toda la vida por superar las "fijaciones" en los impulsos de vida y muerte. El hombre deberá combatir durante toda su vida para controlarlos, y poder mantener una posición firme en su sociedad. Ante el peligro de perder el control, se producirá la angustia (Thompson, 1983).

Actualmente, los psicoanalistas de orientación cultural, consideran que la angustia aparece cuando se perturba "algo en el interior del individuo" que potencialmente puede amenazar sus relaciones con las personas importantes. No obstante, estos impulsos internos que amenazan la seguridad, son producto de exigencias culturales (Thompson, 1983).

Así, vemos que Horney (1979, p.146) escribe que la causa del peligro "Es de índole general: cualquier cosa podrá provocar angustia si tiene probabilidades de comprometer o amenazar las ansias específicas de protección del individuo, sus específicas tendencias neuróticas".

De acuerdo con las nuevas tendencias, cualquier cosa que amenaze la relación satisfactoria con el prójimo, puede provocar angustia, así como también cualquier amenaza "contra la expresión de nuestras potencialidades" (Thompson, 1983).

En consecuencia, la fuente de peligro, la constituye "las exigencias irracionales de la sociedad, que experimentamos primeramente a través de las actitudes de nuestros padres, y, después, la acumulación de las dificultades internas...(Thompson, 1983, p.140). Dificultades que son producto de las restricciones de la sociedad.

Independientemente del origen de la angustia, lo

que es habitualmente aceptado en las formulaciones dinámicas, es su participación en la formación de las neurosis, así como su capacidad para perturbar al sujeto a consecuencia del conflicto interno.

El trastorno neurótico, surge por "el esfuerzo que el individuo hace para manejar problemas psicológicos internos (Kolb, 1983, p.549)". La fuente de estos problemas, es la lucha entre: los impulsos o "necesidades" del sujeto, y la oposición interna para su satisfacción o "represión". El conflicto generado por esta situación, generalmente es superado a través de adecuados "mecanismos de defensa"; "por ejemplo, cambiando el objeto del propio comportamiento motivado, de modo que sea compatible con las reglas de la sociedad en que vive y que ha hecho suyas a través de la educación (Pancheri, 1982, p.35)".

Sin embargo, en las neurosis, la represión no basta para controlar la angustia. Y ante el conflicto, generalmente inconsciente, que no ha sido resuelto en forma adecuada, "aparece como señal de alarma de tal oposición no superada: la ansiedad (Pancheri, 1982, p.35)". Si la señal de alerta (la ansiedad) falla, surgiran varios síntomas, entre ellos, la ansiedad persistente y recurrente (Sarason, 1983). De este modo, "el desarrollo de las defensas neuróticas es una tentativa por superar la angustia (Thompson, 1983)".

Al surgir la angustia, se inician de inmediato operaciones defensivas para controlar el peligro. La persona podrá emplear mecanismos de evitación para escapar del peligro (real o imaginario), o puede poner en acción defensas psicológicas del yo para reducir la tensión (Freedman et al., 1983). Si las defensas son adecuadas, la angustia se reduce, por lo cual, muchas personas neuróticas manifiestan muy poca o

ninguna ansiedad. En consecuencia, sus problemas y ansiedad se expresan a través de "fobias, obsesiones, compulsiones, fenómenos de conversión o diversos rasgos de carácter, y la ansiedad podrá constituir acaso una parte menos importante del cuadro clínico o estar inclusive totalmente ausente (MacKinnon y Michels, 1981, p.67)".

La mayoría de las personas, "se las arreglan para adaptarse a niveles bastante elevados de tensión y ansiedad neurótica, sin una distorsión obvia de su percepción del mundo y sin serias limitaciones en su campo de acción (Cameron, 1982, p.258)". La conducta neurótica, no es completamente incapacitante, "aunque las incapacidades menores son notables tanto para el individuo mismo como para los demás (Sarason, 1983, p.211)". Se podría decir, en términos generales, que "la conducta neurótica es impropia, inadecuada e insatisfactoria. Puede ser también bastante infantil (Sarason, 1983, p.211)".

La persona neurótica, recurre a mecanismos mentales específicos para controlar la angustia. En la reacción de angustia⁽¹⁾, sin embargo, no hay métodos determinados de defensa.

(1) Los términos reacción de ansiedad, neurósis de ansiedad y trastornos por ansiedad; engloban a un grupo de trastornos en los cuales la ansiedad es el rasgo predominante. Cada uno de estos términos proviene de las diversas ediciones del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM) correspondiendo cada término a la 1ª, 2ª y 3ª ediciones respectivamente. Actualmente, se ha editado el DSM-III-R, sin embargo, por la poca difusión que en este momento tiene, adoptaré la clasificación del DSM-III como actual. En esta clasificación, se engloban a los trastornos fóbicos, estados de ansiedad y trastornos obsesivo-compulsivos. De entre ellos, los estados de ansiedad son los que presentan una ansiedad manifiesta.

A fin de respetar la originalidad de los autores, los términos antes enunciados se podrán emplear indistintamente, considerando que la ansiedad es la característica común en todos ellos.

Como la angustia no es controlada a través de mecanismos neuróticos, ni descargada en forma simbólica; se mantiene en forma difusa y sin control. Como resultado de esto, la persona permanece en un estado de "expectación angustiada". Por lo tanto, en ocasiones se dice que la reacción de angustia "es la forma más simple de las neurósisis (Kolb, 1983, p.559)".

El síntoma neurótico, no indica que el problema haya sido resuelto sino que, por el contrario, señala la existencia de un conflicto. No obstante, evita la aparición de la angustia manifiesta, a la vez que refleja el intento del sujeto por descargar la tensión producida por la ansiedad.

La angustia franca, solo se presenta cuando los "mecanismos mentales de defensa" no han funcionado correctamente "debido a una abrumadora amenaza a la personalidad, de origen interno o externo (Kolb, 1983, p.108)". En estos casos, el sujeto presenta un estado de continua "aprensión" con "tensión emocional vaga". Los músculos se encuentran tensos, y el sistema nervioso autónomo sobreexcitado. En consecuencia, la persona está predispuesta a dar respuestas exageradas e inadecuadas ante cualquier estimulación (Cameron, 1982).

Cuando la ansiedad es prácticamente la única sintomatología manifiesta, se considera como un estado de ansiedad, y los síntomas reflejan "los esfuerzos del paciente por liberarse de la tensión excesiva mediante la descarga directa, sea a través de la acción muscular (esquelética) voluntaria o de la actividad autónoma. El resto de los síntomas reflejan los efectos perturbadores que la tensión ejerce sobre las funciones del *ego* (*ansiedad secundaria*) (Cameron, 1982, p.255. *Cursivas en el original*)".

En todos los estados de ansiedad, la tensión surge de "Una necesidad infantil poderosa e imperecedera... (Cameron, 1982, p.270)", que busca su satisfacción en forma continua, pero que el adulto no puede satisfacer en forma inmediata. En consecuencia, la angustia refleja esta tendencia infantil que no ha sido controlada o descargada en forma adecuada; "y no sólo porque estén sumamente cargadas de catexia (energía) y nunca se les haya resuelto adecuadamente, sino también debido a límites defectuosos del ego (ibid.)". "El yo fuerte capea los peligros; por eso, la angustia es señal de debilidad del yo (Wolman, 1972, p.146)". Los síntomas de la angustia reflejan la descarga de la energía en forma semejante a como lo hace el infante, cuando el yo, insuficientemente formado, es incapaz de controlar la energía.

La reacción de ansiedad, es una "regresión a reacciones infantiles", en las cuales el temor es nuevamente difuso y el sujeto exhibe conductas inadecuadas, propias de la infancia, esto es, mediante la descarga muscular y glandular directa (Cameron, 1982). Por tanto, podemos considerar que los estados de ansiedad se producen por deficiencias en los mecanismos de defensa y formas de adaptación del sujeto.

La reacción de ansiedad, en sí misma es una forma de adaptación, sin embargo, "significa una 'mala adaptación', que funciona como una "válvula de seguridad" que descarga "continua o intermitentemente el exceso de tensión a través de la hiperactividad corporal" (Cameron, 1982, p.258).

Dado que la ansiedad se disminuye mediante la descarga corporal, en las reacciones de ansiedad pueden participar "toda combinación posible de actividad de los músculos voluntarios y del sistema nervioso autónomo. Por

consiguiente, la variedad de *patrones de queja* es virtualmente infinita (Cameron, 1982, p.258. *Cursiva en el original*)".

Los estados de ansiedad, conforman "cuadros clínicos" similares en cuanto a sus características; pero diferentes en cuanto a la intensidad, difusión y predominancia de los síntomas que presentan (Pancheri, 1982).

Los síntomas de los estados de ansiedad, se pueden agrupar en tres categorías: a) trastornos somáticos, b) trastornos psíquicos y c) trastornos conductuales. Comumente se presentan en forma simultánea, pero combinados de diferente manera en cada persona. Así, se podrá encontrar una mayor acentuación de la patología somática en relación a los síntomas psicológicos, o viceversa. En algunos casos, la angustia aparece casi completamente somatizada y en otros casos, los síntomas psicológicos dominan el cuadro. En cualquier caso, la combinación y forma de presentación varía de una persona a otra (Pancheri, 1982).

Los síntomas somáticos pueden surgir brusca y repentinamente, o bien, estar presentes en forma leve y constante. De entre ellos, los síntomas cardiovasculares son los más frecuentes. Podríamos citar: taquicardia con fuertes palpitaciones, variaciones en la presión sanguínea y sensación de opresión en el corazón. (Pancheri, 1982).

Los trastornos respiratorios son también muy frecuentes. Los más destacados son: sensación de "ahogo" o "falta de aire", opresión en el pecho, tos crónica, suspiros e hiperventilación (Pancheri, 1982).

Las alteraciones gastrointestinales y genitourinarias

son menos frecuentes, pero no menos importantes. Podemos encontrar: espasmo faríngeo (nudo en la garganta), náuseas, vómitos, sequedad de la boca, constipación, diarrea, agruras, trastornos gástricos, dolor abdominal, sensación de constricción gástrica, deseos de orinar, sed y hambre de aparición repentina, trastornos menstruales e impotencia (Kolb, 1983; Pancheri, 1982).

Durante los ataques agudos de cierta severidad, las pupilas se dilatan, la cara se congestiona y la piel transpira. El sujeto puede sufrir parestesias, temblores, mareos o desmayos (Kolb, 1983).

Como parte de los trastornos psíquicos encontramos la sensación de peligro inminente, preocupaciones inmotivadas, timidez, aprensión, sentimiento de inferioridad y déficits en el rendimiento intelectual (Kolb, 1983; Pancheri, 1982).

Dentro de los trastornos conductuales, se presentan: inquietud motora, irritabilidad, trastornos del sueño y, paradójicamente, anorexia o bulimia (Kolb, 1983).

Las reacciones fisiológicas relacionadas con la angustia, tienen lugar mediante la participación del sistema nervioso autónomo o de la vida vegetativa. Es el encargado de regular el medio interno y representa el "motor periférico" que pone en acción los órganos involucrados en la conducta emocional (Thompson, 1977). El sistema nervioso autónomo es generalmente involuntario, y actúa sobre el músculo liso, el tracto gastro intestinal, músculo cardíaco, glándulas exócrinas y algunas glándulas endócrinas.

El sistema nervioso autónomo, comprende dos ramas la simpática y la parasimpática. El hipotálamo y algunas estructuras límbicas, son los principales centros nerviosos encargados de activar e integrar el funcionamiento de ambos subsistemas. Son también, los centros reguladores de la conducta emocional (Martin, 1978).

Como se vio, el sistema simpático permite al organismo enfrentarse a situaciones de peligro. El sistema simpático, no reacciona solamente ante los peligros reales, el mero pensamiento de una lucha o peligro puede activarlo (Thompson, 1977). Por su parte, el sistema parasimpático se relaciona con funciones que se encuentran involucradas en la recuperación y conservación de energía.

La mayoría de las vísceras tienen inervación simpática y parasimpática. En situaciones normales, existe una "inhibición recíproca" entre ambos sistemas. Con ello, es posible mantener un estado de equilibrio interno dinámico u homeostasis (Martin, 1978).

La reacción normal del organismo ante la tensión física o psicológica, es una respuesta combinada de ambos sistemas autónomos, con predominio de la actividad simpática. Sin embargo, en los casos en los cuales se presenta una angustia patológica, parece existir una falla en la inhibición recíproca. En consecuencia, la excitación de un sistema provoca un desequilibrio del otro, generándose simultáneamente efectos simpáticos y parasimpáticos (Martín, 1978).

Por otro lado, se ha podido establecer que las personas diagnosticadas con reacción de angustia, muestran altos niveles de excitación simpática y adrenocortical. Esta

excitación anormal, no se ha encontrado en pacientes con otro tipo de neurósis o con síntomas mixtos (Martin, 1977).

Los pacientes que exhiben reacciones de angustia, permanecen excitados la mayor parte del tiempo, aun en los estados de reposo o carentes de tensión. Aquellos pacientes que representan "casos relativamente 'puros' de reacción de angustia", manifiestan mayor excitación, recuperación más lenta y poca habituación a los estímulos estresantes (Martin, 1977).

Esta situación, que bien podría llamarse hiperexcitabilidad, concuerda con la suposición de que los pacientes responden a muy diversas situaciones con angustia. Tal falta de "discriminación", puede reflejar una generalización a muchos estímulos ambientales de una angustia previamente condicionada. Así mismo, la angustia pudiera ser desencadenada por estímulos internos a través de procesos de pensamiento, con lo cual, la persona "se angustia a sí misma", imaginando posibles desgracias que, en ese momento, únicamente existen en su pensamiento. Aun más, pudiera ser una combinación de todos estos factores (Martin, 1977).

Sea que se hable de angustia normal o patológica, toda situación que es vivenciada como angustiante requiere de la participación de procesos fisiológicos y psicológicos. "De no ser así, de no haber factores neurovegetativos, hormonales etc., el sujeto nada sentiría y a lo más, tendría un conocimiento intelectual puro de la angustia que no correspondería en nada a su fundamental significación (Patiño, 1980, p.199)".

La situación angustiante, siempre es vivenciada "en forma conjunta como un todo", y los elementos que participan

en su constitución, aunque diferentes "en cuanto a denominación", en conjunto "no son otra cosa que la angustia misma" (ibid).

El estado de angustia, como se dijo, representa la irrupción en la consciencia del paciente de un conflicto interno. Se dijo también que todo síntoma neurótico es un intento por controlar la angustia. Así mismo, se ha dicho que la angustia franca, solamente se presenta cuando la persona es incapaz de controlar y adaptar sus impulsos al medio.

Se puede considerar que en las neurósis, los mecanismos de defensa o métodos de adaptación que emplea el paciente, son de carácter "repetitivo e invariable", y reflejan conductas que en etapas previas del desarrollo fueron satisfactorias o adecuadas. Dichos métodos de adaptación, "representan la regresión" del sujeto a las conductas que proporcionaron mayor satisfacción, o bien, puede deberse a la incapacidad para desarrollarse "más allá de una fijación" que impidió al sujeto avanzar en su desarrollo, y cuyo nivel de desarrollo, resulta inadecuado en épocas posteriores de la vida (Kolb, 1983, p.550).

El tipo de neurosis, se encuentra determinada por los mecanismos de defensa que adopta el paciente para controlar la angustia, y realmente, "pocos enfermos se limitan a un solo tipo de recursos (Kolb, ibid)".

Sin embargo, en los trastornos psicósomáticos, el paciente parece no utilizar mecanismos de defensa, en consecuencia, "el paciente reacciona al estrés, a la tensión y a la ansiedad con un mal funcionamiento fisiológico directo, que incluso llega a provocar daños irreversibles en órganos y tejidos (Cameron, 1982, p. 657)".

Esto, es una distinción importante ya que "a diferencia de las neurosis, esos desordenes no representan una expresión simbólica del conflicto (Cameron, *ibid.*)", y la persona reacciona al stress con un mal funcionamiento orgánico.

El neurótico, maneja su ansiedad a través de los mecanismos de defensa, y se expresa mediante los síntomas neuróticos. De esta forma, los impulsos inaceptables que escapan a la represión, son controlados y el paciente continúa siendo funcional. Por su parte, en los desordenes psicossomáticos, la ansiedad trata de aliviarse por vía de la actividad autónoma y visceral directa. Por tanto, el paciente no tiene por que ser aprensivo, ya que la tensión es aliviada por el "mal funcionamiento" del organismo (Cameron, 1982).

Aun cuando existan múltiples explicaciones para este hecho, hay un punto en el cual la mayoría de los teóricos están de acuerdo: "los desordenes psicossomáticos constituyen regresiones profundas a una fase de desarrollo del ego casi indiferenciada. Tal acuerdo tiene como base el carácter fisiológico primitivo de la reacción psicossomática (Cameron, 1982, p.683)".

El síntoma psicossomático por sí mismo, no da una explicación del conflicto interno que lo originó, el cual amenaza con manifestarse al exterior en forma de angustia. Por tanto, el síntoma evita la angustia, no la explica.

Es necesario tener presente que los síntomas son la expresión de un conflicto, y que su función es evitar la ansiedad generada por éste último. En el caso del paciente psicossomático, la ansiedad es evitada a través de la descarga directa sobre el sistema nervioso autónomo, sin que aparentemente exista la expresión simbólica.

1.52. *El autoconcepto.*

En múltiples ocasiones, se ha postulado la existencia de agentes psicológicos internos reguladores de la conducta. El desarrollo de éstas concepciones, arrancan desde las creencias del hombre primitivo en los espíritus, pasando por el alma y la voluntad, hasta llegar a los postulados actuales del yo, el sí mismo y el autoconcepto.

El arribo de la psicología científica, abre un periodo en el cual se tiende a rechazar con firmeza cualquier idea que haga referencia a agentes psíquicos que no puedan ser observados. Sin embargo, el interés por estos conceptos ha resurgido entre los psicólogos (Hall y Lindzey, 1984).

El autoconcepto, se ha derivado de la psicología del yo. Y es con William James (cit. pos. Hall y Lindzey, 1984) donde surge directa o indirectamente mucho de lo que en la actualidad se escribe acerca del sí mismo y el Yo.

Para poder comprender el significado del autoconcepto, es necesario revisar la teoría del sí mismo.

Epstein (comp. en Fierro, 1981, p.91) pregunta: ¿Hay necesidad de un concepto de sí mismo en psicología?. Para responder a esta interrogante, "ya de entrada, las opiniones se hallan divididas (ibid)".

Desde una perspectiva conductual, el sí mismo se encuentra "envuelto en un aura de misticismo, en modo muy semejante al concepto de alma (Epstein, op. cit., p.91)". En consecuencia, sus representantes tienden a rechazar el sí mismo, para evitar introducir a la psicología cualquier agente

psicológico interno (Bandura comp. en Fierro, 1981.).

Por otro lado, encontramos que las definiciones dadas al sí mismo "suelen ser circulares o carentes de referencias significativas", y en otros casos, se apela al "sentido común", considerando que todos sabemos que se tiene un sí mismo (Epstein, op. cit., p.91).

Si el sí mismo no es una cosa, y si no puede ser definido como un concepto, entonces tal vez podemos absolutamente prescindir de él. Vale la pena notar que Allport, uno de los proponentes del concepto de sí mismo, está sustancialmente de acuerdo con esta conclusión. El advirtió que todo lo que ha sido explicado mediante la referencia a un concepto de sí mismo, puede ser explicado igualmente sin él, y que la única ventaja de retener la palabra es que reclama atención para importantes áreas de la psicología que de otro modo quedarían ignoradas:... (Epstein, op. cit., p.92).

A pesar de las múltiples críticas y poca definición respecto del sí mismo, es una noción que ha sido considerada por un buen número de investigadores como explicativa, adecuada, útil y necesaria. Más aun, consideran que es una perspectiva bajo la cual puede ser entendida y explicada la conducta humana (Epstein, op. cit.).

Aunque existe desacuerdo acerca del valor del concepto de sí mismo como concepto explicativo, no hay otro argumento para legitimar su estudio que el sentimiento subjetivo de que tener un sí mismo constituye un fenómeno empírico

importante. Igual que muchos otros fenómenos, el sentimiento subjetivo del sí mismo tiende a ser tomado por obvio hasta que se le hecha de falta. Cuando viene a ocurrir esto último involuntariamente el individuo informa que le sobrecoge un aplastante sentimiento de terror (Epstein, op.cit., p.92).

Una de las características más sobresalientes de la teoría del sí mismo, es el empleo de "informes conscientes (o bien podría decirse autoconscientes)" para investigar y explicar la conducta. Visto de esta forma, "constituye una tercera fuerza entre el psicoanálisis por un lado, que escudriña la mente por todos sus recovecos subterráneos, y el conductismo por otro lado, que atiende primordialmente al comportamiento evidente" (Lindzey et al., 1982, p.411).

El sí mismo en la concepción actual, "se refiere, más bien, al objeto de los procesos psicológicos o específicamente a esos procesos en tanto son gobernados por el principio de causalidad (Hall y Lindzey, 1984, p.9)". En este sentido, el sí mismo puede ser considerado como un concepto que pertenece al campo de la psicología, en vez de verlo como un concepto "metafísico". Es, por tanto, una teoría que pretende explicar la conducta a partir de ciertas autoobservaciones de nuestra propia conducta (ibid).

Definir y ubicar con precisión el autoconcepto, es una tarea difícil. Esto es debido a que en principio el autoconcepto se deriva a partir de la psicología del yo; y al emplear el término Yo, de entrada encontramos confusión y dificultades respecto de la forma en como se emplea el término.

Así, podemos encontrar que comunmente se menciona al yo, sin embargo, en ocasiones es difícil establecer si se está aludiendo al ego⁽²⁾ de la teoría psicoanalítica (el yo como estructura mental), o si se refiere al *self*⁽³⁾ (el sí mismo como derivado del ego); y en ambos casos se emplea el término yo.

Por otro lado, cuando se habla del sí mismo y el autoconcepto, frecuentemente hay intercambio, confusión o falta de definición de las palabras. En consecuencia, trataré de ubicar y aclarar los conceptos, aun a riesgo de incurrir en errores de interpretación.

La confusión en el empleo de los términos yo y self, "se debe probablemente a la forma en que Freud usó estas palabras, al modo en que Strachey las tradujo, y a las elaboraciones subsiguientes que otros han hecho sobre ellas (Kernberg, 1987, p.206)".

Freud nunca estableció una distinción precisa entre estos términos (Kernberg, 1987). A lo largo de todos sus trabajos, conservó el vocablo alemán *Ich* para referirse al yo "como una estructura mental y una instancia psíquica, y también para el 'self' más personal, subjetivo y experiencial (Kernberg, 1987, p.206)".

(2) El término *ego*, ha sido utilizado casi exclusivamente en la teoría psicoanalítica y es equivalente al yo. Ambos, se han empleado para aludir a la estructura mental que sirve para adaptarse al medio. Por tanto, se emplearon indistintamente, en ese sentido.

(3) La palabra *self*, es un vocablo inglés que tiene varias traducciones al español. Como sustantivo puede traducirse como yo, uno mismo o sí mismo (Cuyas, 1972). En principio, existe la posibilidad de intercambiar el yo por el sí mismo, y esto, ha dado lugar a muchas confusiones. A pesar de ello, la traducción más comúnmente empleada es la de sí mismo, la que adoptaremos para la exposición.

El yo de Freud, es "un sistema mental estructural (Kernberg, 1987)" que abarca todas "aquellas funciones psicológicas que ayudan al individuo a adaptarse al medio ambiente, a responder a estímulos y a alterar funciones biológicas básicas, mientras aseguran la supervivencia y la satisfacción de necesidades (MacKinnon y Michels, 1981, p.74)". Es "el asiento de la conciencia (Kernberg, 1987)", en consecuencia, lo es también de "la conciencia del self (Kernberg, 1987)".

El ego, representa la suma y organización de aquellos mecanismos mentales que permiten al organismo la adaptación a la realidad, mecanismos tales como percepción, mecanismos de defensa, memoria, control de movimientos voluntarios, etc. (Fraizer, et al., 1976).

Para cumplir su función protectora, el ego realiza diversas funciones. La primera es la prueba de la realidad. Es un guardian que percibe al mundo exterior e interior, evitando los estímulos perturbadores. En segundo lugar, controla los impulsos inconscientes del ello y el superyo, permitiendo su satisfacción de manera adecuada. Como tercera función, controla el aparato motor (Wolman, 1972).

El yo, funciona como un mediador (a través de los procesos internos) y como un ejecutor (controlando la descarga muscular y glandular), y todo ello con base en el principio del placer, es decir, "El yo tiende al placer y huye del desagrado (Hesnard, 1975)".

El ego en la concepción de Freud, es la parte superficial del ello (los impulsos) que ha sido modificada por la influencia de la realidad externa, "imbuida", ésta

última, a través de los sentidos (Warren, 1982). Es el resultado de la diferenciación progresiva del ello a partir del sistema percepción-consciencia. Actualmente, se explica su génesis recurriendo a los procesos de maduración y aprendizaje a partir de la dotación sensorio-motriz del lactante (Frazier et al., 1976).

El concepto de yo de Freud, posteriormente fue revisado dándole "una mayor importancia dentro de la personalidad humana... subrayando tanto su independencia parcial como sus aspectos estructurales, dinámicos y económicos (Hartman, 1978, p.8)". Esta nueva formulación del yo, dio origen a la llamada "psicología del yo".

Respecto de esta nueva formulación, Hartman (1978, p.9) escribe:

En uno de sus últimos escritos (1937), Freud sugirió que no solo los impulsos instintivos, sino también el yo pueden poseer un núcleo hereditario. Pienso que tenemos razones para suponer que hay, en el hombre, aparatos innatos, que he denominado de autonomía primaria, y que tales aparatos autónomos primarios del yo y su respectiva maduración constituyen un fundamento para las relaciones con la realidad exterior.

Bajo esta nueva perspectiva, el yo no es un derivado directo del ello, sino que, parece surgir de estructuras yóicas innatas autónomas. Así, durante el curso del desarrollo las funciones del yo adquieren "una cierta proporción de autonomía respecto a estos factores genéticos (Hartman, 1978, p.9)", alcanzando cierto grado de funcionamiento independiente.

"Hablamos de los grados de independencia del yo como grados de autonomía secundaria (Hartman, 1972, p.10)". El desarrollo de la autonomía secundaria permitirá al yo efectuar tareas congruentes con la realidad en forma independiente, "más allá de las presiones de la satisfacción de las necesidades (Hartman, 1972, p.11)".

Con todo esto, el yo deja de ser "un pobre ente que debería servir a tres amos (Freud, cit. pos. Wolman, 1972, p.58)", para pasar a ser una estructura autónoma, con funciones y energía propios.

En el marco de estos postulados, es donde se insertan el sí mismo y el autoconcepto.

El sí mismo (self), bajo la perspectiva de la psicología del yo, es un derivado del yo que resulta de la organización de las autorrepresentaciones (imágenes de uno mismo), las cuales dan origen a una subestructura yoica (Hartman, cit. pos. Kernberg, 1988), integrada por componentes afectivos y cognoscitivos (Kernberg, 1987)

El sí mismo está insertado en el yo, en forma de subestructura, pero se deriva de sus precursores: subestructuras intrapsíquicas (percepción y memoria) que anteceden a la integración de la "estructura tripartita" (Kernberg, 1987). Es decir, una estructura integrada por una autorrepresentación, una representación del objeto y una componente afectivo.

La suma total de las autorrepresentaciones, procedentes de la diversas etapas del desarrollo, conforman el sí mismo. No obstante, es más que una simple representación "compuesta" del sí mismo, sino que, es un organizador

supraordinado de funciones claves del yo tales como la prueba de la realidad, integración y sintetización (Kernberg, 1987).

De esta forma, el sí mismo "permanece relacionado con y dependiente del inconsciente dinámico como una corriente subyacente constante que influye en el funcionamiento psíquico (Kernberg, 1987, p.169)".

El yo "como estructura integrada" se desarrolla a partir de las "funciones autónomas primarias de percepción y memoria". En un momento del desarrollo temprano, "la maduración y el desarrollo de las funciones yoicas primarias dan lugar a introyecciones que, a su vez, se convierten en el principal agente organizador de lo que habrá de ser el yo" (Kernberg, 1988, p.32).

"La introyección, es el nivel básico más temprano y primitivo de los procesos de internalización y es un mecanismo esencial del desarrollo yoico (Kernberg, 1988, p.25)".

La introyección, es la reproducción y fijación de una interacción con el medio, surgida de una "Conjunción organizada de huellas mnésicas" a partir de la percepción y la memoria (Kernberg, 1988).

En la introyección participan a lo menos tres elementos: a) la imagen o representación mental de un objeto, b) la imagen o representación del sí mismo en interacción con el objeto y c) el matiz afectivo vinculado a la imagen del sí mismo en interacción con el objeto (Kernberg, 1988).

El esquema anterior "corresponde en realidad a una etapa ulterior ", en la cual las imágenes objetales y las

autoimágenes "han llegado a concretarse en componentes claramente delimitados" (Kernberg, 1988, p.25). De esto, se desprende que, en las primeras introyecciones no se presenta la diferenciación entre la imagen del sí mismo (el sujeto en interacción) y la imagen del objeto con el cual se está interactuando (Kernberg, 1988). Dicho de otra forma, no se ha establecido la diferenciación entre el yo, y el no yo. Esta fase es similar al planteamiento de la etapa sin objeto de Spitz.

Las primeras introyecciones totalmente desarrolladas reflejan la unión de un afecto, una imagen objetal y una autoimagen relativamente simple (Kernberg, 1988). Este vínculo se establece gracias a la percepción (que provee las imágenes) y la memoria (que permite almacenarlas).

La organización e integración de la percepción, conjuntamente con la memoria, permiten que las introyecciones posteriores contengan una información más completa y elaborada acerca del objeto y el sí mismo (Kernberg, 1988). Eventualmente, el sí mismo logra establecer una relación significativa entre el sujeto y la suma total de identificaciones. Con ello, logra estructurar una realidad psíquica interna a partir de la incorporación de las representaciones mentales (Winnicott, cit. pos Gaddini, 1977). Así, "la organización de las autoimágenes que formaban parte de las introyecciones e identificaciones (Kernberg, 1988)", pasan a formar el sí mismo.

El sí mismo, por tanto, surge de la totalidad de experiencias o sensaciones corporales del infante durante los primeros meses de su vida. Sensaciones que son gradualmente elaboradas mediante un proceso de mentalización (Gaddini, 1977).

Actualmente, el sí mismo posee dos significados distintos. "Uno, como las actitudes y sentimientos de una persona respecto de sí misma; el otro, como un grupo de procesos psicológicos que gobiernan la conducta y la adaptación (Hall y Lindzey, 1984, p.8)".

En el primer caso, se instala al sí mismo como un objeto ya que denota las actitudes, sentimientos, percepción y evaluación de la persona respecto de sí misma considerada como un objeto. Es lo que la persona piensa acerca de sí misma. Como proceso, el sí mismo representa una serie de procesos como pensar, recordar o percibir (Hall y Lindzey, 1984).

Algunos autores emplean el término yo para referirse a los procesos psicológicos, y el término sí mismo para nombrar la opinión de la persona acerca de sí misma (Hall y Lindez, 1984). Pese a ello, no hay concordancia en el uso de los términos. A pesar de todo, podemos convenir que el sí mismo es un término que incluye tanto a la evaluación del objeto, así como a los procesos que determinan la evaluación. Por su parte el yo, abarcaría tanto al sí mismo (evaluación y procesc), como a otras funciones y procesos, que en su conjunto permiten al organismo adaptarse al medio y sobrevivir. El yo por tanto, cumple funciones de evaluación, organización, protección contra los estímulos, prueba de la realidad y su manejo por medio de ensayos (pensamiento), emisión de señales de peligro (ansiedad), así como otras funciones autónomas que progresivamente se van desarrollando (Bellak, 1985). Siendo el sí mismo, un derivado del yo, que permite al sujeto reconocerse dentro del medio.

El sí mismo es una construcción hipotética, pero

a la vez, es un objeto de investigación y un método de investigación (a través de informes autoconscientes); es un dato y una variable. Es un elemento de tensión dentro del sujeto por la necesidad de mantener coherencia y unión. El conocimiento del sí mismo, es una característica que permite distinguir a los hombres de los animales quienes, hasta donde sabemos, carecen de una conciencia del ser (Bennett, 1984).

William James (cit. pos. Hall y Lindzey, 1984, p.8) estableció que "el sí mismo o yo empírico", es en una forma muy general "la suma total de cuanto un hombre puede llamar *suyo*". Representa todo aquello que el hombre "mira como perteneciente a él (Epstein, op. cit., p.93)".

Este sí mismo de James, esta constituido por: un sí mismo material, un sí mismo social y un sí mismo espiritual. El sí mismo material abarca el cuerpo, las posesiones materiales y la familia. El sí mismo social se refiere a los juicios que los demás emiten del sujeto. Y el sí mismo espiritual, abarca las emociones, deseos y facultades y disposiciones psicológicas (Epstein, op. cit.; Hall y Lindzey, op. cit.).

Según James (cit. pos. Epstein, op. cit.) cada aspecto del sí mismo puede evocar sentimientos de elevada autoestima y bienestar, o bien, de baja autoestima e insatisfacción. En este sentido, mantuvo al sí mismo como poseedor de cierta unidad, pero a la vez, con cierta independencia y diferenciación (en los diversos sí mismos). No obstante, siempre lo mantuvo ligado a las emociones, las cuales, funcionan como el mediador de la autoevaluación.

Sin haber explicitado la noción de autoconcepto, James esboza su existencia al plantear el vínculo entre el sí mismo, la autoevaluación y el afecto.

Rogers, uno de los exponentes del sí mismo que elaboró más la teoría, dedicó poca atención a los aspectos de desarrollo estructural del sí mismo. En cambio, estudió más de cerca la función de la estructura y sus modificaciones dentro del proceso terapéutico, poniendo especial énfasis en el carácter subjetivo de la percepción. Es en este sentido donde ha sido desarrollada la noción de autoconcepto.

La teoría de Rogers (cit. pos. MacKay, 1978) del sí mismo, mantiene un enfoque "fenomenológico con respecto a la personalidad". Es decir que, la realidad de cada persona depende de la forma en como percibe un objeto o situación. Y sus reacciones, estarán determinadas por esa percepción en vez de estar definida en términos de una realidad objetiva. En consecuencia, para poder comprender la conducta de las personas será necesario recurrir a su "estructura de referencia interna", es decir, a su realidad subjetiva.

El propio Rogers (cit. pos. Hall y Lindzey, 1984, p.32) evalúa su teoría en los siguientes términos:

Esta teoría es de carácter básicamente fenomenológico, y se basa ampliamente en el concepto de sí mismo como construcción explicativa. Describe el punto final del desarrollo de la personalidad como una congruencia básica entre el campo fenoménico de la experiencia y la estructura conceptual del sí mismo, situación que, si se logra, significa librarse de tensión y ansiedad internas, y librarse de tensiones potenciales; representa el grado máximo de una adaptación orientada realísticamente; el establecimiento de un sistema de valores individualizado, parecido en grado considerable al sistema de valores de cualquier otro miembro de la raza humana igualmente bien adaptado.

Otra característica del enfoque "rogeriano" respecto de la personalidad, es su carácter "holístico". Esto significa que, "el individuo tiende a responder, como una totalidad organizada, a los sucesos que percibe en su campo fenoménico (MacKay, 1978, p.98)". Visto de esta forma, el sí mismo es una gestalt, en donde una alteración menor llega a alterar el patrón total (Lindzey et al., 1982).

El campo fenoménico, es "el marco de referencia individual", y se encuentra constituido por la totalidad de experiencias internas del organismo. Es la realidad subjetiva de la persona (Hall y Lindzey, 1984).

Es conveniente aclarar que el campo fenoménico no es equivalente a la conciencia. "Esta es la simbolización de parte de nuestra experiencia (Rogers, cit. pos. Hall y Lindzey, 1984, p.35)". Sin embargo, es parte del campo fenoménico, así, "el campo fenoménico se compone de experiencias conscientes (simbolizadas) e inconscientes (no simbolizadas) (ibid)".

Wylie (1961, cit. pos. Dana, 1972) estableció la distinción entre los aspectos fenoménicos (conscientes) y los no fenoménicos (inconscientes) del sí mismo. El campo fenoménico se refiere a los "sentimientos respecto del yo", como la satisfacción personal, la autoaceptación y la auto-estima. Esta forma de definir el campo fenoménico, está en íntima relación con el autoconcepto.

El campo no fenoménico o inconsciente, hace alusión a la forma en como está estructurado el sí mismo. Representa la parte no simbolizada de la experiencia. Se puede decir que son aquellas experiencias carentes de significado, pero que forman parte de la estructura perceptual.

"Una parte del campo fenoménico poco a poco se va diferenciando y se convierte en el sí mismo o autoconcepto que denota (Hall y Lindzey, 1984, p.37)"

la Gestalt conceptual, organizada y coherente, compuesta de percepciones características del "yo" o del "mi" y las percepciones de las relaciones del "yo" o del "mi" con otros y con diversos aspectos de la vida, junto con los valores vinculados a esas percepciones. Se trata de una Gestalt que está preparada para la conciencia. Hablamos de una Gestalt fluida y cambiante, un proceso que en cualquier momento determinado se torna en una entidad específica (Rogers, 1959, cit. pos. Hall y Lindzey, 1984, p.38).

En el texto anterior, vemos como se equipara el sí mismo con el autoconcepto. Sin embargo, en un texto similar, Epstein (op. cit., p.95) escribe:

Rogers (1951) define al sí mismo como "un patrón conceptual organizado, fluido, pero consistente, de percepciones de las características y relaciones del yo o del mí a la vez que los valores vinculados a estos conceptos" (498). Afirma que el concepto de sí mismo incluye solamente aquellas características del individuo de las que es consciente y sobre las que cree ejercer control.

Como vemos en los textos anteriores, es evidente la confusión e intercambio, que en lengua hispana, se hace de los términos sí mismo y autoconcepto. Esta confusión, probablemente se deriva de la forma en como han sido traducidos e interpretados los textos originales, además de la escasa definición de los terminos. Todo ello, ha

repercutiendo grandemente sobre la claridad del autoconcepto y la teoría del sí mismo. De hecho, el término autoconcepto es una adaptación hispana para la traducción de la voz inglesa original *self concept*, es decir, el concepto de sí mismo.

Con base en lo anterior, podemos establecer que el concepto de sí mismo o autoconcepto, es una autovaloración que el sujeto ha elaborado respecto de su persona. Esta autoevaluación, que bien podríamos decir son juicios de valor respecto de sí mismo, surgen de la interacción del sujeto con el medio lo cual le permite tener una "apercepción" de su persona. Y en consecuencia, con todas las probabilidades de deformación de la realidad y susceptibilidad al cambio.

Snygg y Combs (1949, cit. pos. Epstein, op. cit., p.94) postulan que el concepto de sí mismo es "aquella parte del campo fenoménico que el individuo ha diferenciado como definitivamente y hasta cierto punto establemente característico de sí mismo". Es, "el núcleo de una organización más amplia que contiene las características estables de la personalidad tanto como las cambiantes e incidentales (Epstein, ibid.)".

El autoconcepto, es la síntesis de las representaciones mentales de sí mismo en un sistema valorativo. No obstante, no es la mera suma de las representaciones del sí mismo, sino, una síntesis organizada, es decir, una gestalt. Representa un proceso continuo de selección y evaluación mediante el cual, se asimilan nuevas representaciones y se rechazan otras. Significa una fusión de las representaciones mentales provenientes de nuestra experiencia en un sistema de apercepciones que son más o menos estables (Bennett, 1984).

Si bien es cierto que no existe una teoría estructurada de las etapas por las cuales atravieza el desarrollo del autoconcepto (Hall y Lindzey, 1984), la mayoría de los autores concuerdan en que el autoconcepto es aprendido (Henze, 1980). Y, gran parte de ese aprendizaje "proviene de la observación de las reacciones de otras personas (Henze, 1980, p.12)", en especial las de los padres y durante la niñez.

En sus primeras experiencias con el mundo, el infante se experimenta a sí mismo a través de su relación con los demás. El infante escucha y observa a los demás antes que a sí mismo (Bennett, 1984), al tiempo que emite una serie de conductas aparentemente reflejas y sin intención.

Posteriormente, y una vez que ha alcanzado un mayor grado de desarrollo, emitirá conductas más complejas e intencionadas. Paralelamente, su experiencia con los objetos le permitirá la distinción entre el yo y el no yo. Pero, dado que algunas conductas son aprobadas y otras reprobadas, "el niño aprende a diferenciar entre las acciones y los sentimientos que tienen valor (aprobados) y aquellos sin valor (desaprobados) (Hall y Lindzey, 1984, p.46)". Con ello, la conducta quedará vinculada a una relación afectiva.

Como ya se mencionó, esta interacción del sujeto con los objetos, y el componente afectivo resultante, da lugar a las introyecciones, que al organizarse, conforman el sí mismo. Ahora bien, las introyecciones que poseen un valor positivo, es decir que son aprobadas, pasan a formar parte del campo fenoménico, y consecuentemente, del autoconcepto. Con ello, el autoconcepto se conforma de experiencias simbolizadas con un valor positivo.

Por otro lado, las experiencias que son desaprobadas, y por tanto resultan amenazadoras, no se simbolizan o se simbolizan deformadamente, de tal forma que pueda ser protegida la integridad del autoconcepto. De esta forma, las experiencias desaprobadas "tienden a ser excluidas del autoconcepto, aun cuando son válidas desde el punto de vista organísmico, y así resulta un autoconcepto que no coincide con la experiencia organísmica⁽⁴⁾ (Hall y Lindzey, 1984, p.46)".

A lo largo de la niñez, el autoconcepto se va deformando, remplazando los "verdaderos" valores de la persona, por valores tomados de otras personas que son percibidos como propios (Hall y Lindzey, 1984). En consecuencia, surge "un conflicto entre los valores conscientes, falsos e introyectados, y los genuinos valores inconscientes,...(Hall y Lindzey, 1984, p.47)".

"Rogers afirma: (cit. pos Hall y Lindzey, 1984,p.46)"

'El niño valora una experiencia como positiva o negativa sólo a causa de las condiciones de valor que ha aceptado a los demás, no por las propias experiencias que perfeccionan o no su organismo'

Fromm, plantea en alguna forma como el autoconcepto se encuentra determinado directamente por lo que los demás piensan de uno. Al respecto dice:

El sentimiento del *yo*, es tan solo una señal de lo que los otros piensan de uno; *yo* no puedo creer en *mi* propio valer, con prescindencia de *mi* popularidad y

(4) Para Rogers (cit. pos. Hall y Lindzey, 1984), la experiencia organísmica es todo aquello que ocurre dentro del organismo y que potencialmente pueda ser conciente.

éxito en el mercado. Si me buscan, entonces soy alguien, si no gozo de popularidad, simplemente no soy nadie (1980, p.144. *Cursiva en el original*).

Conforme transcurre la vida del sujeto, enfrenta nuevas experiencias. Según sea su naturaleza (positivas o negativas), algunas son simbolizadas y organizadas en relación al sí mismo, en forma de autoconcepto; otras, se descartan por no coincidir con la percepción que se tiene de sí mismo; o bien, son deformadas o se les niega la simbolización si la experiencia no concuerda con la estructura de sí mismo (Bischof, 1985). De esta forma, el sí mismo funciona como una estructura perceptual fundamental que trabaja en forma inconciente para organizar y seleccionar las experiencias del ambiente.

Una vez que las introyecciones se han organizado, surge el autoconcepto, que pasa a ser una teoría acerca de "sí mismo" que el sujeto "ha construido inadvertidamente" a través de su experiencia y función en el medio. Esta teoría, contiene una serie de "postulados acerca de la naturaleza del mundo, de la naturaleza de sí mismo y de su interacción" (Epstein, op. cit., p. 96).

Para el sujeto, la teoría funciona como un "instrumento conceptual", que tiene como propósito: "optimizar el equilibrio placer/dolor del individuo a través del curso de la vida". Así mismo, tiene como otras "funciones básicas,... facilitar el mantenimiento de la autoestima y organizar los datos de experiencia de un modo que puedan ser afrontados con efectividad". (Epstein, op. cit., p.97).

El autoconcepto incluye no sólo el reconocimiento

de lo que se es, sino también lo que se desearía ser y lo que se supone que se debe de ser. De esta forma, la persona consigue "una concepción coherente y unificada de sí misma (Henze, 1980, p.11; Castillo y Tena, 1981, p.34)".

De esta forma, el autoconcepto se convierte en "una variable importante en la dinámica de la personalidad (Lindzey et al., 1982, p.420)" a la vez que un determinante importante de la forma en como se relaciona la persona con el medio. Gran parte de las conductas que la persona adopta, concuerdan con su autoconcepto. El sujeto, mantiene una conducta que sea coherente con la imagen que tiene de sí mismo (Bischof, 1985). Un autoconcepto deformado e incongruente con la realidad, originará igualmente conductas inadecuadas a la realidad.

Cualquier experiencia incongruente con el concepto de sí mismo, tiende a ser "ocultada" de la conciencia (Rogers, comp. en Lindzey et al., 1982). En consecuencia, si los datos sensoriales se contraponen a "la imagen del sí mismo", son distorsionados para ajustarlos al autoconcepto. Dicho en otra forma, "no podemos asimilar toda la información que nos brindan nuestros sentidos", sino solo aquella que se encuentre acorde con la imagen que tenemos de nosotros mismos (Rogers, 1985, p.110).

Cuanto mayor sea la congruencia entre el autoconcepto y la "descripción objetiva de sí mismo", habrá mayor ajuste personal, y la persona empleará menos "defensas perceptuales" (Chodorkoff, 1954, cit. pos Lindzey et al. 1982, p.420).

La defensa perceptual es un proceso análogo a la represión, de tal forma que, cualquier estímulo amenazador,

es excluido de la conciencia o inhibido. Como cualquier otra percepción, las defensas perceptuales son afectadas por los valores, necesidades e intereses del sujeto (Dana, 1972).

Al igual que cualquier mecanismo de defensa psicológico, las defensas que el sí mismo hace del autoconcepto, son defensas en contra de la ansiedad o amenazas (Dana, 1972). Según la teoría rogeriana, la amenaza se experimenta cuando la persona percibe la falta de congruencia entre sus experiencias y el autoconcepto (MacKay, 1978). Por tanto, cualquier "experiencia organísmica" que no esté acorde con el autoconcepto será percibida como amenazante y provocará ansiedad (Hall y Lindzey, 1984).

La teoría psicoanalítica difundió la noción de mecanismos de defensa como forma de reducir la ansiedad. Los mecanismos de defensa, "sirven para negar o distorsionar la realidad de modo de proteger el concepto de sí mismo (Dana, 1972, p.183)". De acuerdo con Rogers, las defensas básicas que se emplean para defender el autoconcepto son "la negación y la distorsión" (MacKay, 1978).

Pero, negar la experiencia, no significa que el sujeto la ignore. Una negación, es una "falsificación de la realidad", puesto que artificialmente se sostiene la no existencia de la experiencia, o bien, porque se percibe de manera distorsionada (Hall y Lindzey, 1984). En consecuencia, al hacer esto, el sujeto evita que parte de su experiencia y de la realidad sean admitidos en su conciencia. Ello significa que estas experiencias no participen de su autoconcepto, y éste, por tanto, se vuelve "cada vez más incongruente con la realidad" (MacKay, 1978, p.99).

A pesar de poseer un autoconcepto deformado, en ciertas condiciones "que implican una completa ausencia de cualquier amenaza a la autoestructura", el sujeto podrá percibir y examinar sus "experiencias inconsistentes"; y así, asimilarse e introyectar tales experiencias. Como resultado de ello, la persona será capaz de aceptarse a sí misma en una nueva condición (Bischof, 1985).

Una vez que la persona es capaz de aceptar en su estructura percetual nuevas "experiencias orgánicas", remplazará sus viejos valores (basados en demasiadas introyecciones distorsionadas) por unos nuevos, más acordes con la realidad. De esta manera, y al ir adquiriendo confianza, podrá desechar los valores antiguos y con ello evitará la amenaza y la ansiedad (Bischof, 1985).

Al reconocer y aceptar la persona un nuevo sistema del sí mismo, más consistente e integrado, podrá comprenderse mejor, tanto a sí mismo como a los demás (Bischof, 1985).

Un autoconcepto adecuado, debe ser congruente con la realidad, y a la vez, debe mantener cierta flexibilidad para permitir la adaptación. El autoconcepto maduro, sirve para codificar nuestra experiencia, dar significado a nuestra vida y proveer un esquema conceptual alrededor del cual se organiza nuestra experiencia. Es la base sobre la cual la persona se relaciona con los demás (Bennett, 1984).

Debemos mencionar que estos postulados, tienen como fundamento básico el supuesto de una necesidad del hombre de incrementar su autoconcepto y su autoestima (Epstein, op.cit). Estas "tendencias básicas", sirven de criterio para evaluar las experiencias, a partir de la tendencia a la autorrealización (MacKay, 1978).

Para Rogers (cit. pos. Bischof, 1985, p.372), la autorrealización es la "dinámica que describe al hombre como un niño que se transforma en adulto". En la autorrealización, están inscritos "todos los procesos que diferencian a un hombre de otros, a sus funciones orgánicas de las sociales, y que se dirigen hacia la autorresponsabilidad"..Rogers (ibid.) caracteriza así el proceso: 'La meta que el individuo ha de desear lograr, el fin que, sabiendolo o no, persigue, es el de volverse él mismo.' En este proceso de autorrealización, el sujeto alcanza un autoconcepto adecuado.

El logro de un adecuado autoconcepto, no es una tarea fácil, ya que el sí mismo es a la vez el objeto a conceptualizar y el que elabora el concepto, es decir, el que conceptualiza. Es uno mismo el que debe lograr un concepto de sí mismo (Bennett, 1984). El sí mismo es juez y parte, con lo cual se impide la evaluación objetiva de la realidad y de sí mismo, dado que siempre se verá influenciado por las experiencia y percepción personales.

El logro del autoconcepto se ve complicado por la presencia de múltiples sí mismos. Así, tenemos un sí mismo físico, un sí mismo social y un sí mismo moral, y para cada uno de ellos, debemos elaborar una evaluación.

Consecuentemente, "el sistema de sí mismo es diferenciado a la vez que integrado". Y, para poder entender toda la estructura "es necesario considerar también los subsistemas o diferentes sí mismos empíricos que retienen cierto grado de independencia, no obstante estar bajo el influjo del sistema genérico de sí mismo..." (Epstein, op. cit. p.104).

Para cada sí mismo que identifica la persona, elabora una serie de postulados en relación a su valía. Estos postulados, que conforman el autoconcepto, surgen de la relación del sujeto con las personas que lo rodean, y con el medio. En su conjunto, conforman el nivel de autoestima.

Pero, la autoestima es el resultado de la combinación de los diversos postulados del sí mismo, y no un producto unidireccional. "Un mismo nivel general de autoestima puede lograrse mediante un alto aprecio del sí mismo corporal y un bajo aprecio del sí mismo interno inferido, o bien por la combinación exactamente inversa (Epstein, op. cit., p.104)".

La autoestima, es la experiencia subjetiva del individuo, en relación a los juicios valorativos, respecto de sí mismo. Podemos decir que la autoestima es el matiz valorativo del autoconcepto, lo cual, es conocido solamente por el sujeto. No obstante, lo refleja al medio a través de su conducta física o verbal.

La autoestima, es una función extensa de la coincidencia entre: el autoconcepto del sujeto y los rasgos que dentro de su sociedad se consideran como adecuados. En la medida en que exista mayor concordancia entre lo que uno piensa que es (autoconcepto) y lo que se supone que uno debe de ser, habrá mayor autoestima.

En épocas tempranas, la conducta de los niños se encuentra controlada por los padres. A la vez, los padres son los que satisfacen las necesidades del niño. Ello obliga a los niños a identificar a sus padres como elementos separados de él y a reconocer que no es omnipotente. A través de la introyección, el niño participa de la "omnipotencia"

de los adultos, obteniendo con ello el sentimiento de satisfacción y bienestar al estar vinculado con las personas "poderosas" capaces de satisfacer las necesidades (Fenichel, 1966).

Conforme se desarrolla el niño, alcanza un mayor grado de autonomía personal. Ello, le permitirá satisfacer sus necesidades y librarse de los estímulos displacenteros por sí mismo. De esta manera, el niño sustituye la omnipotencia hacia los adultos por la autoestima (Fenichel, 1966), es decir, por el sentimiento personal de valor y capacidad para manejar las situaciones. En este proceso, el niño adquiere la autoestima cuando se esfuerza por alcanzar ciertas metas, pero, lo hace en forma y hacia ciertas metas aprobadas.

Con el paso del tiempo, el niño descubre metas diferentes a las que se le han impuesto, encuentra nuevos motivos, más personales, por los que puede y debe actuar (Fredén, 1986). Con base en la confianza en sí mismo y la autoestima previamente adquiridas, el sujeto deberá esforzarse para alcanzar esas metas, y de esta forma, lograr su autorrealización.

Si consideramos que la autoestima se encuentra vinculada a la forma en como nos valoran los demás, y que el logro de autoestima es un "motivo dominante (Fredén, 1986)" del ser humano, "Para obtener autoestimación obviamente es necesario *actuar* de alguna manera (Fredén, 1986, p.318. Cursiva en el original)". Esa manera de actuar, es hacia la autorrealización.

Becker (cit. pos. Fredén, 1986, p. 318) ha escrito:
(La autoestimación) es una rectitud interior de uno mismo que arma al individuo contra la ansiedad.
Debemos comprenderla, entonces, como una *continuación sistemática natural* de los primeros

esfuerzos del ego por manejar la ansiedad; es la extensión de duración de un amortiguador efectivo de la ansiedad... El sentimiento cualitativo de valfa propia es el predicado básico para la acción humana, precisamente porque es epítome del desarrollo total del ego. (*Cursiva en el original*).

Así, podemos entender la autoestima como el sentimiento personal de poder. Poder en el sentido de ser capaces de actuar en el mundo hacia la consecución de nuestras metas, con la convicción de alcanzarlas y a la vez, que será aprobada nuestra conducta. Con ello, el sujeto se transforma en independiente, ya que no requiere de la aprobación de los demás para poder actuar. "Quien carece de autoestimación inevitablemente es pasivo;... (Fredén, 1986, p.318)".

MacKinnon (1973) menciona que la autoestima es la base de la confianza en sí mismo. Mientras una persona tenga una buena opinión de sí misma, se encontrará capacitada para enfrentar los problemas que se le presentan. Una amenaza en contra de esta capacidad de adaptación, como una enfermedad, destruirá la confianza y provocará depresión. La disminución de la confianza en sí mismo y el deterioro del autoconcepto, son síntomas determinantes en la depresión.

Los postulados del autoconcepto, la autoestima y la autorrealización, (en particular estos dos últimos), tienen su fundamente en la concepción del ser humano como un organismo que tiende al crecimiento y la autorrealización.

Al respecto, Rogers (1985, p.90) escribe:

Uno de los conceptos más revolucionarios que se

desprende de nuestra experiencia clínica es el reconocimiento creciente de que la esencia más íntima de la naturaleza humana, los estratos más profundos de su personalidad, la base de su "naturaleza animal" son positivos, es decir, básicamente socializados, orientados hacia el progreso, racionales y realistas.

De hecho, según Bischof (1985), la teoría del sí mismo no podría ser explicada sin estos conceptos. Por otra parte, es una teoría sumamente hipotética y cargada de deducciones. Con base en el autoconcepto, nadie podrá comprender completamente a otra persona, puesto que solamente el sí mismo introspectivo es capaz de explicar su sentimiento interno. A lo sumo, solamente podrá deducirse una hipótesis explicativa basada en lo que otro ser humano nos muestra de sí mismo (Bischof, 1985).

A pesar de ello, la afirmación de Rogers (cit. pos. Hall y Lindzey, 1985, p.73) de que: "la posición más ventajosa para comprender la conducta es desde el marco de referencia interno del individuo" ha sido el punto de unión para una gran cantidad de psicólogos. Y el empleo de los "autoinformes fenoménicos", en forma de escalas de autoconcepto, ha sido una línea de investigación en extremo poderosa dentro de la psicología contemporánea.

"Cuando el concepto de sí mismo es redefinido como una teoría de sí mismo, no puede ser proscrito como no científico, o como una reencarnación del alma, a menos que uno quiera también proscribir la teoría, en general, como no científica (Epstein, op. cit. p.109)".

1.53. *La depresión.*

La depresión es una condición tan antigua como el ser humano (Mendels, 1982). Probablemente, ha formado parte de su vida desde que apareció en la tierra (Kupfer y Frank, 1981). En la actualidad, representa un importante problema de salud que afecta a un gran porcentaje de individuos, en cualquier edad, en cualquier sociedad y de ambos sexos.

En escritos muy antiguos se han encontrado descripciones que bien podríamos identificar como estados depresivos. Así, encontramos que los egipcios en algunos textos, mencionan características propias de la depresión, lo cual, trataban con una especie de "psicoterapia" en forma de sugestión. Los antiguos hebreos, también describen conductas que podrían ser consideradas como depresivas, muchas de ellas descritas en La Biblia. Pero de hecho, fueron los griegos quienes describieron por primera vez un cuadro depresivo, condición que atribuían a causas de tipo divino (Kupfer y Frank, 1981).

Más adelante, hacia el siglo IV aC., Hipócrates plantea que los problemas que hoy reconoceríamos como psicológicos, eran producidos por causas naturales, más que por alguna causa divina (Kupfer y Frank, 1981). Con base en esto, postula que el exceso de "bilis negra" acumulada en la sangre, actuaría sobre el cuerpo y el alma, propiciando una perturbación en el funcionamiento del alma, debida al "envenenamiento de los humores" producido sobre el sujeto. Pero ambos, cuerpo y alma, serían interdependientes, de tal forma que las "pasiones del alma" influirían sobre los humores (Widlöcher, 1986). Como resultado de ello, se crearía un estado caracterizado por la tristeza y el abatimiento al cual

dio el nombre de melancolía. La antigua mención de los síntomas melancólicos, son el antecedente de la actual descripción de la depresión (Kupfer y Frank, 1981; Widlöcher, 1986).

Con Areteo de Capadocia (siglo II dC., cit. pos Widlöcher, 1986, p.20) aparece la primera descripción precisa del mal, así, encontramos que la depresión era:

"Una afección sin fiebre en la cual la mente triste queda siempre fija en la misma idea y se adhiere a ella testarudamente. Me parece que es un principio, o una especie de semimanía. La diferencia que hay entre una enfermedad y la otra es que en la manía la mente se inclina ya a la tristeza, ya a la alegría, mientras que en la melancolía la mente parece constantemente triste y abatida."

Con la llegada de la edad media, las ciencias retroceden a las concepciones mágico-religiosas. Grandes filósofos como Santo Tomas de Aquino (cit. pos. Calderón, 1985) sostienen que la melancolía era producida por los demonios y las influencias astrales.

Con la llegada del Renacimiento, se hacen nuevos esfuerzos por describir y clasificar los síntomas de la depresión y la manía. A pesar de ello, no fue sino hacia 1896, con Krapelin, cuando se emplea de manera sistemática la evolución del padecimiento como criterio de clasificación, lo cual, de una o de otra forma, ha perdurado hasta nuestros días. Así, Krapelin establece la idea de "enfermedad única" llamada "la locura -o psicosis- maniacodepresiva" (Widlöcher, 1986).

Krapelin establecía dos categorías psiquiátricas

practicamente únicas: los episodios de insania no deteriorante maniaco depresiva, y las enfermedades con deterioro progresivo llamadas demencia precoz (Kupfer y Frank, 1981).

La enfermedad maniaco depresiva, comprendía a aquellos padecimientos en los cuales los pacientes experimentaban, a lo largo de su vida, ataques repetidos de manía o depresión, o de ambos en forma alternada (Widlöcher, 1986). Con el término psicosis maniaco depresiva, Krapelin (cit. pos. Mendels, 1982, p.59) incluía "todo el campo de las llamadas demencias periódicas y circulares, la manía, y una gran parte de los estados morbosos designados con el nombre de melancolía y también ciertos casos de locura".

Por su parte, la demencia precoz abarcaba a aquellos padecimientos que más tarde clasificarían como esquizofrenia, padecimiento que evoluciona hacia un deterioro progresivo de la personalidad y el intelecto, situación no presente en la enfermedad maniaco depresiva (Widlöcher, 1986).

Pero, la clasificación de Krapelin comprendía a muchas formas menores o crónicas de la depresión, más adelante conocidas como neurastenia, psicastenia o depresión neurótica. Por tanto, en ese momento, la depresión se consideraba como una psicosis maniaco depresiva, aun cuando la manifestación del padecimiento fuera muy leve (Calderón, 1985).

A principios de este siglo, 1911, Abraham (cit. pos. Mendels, 1982) hace el primer intento de explicar la enfermedad maniaco depresiva a la luz de la teoría psicoanalítica, comparando para ello la depresión (melancolía) con la pesadumbre o duelo normal. Para él, la diferencia esencial

entre una y otro, consistiría en que el duelo es la preocupación por la pérdida de alguien en tanto que, en la melancolía, existiría un sentimiento de culpa y pérdida de autoestima.

La siguiente y más trascendente contribución a la descripción de la depresión, fue dada por Freud (cit. pos. Kupfer y Frank, 1981) en su ensayo "Duelo y Melancolía". En él, Freud establece que la melancolía representaba una regresión profunda a una elección inmadura de relaciones objetales, a épocas en las cuales el sujeto requería de la satisfacción de sus necesidades.

Con esta aportación, Freud amplía las ideas de Abraham, y le da una base psicoanalítica más firme a la noción de depresión. De acuerdo con Freud (cit. pos. Mendels, 1982) la diferencia entre el duelo y la melancolía, está dada por la acentuada pérdida de autoestima en la segunda. Así, "En la pesadumbre, el mundo se torna pobre y vacío; en la melancolía, se vacía y torna pobre el yo mismo (p.76)". Además de esto, la pérdida en el duelo es consciente, en tanto que en la depresión es inconsciente.

En épocas recientes, la descripción y clasificación de la depresión se ha centrado en las posibles causas del desorden (Kupfer y Frank, 1981). Ya Krapelin (cit. pos. Mendels, 1982, p.59) había esbozado esta forma de clasificación, al escribir: "La principal línea de demarcación en etiología es, sobre todo, la distinción entre causas internas y externas. Los más importantes grupos de enfermedades exógenas y endógenas resultan, de esta suerte, naturalmente divididos".

Esta concepción, perpetuó la distinción congénito-ambiental en la etiología de la depresión. Se propone entonces

que las psicosis maniaco depresivas, eran endógenas, "independientes hasta un grado asombroso de las influencias externas (Mendels, 1982, p.59)". Existiendo, por otro lado, las depresiones exógenas, desencadenadas por factores del medio.

Así, se reconocía a un grupo de trastornos psicológicos vinculados a los acontecimientos de la vida y el sujeto, y en el otro extremo, una enfermedad mental que aparecía sin causa aparente en una persona común y corriente, con cualquier tipo de personalidad (Widlöcher, 1986).

Esta distinción, ha sido mantenida, en forma implícita o explícita, en casi todas las clasificaciones de la depresión. Así, encontramos la dualidad entre depresión endógena y reactiva, depresión psicótica y neurótica, formas primarias y secundarias (Widlöcher, 1986); y en todos los casos, cada psicólogo o psiquiatra tendrá una forma de entender y aplicar las definiciones (Mendels, 1982)

La frase "estoy deprimido", ha adquirido cierta familiaridad como una forma breve de describir sentimientos de tristeza, desilusión y frustración, lo cual, en muchos casos, es una respuesta normal a múltiples situaciones de nuestra vida (Kupfer y Frank, 1981). En lenguaje común, podemos emplear diversos términos para referirnos a esa situación. Podemos decir que nos sentimos melancólicos, abatidos, hartos, deprimidos, tristes o apáticos (Fredén, 1986). Pero, para cada persona, el término podrá tener una connotación diferente tanto en la duración del estado, como en la intensidad y las causas que lo generan.

Esta situación, no es ajena al ámbito científico, en donde las opiniones difieren grandemente al intentar

explicar qué es la depresión. A pesar de ello, podemos encontrar acuerdo en cuanto a la forma en como se manifiesta la depresión, "es decir, es un estado de desánimo que dura al menos varios días y hace difícil que la persona deprimida lleve a cabo sus actividades cotidianas normales (Fredén, 1986, p.16)". Para los clínicos, la depresión se refiere específicamente a los cambios en el afecto del sujeto, los cuales fluctua entre las variaciones diarias y normales del afecto, hasta cuadros graves de depresión psicótica (Kupfer y Frank, 1981).

La característica esencial de la depresión, es una alteración en el estado de ánimo o afecto de la persona, es el sentimiento permanente de tristeza con presencia o ausencia de algunos de los síntomas siguientes: pérdida del interés y apetito sexual, pérdida de la capacidad para gozar de la vida, disturbios en el sueño y el apetito, decremento de la energía, sentimientos de culpa, pesimismo, pensamientos de muerte y aun, ideas suicidas (Kupfer y Frank, 1981).

La depresión como cuadro clínico, se distingue de las variaciones normales del humor por la persistencia del humor depresivo, por los síntomas acompañantes y los disturbios del sujeto con su medio (Kupfer y Frank, 1981). Widlöcher (1986, p.32) engloba todas estas características en "dos rasgos fundamentales: la tristeza y la lentitud psicomotriz". De acuerdo con él, "todas las descripciones de la depresión enuncian pues un conjunto de rasgos generales que comprenden estos caracteres y añadirán a ellos otros signos que generalmente van asociados con dichos caracteres (ibid)".

Aunque habrá muchos teóricos que no esten de acuerdo con aceptar estas características básicas, prácticamente todos

aceptan que la depresión es fundamentalmente un trastorno del afecto. Como menciona Patiño (1980, p.180) "La depresión consiste en la baja general y primaria de la afectividad". De hecho, esto se demuestra cuando observamos que la depresión se incluye, en diversas clasificaciones, como un trastorno afectivo.⁽⁵⁾

Como ya se mencionó, el afecto es la sensación subjetiva de bienestar o insatisfacción que acompaña a alguna experiencia o pensamiento, a lo que denominamos conducta emocional. El afecto, es el tono emocional de agrado o desagrado que acompaña a una representación mental (Kolb,1983). Es "la resonancia emocional" de una experiencia (Kernberg,1987).

Los afectos, se encuentran íntimamente ligados a la fijación en la memoria de las relaciones objetales introyectadas (Kernberg, 1987). Como resultado de ello, los "afectos primitivos de dolor y placer" se vuelven más elaborados, dando lugar a una gran cantidad de matices afectivos, algunos de agrado (que generan un sentimiento de bienestar), y otros aversivos (que generan insatisfacción) (Kolb, 1983).

La afectividad penetra y colorea la vida psíquica de las personas. Funciona como un "sistema motivacional"

(5) Dentro de los trastornos afectivos, se incluyen varios estados en los cuales el trastorno del afecto representa el síntoma principal. Los dos estados que se reconocen como trastornos del afecto, son la manía y la depresión, en todas sus variedades y combinaciones. De hecho, no hay una clasificación única y completamente aceptada, pero con frecuencia, se incluyen bajo el rubro de trastornos del afecto a las llamadas psicosis maniaco depresivas, la melancolía involutiva y las depresiones de tipo neurótico. Esta clasificación no es única, e incluso, se presenta con distintos nombres. Aquí, solo hablaremos de los cuadros depresivos de tipo neurótico.

(Kolb, 1983), que determina la actitud general, sea de rechazo, aceptación, huida, lucha o indiferencia (Freedman et al., 1983). La afectividad cuando se encuentra en acción, tiene la capacidad de producir conductas que consideramos como manifestaciones afectivas (Patiño, 1980).

Aun cuando los afectos son un postulado teórico, implícitamente se hace alusión a la capacidad que tienen para activar al organismo en ciertas funciones biológicas. Ello, lo podemos observar en la conducta que manifiesta el sujeto, y aun registrarlos en ciertas modificaciones neurofisiológicas. "Desde luego, es inconcebible una función que no esté ligada a una estructura, y no puede pensarse en una función del organismo que se dé en el vacío;...(Patiño, 1980, p.151)". De hecho, para que un afecto surja "es esencial que exista el vasto potencial del cerebro humano para registrar, analizar y sintetizar la información (Kolb, 1983, p.25)".

En consecuencia, cuando hablamos de afectividad, nos referimos a una estructura mental que tiene su asiento en centros neurológicos corticales y subcorticales. Situación que ya había sido destacada por Papez cuando estableció el circuito neurológico que lleva su nombre, también conocido como sistema límbico o circuito emocional.

Al mantener vinculado el afecto a la actividad nerviosa, podemos entender que la disminución en el tono afectivo consecuentemente irá acompañada a una disminución en la actividad neurológica. Ello, no implica que la primera sea causa de la segunda, o viceversa, con ello, solamente se puede señalar que existe una estrecha relación entre el fenómeno subjetivo (afecto) y la actividad nerviosa que lo sustenta.

Sí consideramos que constantemente esta presente esta relación, podremos entender los trastornos afectivos, y con ello la depresión, como una alteración del sistema total de los afectos. De esta forma, entendiendo el aspecto funcional del afecto, un afecto elevado da lugar a la alegría y la actividad. Por el contrario, un afecto disminuido, dará lugar a la tristeza y la hipoactividad.

La "baja general y primaria" de los afectos, propicia la depresión. De éste hecho, encontramos la descripción que hace Patiño (1980, p.184):

Las vivencias se empobrecen, la experiencia pierde resonancia y el pensamiento sus objetos, sin que la voluntad tenga eficacia para modificarlos de alguna manera. El impulso a la acción no alcanza a cubrir la conducta habitual, la actividad decrece; la que se mantiene se realiza con lentitud, con cansancio, con dificultad. Las ocupaciones se abandonan. La producción psíquica sufre un cambio análogo: el lenguaje es escaso, su articulación lenta, el tono débil, se expresa con esfuerzo y termina pronto. Todo esto traduce lo que propedéuticamente es hipoactividad y lentificación psicomotriz.

Una descripción similar del cuadro depresivo, la ofrece Widlöcher (1986) quien enuncia en forma bastante completa la vivencia y conducta del deprimido. Así escribe, en relación a la tristeza, lo siguiente:

La tristeza impregna todo el mundo subjetivo del enfermo: remordimientos y nostalgia frente a un pasado cuyos recuerdos se rumian, desinterés ante un presente pálido y vacío en el cual se

siente sumergido, aprehensión ante un porvenir que percibe cargado de todas las amenazas o que sólo se lo imagina como la persistencia indefinida del estado actual. La propia imagen queda profundamente desvalorizada, tanto si se trata de un sentimiento de incapacidad o de verdaderos reproches que él mismo se dirige por las faltas del pasado o las impotencias del presente. Los prójimos se han convertido en una fuente de aburrimiento, hecho tanto más doloroso cuanto que el afecto que por ellos siente permanece intacto (p.32 y 33).

En lo referente a la lentificación psicomotriz,
escribe:

La lentitud motriz se observa en la acción, la postura y la mímica: lentitud de ejecución de los movimientos, escases de cambios de postura o de cambios de expresión del rostro, pobreza de los gestos. La voz pierde su modulación, el timbre se torna apagado. Las frases son breves, raras, entrecortadas por pausas. Las respuestas al interlocutor son igualmente pobres. La lentitud ideica se manifiesta cuando se examina el encadenamiento del curso de los pensamientos. Se caracteriza por una lentitud del flujo asociativo. El pensamiento se arrastra: ninguna vivacidad, ninguna renovación. Los temas son repetitivos, el sujeto tiene la impresión de un rumiar mental improductivo...El presente se fuga, el porvenir se hace opaco y el pasado alimenta su rumiar (p.34 y 35).

Minkowski (1982) hace alusión a la forma en que el deprimido vivencia el tiempo. El fenómeno depresivo, afecta

el sentimiento de participación como contemporáneo, es decir, en la participación como integrante del ambiente circundante. El sujeto, permanece ajeno a estos acontecimientos y no logra vivir *lo que hay de nuevo en cada momento de la historia*. Esto, parece manifestarse como una "disgregación" en el "acoplamiento entre el presente, el pasado y el futuro". Como resultado de ello:

El presente pierde su tonalidad habitual, no es más que una "idea"; el pasado se transforma en una "rotación" de recuerdos, rodar que toma una forma obsesiva, la forma de una auténtica "alucinación del pasado", al mismo tiempo que los hechos de ese "pasado" son vividos con todo su valor, como si estuvieran "presentes"; en cuanto al futuro, se agota al instante en una visión intelectual de los actos proyectados (Minkowski, 1982, p.315).

" Tristeza vital y lentitud psicomotriz definen con exactitud lo esencial de la depresión. No se podría establecer el diagnóstico si no se dan estos elementos (Widlöcker, 1986, p.35)". Aunado a esto se presentan otra serie de conductas, que aparecen como resultado del estado depresivo, y que comunmente se consideran como signos de la depresión. No obstante, varían grandemente de una persona a otra, en la medida en que son efecto de la interacción entre la depresión y la situación de cada persona (ibid.).

Síntomas tales como trastornos del sueño, anomalías de la conducta alimenticia, trastornos neurovegetativos, trastornos funcionales, dolores, etc.; pueden acompañar o preceder la aparición de la depresión. Pero no tienen el caracter y la constancia que los síntomas anteriores (Widlöcher, 1986).

La sintomatología depresiva varía grandemente de una persona a otra. De hecho, las variaciones en el estado de ánimo son normales y frecuentes. A más de los cambios de humor aparentemente espontáneos, la mayoría de las personas sufre de "desánimo" o "desilusión" por causas que son reales e identificables. Ante un fracaso, la persona podrá sentirse inútil y pensar en su "poco valor". Así mismo, ante una pérdida muy grande, y quizás irreparable, la persona puede sufrir un cuadro de tipo depresivo, sin que ello afecte grandemente sus actividades normales. En estos casos, se habla de un estado de duelo, reacción necesaria para alcanzar nuevamente la estabilidad emocional (Widlöcher, 1986).

En el duelo normal hay abatimiento, desinterés, inhibición de la actividad y desesperación (Solomon y Patch, 1976). El pensamiento de la persona, se centra en la pérdida, y podrán pasar semanas y aun meses antes de que se recupere el afecto normal. Todo ello, es compatible con un cuadro depresivo, sin embargo, en el duelo normal, a diferencia de la depresión, la persona no tiene disminución de la autoestima y no se siente irracionalmente culpable. Comunmente, todos los síntomas del duelo desaparecen en un periodo no mayor a seis meses (MacKinnon y Michels, 1981).

Cuando una persona manifiesta los síntomas depresivos como un estado de ánimo permanente, sea que exista o no razón para ello, y cuando hay pérdida de la autoestima, existe un problema de depresión.

Los cuadros depresivos adoptan una gran cantidad de formas. "El grado en que estos síntomas pueden presentarse y la combinación de los mismos son variables hasta el infinito (Mendels, 1982, pág.17)". Ello, dependerá en parte de la

forma en como comunica la persona sus sentimientos, en parte por el carácter del componente somático y en parte por lo intenso de la reacción (Cameron, 1982). Así, podemos encontrar por ejemplo la diferencia entre una depresión neurótica y una psicótica, la cual, comunmente es cuantitativa, sin lograr establecer una clara distinción (Solomon y Patch, 1976). La depresión se clasifica como neurótica cuando no altera seriamente la función del sujeto en su medio, y como psicótica, cuando impide valorar adecuadamente la realidad y/o el adecuado funcionamiento en el medio (Freedman et al., 1983).

Toda la sintomatología depresiva, es interpretada por las personas que observan al sujeto que la padece, en consecuencia, cada observador tendrá una teoría diferente en cuanto al estado de ánimo, la intensidad y las causas de ello. Esto, ha provocado dificultades para identificar y clasificar la amplia variedad de síntomas que exhiben los deprimidos, así como para poder sistematizar los cuadros identificables.

A pesar de los problemas que existen para agrupar y describir los síntomas depresivos, con fines prácticos se han agrupado a fin de permitir la identificación y clasificación de las conductas del sujeto. De hecho, la clasificación abarca a todas las características antes enunciadas, pero una vez agrupadas y sistematizadas, facilitan la identificación de los trastornos.

Comunmente, los síntomas depresivos se clasifican en: trastornos del afecto, trastornos intelectuales y del pensamiento, trastornos de la conducta y síntomas somáticos (Calderón, 1985; MacKinnon y Michel, 1981; Mendels, 1982).

Los trastornos del afecto juegan un papel primordial

en la depresión. La afectividad perturbada tiene muy diversas formas. Generalmente, la depresión se inicia con un estado de "indiferencia" hacia actividades que anteriormente le eran de interés (Calderón, 1985). El deprimido se torna incapaz de responder a las situaciones que anteriormente le provocaban alegría (Mendels, 1982). Con frecuencia, se aísla y permanece en casa. Pronto aparece la tristeza persistente y relativamente refractaria a las influencias externas. De este modo, las situaciones que habitualmente eran estimulantes, dejan de ser efectivas para levantarle el ánimo (Calderón, 1985).

La ansiedad comunmente se encuentra presente. En ocasiones, se confunde a la depresión con la ansiedad, y ésta, es considerada como el trastorno primordial (Calderón, 1985).

El enojo y la irritabilidad son también manifiestos en el deprimido. Esta situación generalmente provoca conflictos matrimoniales, agresividad y malas relaciones interpersonales (Calderón, 1985).

En cuanto al pensamiento, se caracteriza por el pesimismo, las ideas de culpa y de autoacusación (Mendels, 1982). El deprimido se encuentra preocupado por sí mismo, lamentandose de su estado y del efecto de éste sobre su vida.

La alteración del juicio crítico es una característica practicamente constante, tanto respecto de sí mismo como en relación a los demás. El deprimido, distorsiona y niega la realidad (Freedman et al., 1983), y se enjuicia a sí mismo como insuficiente y culpable. Concediendo nulo o escaso crédito a sus éxitos y habilidades evidentes (Mendels, 1982). Aunado a ello, está la sensación de incapacidad personal, lo cual le impide llevar a cabo acciones que le produzcan satisfacción personal (Calderón, 1985).

No solo el contenido del pensamiento se encuentra alterado, sino también su curso. Los pensamientos y procesos cognocitivos, se encuentran disminuidos en cantidad. Ello da como resultado que el pensamiento sea lento y con poca variedad (MacKinson y Michel, 1981).

Las funciones intelectuales no son las más afectadas, pero presentan síntomas de importancia. Comúnmente la memoria, la atención y la concentración se encuentra disminuidas (Calderón, 1985). Así, el paciente se queja de estar perdiendo la memoria, de no poder concentrarse, de no entender lo que dicen los demás y de no poder pensar con claridad (Cameron, 1982).

En relación a la conducta, se puede observar que la lentitud caracteriza su vida. Sus movimientos y reacciones se tornan lentos. Aun y cuando aparentemente la persona parezca activa, la conducta intencionada y orientada a fines se encuentra disminuida. Por tanto, la persona invertirá mucho tiempo para efectuar tareas que en situaciones normales, le resultarían muy sencillas (MacKinson y Michels, 1981).

El deprimido, manifiesta inseguridad en su vida. Se le observa vacilante y perplejo. Aun teniendo proyectos o ideas por realizar, tendrá dificultad para tomar la decisión de llevarlos a cabo (Calderón, 1985). La persona, evitará en lo posible las responsabilidades, adoptando una conducta de "dependencia infantil" que le impide "el goce de la responsabilidad que se tiene como adulto (Cameron, 1982, pág. 416)"

Conforme progresa la depresión, la persona perderá el interés en su aspecto y cuidado personales. Así, dejan de arreglarse, su ropa se presenta desaliñada y arrugada, e inclusive sucia (Mendels, 1982).

La apariencia física en el deprimido, es de cansancio, con una postura a menudo inclinada, con los hombros "caídos" y el rostro triste. Su aspecto, a menudo refleja la depresión.

Los impulsos suicidas, son un aspecto presente en las depresiones muy severas. El paciente con riesgo suicida debe de ser vigilado estrechamente ya que en un momento dado puede privarse de la vida.

Recientemente se ha observado una fuerte asociación entre la ingestión de alcohol o drogas y la depresión. Sin embargo, esto no es una conducta generalizada a todos los deprimidos. En consecuencia, no es posible afirmar que todos los alcohólicos están deprimidos. Pero cuando esta conducta está presente, debe pensarse en un posible trastorno depresivo de fondo (Calderón, 1985).

La sintomatología somática es corriente en los cuadros depresivos. Esto constituye en muchas personas el motivo principal de consulta, y dado que los trastornos del afecto no presentan la intensidad descrita, el paciente ignora o subestima sus problemas emocionales, sin manifestarlos en forma espontánea (Calderón, 1985).

Las quejas somáticas más comunes son: trastornos del sueño, fatiga, pérdida de apetito, estreñimiento, pérdida o disminución de la libido, dolores diversos, sequedad de la boca y trastornos cardiovasculares.

La perturbación del sueño, es un trastorno prácticamente generalizado (Mendels, 1982). Las personas se quejan de insomnio que puede presentarse al inicio o al final

del periodo de descanso, esto es, la persona tarda mucho en dormir, o despierta en la madrugada sin poder volver a conciliar el sueño (Calderón, 1985). En ocasiones, la persona permanece inquieta durante toda la noche y despierta fatigada (Calderón, 1985; Mendels, 1982). Paradójicamente, muchos pacientes deprimidos duermen mucho, lo cual, parece ser una forma de evitar el enfrentamiento con su situación (Calderón, 1985).

Muchos pacientes, presentan una importante pérdida del apetito. Paradójicamente, muchas personas manifiestan un deseo compulsivo de comer (Calderón, 1985; Mendels, 1982).

Aunque con menor frecuencia y sistematización que los trastronos del sueño y el apetito, se presentan toda una serie de síntomas físicos que afectan a todo el organismo. Así, es posible encontrar cefaleas, dolor de espalda, dolor abdominal, dispepsias, náuseas, palpitaciones, disneas, mareos, trastornos menstruales, alopecia, etc.

En repetidos y cuidadosos estudios, no se descubre ninguna causa orgánica para estos síntomas. Un análisis rutinario no arrojará datos que sugieran una depresión, o si existe algún indicio de ello, el paciente lo atribuirá a la enfermedad misma (Mendels, 1982).

Estos trastornos, con frecuencia conducen a diagnósticos tales como "cefalea tensional", "colon irritable", lumbálgia psicógena, "neurosis cardíaca", "astenia neuro-circulatoria", etc. (Calderón, 1985). Con lo cual, de inmediato se atribuye la causa a un componente psicológico. Así, las personas que manifiestan síntomas somáticos compatibles con la depresión, y en los cuales no se ha identificado una causa; pueden tener como problema de fondo la depresión.

Es necesario "subrayar que no todos los pacientes de achaques físicos no atribuibles aparentemente a causas orgánicas deben catalogarse de inmediato como depresivos (Mendels, 1982, pág.33)". Pero en muchos de estos casos, el problema puede ser la depresión leve, aun y cuando el paciente no lo manifieste.

La mayoría de los teóricos e investigadores, estarán más de acuerdo con el cuadro que presenta la depresión que con sus causas. Aun y cuando los signos y síntomas de la depresión han sido ampliamente descritos, la pregunta acerca de ¿Cuál es la causa de la depresión? no ha recibido una respuesta del todo satisfactoria (Kupfer y Frank, 1981).

En la literatura psiquiátrica tradicional, destacan dos corrientes principales. Una, dicotómica, que busca el origen de la depresión en una causa prácticamente única, ya sea interna o ya sea externa; y otra, en la cual se plantea un continuo entre las causas externas e internas, considerando que no es posible delimitar una causa precisa (Fredén, 1986). De hecho, a partir del supuesto origen de la depresión, se han llevado a cabo una serie de intentos de clasificación.

De acuerdo con la posición dicotómica, las psicosis maniaco-depresivas y la depresión psicótica, obedecerían a factores bioquímicos o genéticos, trastornos en los cuales, parece no existir una causa aparente que los desencadene. Por otro lado, estarían las depresiones reactivas o neuróticas en las cuales el motivo desencadenante parece surgir de causas exógenas.

Se ha dicho que esta dicotomía no solo revela la diferencia en la clasificación y causas de la depresión, sino

también en la forma de tratamiento (Kupfer y Frank, 1981). Se puede observar que desde éste punto de vista, la depresión se estudia como una mezcla (o quizás una confusión) de causa, efecto y tratamiento (Fredén, 1986). Esta postura, no ha estado exenta de críticas, y de hecho, se ha destacado que aquellos episodios considerados como reactivos a eventos precipitantes, se valoran en forma muy subjetiva. Así mismo, los cuadros considerados como endógenos, pueden ser reactivos a situaciones muy sutiles (Kupfer y Frank, 1981).

Si se adopta la visión del continuo, y con ello la posición biopsicosocial, será factible reconocer que la estructura orgánica y psicológica de la persona juegan un papel de importancia en el origen de la enfermedad; y que la participación del ambiente, es capaz de modificar el estado del organismo, precipitando la depresión.

En la depresión psicótica, el ambiente es capaz de influir de diferente forma e intensidad. Si se observa esto, se podrá descartar la idea tradicional de que, por ser un supuesto cuadro endógeno, se encuentra libre de la influencia exterior. Por el contrario, en la depresión neurótica, las causas externas, aparentemente dominantes, no podrán prescindir de los aspectos constitucionales, puesto que estos representa el campo sobre el cual actúan aquellas (Calderón, 1985).

En síntesis, el origen de la depresión es multifactorial. En ello, predominan algunos factores predisponentes sobre otros desencadenantes, o viceversa, pero el dominio de alguno de ellos, influirá sobre la forma y el curso que mostrará la depresión (Calderón, 1985).

En la depresión considerada como neurótica, los factores de índole psicológica parecen jugar un papel dominante. De entre ellos, el elemento pérdida parece ser de primordial importancia (Calderón, 1985; Cameron, 1982; Fenichel, 1980; Freedman et al., 1983; Mackinon y Michels, 1981).

La pérdida puede haber sido real y actual, o puede haberse sufrido en el pasado y nunca haberse experimentado adecuadamente (Calderón, 1985; Solomon y Patch, 1976). Puede tratarse también de una pérdida psicológica, producto de la anticipación de un supuesto rechazo de personas importantes para el sujeto (MacKinon y Michels, 1981) o ser algo intangible como la pérdida de autoestima o afecto (Calderón, 1985). Más aun, puede surgir por la simple amenaza de pérdida de algo valioso, o por el temor al fracaso o la desaprobación (Cameron, 1982).

La pérdida en sí misma no es tan importante, lo realmente determinante es lo que representa para la persona el hecho (Solomon y Patch, 1976). En consecuencia, cualquier privación o frustración (que indirectamente es una pérdida) por pequeña que sea, podrá precipitar la depresión si rebasa los límites de tolerancia del individuo (Cameron, 1982).

Se ha podido establecer que, para que surja la depresión se requiere de una personalidad predispuesta y un evento precipitante (Mendels, 1982). El evento precipitante es alguna pérdida. Por su parte, la estructura de personalidad del deprimido, ha sido descrita primordialmente dentro de la corriente psicoanalítica.

Con base en las formulaciones psicodinámicas, se postula que la persona que tiende a la depresión posee un

superego punitivo y sádico, con origen en sus propias fantasías agresivas y la incorporación de las normas de unos padres o figuras de autoridad sumamente exigentes y perfeccionistas (MacKinson Y Michels, 1981). En el deprimido, el ego infantil de la persona se enfrenta con un superego castigador (Cameron, 1982). La depresión, es el resultado de la labor de demolición realizada por el superyo sobre el yo del sujeto (Wolman, 1972).

Tanto en el neurótico deprimido como en el obsesivo compulsivo, se presenta una regresión a niveles preedípicos, a la época en la cual el bien y el mal son de primordial importancia (Cameron, 1982). De hecho, la asociación de depresión con rasgos obsesivos es muy frecuente (Fenichel, 1980). Pero la persona con síntomas depresivos, busca el apoyo emocional en los demás, en cambio, la persona que se manifiesta como obsesivo, intenta solucionar sus problemas por sí misma (Cameron, 1982).

Las personas propensas a la depresión se conceden poco valor a sí mismas, y constantemente requieren medir sus logros, a fin de poder determinar si se encuentran a la altura de sus deseos. Pero la severidad del superyo, los lleva a considerar que sus logros son inferiores a sus metas (MacKinson y Michels, 1981) "Puesto que necesitan demasiado, nunca puede conseguir lo suficiente (Solomon y Patch, 1976, pág.38)". De esta forma, su vida se convierte en una constante búsqueda de metas inalcanzables o insatisfactorias, acompañada de la colera y frustración que esa situación les provoca.

La autoestima de la persona propensa a la depresión, depende del apoyo de objetos externos (Mackinson y Michels, 1981). Esto, les crea una situación de dependencia en la cual la persona exagera sus necesidades de apoyo y aprobación.

Una persona que se encuentra "fijada" en un estado en el cual la autoestima es regulada por suministros externos, tendrá la "necesidad vital" de tales suministros. Si sus necesidades y reclamos no son satisfechos, la autoestima de ésta persona descenderá a niveles de peligro, surgiendo la depresión como un intento de "obligar" a los objetos a proveer los suministros necesarios (Fenichel, 1980).

Los orígenes del patrón depresivo, se pueden rastrear hacia el primer año de vida (MacKinnon y Michels, 1981) a la época en la cual las necesidades de dependencia se expresan más poderosamente que las de autoafirmación, en un momento en el cual la autoestima depende del exterior en forma de omnipotencia (Cameron, 1982).

En las teorías dinámicas se acepta que el deprimido tuvo dificultades para separarse emocionalmente de la madre, debido a que las necesidades de ser cuidado como bebé quedaron insatisfechas, o se satisficieron en forma tal que el infante no logró alcanzar la independencia. Ambos casos, son el antecedente para que el sujeto adopte el papel de dependencia, sumisión y subordinación (Cameron, 1982).

De acuerdo con Melanie Klein (cit. pos. Mendels, 1986), el infante cuando es frustrado por la madre en sus demandas, sentirá irritación y desarrollará fantasías de tipo sádico y destructivo respecto de ella. Ante el temor de que sus fantasías se hagan realidad, surgirá en el infante culpa y ansiedad. Aunado a ello, es incapaz de diferenciar a su madre de sí mismo. Esta fase marca la posición depresiva, la cual, según Klein, es la base de la futura depresión.

Cuando el bebé logra identificar a la madre como un

objeto odiado (objeto malo) a la vez que como objeto bueno (objeto amado) (Mendels, 1986), se dice que "ya la percibe como objeto total (Segal, 1984, pág.72)". Es decir, se relaciona con la madre como "persona total", a veces buena y a veces mala, "que puede estar presente o ausente, y a la que puede amar y odiar al mismo tiempo (ibid.)".

El conflicto depresivo es una lucha constante entre "la destructividad" y el "amor reparatorio". "El fracaso en la reparación, conduce a la desesperación, el éxito, a renovadas esperanzas (Segal, 1984, pág.76)".

A lo largo de su desarrollo, el bebé deberá elaborar la posición depresiva y fortalecer su yo, gracias a la "asimilación de objetos buenos, introyectados en el yo y el superyo (Segal, 1984, pág.77)".

Cuando no se logra establecer la unión de ambos objetos en uno solo, se coloca la base para el desarrollo de la futura depresión (Mendels, 1982). La mezcla no elaborada de "cariño dependiente y agresión hostil", dan lugar a una relación de ambivalencia con los objetos, característica del individuo deprimido (MacKinnon y Michels, 1981).

La hostilidad que la persona siente hacia los objetos, se transforma en agresión hacia sí mismo. Este odio a sí mismo, se presenta en forma de sentimientos de culpa y autoacusación (Fenichel, 1980). La culpa, comunmente es inconsciente, y se manifiesta disfrazada como sentimientos de inferioridad, desesperanza, poco valor, de no ser amados o de no ser dignos de amor. Detras de todo esto, existe agresión, odio y frustración frente a la necesidad de ser amado no satisfecha (Cameron, 1982).

"En la depresión el centro del ego, es decir, la autoestimación, está deteriorado (Fredén, 1986, pág.24)". La depresión será, pues, la expresión emocional del desamparo o impotencia sentidos por el ego. Es producto de la distancia que separa a los intensos deseos de ser valorado y amado, de ser fuerte, seguro y bueno; de la percepción, real o imaginaria, de que estas metas son inalcanzables (Fredén, 1986).

En la medida en que una persona, con una estructura de personalidad depresiva, no sufra excesivas privaciones o frustraciones, podrá funcionar de una manera adecuada a su medio. Más aun, quizá pueda pasar toda su vida sin sufrir un cuadro depresivo. No obstante, cuando el stress excede los límites de tolerancia individual, se precipitará la depresión.

Debemos recordar que la persona con tendencia hacia la depresión, es particularmente vulnerable a cualquier acontecimiento que amenace seriamente la satisfacción de sus necesidades de dependencia y apoyo, así como a todo aquello que reduzca su autoestima. Cuando esto se presenta, la persona responde a ello con una "regresión parcial", reactivando los conflictos infantiles de la época de dependencia (Cameron, 1982).

Por razones propias de su sufrimiento, el deprimido necesita comprenderse y ser comprendido. "Pero podemos preguntarnos si tenemos que detenernos aquí y considerar que la explicación de la conducta depresiva puede reducirse a la comprensión de sus móviles (Widlöcher, 1986, pág.70)".

Las formulaciones dinámicas, se han centrado en la comprensión de los móviles de la depresión. Como se vio, se ha creado un modelo que permite comprender el como se favorece y desarrolla una estructura depresiva. Sin embargo, se deja

un tanto de lado la vivencia personal del deprimido.

Como sabemos, el deprimido puede no estar consciente de su situación. Podrá simplemente creer que está cansado o angustiado. Inclusive, podrá sentir discrepancia entre su estado de ánimo y los supuestos motivos que lo provocaron.

En un intento por explicar la vivencia del deprimido, su estado de ánimo y la aparente discrepancia entre la realidad y lo que él supone como real; se ha formulado que "las conexiones lógicas están encubiertas o deformadas por un error de razonamiento (Widlöcher, 1986, pág.71)". En éste sentido surge la llamada corriente cognocitiva, la cual, pretende aclarar la lógica de pensamiento del deprimido y su efecto sobre la conducta y afecto del sujeto.

Este punto de vista, no se contrapone con las formulaciones dinámicas, lejos de eso, las complementa. Pero, presenta una diferencia básica: antepone el pensamiento al afecto. Es decir, asume que la naturaleza y características del pensamiento, y las conclusiones de ello resultantes, determinarán la conducta y sentimientos de la persona (Kovacs y Beck, 1978). Con base en esto, se plantea que la alteración del afecto, es el resultado de formas inadecuadas de pensamiento tales como ideas de autocastigo, exageración de problemas externos y falta de confianza en sí mismo. Esto, se contrapone a la visión tradicional de que, la alteración del afecto es el núcleo de la depresión y de ello se derivan todos los síntomas (Kupfer y Frank, 1981).

El punto de vista cognocitivo ha sido desarrollado con mayor rigor y claridad por Beck (cit. pos. Kovacs y Beck, 1978; Widlöcher, 1986).

Según Beck (cit. por Mendels, 1982), cada persona posee un "esquema" o "estructura cognocitiva (Kovacs y Beck, 1978)" mediante el cual "enfoca y experimenta la vida (Mendels, 1982, pág.89)". La cognición es un término amplio que se aplica tanto a los procesos involucrados en el pensamiento como al contenido de éste. Es el proceso a través del cual el sujeto conoce el mundo. En la cognición intervienen la percepción, el aprendizaje, la memoria, la solución de problemas, etc. (Kovacs, y Beck, 1978). Cada esquema representa la forma particular de conocer de cada sujeto.

La estructura cognocitiva, es una característica relativamente constante de la organización cognitiva de la persona (Kovacs y Beck, 1978). La naturaleza y particularidad de este esquema, determinan la respuesta que es propia de cada individuo (Mendels, 1982). Esta le permite al sujeto explorar, codificar y evaluar la información proveniente del medio externo e interno, a fin de poder decidir el curso de su acción (Kovacs y Beck, 1978).

El esquema de pensamiento del deprimido se adquiere en el curso del desarrollo, y aparentemente permanece latente. Este esquema es producto del aprendizaje, la experiencia y la maduración, y contiene como característica relevante, el favorecer la obtención de conclusiones erróneas que parecen permanecer constantes a lo largo de la vida (Kovacs y Beck, 1978).

El esquema latente parece ser específico, y puede ser activado por aquellas condiciones que reproduzcan situaciones similares a aquellas en las cuales fué desarrollado, sea que se trate de estímulos internos o externos. Una vez activado el esquema depresivo, gradualmente reemplaza a las formas de pensamiento mas acordes con la realidad (Kovacs y Beck, 1978).

El esquema depresivo, también puede ser evocado por una amplia gama de situaciones aparentemente neutrales para el sujeto, pero que se asemejan a situaciones previamente vividas, por tanto, se activa mediante un proceso de generalización de estímulos (Kovacs y Beck, 1978).

La forma de pensar del deprimido refleja una razonamiento estereotipado y rígido, de forma tal que con frecuencia obtiene conclusiones erróneas y negativas en relación a su experiencia. Ello, da como resultado que su pensamiento se encuentre cargado de ideas negativas en relación a su vida y a sí mismo (Kovacs y Beck, 1978).

La persona deprimida, proyecta sobre el futuro las ideas de pérdida, real o imaginaria, y permanece pesimista por el futuro, desesperanzado y con la convicción de que su situación será permanente, sin que pueda hacer nada para cambiarla (Kovacs y Beck, 1978).

Para el deprimido, la percepción e interpretación de la realidad no requiere confirmación. La persona da por hecho su pensamiento (Kupfer y Frank, 1981). Un aspecto importante de esto es que la experiencia no es capaz de modificar esta forma de pensar. Se presenta un razonamiento cerrado a la corrección por la realidad (Widlöcher, 1986).

La persona deprimida, selectivamente recuerda las experiencias con un contenido o implicaciones negativas, y el material positivo, solamente podrá ser recordado a base de un constante cuestionamiento acerca de sus logros y triunfos (Kovacs y Beck, 1978).

La forma aberrante de pensar del deprimido y su distorsión de la realidad, convierten al deprimido en una persona sumamente sensible a los obstáculos que se interponen al logro de sus metas, exagerando cualquier impedimento por trivial que sea (Beck cit. pos. Kovacs y Beck, 1978; Kupfer y Frank, 1981).

Los pensamientos negativos provocan reacciones psicológicas anormales, experimentadas como sentimientos de pesadumbre, culpa, ansiedad o cualquier otro tipo de emociones negativas. El exceso de pensamientos negativos conduce a la pasividad, pérdida de placer por la vida y tristeza. Y al final, la resignación por su situación (Kupfer y Frank, 1981).

El esquema depresivo, parece surgir a partir de premisas que implican una pérdida, o por la interpretación de una virtual pérdida, consideradas ambas como irreparables y traumáticas (Kovacs y Beck, 1978).

Otros factores que parecen ser importantes, incluye a los padres cuyo esquema cognocitivo se encuentra integrado por sentimientos de inadecuación y reglas rígidas de conducta. En esta forma, el niño podrá adquirir un pensamiento similar sobre la base del aprendizaje de modelos inadecuados de pensamiento. Así mismo, el aprendizaje por observación y el refuerzo social incrementarán la posibilidad de adquirir estos esquemas de pensamiento (Kovacs y Beck, 1978).

Con base en los postulados anteriores, Beck (cit. pos. Mendels, 1982, pág.92) formula que la depresión puede verse como un "trastorno antecedente del pensar con una resultante alteración de la afectividad y de la conducta en consonancia con la distorsión cognoscitiva".

Aun y cuando la teoría cognitiva de la depresión provee una serie de pruebas clínicas (Kovacs y Beck, 1978), es necesario demostrar que el pensamiento del deprimido es el desencadenante del trastorno afectivo, y no la consecuencia de este trastorno (Mendels, 1982).

Otra explicación dada a la depresión, surge a partir de la teoría del aprendizaje. De acuerdo con ésta, la depresión puede ser entendida como el resultado de un limitado acceso a conductas que sean capaces de proveer al sujeto de refuerzo. Con base en esto, la depresión surge por "la pérdida del refuerzo positivo o por la experiencia de castigo (refuerzo negativo) o por ambas cosas (Fredén, 1986, pág.25)".

La persona que actúa con un repertorio limitado de conductas capaces de proveerle un refuerzo positivo, serán más propensas a sufrir una depresión. Es decir, cuando la particular forma de comportarse de un sujeto no lo provee de refuerzo, podrá surgir la depresión (Fredén, 1986). De esto se desprende que, cuando una persona no percibe alguna relación entre su conducta y el entorno, no tendrá ningún motivo para intentar modificar su entorno. Así, el deprimido evitará cualquier acción o pensamiento que vaya encaminado a la solución de sus problemas (Widlöcher, 1986).

Con base en lo anterior, la depresión se ve como la pérdida de control sobre los medios a través de los cuales es posible obtener el refuerzo positivo o negativo (Fredén, 1986).

Esta situación, ha sido llamada por Seligman (cit. pos. Fredén, 1986) "desamparo aprendido". Consecuentemente, la situación depresiva se encontrará vinculada a la incapacidad para escapar o controlar una situación dolorosa (Widlöcher, 1986).

particulares de personalidad" formadas a lo largo de su vida, se encuentra más propensa a sufrir una depresión cuando se enfrenta con un "suceso crítico", comunmente una "amenaza grave a la autoestimación"(ibid.).

Una característica de la persona que se deprime es su poca "confianza básica" y frágil autoestima. Esto, provoca que la autoestima del sujeto no se encuentre firmemente asentada en sus propias capacidades, sino que, constantemente se verá afectada por lo que los otros piensan de él (Fredén, 1986).

De acuerdo con Fredén (1986, pág.362) la "personalidad depresiva" describe a aquellas personas que "han adquirido ciertas experiencias durante un largo periodo y que corren mayor riesgo de reaccionar ante un suceso grave en su vida con una respuesta depresiva".

El "proceso depresivo general" según Fredén (1986) se encuentra formado por cinco elementos o etapas, entre los cuales parece no haber "un orden cronológico claro entre los primeros cuatro, sino más bien una serie continua de interconexiones". De esta manera, se tiene (Fredén,1986,p.366):

- 1) Circunstancias restrictivas extrínsecas al individuo, sobre las que puede ejercer poca o ninguna influencia.
- 2) Patrones rígidos de acción.
- 3) Variedad limitada de acciones posibles.
- 4) Autoestimación amenazada o deteriorada
- 5) Depresión

A excepción de la amenaza a la autoestima, no todos los elementos parecen ser necesarios para que surja la depresión. Pero el riesgo de que aparezca será mayor si una o

varias de estas etapas ha precedido a la "amenaza presente a la autoestimación" (Fredén, 1986, pág.366).

La primera etapa o periodo hacia la depresión, es la formación de una personalidad depresiva. Esta, pudo haberse originado en los primeros años de la vida, o bien, en la edad adulta, y surge por la imposición de límites restrictivos a las posibilidades de acción del sujeto (Fredén, 1986).

En los primeros años de vida, la familia habitualmente representa una situación sobre la que se tiene muy poco control. Posteriormente, las personas pueden quedar atrapadas en rutinas estrictamente sistematizadas, con lo cual su repertorio posible de acciones y la posibilidad de dirigir las acciones por sí mismo, se verán limitados por su medio social (Fredén, 1986).

Las situaciones inflexibles y restrictivas, comunmente conducen a patrones rígidos de comportamiento. Dado que la familia y la sociedad limitan el campo de acción del sujeto, el resultado a menudo es una pobre percepción de sí mismo.

La variedad limitada de acciones reduce la autoestima, y hace al sujeto más vulnerable a cualquier crisis que lo amenace. Consecuentemente, la amenaza a la autoestima, ya de por sí deteriorada, será la condición necesaria para que surja la depresión (Fredén, 1986).

Cuando la persona no tiene, o no puede ver alternativas para enfrentar las amenazas a su autoestima, es cuando se posibilita la aparición de la depresión (Fredén, 1986).

La persona que sufre alguna pérdida, y no es capaz

de compensarla por carecer de acciones alternativas, perderá autoestima. Generalmente, la depresión surge porque algo que proporcionaba autoestima desaparece, si no existen otras acciones que permitan recuperar la autoestima perdida (vía los objetos externos), la pérdida parecerá muy grave. De tal forma, será menos probable que surja la depresión si el sujeto tiene acceso a una amplia variedad de acciones posibles capaces de elevar su autoestima, y a la vez, tener la confianza de que se encontrarán disponibles (Fredén, 1986).

Pero, para el deprimido las oportunidades parecen no existir para él. La persona que tiene un patrón rígido de acción, no logra visualizar ningún camino hacia el futuro o alternativas de acción, y se siente incapaz de influir sobre las personas o el medio que le rodea. Dado que la persona no cuenta con un repertorio amplio de acciones para resolver sus problemas, la amenaza a la autoestima dará como resultado la depresión.

Probablemente "el acceso a una variedad limitada de oportunidades de acción" sea el factor que tenga mayor influencia sobre el desarrollo de una depresión. Igualmente importante, aunque quizás en menor grado, es la "presencia de patrones rígidos de acción", es decir, la respuesta estereotipada a ciertas situaciones (Fredén, 1986).

El modelo antes descrito, considera las etapas en forma circular, así, cada etapa puede afectar a otra, y a la vez reactivarse entre sí. En este sentido, un patrón rígido de acción solo podrá ser efectivo en determinadas situaciones. Pero considerando que la sociedad y las relaciones humanas cambian constantemente, se requieren patrones más flexibles.

Es sabido que la actividad emocional y cognocitiva van siempre acompañadas de funciones del sistema nervioso. Se sabe que todo cambio en los sistemas biológicos presenta una relación con estados psicológicos particulares. La depresión no es la excepción y "actualmente sabemos que en la patogenia de este cuadro intervienen trastornos psicológicos y alteraciones bioquímicas (Calderón, 1985, p.65)".

No obstante, no es posible establecer con precisión si los cambios bioquímicos son el antecedente o el consecuente del estado psicológico (Mendels, 1972). Quizas, sería más conveniente hacer mención a los procesos bioquímicos en el sentido que les da Calderón (1985) como "mecanismos de acción". Más aun, se podría hablar de una interacción entre los acontecimientos psicosociales y el estado del cerebro.

El conocimiento preciso, pero aun limitado, de los mecanismos cerebrales involucrados en la depresión, se remonta a unos pocos años (Widlöcher, 1986). Durante los primeros años del siglo XX, se efectuaron una gran cantidad de estudios tendientes a establecer la patología somática de los estados maniacodepresivos (Calderón, 1985). Hacia 1959 Everett y Toman (cit. pos. Calderón, 1985) postulan por vez primera que las catecolaminas (epinefrina, norepinefrina y dopamina) y la serotonina (del grupo de las indolaminas) desempeñaban un importante papel en la depresión.

La teoría bioquímica que ha sido mayormente aceptada, es la expuesta por Schildkraut (1967, cit. pos. Uriarte, 1983), quien postuló que un aumento de las aminas producía un estado de manía, y una disminución llevaba a la depresión.

El papel atribuido a las aminas en la génesis de la

depresión, surge a partir de las siguientes observaciones clínicas, hechas al emplear dos medicamentos:

1. La reserpina, ampliamente usada en el tratamiento de la hipertensión, originaba depresión en algunos pacientes, reportándose en estudios neurofarmacológicos que este medicamento originaba depleción de la norepinefrina, la serotonina y la dopamina cerebrales en animales de laboratorio.
2. Los inhibidores de la monoaminooxidasa, cuando eran empleados en el tratamiento de la tuberculosis, producían un efecto euforizante y una importante acción antidepressiva. Estos medicamentos aumentaban la concentración de aminas biógenas (dopamina, norepinefrina y serotonina) en el cerebro de animales de experimentación. (Calderón, 1985, pág.67)

Pruebas adicionales de su participación, han sido formuladas por el uso de medicamentos antidepressivos. Se ha encontrado que los antidepressivos, aumentan el nivel de las aminas cerebrales, produciendo exceso de actividad en animales de experimentación (Mendels, 1982).

Aun y cuando no se ha establecido "una relación directa de causa efecto" entre la depresión y las aminas cerebrales, existen una gran cantidad de pruebas indirectas de su participación (Mendels, 1982).

La investigación de la relación que existe entre las aminas biógenas y la depresión, básicamente se ha orientado al estudio de las catecolaminas (norepinefrina y dopamina) y la serotonina (Calderón, 1985).

La hipótesis noradrenérgica es la que presenta un fundamento más sólido. Su base, descansa sobre el hecho de que los medicamentos antidepresivos ejercen alguna acción sobre la transmisión sináptica noradrenérgica (Widlöcher, 1986). Los antidepresivos tricíclicos, actúan en los deprimidos inhibiendo la recaptura de noradrenalina y serotonina en las neuronas proximales, elevando con ello la estimulación de los receptores postsinápticos (Uriarte, 1983). Hay también algunos argumentos que afirman que la terapia electroconvulsiva activa el sistema noradrenérgico (Widlöcher, 1986).

Lo anterior, es compatible con la hipótesis que afirma que la depresión esta asociada con deficiencias de norepinefrina en los receptores localizados en el cerebro (Calderón, 1985).

La hipótesis noradrenérgica no es la única válida. Diversos experimentos, han demostrado que existe también participación directa de neuronas mediadas por la serotonina. Los datos que confirman que la depresión se reduce al inhibir la monoaminoxidasa (agente degradante de las aminas) y al inhibir la recaptura de las aminas; son aplicables tanto a la serotonina como a la noradrenalina (Widlöcher, 1986).

No se ha comprobado que en la depresión únicamente participen las aminas cerebrales, en especial, la serotonina y la noradrenalina. Por el contrario, se ha demostrado que los medicamentos antidepresivos tienen efecto sobre otros receptores. Entre ellos, cabe mencionar a los receptores que son mediados por la acetilcolina. Este efecto, generalmente ha sido considerado como secundario y carente de significado en la función terapéutica de los antdepresivos. No obstante, actualmente se piensa que tienen un efecto terapéutico mediante

la sedación (Widlöcher, 1986).

Así mismo, se han planteado hipótesis que relacionan a los estados depresivos con déficits en el metabolismo de las hormonas esteróides, así como con un desequilibrio en las concentraciones de electrolitos, principalmente del sodio y el potasio (Mendels, 1982).

La idea de que la depresión es una expresión "comportamental" directa de alguna alteración neuroquímica, resulta bastante reducida ya que no explica todo el fenómeno. La conducta depresiva, representa también la respuesta del organismo ante ciertos acontecimientos de la vida y está, a la vez, íntimamente relacionada con la personalidad (Widlöcher, 1986).

En vez de pensar en una alteración única, podríamos suponer que la depresión es "una respuesta a incitaciones de orden social y psicológico y como la puesta en marcha de un dispositivo neurofisiológico que produce dicha respuesta (Widlöcher, 1986, pág.198)".

Un deficit biológico, no puede ser considerado como la causa primaria de la depresión, es necesario observar también la respuesta del organismo. Los datos empíricos sugieren un "modelo de interacciones recíprocas", en donde "las condicionantes de orden psicosocial entran en equilibrio o en competición con los condicionantes de orden neurofisiológico (Widlöcher, 1986, pág.198)", y la depresión, se expresa como el resultado de una alteración entre ellos. Alteración en la cual, el predominio de alguno de estos condicionantes, favorecerá la expresión de algún tipo de depresión.

CAPITULO 2.

Metodología.

2.1. Planteamiento del problema.

Una de las situaciones más espinosas a las que se enfrentan los médicos en general y los ortopedistas en particular, es definir con cierta certeza la causa de una lumbalgia.

Como ha quedado asentado, la lumbalgia crónica sin una causa orgánica definida representa un problema de difícil solución, dado que es un padecimiento en el cual juegan un papel primordial los aspectos psicológicos. Aun y cuando ésta relación frecuentemente no se reconoce.

Cuando no ha sido posible demostrar una causa física para el padecimiento, surge la interrogante de definir si es factible establecer una relación positiva entre la enfermedad y alteraciones afectivas. Si esta relación se comprueba, en principio nos puede dirigir hacia un padecimiento psicósomático, el cual requiere de un manejo diferente al médico tradicional.

De esto, surge el problema siguiente: ¿Es posible encontrar en los pacientes con lumbalgia crónica sin una causa orgánica demostrada, alteraciones emocionales y rasgos de personalidad que permitan identificar al padecimiento como psicósomático?

2.2. Hipótesis.

2.2.1. Hipótesis conceptual.

Los pacientes con lumbalgia crónica sin una causa orgánica demostrada, presentan síntomas depresivos (Blumer y Heirlbronn, 1982; Kolb, 1983, Sternbach et al., 1973a),

bajo autoconcepto (Sternbach, et al., 1973a), rasgos de ansiedad (Martínez Pina, 1973) y la llamada "V conversiva" en el perfil del MMPI (Trimble, 1984).

2.22. *Hipótesis alterna 1.*

Si aplicamos la Escala de Depresión de Zung, a dos grupos de pacientes con lumbalgia crónica, con y sin causa orgánica demostrada, así como a un grupo de empleados del hospital donde son atendidos; encontraremos diferencias estadísticamente significativas entre los índices AMD de los grupos.

2.23. *Hipótesis nula 1.*

No existen diferencias estadísticamente significativas entre los índices AMD de la Escala de Depresión de Zung, obtenidos de pacientes con lumbalgia crónica con y sin causa orgánica demostrable, así como en un grupo de empleados del hospital donde son atendidos.

2.24. *Hipótesis alterna 2.*

Si aplicamos el Inventario de Ansiedad Rasgo Estado a dos grupos de pacientes con lumbalgia crónica, con y sin causa orgánica demostrada, así como a un grupo de empleados del hospital donde son atendidos; encontraremos diferencias estadísticamente significativas entre los puntajes T de los grupos.

2.25. *Hipótesis nula 2.*

No existen diferencias estadísticamente significativas

entre los puntajes T del Inventario de Ansiedad Rasgo Estado, obtenidos por pacientes con lumbalgia crónica, con y sin causa orgánica demostrada, así como en un grupo de empleados del hospital donde son atendidos.

2.26. *Hipótesis alterna 3.*

Si aplicamos la Escala de Autoconcepto de Tennessee a dos grupos de pacientes con lumbalgia crónica, con y sin causa orgánica demostrada, así como a un grupo de empleados del hospital donde son atendidos; encontraremos diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones T del nivel general de autoconcepto.

2.27. *Hipótesis nula 3.*

No existen diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones T del nivel general de autoconcepto de la Escala de Autoconcepto de Tennessee; obtenidos por pacientes con lumbalgia crónica, con y sin causa orgánica demostrada, así como en un grupo de empleados del hospital donde son atendidos.

2.28. *Hipótesis alterna 4.*

La configuración conocida como "V conversiva", surgida de los perfiles del MMPI, se observa con mayor frecuencia en los perfiles de pacientes con lumbalgia crónica sin causa orgánica demostrada; en relación con la observada en los perfiles de aquellos pacientes con lumbalgia en la cual existe una causa orgánica demostrada, así como en los de empleados del hospital donde son atendidos.

2.29. *Hipótesis nula 4.*

No existen diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia de obtención de la configuración conocida como "V conversiva", surgida de los perfiles del MMPI de pacientes con lumbalgia crónica, con y sin causa orgánica demostrada, así como de un grupo de empleados del hospital donde son atendidos.

2.3. *Variables.*

2.31. *Variable independiente.*

Presencia de causa orgánica demostrada para la aparición de la lumbalgia crónica. Determinado mediante la exploración física, valoración neurológica, historia clínica, estudios de laboratorio y estudios radiológicos.

2.32. *Variable dependiente.*

Sintomatología depresiva, medida mediante la Escala de depresión de Zung. Autoconcepto, medido a través de la Escala de Autoconcepto de Tennessee. Ansiedad, medida por el Inventario de Ansiedad Rasgo Estado. Presencia de la configuración conocida como "V conversiva" en el perfil del MMPI.

2.33. *Variables extrañas.*

Sexo, edad, escolaridad, tiempo de evolución del padecimiento, tipo de tratamiento empleado, incapacidad para laborar y cirugías previas para aliviar el padecimiento.

2.34. *Definiciones conceptuales y operacionales.*

Ansiedad estado (conceptual).- Estado emocional transitorio, caracterizado por la sensación subjetiva de tensión y aprensión, con incremento de la actividad del Sistema Nervioso Autónomo (Díaz-Guerrero y Spielberg, 1975).

Ansiedad estado (operacional).- La evaluación obtenida a través de los reactivos de la escala de estado del IDARE.

Ansiedad rasgo (conceptual).- Propensión del sujeto a experimentar ante situaciones percibidas como amenazantes, estados emocionales de tensión y aprensión, con incremento de actividad en el Sistema Nervioso Autónomo (Díaz-Guerrero y Spielberg, 1975).

Ansiedad rasgo (operacional).- Evaluación obtenida a través de los reactivos de la escala de rasgo del IDARE.

Autoconcepto (conceptual).- Teoría respecto de sí mismo, que el sujeto ha elaborado a través de sus experiencias con el medio (Epstein, 1981).

Autoconcepto (operacional).- Evaluación obtenida a través de la Escala de Autoconcepto de Tennessee.

Depresión (conceptual).- Experiencia subjetiva de tristeza, con disminución de la actividad psicomotriz, que puede acompañarse o no de alteraciones somáticas (Kupfer y Frank, 1981).

Depresión (operacional).- Evaluación obtenida de la Escala de Depresión de Zung y de la escala dos del MMPI.

Lumbalgia crónica sin causa orgánica demostrada (conceptual).-

Dolor en la parte baja de la espalda (Roper, 1986), que ha permanecido en forma constante por un periodo mínimo de seis meses (Williams y Spitzer, 1982), y para el cual no existe una causa que lo justifique.

Lumbalgia crónica sin causa orgánica demostrada (operacional).-

Queja de dolor, referida a la parte baja de la espalda, que ha permanecido en forma constante por un periodo mínimo de seis meses y para la cual no existe evidencia de, al menos, una alteración física o fisiológica que justifique la presencia del dolor. Determinado por un médico ortopedista a través de exploración física, historia clínica, estudios radiológicos, estudios de laboratorio y valoración neurológica.

Rasgo de personalidad (conceptual).-

Cualquier característica duradera del individuo (Sarason, 1983), que refleja su actividad física y mental y corresponde a la forma particular de responder y adaptarse al medio (Freedman et al., 1983).

Rasgo de personalidad (operacional).-

Respuesta dada por el sujeto a los reactivos del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota, en cada una de las escalas.

Trastorno afectivo (conceptual).-

Alteración del estado de ánimo o afecto, que es permanente y se manifiesta como depresión o euforia (DSM III). No correspondiendo a la intensidad con la cual comunmente se experimentan esos estados.

Trastorno afectivo (operacional).-

Evaluación que rebasa la norma establecida para las escalas siguientes: Escala de Depresión de Zung, Escala dos del MMPI y Escala nueve del MMPI.

"V *convulsiva*" (*conceptual*).- Configuración obtenida en el MMPI, debido a la elevación de las escalas de Hipocondriasis e Histeria, con disminución, en relación a las dos anteriores, de la escala de Depresión. Comúnmente, se obtiene por aquellas personas que sufren síntomas somáticos de diversa índole durante periodos de tensión. (Nuñez, 1983).

"V *convulsiva*" (*relacional*).- Configuración obtenida en el perfil o psicograma del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota, cuando los puntajes \bar{T} del sujeto presentan las características siguientes:

- Escalas 1 y 3 superiores a T 70.
- Diferencia entre las escalas 1 y 2 mayor que 10T.
- Diferencia entre las escalas 3 y 2 mayor que 10T.
- Diferencia entre las escalas 3 y 4 superior a 10T.
- Escala 5 superior a 45T.

2.4. *Diseño.*

El diseño experimental, representa el plan de investigación preconcebido, a través del cual es factible guiar y llevar a cabo el experimento. Señala la forma en como serán recopilados los datos y manejadas las variables.

Para este estudio, se efectuó una investigación de tipo empírico, es decir, fundamentada en observaciones del fenómeno. Para ello, se utilizó un diseño preexperimental de comparación estática de un grupo y grupo control.

Es preexperimental, dado que no se ejerció ninguna manipulación directa sobre la variable independiente, por tanto, es un estudio de carácter evaluativo, el cual, permite solamente establecer una relación de asociación entre variables.

2.5. Sujetos.

Se seleccionó una muestra de tipo intencional, no aleatoria, de 30 pacientes con lumbalgia crónica y 15 empleados del hospital a donde asistían los pacientes.

Los criterios comunes de inclusión fueron:

- Ambos sexos.
- Edad comprendida entre 25 y 55 años.
- Escolaridad mínima de primaria concluida y máxima de preparatoria.
- Habitante del Distrito Federal.

Para la selección de los pacientes se establecieron, además de los criterios anteriores, los criterios siguientes:

- Padecimiento con un tiempo de evolución mínimo de seis meses y máximo de 18. Contados a partir del momento en que el paciente refirió el inicio de sus síntomas.
- Hasta el momento del estudio, no debió haber sido internado o sometido a cirugía a causa del padecimiento en cuestión.
- Contar con valoración neurológica, exploración física, historia clínica, estudios de laboratorio, radiografías de columna e hidromielografía.
- En el momento del estudio, se encontraban incapacitados para laborar.

En 15 de los pacientes, no existió una causa orgánica demostrable que justificara la presencia de la lumbalgia. Los 15 pacientes restantes, presentaron una causa orgánica que justificó la aparición de la lumbalgia. Los 15 empleados del hospital, se seleccionaron de un listado de personal del turno

matutino, eligiendo a aquellos que cumplieron con los requisitos generales de inclusión.

2.6. Escenario.

Se efectuó un estudio de campo, en los consultorios del área de consulta externa del Hospital de Ortopedia "Magdalena de las Salinas" del IMSS así como en los cubículos del laboratorio de análisis clínicos. Ambos, se encuentran ubicados en la planta baja del hospital. La unidad hospitalaria, se localiza en la esquina que forman la Av. IPN y la Av. Colector quince, S/N, col. Magdalena de las Salinas.

Esta unidad médica se clasifica, dentro de la organización institucional, como hospital de alta especialidad, es decir, unida de tercer nivel de atención. A ella, se envía a los derechohabientes que presentan problemas de tipo músculo- esquelético los cuales, por sus características, no pueden ser atendidos en las unidades de medicina familiar (primer nivel) o en los hospitales generales de zona (segundo nivel).

El hospital recibe a derechohabientes que provienen tanto del D.,F. como de los estados de la República.

2.7. Instrumentos.

2.7.1. Escala de Depresión de Zung.

La escala de Zung, es un instrumento de autoevaluación que consta de 20 oraciones⁽¹⁾. El sujeto debe de elegir una de

(1) La escala se puede apreciar en el apéndice C.

cuatro opciones diferentes, según considere que se le presentan los síntomas referidos.

"Cada declaración se refiere a una característica común y específica de la depresión (Zung, 1965)", abarcando aquellos síntomas que se consideran como característicos y comunes a la depresión.

La puntuación obtenida, se transforma en un índice de depresión (AMD) basado en 100, el cual representa el grado de depresión. Un índice bajo indica poca o ninguna depresión, en tanto que, un índice alto señala una depresión de significación clínica.

Los síntomas explorados se pueden agrupar en tres categorías: Afectivos persistentes (dos reactivos), equivalentes fisiológicos (ocho reactivos) y equivalentes psicológicos (10 reactivos) (Zung, 1965).

De acuerdo con Zung (cit. por Mendels, 1982) la escala es relativamente independiente respecto de la edad, la educación, y la situación social.

2.72. Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado.

Esta escala, es una técnica de medición creada para detectar la intensidad y frecuencia de la ansiedad. Pretende medir el estado y el rasgo de ansiedad (Redondo, 1979).⁽²⁾

La escala de rasgo, contiene afirmaciones en las cuales el sujeto expresa como se siente generalmente.

(2) La escala se puede apreciar en el apéndice D.

Representa a aquellas características que son más o menos estables en el sujeto. Implica la tendencia a responder ante situaciones percibidas como amenazantes, con un incremento en el estado de ansiedad (Díaz-Guerrero y Spielberger, 1975).

Como estado, se observa la ansiedad que el sujeto presenta en un momento dado. Es un estado emocional pasajero y fluctuante, caracterizado por la sensación subjetiva de tensión y aprensión, con incremento en la actividad del sistema nervioso autónomo (Díaz-Guerrero y Spielberger, 1975).

El instrumento consta de 40 afirmaciones (20 para cada escala) a las cuales el sujeto responde con una de cuatro opciones. Estas últimas, se supone que recogen en forma adecuada el grado y frecuencia de la ansiedad (Redondo, 1979).

Los reactivos se encuentran redactados en forma de "estoy" o "me siento", para la escala de estado; y en forma de "soy" para la escala de rasgo (Redondo, 1979).

Los puntajes brutos obtenidos, pueden ser transformados a calificaciones T mediante las tablas contenidas en el manual. De acuerdo con Redondo(1979), El sexo y las condiciones culturales parecen no influir sobre el fenómeno de la ansiedad.

2.73. Escala de Autoconcepto de Tennessee.

Este, es un instrumento creado para la medición multidimensional del autoconcepto. Consta de 100 declaraciones autodestructivas a las cuales el examinado debe de responder en una escala tipo Likert de cinco puntos, los cuales varían entre completamente falso a completamente verdadero. Es autoadministrable, y no requiere más que el sujeto sepa leer

y comprender el significado de los enunciados (Crites,1965).

De las respuestas dadas por el sujeto, se obtiene un puntaje total o puntaje P (total de positivos), el cual, refleja el nivel general de autestima (Fittss, 1965).

El puntaje total P, se obtiene al sumarse los puntajes parciales de tres renglones. Estos últimos, "representan un marco interno de referencia dentro del cual el individuo se describe a sí mismo (Castillo y Tena, 1981,pág.87)".

Los enunciados comprendidos en estos renglones o hileras, parecen describir la percepción interna del sujeto en relación a sí mismo. De acuerdo con Fitts (1965), se agrupan en tres categorías horizontales primarias de la forma siguiente: Renglón 1. Identidad. El sujeto describe lo que él es, con base en la propia percepción de sí mismo; Renglón 2. Satisfacción de sí mismo. Refleja el nivel general de satisfacción, en relación con el sí mismo percibido; Renglón 3. Conducta. Este puntaje, refleja la percepción del sujeto en relación a su propia conducta.

Una segunda forma de categorización, se obtiene al sumar las puntuaciones de las columnas. Los puntajes de las columnas reflejan el marco externo de referencia sobre el cual se evalúa el sujeto. Se agrupan en cinco categorías que son: Columna A. El sí mismo físico. Implica la percepción que tiene el sujeto respecto de su cuerpo, su estado de salud, apariencia física, habilidades y sexualidad; Columna B. El sí mismo ético moral. Aquí, la persona se describe dentro de un marco ético-moral, es la valoración del sujeto como persona "buena" o "mala". Así mismo, comprende la satisfacción religiosa; Columna C. El sí mismo personal. Es la sensación personal de

valor. Es la evaluación de su persona, independientemente de su cuerpo o relación con los demás; Columna D. El sí mismo familiar. Refleja la adecuación del sujeto y valor personal como miembro integrante de una familia; Columna E. El sí mismo social. Se refiere al sentimiento del sujeto de adecuación y satisfacción en sus relaciones con los otros.

Otra escala que es de importancia, es la de auto-crítica. Esta, refleja la capacidad del sujeto para percibirse en forma adecuada y no deformar la percepción de sí mismo, ya sea subestimándose o sobrestimándose.

Todas las puntuaciones, pueden ser transformadas a calificaciones *T*, obtenidas al trazar el perfil⁽³⁾.

2.74. *Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI).*

El M.M.P.I., es un inventario de personalidad que comprende 550 frases autodescriptivas y 16 frases más repetidas, completando así los 566 reactivos que comprenden la prueba⁽⁴⁾. Puede administrarse en forma individual o colectiva y es uno de los instrumentos que ha tenido mayor uso en la práctica clínica y la investigación.

Las frases se responden como cierto o falso, y se registran en una hoja de respuestas especial. Existe la posibilidad de omitir algunas respuestas, sin embargo, esto no resulta conveniente ya que puede invalidar la prueba.

(3) El instrumento completo incluyendo hoja de respuestas, cuestionario y perfil; se puede encontrar en el apéndice E.

(4) El instrumento completo, se puede encontrar en el apéndice F.

De las respuestas emitidas por el sujeto, se obtiene un perfil, el cual comprende cuatro escalas de validez y 10 escalas clínicas.

Las escalas de validez son: 7 frases omitidas (no puedo decirlo); L mentira (ajuste social al grupo), F validez (confusión mental y reconocimiento de problemas) y K corrección (actitud del sujeto ante la prueba y ante sí mismo).

Las escalas clínicas comprenden 10 síndromes claramente identificados, los cuales se obtuvieron de una muestra de pacientes psiquiátricos. Estas escalas son: 1 hipocondriasis (Hs); 2 depresión (D); 3 histeria (Hi); 4 desviación psicopática (Dp); 5 masculinidad/femineidad (Mf); 6 paranoia (Pa); 7 psicastenia (Pt); 8 esquizofrenia (Es); 9 manía (Ma); y 0 sociabilidad (Si).

La escala 1 (Hs) abarca 33 frases. Representa una medida de la cantidad de interés respecto de las funciones corporales (Hathaway y Mckinley, 1967).

La escala 2 (D) permite identificar la depresión, cuadro caracterizado por la tristeza y la desesperanza. A través de ella, se pueden identificar los estados de ánimo momentáneos o transitorios, y las variaciones que sufren durante el día (Nuñez, 1983).

La escala 3 (Hi) recoge aquellas características del sujeto que son similares a las desarrolladas por pacientes con histeria de conversión (Hathaway y Mckinley, 1967). Sin embargo, en sujetos normales, una escala tres elevada se encuentra en personas idealistas, ingenuas, sociables, afectuosas, sentimentales, individualistas, infantiles, accesibles y cooperadores en actividades sociales (Nuñez, 1983).

Las escalas 1, 2 y 3, han sido objeto de múltiples investigaciones, y la elevación de estas tres escalas es muy frecuente en la práctica clínica. Comunmente, se les conoce como la "triada neurótica", y la combinación de ellas, forman la configuración conocida como "V conversiva" o "V psicósomática" (Nuñez, 1983).

Una vez obtenidas las puntuaciones para cada escala, se traza el "psicograma" en la hoja correspondiente. En esta, se encuentran las puntuaciones T , siendo la media de T 50. Entre T 30 y T 70, se encuentran los perfiles conocidos como "normales" (Núñez, 1983).

2.8. Procedimiento.

Con el apoyo del personal médico del módulo de columna, se recolectó una muestra de 30 pacientes con lumbalgia crónica. Formando parte de la muestra, aquellos 5 que cubrían los requisitos de inclusión anteriormente mencionados.

La lumbalgia crónica se definió como: Aquella queja de dolor en la parte baja de la espalda, que ha permanecido en forma constante por un periodo mínimo de seis meses.

La recolección de la muestra, se efectuó en el área de consulta externa, acudiendo el investigador a los consultorios asignados al módulo de columna.

Tomando como base las listas de pacientes citados, se revisaron los expedientes de aquellos pacientes diagnosticados con lumbalgia. Aquellos que reunían los criterios de inclusión, fueron considerados como candidatos potenciales para integrar la muestra.

Una vez que los candidatos acudieron a la cita médica, y el médico tratante confirmó el diagnóstico y la existencia o no de una causa orgánica; se condujo al paciente a otro consultorio, para invitarlo a participar en el estudio.

El investigador, se presentó a cada entrevistado como psicólogo, y les dijo: "En combinación con el jefe del servicio de columna, se está llevando a cabo un estudio para evaluar el estado de ánimo de los pacientes con dolor, el cual a permanecido por varios meses".

Se les indicó: "La finalidad del estudio es determinar si el dolor crónico provoca o no cambios en el estado de ánimo de las personas". En caso de ser así, se dijo, posibilitaría el planteamiento de mejores formas de tratamiento, en las cuales se tome en cuenta la repercusión del dolor sobre la vida de las personas".

Se hizo notar que esto era un intento de valorar la enfermedad en forma integral, considerando tanto los aspectos orgánicos del padecimiento, así como los aspectos psicológicos de las personas. Y que ello, permitiría un tratamiento más completo y adecuado a cada caso.

A continuación se les explicó: "El estudio consiste en resolver algunas pruebas psicológicas, las cuales evalúan el estado de ánimo de las personas". Se les indicó que los datos eran confidenciales y serían usados con fines estadísticos. En caso de así desearlo, las pruebas podían ser anónimas, anotando solamente sexo, edad, escolaridad y ocupación.

A los sujetos que aceptaron contestar los instrumentos, se les pidió que relataran la forma en como había surgido y evolucionado el padecimiento.

Una vez concluido el relato del paciente, se procedió a entregarle el cuestionario del MMPI y la hoja de respuestas. Se le indicó que leyera las instrucciones y se aclararon dudas.

La versión empleada, corresponde a la traducción y adaptación al español del Dr. Rafael Nuñez, distribuida por la editorial El Manual Moderno, México D.F.

Concluida la aplicación del MMPI, se procedió a entregar la escala de Zung, igualmente, se indicó leer las instrucciones y se aclararon dudas.

La versión empleada, corresponde a la escala que distribuyen los laboratorios Organón México.

Finalizadas las dos aplicaciones, se solicitó al S que se presentara nuevamente, en el transcurso de una semana, para la conclusión del estudio.

La segunda entrevista se efectuó en los cubículos del laboratorio clínico. En esta ocasión, se entregó en primer lugar la Escala de Autoconcepto de Tennessee, indicando leer las instrucciones y aclarando las dudas.

El cuestionario aplicado, corresponde a la versión y adaptación castellana de Blanca M. de Alvarez y Guido A. Barrientos (cit. en Henze, 1980), distribuida por el Instituto Interamericano de estudios Psicológicos y Sociales, Chihuahua, Chihuahua. Tanto la hoja de respuestas, como el perfil, corresponden a la versión original en inglés.

Al terminar la aplicación de la escala de autoconcepto, se le proporcionó al S el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado, en la versión que corresponde a la traducción hecha por el Dr. Rogelio Díaz Guerrero, distribuida por El Manual Moderno.

Concluida la aplicación de los instrumentos, se solicitó el comentario de los S y se agradeció su participación.

El procedimiento de selección y aplicación de los instrumentos, se efectuó por un periodo de 15 meses, hasta completar la cuota fijada de 15 S en cada grupo.

Aquellos S que no completaron la resolución de los instrumentos, fueron eliminados de la muestra. Se entrevistó a un total de 48 S. De entre ellos, 25 presentaron una causa orgánica demostrada y 23 no la presentaban.

Los 30 S que constituyeron la muestra, conformaron dos grupos. Un primer grupo ($n=15$), se integró con pacientes en los cuales no fue posible identificar una causa orgánica que justificara la aparición de la lumbalgia crónica incapacitante. La evaluación del paciente, fue hecha por el médico tratante y complementada con los estudios auxiliares de diagnóstico. Este grupo, fue considerado como psicossomático.

Un segundo grupo ($n=15$), se conformó con aquellos pacientes en los cuales la evaluación médica y los estudios auxiliares de diagnóstico, revelaron la presencia de alguna causa orgánica que justificó la presencia del dolor y la incapacidad física. Este grupo, se consideró como orgánico.

A fin de tener un control, se formó un tercer grupo ($n=15$) con personal del turno matutino del hospital.

La selección de S se hizo al azar de un listado de personal del turno matutino. Eligiendo a aquellos S que cumplían con los requisistos de edad, escolaridad y residencia.

La aplicación de los instrumentos se llevó a cabo en dos sesiones, en el mismo orden en que se aplicaron a los pacientes.

CAPITULO 3.

Resultados.

3.0. Resultados.

A partir de los datos recopilados⁽¹⁾, se obtuvieron los resultados mediante el Paquete Estadístico Aplicado a las Ciencias Sociales (SPSS) (Nie, Hull, Jenkins y Steinbrenner, 1980)⁽²⁾, empleando la versión H-9.1 de febrero de 1982, distribuido para sistemas de cómputo Burroughs. El proceso de los datos se llevó a cabo en forma computarizada, en máquina Burroughs B7800.

Del paquete estadístico, se emplearon algunos subprogramas. Para la descripción de la muestra, se aplicó el subprograma *FRECUENCIAS*. La significancia estadística, se obtuvo mediante los subprogramas *ANCOVA* y *DEARSON CORR.*

La muestra total constó de 45 S. El 33.33% ($n=15$) conformaron el grupo control, el 33.33% ($n=15$) constituyeron el grupo psicógeno y el 33.33% ($n=15$) fueron el grupo orgánico.

En la Tabla 1 se puede apreciar la distribución de los S conforme al sexo. La muestra arrojó un porcentaje mayor de S del sexo masculino en relación a los femeninos (57.8% contra 42.2%). No obstante, si se examinan los porcentajes del grupo control, observamos que parecen distribuirse en forma más equilibrada (53.3% de hombres y 46.7% de mujeres) en relación al grupo de pacientes psicógenos; en donde los S del sexo masculino representan las dos terceras partes del grupo (66.7%). Así mismo, el grupo orgánico arroja un porcentaje mayor de hombres (60%).

(1) Las tablas de datos, pueden ser consultadas en los Apéndices G, H e I.

(2) Información proporcionada por la Lic. Sofía Rivera Aragón. Comunicación personal marzo de 1990.

Tabla 1. Agrupación de casos según el sexo y su porcentaje en la muestra y en cada uno de los grupos.

Sexo	Muestra (N=45)	Control (n=15)	Psicógeno (n=15)	Orgánico (n=15)
M	26 57.8	7 46.7	10 66.7	9 60.00
F	19 42.2	8 53.3	5 33.3	6 40.00

El primer número de cada renglón, corresponde al número de casos en cada grupo. En la parte inferior del renglón, se presentan los porcentajes. M= masculino, F= femenino.

De acuerdo con los datos de la Tabla 1 se obtuvo, para el grupo psicógeno, una razón de dos hombres por cada mujer (2:1); para el grupo orgánico, la razón es de 1.5:1 y para el grupo control, la razón es de .87:1. En este último grupo, la distribución de los sexos es similar.

En relación a la edad de los S, se obtuvo una media de edad para la muestra de $\bar{X}=37.7$ años, con una desviación estandar de $S=9.17$. En la Tabla 2, se pueden observar la media y la desviación estandar de cada uno de los grupos. Como se aprecia en ella, la media del grupo control y el grupo orgánico son muy similares ($\bar{X}=33.93$ y $\bar{X}=33.4$ respectivamente). No obstante, la media del grupo psicógeno, parece alejarse del valor de la muestra, siendo de $\bar{X}=45.8$.

Los rangos de edad fueron: 27-45 para el grupo control, 31-55 para el grupo psicógeno y 25-48 para el grupo orgánico.

Considerando que esta aparente diferencia de edades pudiera representar una variable importante dentro de la

muestra, se practicó el análisis de covarianza de la edad con cada una de las variables dependientes. De ese análisis, se pudo comprobar que la edad no tuvo efectos significativos sobre las variables de estudio, a pesar de su aparente diferencia.

Tabla 2. Media de edad y desviación estandar de la muestra y de cada uno de los grupos.

	Muestra	Control	Psicógeno	Orgánico
\bar{X}	37.7	33.93	45.8	33.4
S	9.17	6.67	8.66	6.31

\bar{X} - Media, S - Desviación estandar.

El nivel de escolaridad que predominó en la muestra fue de secundaria (40% de los S), a continuación encontramos la primaria (37.8% de los S) y la menor incidencia de escolaridad fue de nivel preparatoria (22.2% de los S). De acuerdo con los datos de la Tabla 3, podemos apreciar que existe una diferencia notable en el nivel de escolaridad del grupo psicógeno, grupo en el cual predomina un nivel de escolaridad de primaria (60% de los S).

Tabla 3. Distribución de S de acuerdo con su escolaridad y porcentaje de los mismos en cada uno de los grupos.

Esc.	Muestra (N=45)	Control (n=15)	Psicógeno (n=15)	Orgánico (n=15)
Prim.	17	4	9	4
	37.8	26.7	60	26.7
Sec.	18	7	3	8
	40	46.7	20	53.3
Prep.	10	4	3	3
	22.2	26.7	20	20

Tabla 3. (Continuación)

El primer número de cada renglón, corresponde al número de casos en cada grupo. En la parte inferior del renglón, se presentan los porcentajes. Esc.- escolaridad, Prim.- primaria, Sec.- secundaria y Prep.- preparatoria.

Una vez obtenidos los resultados, y habiendo descrito la muestra, para poder comparar a los grupos en relación a la manipulación experimental, es necesario estimar la magnitud de las diferencias existentes entre los fenómenos que se han estudiado y registrado.

En toda comparación de grupos, es común encontrar diferencias entre ellos. Debido a las variaciones personales de cada sujeto, es prácticamente imposible obtener resultados idénticos. Sin esas diferencias, es decir sin la variación, no sería posible establecer una relación entre variables. El examen a simple vista de los datos, no es suficiente para sacar conclusiones. Así, la pregunta a contestar es: ¿La diferencia en los datos observados es de tal magnitud que resulta improbable que sea producto del azar?.

Para poder responder a la pregunta anterior, es necesario hacer inferencias a partir de los datos obtenidos. Inferir estadísticamente, es hacer una conclusión probabilística a partir de premisas probabilísticas. Esto es, suponemos que los resultados de la experimentación se desviarán o variarán en los grupos, como efecto del tratamiento experimental, más allá de lo que pudiera observarse por efectos del azar. Así, al hacer inferencias, podremos contestar la pregunta planteada.

Cuando comparamos grupos sometidos a un tratamiento experimental, los datos obtenidos por los S_j , en relación a la variable medida, reflejan, al menos, tres posibles fuentes de variación: a) las respuestas propias del sujeto con respecto

a la tarea que sirve de criterio, b) los efectos de la variable experimental y c) el efecto aleatorio debido a una multiplicidad de causas (Kerlinger, 1982). Si la mayor parte de las variables son controladas, o al menos parte de ellas, la variabilidad observada podrá atribuirse al tratamiento experimental.

Una técnica estadística que permite estimar si el tratamiento experimental ha producido diferencias o variaciones en las medias de los grupos, en relación a la variable estudiada, es el Análisis de varianza. Su uso más común es cuando están involucrados tres o más grupos en el experimento, y puede emplearse para estudiar el efecto de una o más variables (Runyon y Haber, 1987).

El análisis de varianza, permite obtener una decisión única acerca de si existe o no una diferencia que sea estadísticamente significativa entre las medias muestrales que están bajo comparación (Levin, 1977). Sin embargo, no indica la magnitud de la relación estudiada, y solamente señala que existe una relación entre variables, deducida a partir de la diferencia entre las medias. A diferencia del análisis de varianza, los coeficientes de correlación son medidas relativamente directas de la fuerza de relación que existe entre las variables (Kerlinger, 1982).

El análisis de varianza, se basa en la variabilidad que se observa en los datos. La suposición estadística es que, si la hipótesis nula es cierta, entonces la varianza producida por el tratamiento experimental entre los grupos, será aproximadamente igual a la varianza observada entre los sujetos en condiciones no controladas. De ello, deducimos que no hay diferencias entre las medias de los grupos, y aceptamos la hipótesis de nulidad. En caso contrario, si la variación es lo suficientemente grande, aceptamos la hipótesis de investigación.

Una vez bosquejado el fundamento de la inferencia estadística, y explicado el fundamento del análisis de varianza, pasaremos a establecer el análisis de las variables estudiadas.

Para la Escala de Depresión de Zung, se calculó el índice AMD de cada *S* a partir de las puntuaciones naturales. Las puntuaciones naturales se estimaron en forma manual a través de la plantilla de calificación adjunta a la escala. A continuación, se transformaron los puntajes en índices AMD, empleando la tabla que se adjunta a la escala.

La media de los índices AMD de la muestra fue de $\bar{X} = 50.55$, con una desviación estandar de $S = 12.44$. La media y desviación estandar de cada grupo se presentan en la Tabla 4.

Tabla 4. Media y desviación estandar de los índices AMD en los diferentes grupos.

	Muestra	Control	Psicógeno	Orgánico
	50.55	45.53	56.73	49.40
	12.44	9.76	13.73	11.55

\bar{x} - Media, *S*- Desviación estandar.

Al observar las medias de cada grupo, encontramos que la más elevada correspondió al grupo psicógeno, a continuación, se encuentra el valor del grupo orgánico y por último, se encuentra el valor del grupo control.

La diferencia entre las medias de los índices AMD, arrojó significancia estadística. El análisis de varianza proporcionó un estadístico $F(2,42) = 3.489$, $p = 0.040$. El nivel de significancia fijado fue de $p \leq 0.05$. El resumen del análisis de varianza para los índices AMD, se presenta en la Tabla 5.

Tabla 5. Resumen del análisis de varianza para los índices AMD.

Origen de la varianza.	Suma de cuadrados.	gl	Cuadrados medios.	F	Sig. de F.
Entre grupos	970.844	2	485.422	3.489	0.040
Intra grupos	5844.267	42	139.149		
Total	6815.111	44	154.889		

Por lo que respecta al Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), a partir de las puntuaciones naturales se calcularon las puntuaciones \bar{T} de los S , tomando como base para esto el cuadro contenido en el manual (Díaz-Guerrero y Spielberg, 1975, p.5). Las puntuaciones que fueron empeladas son las correspondientes al grupo normativo de bachillerato.

Para la escala de estado, se obtuvo una media muestral de $\bar{X} = 50.93$, con una desviación estandar de $S = 10.34$. La media y desviación estandar para la escala de estado en los diferentes grupos, se muestran en la Tabla 6.

Tabla 6. Media y desviación estandar para las puntuaciones \bar{T} de la escala de estado del IDARE.

	Muestra	Control	Psicógeno	Orgánico
\bar{X}	50.93	49.80	53.26	49.73
S	10.34	8.86	11.95	10.31

\bar{X} - Media, S - Desviación estandar.

Como se puede ver en la Tabla 6, la media de ansiedad estado más alta, la presentó el grupo psicógeno, a continuación se encuentra la del grupo control y prácticamente con el mismo valor que éste, se encuentra la del grupo orgánico.

En la escala de rasgo, la media muestral fue de $\bar{X} = 50$, con una desviación estandar de $S = 9.87$. El grupo orgánico presentó la media de ansiedad rasgo más alta, a continuación, se encuentra la del grupo psicógeno y la más baja la obtuvo el grupo control. Los valores estimados, se presentan en la Tabla 7.

Tabla 7. Media y desviación estandar para las puntuaciones T de la escala de rasgo del IDARE.

	Muestra	Control	Psicógeno	Orgánico
\bar{X}	50	47.2	50.46	52.3
S	9.87	12.5	10.32	5.40

\bar{X} - Media, S - Desviación estandar.

Las medias en los puntajes del IDARE, tanto en la escala de estado como en la de rasgo, no presentaron diferencias estadísticamente significativas. El análisis de varianza para la escala de estado, proporcionó una $F(2,42) = 0.561$, $p = 0.575$. Para la escala de rasgo, se obtuvo una $F(2,42) = 1.040$, $p = 0.362$. El nivel de significancia fijado fue de $p \leq 0.05$. El resumen del análisis de varianza para la escala de estado, se presenta en la Tabla 8. Para la escala de rasgo, el resumen del análisis de varianza se muestra en la Tabla 9.

Tabla 8. Resumen del análisis de varianza para los puntajes T de la escala de estado del IDARE.

Origen de la varianza.	Suma de cuadrados.	df	Cuadrados medios.	F	Sig. de F .
Entre grupos	122.533	2	61.267	0.561	0.575
Intra grupos	4590.267	42	109.292		
Total	4712.800	44	107.109		

Tabla 9. Resumen del análisis de varianza para los puntajes \bar{T} de la escala de rasgo del IDARE.

Origen de la varianza	Suma de cuadrados.	gl	Cuadrados medios.	F	Sig. de F
Entre grupos	202.533	2	101.267	1.040	0.362
Intra grupos	4089.467	42	97.368		
Total	4292.000	44	97.545		

En lo que se refiere a la Escala de Autoconcepto de Tennessee (EACT), se efectuó el conteo manual y el trazado del perfil correspondiente, para cada uno de los S. A partir del perfil obtenido, se estimaron las puntuaciones \bar{T} de cada una de las subescalas que conforman la escala total. La media de los puntajes \bar{T} obtenidos para cada escala, así como la desviación estandar, se presentan en la Tabla 10.

Tabla 10. Media y desviación estandar de las puntuaciones \bar{T} obtenidas de los diferentes grupos, en cada una de las subescalas que integran la EACT.

Sub-escala de la EACT	Muestra	Control	Psicógeno	Orgánico
Auto crítica	45.44	45.06	42.46	48.8
	8.89	9.55	8.78	7.65
Puntaje total (P)	44.0	47.20	38.46	46.33
	10.86	13.21	8.60	8.53
Reglón 1	39.48	45.40	34.26	38.80
	10.67	11.42	8.53	9.35
Reglón 2	50.28	51.80	43.80	55.26
	12.47	14.34	9.85	10.57
Reglón 3	43.04	45.93	38.26	44.93
	11.63	13.43	10.49	9.89

Tabla 10. (continuación)

Columna A	39.82	46.06	32.53	40.86
	13.39	15.45	12.29	8.62
Columna B	46.40	46.66	41.73	50.80
	9.28	10.00	7.46	8.41
Columna C	51.62	54.20	48.00	52.66
	11.23	13.33	6.92	12.15
Columna D	41.93	43.93	38.00	43.86
	10.25	10.57	8.37	11.11
Columna E	44.64	46.53	40.40	47.00
	11.31	11.33	11.67	10.40

El primer puntaje de cada renglón, corresponde a la media de los puntajes \bar{T} en cada sub-escala. El puntaje inferior de cada renglón, es la desviación estandar.

De los puntajes medios obtenidos para cada sub-escala (Tabla 10), se efectuó el trazo del perfil compuesto de cada uno de los grupos. Estos perfiles se muestran en la Figura 1 de la página 304.

Según se puede apreciar gráficamente en la Figura 1, el grupo psicógeno es el que presenta el nivel más bajo de autoconcepto, observandose que los perfiles del grupo control y orgánico, ofrecen alturas similares.

En relación a la configuración de los perfiles, se puede ver que básicamente adoptan la misma forma. No obstante, parece haber diferencias importantes en la altura que ofrecen las diferentes subescalas.

Como se muestra en la Tabla 10, la media de autoconcepto (puntaje total P) más baja, la obtuvo el grupo

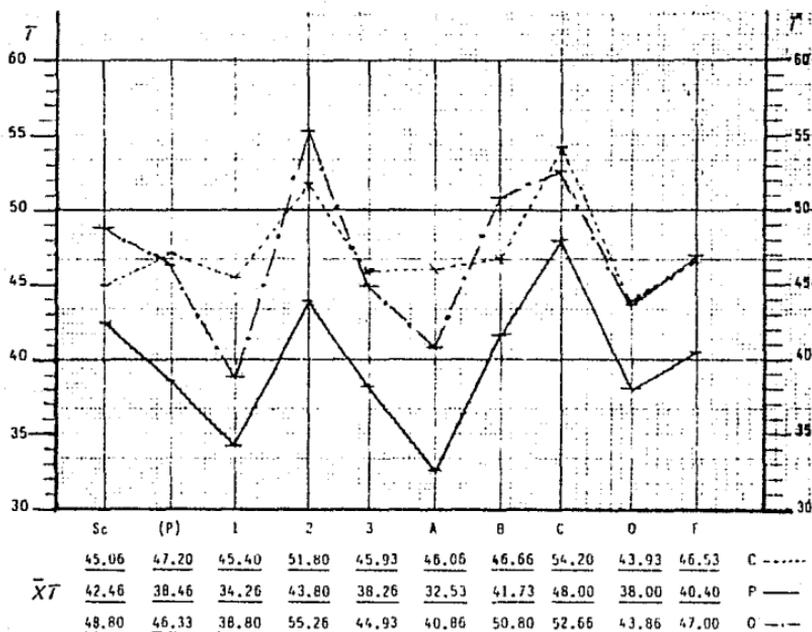


Fig. 1 Perfil compuesto de la EACT para cada uno de los grupos.

psicógeno, con un valor de $\bar{X} = 38.46$, a continuación se encuentra el valor del grupo control ($\bar{X} = 47.20$) y con un valor similar a este, la del grupo orgánico ($\bar{X} = 46.33$).

La diferencia entre las medias del nivel general de autoconcepto (puntuación P), mostró tener significancia estadística. El análisis de varianza arrojó una $F(2,42) = 3.240$, $p = 0.049$. El nivel de significancia fijado fue de $p \leq 0.05$. El resumen del análisis de varianza para los puntajes P, se presenta en la Tabla 11.

Tabla 11. Resumen del análisis de varianza para los puntajes \bar{T} de la puntuación total P de la EACT.

Origen de la varianza	Suma de cuadrados.	gl	Cuadrados medios.	F	Sig. de F.
Entre grupos	694.533	2	347.267	3.240	0.049
Intra grupos	4501.467	42	107.178		
Total	5196.000	44	118.091		

Observando la Fig. 1, se pueden apreciar diferencias en la altura del perfil en las subescalas de identidad (renglón 1), satisfacción de sí mismo (renglón 2), conducta (renglón 3), sí mismo físico (columna A), sí mismo familiar (columna D) y en el sí mismo social (columna E).

En la subescala de identidad (renglón 1), se presenta una diferencia de $11.14 \bar{T}$ entre la media del grupo control y el psicógeno. Entre el grupo control y el orgánico, la diferencia es de $6.6 \bar{T}$ y entre el grupo orgánico y el psicógeno, la diferencia es de $4.54 \bar{T}$. Las diferencias, son estadísticamente significativas. Del análisis de varianza, se obtuvo una $F(2,42) = 4.84, p < 0.05$.

Para la subescala de satisfacción de sí mismo (renglón 2), la mayor diferencia la presentan el grupo orgánico y el psicógeno, siendo de $11.46 \bar{T}$. Entre el grupo control y el psicógeno, la diferencia es de $8 \bar{T}$ y entre el grupo control y el orgánico, la diferencia es de $3.46 \bar{T}$. La diferencia entre las medias es estadísticamente significativa. Del análisis de varianza se obtuvo una $F(2,42) = 3.751, p < 0.05$.

En la subescala de conducta (renglón 3), las diferencias entre las medias, no fueron significativas. Se obtuvo una $F(2,42) = 2.012, p > 0.05$. La diferencia entre el mayor puntaje (grupo control) y el menor (grupo psicógeno) fue de $7.67 \bar{T}$.

Para la subescala del sí mismo físico (columna A), se presenta una diferencia de 13.53 \bar{T} entre la media del grupo control y la del psicógeno. Entre el grupo control y el orgánico, la diferencia es de 5.2 \bar{T} y entre el grupo orgánico y el psicógeno, la diferencia es de 8.33 \bar{T} . La media más baja de todo el perfil se presenta en esta subescala, y pertenece al grupo psicógeno. La diferencia entre las medias tiene significancia estadística, obteniéndose una $F(2,42) = 4.516$, $p < 0.05$.

En lo referente al sí mismo personal (columna C), encontramos que las medias de los grupos son muy similares, la mayor diferencia entre sí, la ofrecen el grupo control y el psicógeno, con una diferencia de 6.2 \bar{T} . La diferencia entre los grupos, no tiene significancia estadística. Se obtuvo una $F(2,42) = 1.254$, $p > 0.05$.

Para el sí mismo familiar (columna D), no se presentan diferencias de importancia entre los grupos. El grupo control y el psicógeno ofrecen la mayor diferencia entre sí, siendo de 5.9 \bar{T} . El grupo control y el orgánico, prácticamente tienen la misma media. La diferencia observada, no tiene significancia estadística. El valor calculado fue de $F(2,42) = 1.709$, $p > 0.05$.

En el sí mismo social (columna E), el grupo control y orgánico obtuvieron medias prácticamente iguales. Entre el grupo orgánico y el psicógeno, se observa la mayor diferencia, siendo de 6.6 \bar{T} . Las diferencias, no tienen significancia estadística. Se obtuvo una $F(2,42) = 1.998$, $p > 0.05$.

En lo referente al Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI), se efectuó el conteo manual

de las puntuaciones naturales, empleando para ello las plantillas de calificación. A continuación, se agregó el factor de corrección (K) en las escalas respectivas, y a partir de los puntajes brutos obtenidos, se efectuó el trazado del "psicograma" respectivo para cada \bar{S} . Para los \bar{S} masculinos, se empleó la forma M, y la F, para los \bar{S} femeninos.

Examinando cada uno de los perfiles obtenidos, se determinó la presencia o no de la configuración llamada "V conversiva". Para ello, se consideraron las reglas siguientes (Nuñez, 1983, p.96):

1. Escalas 1 y 3 superior a T 70.
2. Diferencia entre escalas 1 y 2 mayor que 10 T.
3. Diferencia entre escalas 3 y 2 mayor que 10 T.
4. Diferencia entre escalas 3 y 4 superior a 10 T.
5. Escala 5 superior a T 45.

Del examen de los perfiles, solamente se obtuvo la configuración buscada en uno de los perfiles, perteneciente a un \bar{S} del grupo psicógeno. La distribución de los casos y la frecuencia relativa en cada grupo, se presenta en la Tabla 12.

Tabla 12. Frecuencia de obtención de la "V conversiva" en cada grupo, y porcentaje relativo de la frecuencia.

"V conv."	Muestra (N=45)	Control (n=15)	Psicógeno (n=15)	Orgánico (n=15)
Sí	1 6.7	0 0	1 6.7	0 0
No	44 93.3	15 100	14 93.3	15 100

El primer número de cada renglón corresponde al número de casos del grupo. El segundo número es el porcentaje dentro del grupo.

Con base en los perfiles obtenidos, se efectuó el cálculo de las puntuaciones \bar{T} correspondientes para cada una de las escalas que integran el inventario. La media para cada escala, así como la desviación estandar, se muestran en la Tabla 13.

Tabla 13. Media y desviación estandar de los puntajes \bar{T} para cada una de las escalas del MMPI.

Escala	Muestra	Control	Psicógeno	Orgánico
L	55.86	57.4	57.93	52.26
	11.19	13.43	11.34	7.98
F	61.15	59.06	61.06	63.33
	10.09	9.20	11.27	9.94
K	53.80	54.66	53.20	53.53
	8.88	9.78	7.19	9.97
1 Hs	67.44	62.60	72.93	66.80
	11.27	12.14	10.95	8.62
2 D	67.26	61.46	75.93	64.40
	12.58	12.25	11.36	9.65
3 Hi	64.35	59.13	72.80	61.13
	10.88	11.12	9.46	6.51
4 Ep	64.44	64.00	62.93	66.40
	8.74	5.92	9.80	10.09
5 Mf	56.71	54.93	55.86	59.33
	7.32	8.73	5.63	7.0
6 Pa	57.80	56.00	60.00	57.40
	9.71	10.38	7.13	11.3
7 Pt	58.68	54.00	63.20	58.86
	9.59	7.12	9.10	10.51

Tabla 13. (Continuación)

8 Es		66.68	62.93	67.66	69.46
		11.29	9.95	10.76	12.72
9 Ma		62.53	58.33	56.26	73.00
		12.58	11.85	6.61	11.63
0 Is		58.08	56.60	61.40	56.26
		8.92	9.72	6.74	9.61

El primer número de cada renglón corresponde a la media. El número inferior, es la desviación estándar.

A partir de los puntajes medios, contenidos en la Tabla 13, se efectuó el trazo del perfil compuesto para cada uno de los grupos. La configuración de los perfiles, se puede observar en la Figura 2 de la página 310.

Observando la Figura 2, podemos apreciar diferencias en la configuración de las escalas de validez (L, F y K). El grupo orgánico ofrece la media de puntaje 7 más bajo en la escala L, presentando una diferencia de 5.77 en relación con la más alta que corresponde al grupo psicógeno. En la escala F, se presenta una diferencia de 4.37 entre las medias de los grupos orgánico (puntaje mayor) y la del grupo control (puntaje menor). La escala K, prácticamente se encuentra al mismo nivel en los tres grupos.

La configuración del perfil conocida como "V conver-siva", no se presentó en ninguno de los tres grupos. En cambio, en el grupo psicógeno se pueden observar diferencias importantes en las escalas 1, 2 y 3 en relación con los perfiles de los otros dos grupos. Así mismo, el grupo orgánico ofrece una diferencia importante en la escala 9.

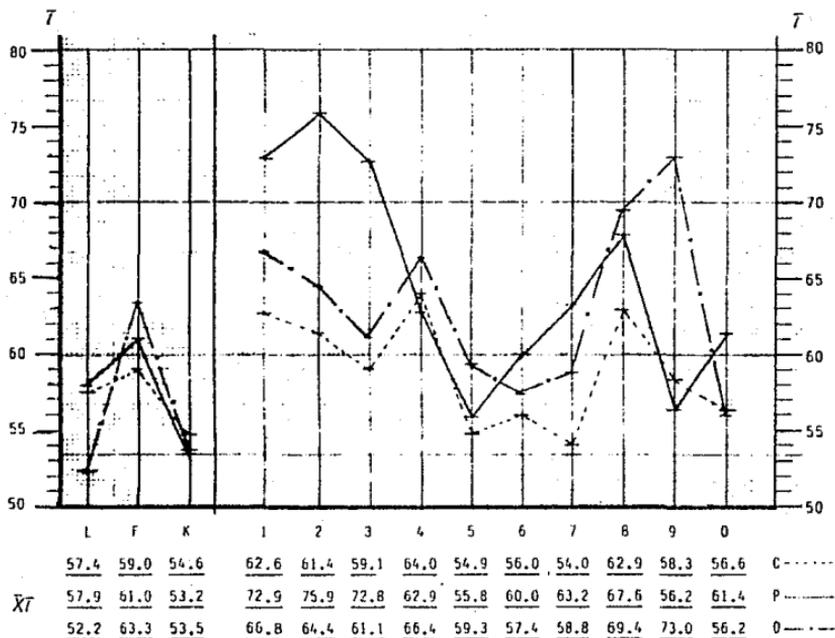


Fig. 2 Perfil compuesto del MMPI para cada uno de los grupos.

Para la escala 1, el grupo psicógeno ofrece la media más alta, con una diferencia de 10.2 \bar{T} en relación con la más baja que corresponde al grupo control. Entre el grupo control y el orgánico, la diferencia entre las medias es de 4.1 \bar{T} ; y entre el grupo psicógeno y el orgánico, la diferencia es de 6.1 \bar{T} .

La media más alta de todos los perfiles, corresponde al grupo psicógeno, y la obtuvo en la escala 2. La diferencia entre ésta media y la más baja (grupo control), es de 14.4 \bar{T} . La diferencia entre la media del grupo control y la del grupo orgánico es de 2.6 \bar{T} .

La escala 2 (depresión), presenta una alta correlación positiva con el índice AMD de la Escala de Depresión de Zung. Se obtuvo una $r = 0.711$.

En la escala 3, se presenta una diferencia de 13.7 T entre la media más alta (grupo psicógeno) y la más baja (grupo control). Entre el grupo control y el orgánico, la diferencia entre las medias es de 2 T .

Para la escala 7, se presenta una diferencia de 9.2 T entre las medias de los grupos psicógeno y control. Entre el grupo control y el orgánico, la diferencia es de 4.8 T , y entre el grupo psicógeno y el orgánico, la diferencia es de 4.4 T .

En la media T de la escala 9, se presenta la segunda mayor elevación de los perfiles, correspondiendo a la media del grupo orgánico. Entre este puntaje y el más bajo (grupo psicógeno), se presenta una diferencia de 16.7 T . El grupo control y el psicógeno, ofrecen una diferencia de 2 T .

CAPÍTULO 4.

Discusión.

4.0 Discusión.

En términos generales, los resultados obtenidos concuerdan con lo esperado, encontrando que los pacientes con lumbalgia crónica sin una causa orgánica claramente definida, presentan alteraciones de tipo psicológico, siendo básicamente sintomatología depresiva y bajo autoconcepto.

La distribución de los χ^2 con respecto al sexo, en los grupos de investigación, sugiere una incidencia mayor de lumbalgia en los hombres que en las mujeres.

Debido a lo reducido de la muestra y al no haberla recolectado en forma completamente aleatoria, podríamos suponer que la diferencia es debida a un error de muestreo. Por otro lado, dado que la muestra se tomó de aquellos pacientes que no han respondido a los tratamientos ensayados en otras unidades médicas podemos suponer que en otras unidades médicas del sistema institucional, la lumbalgia se distribuye por igual entre hombres y mujeres.

Otro factor que pudiera explicar la diferencia entre los sexos es que comunmente son los hombres los que desarrollan la mayor cantidad de trabajos que requieren de un fuerte esfuerzo físico, estando por tanto más propensos a sufrir de lesiones en la columna. Esto, explicaría en parte el que tanto en el grupo psicógeno como en el orgánico se encuentran más hombres que mujeres, distribución que es más equilibrada en el grupo control.

De hecho, en la bibliografía revisada no se reportan estudios sistemáticos en relación a diferencias entre sexos. Estudios en ese sentido, pudieran ser de utilidad.

La edad de los S ofrece una aparente diferencia entre el grupo psicógeno y los grupos control y orgánico. Si consideramos la mayor desviación estandar en la media de edad del grupo psicógeno, tenemos que las edades de este grupo varían más que en los otros dos grupos, por tanto, parecen no distribuirse normalmente. De ello, podemos suponer que las diferencias de edad, son debidas a un error de muestreo. La aparente diferencia en la edad de los grupos, no mostró tener efectos estadísticamente significativos sobre las variables de estudio.

No obstante lo anterior, la edad es una variable de importancia en la etiología del dolor lumbar. En general, las personas más jóvenes ofrecen una etiología más precisa y menos variada del dolor, que las personas de mayor edad.

Como consecuencia lógica del desgaste que sufre la columna por el paso del tiempo, es más probable que una persona de mayor edad pueda sufrir de dolor lumbar. De igual forma, en las personas de mayor edad, es más frecuente que surjan dolores lumbares originados en otros órganos, y no siempre como resultado de un problema en la columna. Esto, provoca que la etiología del dolor presente más variaciones.

Dado que no existen parámetros precisos para definir si la intensidad del dolor es o no completamente justificada por la supuesta causa, las variaciones en la edad pudieran ser el resultado de variaciones personales del médico al definir si la causa justifica o no el dolor. Esto, provocaría que el grupo psicógeno quedara conformado por S de más edad, en los cuales no ha sido posible precisar la causa o bien se le considera como irrelevante para el dolor.

Por otro lado, si observamos que el grupo psicógeno

es el que presenta la media de edad más elevada, podemos hipotetizar que la causa existe, pero que puede ser mínima para explicar el dolor tan severo. Esto, significaría que un ligero problema orgánico, propio de la edad, es magnificado y transformado en un dolor incapacitante, situación que obedece a un problema de índole psicológica.

Debido a lo reducido de la muestra y al tipo de muestreo empleado, no es posible sacar conclusiones acerca de la edad. De hecho, la edad no ha sido considerada como una variable de estudio, y solamente se hace mención a ella como una característica demográfica de los estudios.

En lo referente a la escolaridad de la muestra, encontramos que el grupo psicógeno presenta una diferencia importante en relación con los otros dos grupos. Un alto porcentaje de los $\bar{5}$ de ese grupo, solamente alcanzan un nivel de escolaridad de primaria, nivel que difiere del alcanzado por los grupos control y orgánico, en los cuales la mayor frecuencia de escolaridad corresponde al nivel de secundaria.

La poca escolaridad pudiera ser atribuída a otra característica que se reporta como perteneciente a los pacientes con dolor crónico, como es, el haber iniciado su vida laboral en épocas tempranas de su vida, lo cual pudiera haberles limitado el acceso a una mayor escolaridad. Aunque bien pudiera darse a la inversa, que la falta de escolaridad los halla llevado a desempeñar trabajos físicos en épocas tempranas de su vida.

La hipótesis anterior, sin embargo, no aclara la situación, dado que no es posible determinar si realmente hay asociación entre ambas situaciones. Por tanto, la poca escolaridad, solamente puede ser señalada como una característica

demográfica del grupo psicógeno, característica que ha sido reportada por otros autores (p. ej. France et al., 1986) y que puede ser un elemento importante en el diagnóstico.

La presencia de sintomatología depresiva, evaluada a través del Zung y el MMPI, es uno de los resultados más sobresalientes del estudio, dado que confirma una asociación que ha sido frecuentemente reportada, sin embargo, es una de las condiciones más controvertidas y menos aclaradas.

Las normas establecidas para la Escala de Depresión de Zung, establecen que la media obtenida por el grupo psicógeno puede corresponder a tres grupos de clasificación diferentes, los cuales son: Reacción de ansiedad, Desorden de la personalidad y Reacción de ajuste a situaciones transitorias. De acuerdo con Calderón (1985), los pacientes deprimidos ambulatorios obtendrán un índice AMD mayor al presentado por el grupo psicógeno. Por lo tanto, en principio es difícil determinar a que categoría pertenece el promedio del grupo psicógeno. En igual forma, el promedio del grupo orgánico, aunque con un valor menor, se acerca a estos grupos de clasificación. Para el grupo control, el valor promedio de los índices AMD cae dentro de los controles normales, en el límite superior del rango establecido.

El traslape entre la reacción de ansiedad y la depresión, es señalado por Mendels (1982) como un inconveniente del instrumento. No obstante, afirma que es un buen indicador de la presencia de trastornos afectivos, situación que considera debe de ser complementada con la entrevista clínica.

Si consideramos que el grupo psicógeno es el que presenta la media más elevada en todo el perfil del MMPI, y

es precisamente en la escala de depresión, podemos atribuir la mayor elevación en la escala de Zung a una sintomatología de tipo depresivo y no ansiosa. Dada la similitud que existe entre la depresión y la ansiedad en algunos aspectos de tipo somático, es de esperarse que aquellos pacientes que sufren de problemas de tipo somático presenten un traslape entre ambos cuadros. En particular cuando hay dolor, queja que es frecuente tanto en la ansiedad como en la depresión.

La asociación entre dolor crónico y depresión, es tan frecuente que ha sido considerada como una variante de la depresión (Blumer y Heilbron, 1982). Sin embargo, es una hipótesis que no ha estado exenta de críticas y frecuentemente no se acepta que el dolor crónico pueda ser considerado como un cuadro depresivo con características propias.

Considerando que la mayor parte de estudios acerca del dolor crónico y su asociación con la depresión han sido realizados una vez que el dolor se ha instalado, y en los pacientes que acuden a las clínicas para el dolor, es prácticamente imposible determinar una relación de causa-efecto entre la depresión y el dolor. Al respecto, Magni (1984) no confirma la hipótesis de que la depresión y el dolor se encuentran asociadas. Ello, lo determina tomando como muestra a un grupo de ingenieros de una fábrica, los cuales presentaban lumbalgia y se encontraban laborando; y no en una clínica para el dolor, como frecuentemente se hace.

El que la depresión y el dolor se presenten en los 5 que acuden a consulta, bien puede señalar la existencia de una personalidad predispuesta a sufrir de depresión, lo cual, motivaría que las personas busquen apoyo y sean incapaces de manejar en forma adecuada su problemática, exagerando, en consecuencia, molestias mínimas. Esto último, considerando que

en los pacientes psicógenos, no existe una causa completamente definida que justifique la presencia del dolor.

La sintomatología depresiva, también es congruente con las características que menciona Engel (1959) en los pacientes propensos al dolor, quienes afirma son pesimistas, culpables, ansiosos y buscan autocastigo, características que frecuentemente se encuentran en los cuadros depresivos.

Las características anteriores, bien pudieran no estar presentes en aquellas personas que sufren de dolor, pero el cual no los incapacita, o no lo sufren con tanta severidad. Por lo tanto, no buscan la ayuda y el apoyo médico, o bien, esta búsqueda no es tan intensa. En los pacientes con una clara patología orgánica, la búsqueda de ayuda en principio está justificada. Sin embargo, en este segundo caso, sería de importancia efectuar estudios de seguimiento para evaluar la respuesta de los pacientes a los tratamientos ensayados. No obstante, en principio la forma de presentación del dolor y la forma en como solicita ayuda el grupo psicógeno, es diferente a la forma en como se presenta en los pacientes considerados como orgánicos.

Cabría aclarar que psicógeno y orgánico, es una clasificación que se efectuó en forma arbitraria, considerando únicamente la presencia o ausencia de una causa para el dolor. Para poder hablar de psicógeno y orgánico como dos formas de sintomatología somática claramente delimitadas en su origen y características, se requeriría de disponer de una teoría que explicara suficientemente la génesis y desarrollo del síntoma.

Si reconsideramos que el dolor es una forma de percepción, matizada por la historia del sujeto, podemos hipotetizar que una persona con rasgos de personalidad depresiva

tendrá mayor dificultad para manejar sus conflictos, y por tanto, podrá emplear al dolor para satisfacer sus necesidades infantiles de dependencia, apoyo y autocastigo; a la vez que les permitiría evadir una realidad insatisfactoria.

Los resultados obtenidos en el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), no ofrecen datos que tengan significancia estadística, pero sí pueden tener relevancia clínica. Dado lo reducido de la muestra y el tipo de muestreo empleado, pudieran no aparecer las diferencias entre los grupos.

Para la escala de estado, la media de la muestra prácticamente corresponde al valor que se considera como normal para el instrumento. El grupo psicógeno es el que parece alejarse del valor muestral, y presenta una ligera elevación en relación con el grupo orgánico y control.

Si consideramos que algunos de los reactivos de la escala de estado hacen mención al sentimiento de bienestar (Me siento cómodo, Estoy agusto, Me siento descansado), la mayor puntuación en el estado de ansiedad pudiera, en parte, ser atribuida a la persistencia que tienen los pacientes, evaluados como psicósomáticos, a mantener fijada su atención en el dolor y las molestias que este les ocasiona. Esta situación en apariencia no se presenta en el grupo orgánico, en el cual, los 5 parecen mantener una vida más activa.

En la escala de rasgo, la media muestra también se encuentra dentro del valor normal del instrumento. El grupo que ofrece una leve elevación con respecto a la muestra, es el grupo orgánico. Esto, sugiere que los pacientes de este grupo son más propensos a responder con ansiedad manifiesta, lo cual, en apariencia, no se presenta en el grupo psicógeno. Por tanto, este segundo grupo, descargaría su ansiedad directamente sobre su

cuerpo, sin tener que recurrir a formas diferentes de adaptación, dado que la descarga de la tensión sobre el cuerpo, permite al sujeto aliviar la ansiedad.

Los resultados obtenidos en el IDARE, se contraponen con algunos postulados en los cuales se refiere que los pacientes con dolor crónico son sujetos tensos y ansiosos (p.ej. Martínez Pina, 1973). Por otro lado, concuerdan con algunas formulaciones dinámicas en las cuales se afirma que un trastorno psicósomático, es la descarga directa sobre el cuerpo de la tensión generada por los conflictos internos.

Esta discrepancia, bien pudiera ser explicada por la diversidad de características que presentan los pacientes con dolor crónico, empleando por tanto una gran variedad de mecanismos de defensa que pueden sobreponerse a nivel grupal. Por otro lado, dada la similitud que existe entre la ansiedad y el dolor crónico, en algunos aspectos somáticos, la supuesta ansiedad pudiera ser un reflejo de los trastornos somáticos propios del dolor crónico, y no de un cuadro ansioso.

De acuerdo con las formulaciones dinámicas, la ansiedad es una señal de alarma ante la presencia de una amenaza al sujeto, y pone en funcionamiento mecanismos de defensa de índole física y psicológica. Las neurosis, son la manifestación de un conflicto psicológico, y representan la tentativa del sujeto por controlar el conflicto.

En el caso del paciente psicósomático, la ansiedad no es controlada mediante mecanismos de tipo neurótico, y el conflicto interno es descargado directamente sobre el cuerpo. El síntoma por sí mismo no explica el conflicto que lo originó, salvo en los casos de una elaborada conversión simbólica, por lo tanto, el síntoma alivia la tensión no la explica. Sin embargo,

la presencia del síntoma somático señala la existencia de un conflicto interno, aun y cuando no sea reconocido por el sujeto.

En el grupo psicógeno, el dolor parece ser un efectivo mecanismo a través del cual se controla la angustia, por lo tanto, si no es manejada esta situación, el síntoma doloroso podrá perpetuarse, como en el caso de los mecanismos de defensa de tipo neurótico.

Los resultados obtenidos en el ICARE, sugieren que el fenómeno de la ansiedad se presenta en forma diferente en los pacientes psicósomáticos que en los pacientes orgánicos. Si bien, dado lo reducido de la muestra, los datos no son concluyentes, arrojan un indicio en la dirección señalada. Estudios más extensos acerca de la ansiedad serían necesarios.

En la escala de Autoconcepto de Tennessee, encontramos que los pacientes considerados como psicógenos, manifiestan un bajo concepto de sí mismos. Esto, concuerda con los estudios que han hecho mención al bajo autoconcepto como característica de los pacientes con dolor crónico (p. ej. Engel, 1959; Sternbach et al., 1973a).

Nuevamente, no es posible identificar si el dolor genera el bajo autoconcepto o si el pobre manejo del dolor es debido a un autoconcepto inadecuado. Es posible que en los S existiera un adecuado, pero frágil, concepto de sí mismos, y que el dolor motivará una baja en él. Dado que los S del grupo orgánico no presentan esta baja en el autoconcepto, podemos hipotetizar que los integrantes del grupo control poseen una estructura de personalidad que no les permite manejar en forma adecuada sus conflictos. Si el autoconcepto representa un marco interno de referencia a través del cual los sujetos establecen algunas directrices en su vida, es de esperarse que

un autoconcepto deformado e incongruente con la realidad, genere conductas igualmente inadecuadas.

El pobre autoconcepto de los S del grupo psicógeno, pudiera motivar que adopten el papel de inválidos y a la vez, emitir una conducta que se encuentre acorde con esa condición. En el grupo orgánico, no se presenta esta disminución del autoconcepto, y tampoco expresan la condición de inválidos, en consecuencia, podemos suponer que emitan una conducta más adecuada a su condición.

A nivel de escalas individuales, es sobresaliente la diferencia que aparece en el grupo psicógeno en la columna A, la cual abarca al sí mismo físico. Aquí, el grupo psicógeno presenta un bajo puntaje en relación a la media normativa del instrumento y a los otros dos grupos. Ello, indica que los S del grupo psicógeno se perciben a sí mismos como personas enfermas, con incapacidades físicas y carentes de atractivo. Situación que no ofrecen los S del grupo orgánico en forma tan marcada.

Reconsiderano que la forma en como se percibe una persona determina en parte su conducta; podemos suponer que la incapacidad que exhiben los pacientes del grupo psicógeno, está asociada a su convicción de estar inválidos o enfermos. En el grupo orgánico, no presenta esta situación en la misma magnitud, en consecuencia, podríamos esperar que un paciente en estas condiciones, pueda lograr una más rápida recuperación.

Las diferencias relativas al sí mismo físico, son de importancia, dada la magnitud y las implicaciones de ello. Siendo una escala que se refiere directamente a la imagen corporal, las modificaciones hacia una mejor percepción corporal podrán ser un elemento que favorezca la recuperación.

La diferencia presentada en el renglón 2, referente a la satisfacción de sí mismo, es también relevante. Este resultado, parece indicar que los S del grupo psicógeno se sienten insatisfechos consigo mismos, insatisfacción que no manifiestan los grupos orgánico y control.

La escala de identidad (renglón 1) sugiere que los S del grupo psicógeno se ven a sí mismos como personas de poco valor. De igual forma, aunque en menor grado, el grupo orgánico presenta un bajo puntaje en la sub-escala. Sin embargo, esta percepción de sí mismos del grupo orgánico, no les es insatisfactoria, como observamos en el renglón 2 (satisfacción de sí mismo), a diferencia del grupo psicógeno, en el cual los S se sienten insatisfechos de sí mismos.

De lo anterior, podemos deducir que, el grupo psicógeno se ve y se siente insatisfecho de sí mismo, convencido de que se encuentra incapacitado físicamente. A diferencia, los S del grupo orgánico se perciben devalorados, pero no se sienten como tales. Es probable que esta devaluación la vivan como una situación transitoria, propia del estado en el que se encuentran.

Así, podemos hipotetizar que los pacientes considerados como psicógenos se enfrentan a su problema de dolor con un autoconcepto inadecuado, lo cual, va a generar que adopten con mayor facilidad el papel de enfermos o inválidos que si contaran con una mejor estructura y valoración de sí mismos. En apariencia, en el grupo orgánico los S ofrecen un mejor concepto de sí mismos, lo cual puede ser un elemento que favorezca su mejor recuperación.

En lo que se refiere al MMPI, no fue encontrada la configuración llamada "V conversiva" en ninguno de los tres grupos. En cambio, se presentó una marcada elevación en el perfil promedio del grupo psicógeno, de las escalas de Hipocondriasis, Depresión e Histeria. Igualmente, es relevante la elevación de la escala nueve, Manía, en el perfil del grupo orgánico.

La "V conversiva", surge por la aceptación selectiva de los síntomas somáticos contenidos en las escalas de hipocondriasis e histeria, negando los síntomas de depresión, contenidos en la escala dos y los conflictos de índole social (Schwartz y Krupp, 1971). Por tanto, es de esperarse que un paciente con quejas somáticas, presente algún tipo de elevación en estas escalas.

Esta configuración, ha sido descrita como característica de los pacientes psicósomáticos, no obstante, la literatura relativa a ella, presenta grandes inconsistencias y contradicciones.

En un amplio estudio de casos, Schwartz y Krupp (1971) examinan las reglas bajo las cuales se han definido los perfiles y la incidencia de la "V conversiva", concluyendo que el establecimiento de reglas y de diferentes elevaciones, no ofrecen un valor diagnóstico para diferenciar a los pacientes considerados como funcionales de los orgánicos.

Adams et al. (1981), al revisar una gran cantidad de estudios en los cuales ha sido aplicado el MMPI a pacientes con lumbalgia crónica, concluyen que el MMPI no es consistente para diferenciar a los pacientes orgánicos de los funcionales, y señalan que ello, puede deberse a la falta de reglas comunes para determinar la configuración, así como al poco acuerdo entre los especialistas al establecer criterios estandarizados para precisar las bases orgánicas de un padecimiento.

A pesar de lo anterior, la mayoría de los estudios a los pacientes con lumbalgia crónica, arrojan algún grado de elevación en las escalas de Hipocondriasis, Depresión e Histeria. Esto, de acuerdo con Adams et al. (1981), parece incrementarse en relación al tiempo de duración del dolor y al número de cirugías. En éste estudio, no es posible establecer relaciones en ese sentido, dado que el tiempo de evolución del síntoma, no fue registrado y los pacientes no habían sido sometidos a cirugía.

La principal discrepancia para definir la presencia o no de la "V conversiva", parece surgir por la disminución de la escala de Depresión, lo cual, da origen al valle conversivo. Esto, pudiera explicarse si consideramos que el paciente con dolor crónico ofrece síntomas similares a los de la depresión, por lo tanto, se produciría la elevación de esta escala, con la consiguiente ausencia del valle conversivo. Aquellos pacientes con síntomas somáticos de tipo psicógeno, pero que no presentan dolor crónico, pudieran no presentar la elevación de la escala de depresión, dando origen al valle conversivo. Esto, es un planteamiento hipotético, y requeriría comprobación.

Aquí, no podemos definir si el dolor provoca los síntomas depresivos, o si un cuadro depresivo previo desencadena o favorece el dolor. En ambos sentidos, es posible dar una posible explicación.

Si pensamos que un paciente psicósomático puede tener una personalidad depresiva, es factible pensar que la presencia del dolor, y las molestias y trastornos que él le generan, puede ser capaz de desencadenar un cuadro depresivo. A la inversa, la presencia de una depresión previa, pudiera ser el elemento que favoreciera la aparición de un dolor crónico

incapacitante, asociado a la disminución de los mecanismos de defensa, tanto físicos como psicológicos, que sufren los deprimidos.

La elevación en el grupo psicógeno de las escalas uno, dos y tres, sugiere la presencia de un cuadro depresivo con significancia clínica, con marcadas quejas y preocupación somática y una forma ingenua e infantil de enfrentar su situación. Esto, es similar a la descripción que Sternbach et al. (1973a) hacen de los pacientes con lumbalgia crónica, a quienes describen como depresivos, preocupados por su problema de dolor y con la convicción de estar inválidos, características que han sido obtenidas a través de la clínica y los perfiles del MMPI.

Las características anteriores, son también muy comunes en aquellas personas que sufren de un cuadro depresivo de tipo neurótico, en el cual sobresalen los síntomas somáticos, en consecuencia, no es posible utilizar la elevación en las escalas del MMPI como una diferencia característica en los pacientes del grupo psicógeno. A pesar de ello, señalan la presencia de un trastorno psicósomático, dado que el grupo orgánico, no presenta esta elevación.

En el grupo orgánico, la escala de manía (9), presenta una importante elevación en relación con los grupos psicógeno y control. Esto, indica que los sujetos de este grupo despliegan una gran actividad, pero sin concretar realmente lo que inician. Si consideramos que la lumbalgia genera algún grado de incapacidad, pudiéramos pensar que estos pacientes puedan estar empleando una defensa de tipo maniaca para evitar la angustia generada por la incapacidad y la depresión que pudiera surgir de su situación.

Los perfiles individuales del MMPI, parecen no tener un valor práctico para diferenciar a los pacientes considerados como psicógenos de los orgánicos. Sin embargo, los estudios efectuados con el MMPI han permitido obtener importantes descripciones clínicas de los rasgos de personalidad que ofrecen, como grupo, los pacientes considerados como funcionales.

Esto, nos lleva a considerar la recomendación de Dahlstroms (cit. pos. Adams et al., 1981), en relación a emplear prematura y apresuradamente los datos del MMPI como una forma de discriminar a los pacientes orgánicos de los funcionales. En vez de ello, es necesario complementar la información obtenida en los Tests con toda la información adicional que pueda ser recabada, dado que, la combinación de una serie de elementos dará como resultado la aparición de un dolor incapacitante.

Las diferencias encontradas entre los grupos, sugieren estrategias diferentes de enfrentarse con el dolor. Sin embargo, la naturaleza y características de ello, no queda aclarada. En apariencia, los sujetos del grupo psicógeno exhiben una personalidad que los lleva a formas infantiles y primitivas (como es la descarga somática) de evitar la ansiedad. Los sujetos del grupo orgánico, parecen mostrar formas más elaboradas de abordar sus problemas, siendo sus características de personalidad similares a las presentadas por los sujetos del grupo control. Los trastornos que presentan los sujetos del grupo orgánico parecen ser una situación transitoria, producto de la situación a la que se enfrentan.

De acuerdo al perfil psicológico obtenido de los pacientes con lumbalgia crónica sin una causa aparente,

las características más sobresalientes son: presencia de sintomatología depresiva, bajo autoconcepto y la convicción de estar enfermos o inválidos. Aunque la ansiedad parece no estar presente en la muestra estudiada, como reportan algunos autores, es importante señalar que puede estar controlada a través del síntoma somático y por tanto, no se hace evidente.

El estudio, pone de manifiesto que la lumbalgia crónica en la cual no es posible precisar una causa orgánica, se encuentra asociada a trastornos de tipo afectivo. Esta situación puede originar, exacerbar o perpetuar el síntoma doloroso.

A diferencia del grupo anterior, los pacientes con una clara patología orgánica, parecen asemejarse más a la población general en cuanto a sus rasgos de personalidad. Así mismo, parecen no presentar, con igual severidad que el grupo psicógeno, los trastornos del afecto. En este sentido, podemos esperar que el manejo del dolor sea más eficaz. A pesar de ello, es necesario investigar si este grupo de pacientes, responde a los tratamientos ensayados para corregir el problema de dolor. En caso de no ser así, sería necesario determinar el motivo por el cual no responden al tratamiento.

A nivel teórico, podemos atribuir la persistencia del dolor lumbar a problemas de índole psicológica, y suponer que el manejo de la problemática psicológica mejore el síntoma doloroso. No obstante, esto tendría que ser estudiado y comprobado en la realidad. En este estudio, solamente se estableció la asociación entre dos eventos: dolor crónico sin causa aparente y trastornos afectivos; sin pretender dar una explicación al hecho. Pero esto, representa un primer paso de acercamiento a un problema bastante complejo.

CAPITULO 5.

Conclusiones y limitaciones.

5.0 Conclusiones y limitaciones.

5.1. Conclusiones.

- La lumbalgia, es un síntoma que obedece a causas de índole orgánica, psicológica y social. Cuando la causa es conocida, comunmente los pacientes responden a los tratamientos ensayados, pero cuando la causa es oscura o el paciente no responde al tratamiento; es muy probable que problemas de índole psicológica se encuentren asociados al dolor. Aun y cuando la causa del dolor se identifique, el ajuste psicológico del sujeto puede ser un buen indicador de la respuesta que se obtendrá al tratamiento.

- La lumbalgia crónica sin una causa aparente, puede ser la manifestación de un conflicto emocional que no ha sido resuelto ni expresado adecuadamente, por lo tanto, se manifiesta como un síntoma somático. Así, el síntoma somático es empleado como un recurso a través del cual el sujeto expresa su conflicto. El factor emocional, es un elemento que puede desencadenar, exacerbar o acompañar al dolor.

- La evaluación psicológica es un medio a través del cual es posible establecer la presencia de trastornos afectivos en los pacientes con lumbalgia crónica. Sin embargo, dada la multiplicidad de causas a las que obedece el dolor, no es posible establecer, en este momento, una relación de causalidad entre el dolor y los trastornos afectivos. Pero, podemos conceptualizar el síntoma doloroso como el reflejo de un problema de tipo afectivo. Así, la evidencia de trastornos afectivos, aunados a la presencia de dolor crónico de origen incierto, apunta a la existencia de un trastorno psicósomático.

- Actualmente no se cuenta con una teoría que explique completa y satisfactoriamente el origen, evolución y características de la lumbalgia crónica considerada como psicógena. Las causas pueden ser muy variadas y podrán ir desde la tensión muscular (producto del stress o de condiciones ambientales), hasta situaciones de tipo conversivo en las cuales se presenta una elaboración simbólica del conflicto. A pesar de esto, a través de diversos estudios ha sido posible identificar características que parecen ser comunes a los pacientes que presentan dolores crónicos.

- En el presente estudio, quedó establecida la relación entre la lumbalgia crónica sin una causa definida y la presencia de trastornos afectivos. Las características que aparecen como sobresalientes son: Presencia de sintomatología depresiva, bajo autoconcepto, pensamiento hipocondríaco y la convicción de incapacidad física. Esta descripción del paciente con lumbalgia crónica ha sido referida, en uno o varios de sus aspectos, en otros estudios de pacientes con dolor crónico.

- Los pacientes con lumbalgia crónica sin causa definida, parecen ofrecer diferencias, en los puntos señalados, en relación con aquellos pacientes en los cuales la causa orgánica se encuentra identificada. Estos últimos, los orgánicos, parecen asemejarse más en cuanto a su afecto y personalidad a la población control.

- En principio, las diferencias entre los pacientes psicógenos y los orgánicos, parecen indicar diferencias de personalidad entre ambos grupos. En apariencia, los pacientes psicógenos poseen una cierta incapacidad para identificar y manejar sus problemas emocionales. Esto sin embargo, no puede considerarse como una afirmación tajante dado que existe,

a nivel individual, traslape entre las características que ofrecen los sujetos en ambos grupos. Si bien no es posible afirmar que son características únicas y generales, son un indicador de los rasgos de personalidad presentan los pacientes con lumbalgia psicógena.

- Ningún paciente considerado como psicósomático, exhibirá todas las características a que se hace mención en los estudios, pero, la presencia de algunas de ellas aunadas a la falta de una causa definida, señalan hacia la existencia de un padecimiento psicósomático, el cual, requiere de un manejo diferente al habitual.

- Cuando se comprueba la presencia de trastornos afectivos, la perspectiva psicósomática representa una alternativa para evaluar y tratar a los pacientes en los cuales las terapias médicas tradicionales han fracasado. Para poder aplicar esto, es básico comprender y aceptar que las emociones juegan un papel primordial en el origen y desarrollo del síntoma.

- La presencia de trastornos afectivos, establece la necesidad de un tratamiento multidisciplinario, en el cual, cada profesionista aporte los conocimientos de su especialidad para la evaluación y tratamiento del paciente. En este sentido, el psicólogo puede realizar importantes aportaciones a nivel teórico y práctico. A nivel teórico para dar una explicación del síntoma, y a nivel práctico, proporcionando diversas técnicas de tratamiento.

- Para este estudio, la Escala de Autoconcepto de Tennessee y el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota, son los instrumentos que aportan una mayor cantidad de datos y utilidad para el diagnóstico.

5.2. Limitaciones.

- El estudio únicamente se concreta a establecer la relación entre el dolor crónico y los trastornos afectivos, sin pretender establecer una relación causal entre esta asociación. A pesar de ello, algunas características distintivas, entre los grupos, parecen presentarse.

- Dado lo reducido de la muestra y el tipo de muestreo epleado, los datos obtenidos no son generalizables, ni mucho menos concluyentes, de las características que exhiben los pacientes con dolor crónico en la parte baja de la espalda.

- Los datos obtenidos, solamente pueden ser aplicados a los casos en los cuales el paciente busca ayuda médica puesto que, es casi seguro que existe una gran cantidad de sujetos con lumbalgia que no solicitan ayuda médica y el dolor, no los incapacita. Más aún, es probable que solamente reporten alguna molestia en la espalda.

- Debido a la falta de criterios comunes para definir la existencia de una causa orgánica para el dolor, la muestra puede estar sesgada por variaciones personales de los médicos al definir si existe o no una causa suficiente para justificar el dolor.

- Al no haber efectuado un muestreo aleatorio, y no contar con una entrevista completamente estandarizada, la muestra puede presentar sesgo, dado que solamente se incluyó a aquellos pacientes que aceptaron participar en el estudio. De entrada, esta situación puede hablar de características de personalidad diferentes a las de los pacientes que no aceptaron participar en el estudio o que no completaron la aplicación.

BIBLIOGRAFIA

- Adams, K. M., Heilbronn, M., Silk, S. D., Reider, E. y Blumer, D.P. Use of the MMPI with patients who report chronic back pain. *Psychological Reports*, 1981, 48, 855-866.
- Aitken, R. C. B. Methodology of research in psychosomatic medicine. *British Medical Journal*, 1972, 4, 285-287.
- American Psychiatric Association. *DSM III. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. España: Masson S.A., 1983.
- Apfel, R. J. y Sifneos, P. E. Alexithymia: Concept and measurement. *Psychotherapy Psychosomatic*, 1979, 32, 180-190.
- Ardila, R. *Psicología del aprendizaje* (5ª ed.), México: Siglo XXI editores, 1973.
- Askevold, F. Social class and psychosomatic illness. *Psychotherapy Psychosomatic*, 1962, 38, 256-259.
- Bandura, A. El sistema del sí mismo en el determinismo recíproco. En la obra de A. Fierro (comp.), *Lecturas de psicología de la personalidad*. Madrid: Alianza universidad textos, 1981, pág. 157 a 181.
- Barr, M. L. *El sistema nervioso humano. Un punto de vista anatómico* (2ª ed.), México: Harla, 1980.
- Bastiaans, J. The implications of the specificity concept for the treatment of psychosomatic patients. *Psychotherapy Psychosomatic*, 1977, 28, 285-293.
- Bellak, L. *El uso clínico de las pruebas psicológicas del T.A.T., C.A.T. y S.A.T.* México: El manual moderno, 1985.
- Bennett, Ch. C. "Know thyself". *Professional Psychology: Research and practice*, 1984, 15(2), 271-283.
- Berkow, R. editor-in-chief. *The Merck manual of diagnosis and therapy* (14ª ed.), Rahway, N. J. USA: Merck Sharp & Dohme Laboratories, 1982, pág. 1239 a 1242.
- Bertalanffy, L. V. *Teoría general de los sistemas. Fundamentos, desarrollo aplicaciones*. México: Fondo de cultura económica, 1984.
- Bischof, L. S. *Interpretación de las teorías de la personalidad. Enfoque de poder explicativo y capacidad predictiva*. México: Trillas, 1985.

- Blumer, D. y Heilbronn, M. Chronic pain as a variant of depressive disease. The pain-prone disorder. *The Journal of nervous and mental disease*, 1982, 170(7), 381-394.
- Blumer, D., Zorick, F., Heilbronn, M. y Roth, T. Biological markers for depression in chronic pain. *The Journal of nervous and mental disease*, 1982, 170(7), 425-428.
- Brenner, B. Depressed affect as a cause of associated somatic problems. *Psychological Medicine*, 1979, 9, 737-746.
- Buber, M. *¿Qué es el hombre?*. México: Fondo de cultura económica, 1985.
- Buchanan, D. C., Waterhouse, G. J. y West, Jr. S. C. A proposed neurophysiological basis of alexithymia. *Psychotherapy Psychosomatic*, 1980, 34, 248-255.
- Calderón Narváez, G. *Depresión. Causas, manifestaciones y tratamiento*. México: Trillas, 1985.
- Cambier, J., Masson, M. y Dehen, H. *Manual de Neurología*. (3ª ed.), México: Masson, 1983.
- Cameron, N. *Desarrollo y psicopatología de la personalidad. Un enfoque dinámico*. México: Trillas, 1982.
- Campuzano Loza, D. Dolor. Cuadernos básicos, unidad 4, ciclos IX y X. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, 1979, pág. 2 a 20.
- Cannon, J. T., Liebeskind, J. C. y Frenk, H. Neural and neurochemical mechanisms of pain inhibition. En la obra de R. A. Sternbach (edit.), *The psychology of pain*. New York: Raven Press, 1978, pág. 27 a 48.
- Castiglioni, A. *Encantamiento y magia*. México: Fondo de cultura económica, 1947.
- Castillo Marrón, M. y Tena García, D. Perfil de autoconcepto en jóvenes infractores en la Escuela Orientación para varones. Tesis Licenciado en Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, 1981.
- Cofer, Ch. N. *Motivación y emoción* (4ª ed.), Bilbao: Editorial española Desclée de Brouwer, 1972.
- Cole, K. D. y Zarit, S. H. Psychological deficits in depressed medical patients. *The Journal of nervous and mental disease*, 1984, 172(3), 150-155.

- Cooper, J. R., Bloom, F. E., y Roth, R. H. *Las bases bioquímicas de la neurofarmacología* (2ª ed.), México: El manual moderno, 1984.
- Crabbe, W. A. *Manual de Ortopedia*. Barcelona: Editorial científico médica, 1970.
- Craig, K. D. Social modeling influences on pain. En la obra de R. A. Sternbach (edit.), *The psychology of pain*. New York: Raven Press, 1978, pág. 169 a 202.
- Crites, J. O. Test review: Tennessee self concept scale. *Journal of Counseling Psychology*, 1965, 12, 330-331.
- Cuyás, A. *Appleton's new Cuyás dictionary. English-Spanish and Spanish-English* (5ª ed.), Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall internacional, Inc., 1972.
- Chapman, C. R. Pain: The perception of noxious events. En la obra de R. A. Sternbach (edit.), *The psychology of pain*. New York: Raven Press, 1978, pág. 169 a 202.
- Chaturvedi, S. K. Chronic idiopathic pain disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 1986, 30(2), 199-203.
- Dana, R. H. *Teoría y práctica de la Psicología Clínica*. Argentina: Paidós, 1972.
- Díaz Guerrero, R. y Spielberger, C. D. *TDARE Inventario de Ansiedad: Rango-Estado. Manual e instructivo*. México: El Manual moderno, 1975.
- Elton, D., Stanley, G. V. y Burrows, G. D. Self-Esteem and chronic pain. *Journal of Psychosomatic Research*, 1978, 22, 25-30.
- Engel, G. L. "Psychogenic" pain and the pain-prone patient. *American Journal of Medicine*, 1959, 26, 899-918.
- Epstein, S. Revisión del concepto de sí mismo. En la obra de A. Fierro (comp.), *Lecturas de Psicología de la personalidad*. Madrid: Alianza universidad textos, 1981, pág. 91 a 111.
- Escobar, E. *Francisco Larroyo y su personalismo crítico. Génesis, sistema, polémicas, apreciación*. México: Porrúa, S. A., 1970.
- Ey, H., Bernard, P. y Brisset, CH. *Tratado de Psiquiatría*. (8ª ed.) España: Toray-Masson, 1980.
- Fava, G. A., Pilowsky, I., Pierfederici, A., Bernardi, M. y Pathak, D. Depression and illness behavior in a general hospital: A prevalence study. *Psychotherapy Psychosomatic*, 1982, 38, 141-153.

- Fenichel, O. *Teoría psicoanalítica de las neurosis*. Paidós: Argentina, 1966.
- Fitts, W. H. Tennessee self-concept scale: Manual. Nashville, Tennessee, Department of mental health, 1965.
- Fordyce, W. E. Learning processes in pain. En la obra de R. A. Sternbach (edit.), *Psychology of pain*. New York: Raven Press, 1978, pág. 49 a 72.
- Frazier, Sh. H., Campbell, R. J., Marshall, M. H. y Werner, A. *Terminología psiquiátrica y de la clínica psicológica*. México: Trillas, 1976.
- France, R. D., Houpt, J. L., Skott, A., Rama-Krishnan, K. R. y Varia, I. M. Depression as a psychopathological disorder in chronic low back pain patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 1986, 30(2), 127-133.
- Fredén, L. *Aspectos psicosociales de la depresión*. México: Fondo de cultura económica, 1986.
- Freedman, A. M., Kaplan, H. I. y Sadock, B. J. *Compendio de psiquiatría*. Barcelona: Salvat, 1983.
- Freud, A. *El yo y los mecanismos de defensa*. México: Paidós México, 1982.
- Freud, S. *Inhibición, síntoma y angustia. Versión al español de L. López Ballesteros*. México: Grijalbo, S. A., 1970.
- Fromm, E. *El lenguaje olvidado. Introducción a la comprensión de los sueños, mitos y cuentos de hadas*. (9ª ed.), Buenos Aires: Hachette S. A., 1972.
- Fromm, E. *El miedo a la libertad*. Barcelona: Paidós Ibérica, 1980.
- Fuente de la Muñiz, R. *Psicología médica*. México: Fondo de cultura económica, 1974.
- Gaddini, R. The pathology of the self as a basis of psychosomatic disorders. *Psychotherapy Psychosomatic*, 1977, 28, 260-271.
- Gardner, E., Gray, C. J. y O'Rahilly. *Anatomía. Estudio por regiones del cuerpo humano* (2ª ed.), México: Salvat, 1974.
- Hall, C. S. *La teoría del sí mismo y la personalidad*. México: Paidós, 1984.
- Harless, E. L. Effects of hearing aid use on self concept in older persons. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 1982, 47, 305-309.

- Harrison (dir.), *Medicina Interna* (4ª ed.). Vol. I. México: La prensa médica mexicana, 1973, pág. 47 a 55 y 75 a 86.
- Hartman, H. *Ensayos sobre psicología del yo*. México: Fondo de cultura económica, 1978.
- Hastings, D. E. Dolor lumbar: Un síndrome multifacético. *Medicina de postgrado*, 1978, 6(5), 24-36.
- Hathaway, S. y McKinley, J. C. *Inventario Multifásico de la Personalidad (MMPI): Manual*. México: El manual moderno, 1967.
- Haynal, A. y Pasini, W. *Manual de Medicina Psicosomática*. México: Masson, 1984.
- Henze García, L. M. I. Estudio del autoconcepto de un grupo piloto de adolescentes. Tesis Licenciado en Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, 1981.
- Hesnard, A. *La obra de Freud*. México: Fondo de cultura económica, 1975.
- Hill, O. The psychological management of psychosomatic disease. *British Journal of Psychiatry*, 1977, 131, 113-126.
- Horney, K. *El nuevo psicoanálisis*. México: Fondo de cultura económica, 1979.
- Iturralde Aviles, G. E. Trastornos psicósomáticos. Tesis Licenciado en Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, 1971.
- Jeammet, Ph., Reynaud, M. y Consoli, S. *Manual de Psicología Médica*. México: Masson, 1982.
- Keim, H. A. Actualidad en reumatología. Lumbalgia. *Clinical Symposia*. Publicación de CIBA Pharmaceutical Company, Summit, N. J., 1973.
- Keller, F. S. *La definición de psicología*. México: Trillas, 1982.
- Kenneth, E. y Steven, H. Psychological deficits in depressed medical patients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 1984, 172(3), 150-155.
- Kerlinger, F. N. *Investigación del comportamiento. Técnicas y metodología*. (2ª ed.), México: Interamericana, 1982.
- Kernberg, O. F. *Trastornos graves de la personalidad. Estrategias psicoterapéuticas*. México: El manual moderno, 1987.

- Kernberg, O. *La teoría de las relaciones objetuales y el psicoanálisis clínico*. México: Paidós, 1988.
- Kimball, Ch. P. The languages of psychosomatic medicine. *Psychotherapy Psychosomatic*, 1977, 28, 1-12.
- Kolb, L. C. *Psiquiatría clínica moderna* (5ª ed.), México: La prensa médica mexicana, 1982.
- Kolb, L. C. *Psiquiatría clínica moderna* (6ª ed.), México: La prensa médica mexicana, 1983.
- Kovacs, M. y Beck, A. T. Maladaptative cognitive structures in depression. *American Journal of Psychiatry*, 1978, 135(2), 525-532.
- Kramlinger, K. G., Swanson, D. y Maruta, T. Are patients with chronic pain depressed?. *American Journal of Psychiatry*, 1983, 140(6), 747 - 749.
- Kupfer, E. K. y Frank, E. Depression. *Current concepts*. A trademark of Upjohn Company, July 1981.
- Lair, Ch. V. y Trapp, E. Ph. The differential diagnostic value of MMPI with somatically disturbed patients. *Journal of Clinical Psychology*. 1962, 18, 146-147.
- Laplanché, J. y Pontalis, J.-B. *Diccionario de psicoanálisis* (3ª ed.), Barcelona: Labor, 1983.
- Larsen, F. y Mogstad, T.-E. Neurosis and psychosomatic disorders: Aspects of differentiation. *Psychotherapy Psychosomatic*, 1977, 28, 121-126.
- Leigh, H. y Reiser, M. F. Major trends in psychosomatic medicine. The psychiatrist's evolving role in medicine. *Annals of International Medicine*, 1977, 87(2), 233-239.
- Libeskind, J. C. y Paul, L. A. Psychological and physiological mechanisms of pain. *Annual Reviews of Psychology*, 1977, 28, 41-60.
- Lindzey, G., Hall, C. S. y Manosevitz, M. *Teoría de la personalidad* (2ª ed.), México: Limusa, 1982.
- Linton, M. *Manual simplificado de estilo para la preparación y redacción de artículos de psicología, pedagogía, ciencias sociales y literatura*. México: Trillas, 1986.
- Lipowski, Z. J. Psychosomatic medicine in the seventies: An overview. *American Journal of Psychiatry*, 1977, 134(3), 233-245.

- Lolas, F. S. Perspectivas biopsicosociales sobre la enfermedad crónica. *Salud Mental*, 1988, 11(3), 19-24.
- López Antúnez, L. *Anatomía funcional del sistema nervioso*. México: Limusa, 1983.
- MacKay, D. *Psicología clínica: Teoría y terapéutica*. México: C.E.C.S.A., 1978.
- MacKinnon, R. A. y Michels, R. *Psiquiatría clínica aplicada*. México: Interamericana, 1981.
- Magni, G. Chronic low-back pain and depression: An epidemiological survey. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 1984, 70, 614-617.
- Malacara, J. M., García Viveros, M. y Valverde-Rodríguez, C. *Fundamentos de endocrinología clínica*. México: La prensa médica mexicana, 1977.
- Martínez Pina, A. *Patología psicosomática en la clínica médica y psicológica*. Barcelona: Editorial Científico Médica, 1973.
- Maruta, T. y Swanson, C. W. Psychiatric consultation in the chronic pain patient. *Mayo Clinic Proceedings*, 1977, 52, 793-796.
- Mayou, R. The nature of bodily symptoms. *British Journal of psychiatry*, 1976, 129, 55-60.
- McCreary, Ch. Empirically derived MMPI profiles clusters and characteristics of low back pain patients. *Journal of consulting and Clinical Psychology*, 1985, 53(4), 558-560.
- McGuigan, F. J. *Psicología experimental. Enfoque metodológico*. México: Trillas, 1980.
- Melzack, R. y Dennis, S. G. Neurophysiological foundations of pain. En la obra de R. A. Sternbach (edit.), *The Psychology of pain*. New York: Raven Press, 1978, pág. 1 a 26.
- Mendels, J. *La depresión*. (3ª ed.), Barcelona: Herder, 1982.
- Merskey, H. A. Comments on "Chronic pain as a variant of depressive disease: The pain-prone disorder". *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1982, 170(7), 409-411.
- Merskey, H. Diagnosis of the patient with chronic pain. *Journal of Human Stress*, 1978, June, 3-7.

- Merskey, H. Pain and personality. En la obra de R. A. Sternbach (edit.), *The psychology of pain*. New York: Raven Press, 1978, pág. 111 a 125.
- Merskey, H. Coments. Psyhytry and the treatment of pain. *British Journal of Psychiatry*, 1980, 136, 600-602.
- Minkowski, E. *El tiempo vivido. Estudios fenomenológicos y psicológicos*. México: Fondo de cultura económica, 1982.
- Miller, N. E. Efectos psicósomáticos del aprendizaje. En la obra de V. M. Alcaraz (comp.), *Modificación de conducta: El condicionamiento de los sistemas internos de respuesta*. México: Trillas, 1979, pág. 45 a 66.
- Nemiah, J. C. A reconsideration of psychological specificity in psychosomatic disorders. *Psychotherapy Psychosomatic*, 1982, 38, 39-45.
- Noback, Ch. R. *Sistema nervioso humano. Fundamentos de neurobiología*. México: McGraw-Hill, 1980.
- Nuñez Rafael. *Aplicación del Inventario Multifásico de la personalidad (MMPI) a la psicopatología* (2ª ed.), México: El manual moderno, 1983.
- Odier, Ch. *La angustia y el pensamiento mágico. Ensayo de análisis psicogenético aplicado a la fobia y a la neurosis de abandono*. México: Trillas, 1974.
- Padilla, G. P., Ezban, B. M., Medina Mora, M. E., Mas, C. C. y Campillo, S. C. El médico general en la detección de trastornos emocionales. *Salud Pública de México*, 1984, 138-145.
- Padilla, P., Mas, C., Ezbán, M., Medina Mora, M. E. y Peláez, O. Frecuencia de trastornos mentales en pacientes que asisten a la consulta general de un centro de salud. *Salud Mental*, 1984, 7(3), 72-78.
- Pancheri, P. *Manual de psiquiatría clínica*. México: Trillas, 1982.
- Patifño, J. L. *Psiquiatría clínica*. México: Salvat Mexicana, 1980.
- Philippopoulos, G. S. Some remarks on the etymological and grammatic aspects of the term "Alexithymia". *Psychotherapy Psychosomatic*, 1977, 28, 68-70.
- Pierloot, R. A. Psychogenesis of somatic disorders. *Psychotherapy Psychosomatic*, 1979, 32, 27-40.

- Pilowsky, I. Coments on "Chronic pain as a variant of depressive disease: The pain-prone disorder". *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 1982, 170(7), 407-408.
- Pilowsky, I. Psychodynamic aspects of the pain experience. En la obra de R. A. Sternbach (edit.), *The Psychology of Pain*. New York: Raven Press, 1978, pág. 203 a 217.
- Puyuelo, R. *La ansiedad infantil. Un difícil bienestar*. Barcelona: Herder, 1984.
- Rabkin, J. G. y Struening, E. L. Life events, stress, and illness. *Since*, 1976, 194, 1013-1020.
- Redondo Pérez, J. Estudio transcultural del IDARE en universitarios primerizos de UNAM y UNC de México y Colombia. Tesis Doctor en Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, 1979.
- Reich, J., Tupin, J. P. y Abramowitz, S. I. Psychiatric diagnosis of chronic pain patients. *American Journal of Psychiatry*, 1983, 140(1), 1495-1498.
- Roberts-Field, J. y Olsen, H. Stress management: A multimodal approach. *Psychotherapy Psychosomatic*, 1980, 34, 233-240.
- Rogers, C. R. *El proceso de convertirse en persona. Mi técnica terapéutica*. México: Paidós, 1985.
- Roper, N. (dir.), *Diccionario de enfermería* (15ª ed.), México: Interamericana, 1986.
- Rosen, J. C., Johnson, Ch. y Frymoyer, J. W. Identification of excessive back disability with the fashinbauer abbreviated MMPI. *Journal of Clinical Psychology*, 1983, 39(1), 71-74.
- Rosenbaum, J. F. Coments on "Chronic pain as a variant of depressive disease: The pain-prone disorder". *The journal of Nervous and Mental Disease*, 1982, 170(7), 412-414.
- Roy, R., Thomas, M. y Matas, M. Chronic pain and depression: A review. *Comprehensive psychiatry*, 1984, 25(1), 96-105.
- Sarason, I. G. *Psicología anormal. Los problemas de la conducta desadaptada*. México: Trillas, 1983.
- Schaff, A. *Introducción a la semántica*. México: Fondo de cultura económica, 1978.

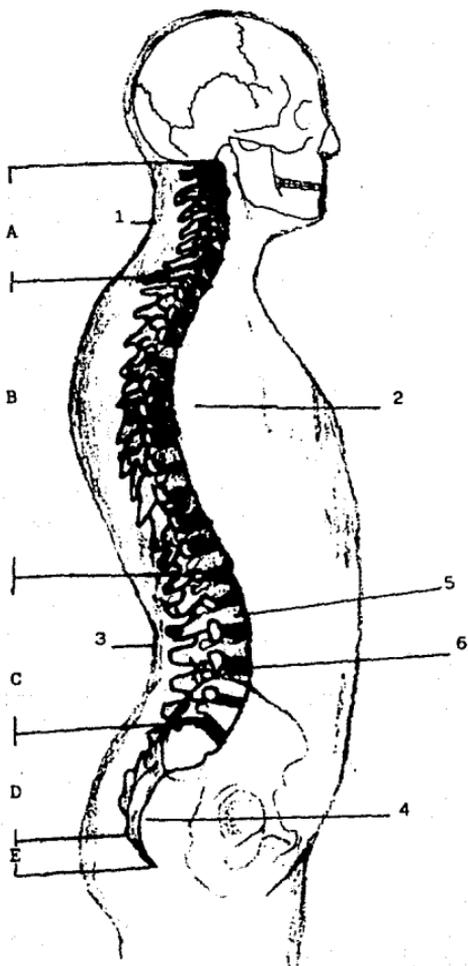
- Schoenfeld, W. N. El dolor: Un reporte verbal. En la obra de V. A. Colotla, V. M. Alcaraz y Ch. R. Schuster (ed.), *Modificación de conducta. Aplicaciones del análisis conductual a la investigación biomédica*. México: Trillas, 1980.
- Schneider, P. B. *Psicología aplicada a la práctica médica*. Argentina: Paidós, 1974.
- Schuartz, M. S. y Krupp, N. E. The MMPI "Conversion V" among 50,000 medical patients: A study of incidence, criteria, and profile elevation. *Journal of Clinical Psychology*, 1972, 27, 89-95.
- Segal, H. *Introducción a la obra de Melanie Klein*. México: Paidós, 1984.
- Shanfield, S. B. y Killingsworth, R. N. The psychiatric aspects of pain. *Psychiatric Annals*, 1977, 7(1), 11-19.
- Sifneos, P. E. Coments on "Chronic pain as a variant of depressive disease: The pain-prone disorder". *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 1982, 170(7), 420-421.
- Sifneos, P. E., Apfel-Savitz, R. y Frankel, F. H. The phenomenon of "Alexithymia". Observations in neurotic and psychosomatic patients. *Psychotherapy Psychosomatic*, 1977, 28, 47-57.
- Singer, E. *Conceptos fundamentales de la psicoterapia*. México: Fondo de cultura económica, 1979.
- Singer, M.T. Psychological dimensions in psychosomatic patients. *Psychotherapy Psychosomatic*, 1977, 28, 13-27.
- Solomon, P. y Patch, V. D. *Manual de psiquiatría* (2ª ed.), México: El manual moderno, 1976.
- Spitz, R. *El primer año de vida del niño*. México: Fondo de cultura económica, 1974.
- Stein, N., Fruchter, H. J. y Trief, P. Experiences of depression and illness behavior in patients with intractable chronic pain. *Journal of Clinical Psychology*, 1983, 39(1), 31-33.
- Sternbach, R. A. Clinical aspects of pain. En la obra de... (ed.), *The psychology of pain*. New York: Raven Press, 1978, pág.241 a 261.
- Sternbach, R. A., Wolf, S. R., Murphy, R. W. y Akeson, W. H. Aspects of chronic low back pain. *Psychosomatics*, 1973, 14, 52-56. (a)

- Sternbach, R. A., Wolf, S. R., Murphy, R. W. y Akesson, W. H.
Traits of pain patients: The low back "loser". *Psychosomatics*,
1973, 14, 226-229. (b)
- Swanson, E. W. Chronic pain as a third pathologic emotion.
American Journal of Psychiatry, 1984, 141(2), 210-214.
- Swanson, E. W. Less obvious aspects of chronic pain. *Postgraduate
Medicine*, 1976, 60(5), 130-134.
- Taylor, G. J. The mind-body dichotomy. *Psychosomatics*, 1978, 19(5),
264-267.
- Thompson, C. *El psicoanálisis*. México: Fondo de cultura económica,
1983.
- Thompson, R. F. *Introducción a la psicología fisiológica*. México: Harla,
1981.
- Tordjman, G. *Como comprender las enfermedades psicosomáticas*. España:
Gedisa, 1978.
- Trimble, M. R. *Neuropsiquiatría*. México: Limusa, 1984.
- Turner, J. y McCreary, Ch. Short forms of the MMPI with back pain
patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1978,
46(2), 354-355.
- Uriarte, V. *Psicofarmacología*. (2ª ed.), México: Trillas, 1983.
- Valdés Miyar, M., Flores Formenti, T., Tabeña Pallares, A. y
Massana Ronquillo, J. *Medicina psicosomática. Bases psicológicas
y fisiológicas*. México: Trillas, 1983.
- Valner, G. El yo y la enfermedad psicosomática. *Neurología-
Neurocirugía-Psiquiatría*. 1964, 5(2), 65-72.
- Walker, E. Coments on "Chronic pain as a variant of depressive
disease: The pain-prone disorder". *The Journal of Nervous and
Mental Disease*, 1982, 170(7), 424.
- Warren, H. C. (ed.), *Diccionario de psicología*. México: Fondo de
cultura económica, 1982.
- Widlöcher, D. *Las lógicas de la depresión*. Barcelona: Herder, 1986.
- Williams, J. B. W. y Spitzer, R. Idiopathic pain disorder: A
critique of pain-prone disorder and a proposal for a
revision of the DSM-III category psychogenic pain disorder.
The journal of Nervous and Mental Disease, 1982, 170(7), 415-419.

- Winkour, G. Comments on "Chronic pain as a variant of depressive disease: The pain-prone disorder". *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 1982, 170(7), 422.
- Wittkower, E. D. Historical perspective of contemporary psychosomatic Medicine. *International Journal of Psychiatry in medicine*, 1974, 5(4), 309-320.
- Wolff, B. B. Behavioral measurement of human pain. En la obra de R. A. Sternbach (edit.), *The psychology of pain*. New York: Raven Press, 1978, pág.129 a 168.
- Wolman, B. B. *Introducción al conocimiento de Freud*. México: Ediciones Era, 1972.
- Zung, W. W. K. La medición de la depresión. Escala distribuida por Organón Mexicana. México, 1965.
- Levin, J. *Fundamentos de estadística en la investigación social* (2ª ed.), México: Harla, 1979.
- Runyon, R.P. y Haber, A. *Estadística para las ciencias sociales*. México: Addison-Wesley Iberoamericana, S.A., 1987.

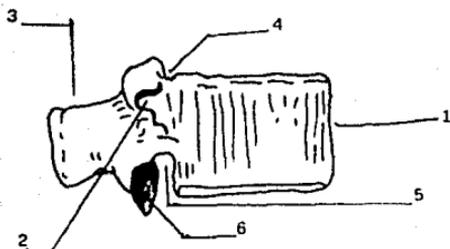
A P E N D I C E S .

Apéndice A. Esquema anatómico de la columna vertebral.

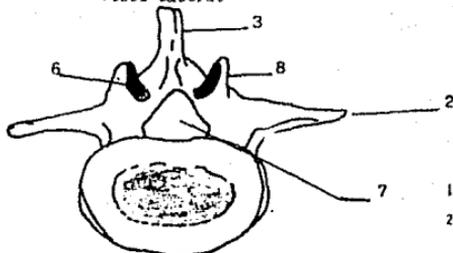


- A. Vértebras cervicales.
- B. Vértebras torácicas o dorsales.
- C. Vértebras lumbares.
- D. Sacro.
- E. Cóccix.
- 1. Lordosis cervical.
- 2. Cifosis torácica.
- 3. Lordosis lumbar.
- 4. Cifosis sacra.
- 5. Vértebra.
- 6. Disco intervertebral.

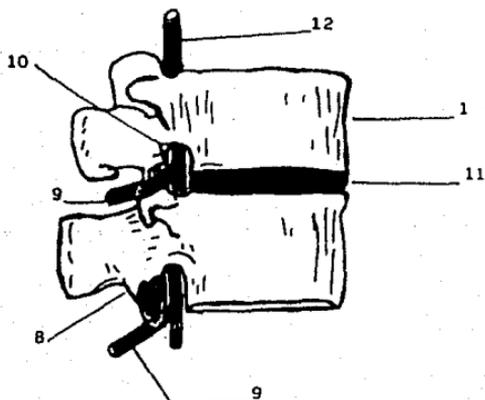
Apéndice B. Esquema anatómico de una vértebra tipo.



Vista lateral



Vista superior



Articulación vertebral

1. Cuerpo vertebral.
2. Apófisis transversa.
3. Apófisis espinosa.
4. Escotadura superior.
5. Escotadura inferior.
6. Faceta articular.
7. Canal medular.
8. Apófisis articular.
9. Nervio espinal.
10. Foramen intervertebral.
11. Disco intervertebral.
12. Médula espinal.

Nombre: Apéndice C. Escala de Depresión de Zung. Edad: _____

Sexo: _____ Ocupación: _____

Escolaridad: _____ Fecha: _____

A continuación encontrará una lista de 20 oraciones en las que se mencionan algunas situaciones. Marque una cruz en el cuadro que indique la frecuencia con que actualmente se le presentan.

	MUY FOCAS VECES	ALGUNAS VECES	LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO	CONTINUA- MENTE
1.- Me siento abatido y melancólico				
2.- En la mañana me siento mejor				
3.- Tengo accesos de llanto o deseos de llorar				
4.- Me cuesta trabajo dormir en la noche				
5.- Como igual que antes solía hacerlo				
6.- Todavía disfruto de las relaciones sexuales				
7.- Noto que estoy perdiendo peso				
8.- Tengo molestias de constipación (estreñimiento)				
9.- El corazón me late más aprisa que de costumbre				
10.- Me canso sin hacer nada				
11.- Tengo la mente tan clara como antes				
12.- Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbro				
13.- Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto				
14.- Tengo esperanza en el futuro				
15.- Estoy más irritable de lo usual				
16.- Me resulta fácil tomar decisiones				
17.- Siento que soy útil y necesario				
18.- Mi vida tiene bastante interés				
19.- Creo que les haría un favor a los demás muriéndome				
20.- Todavía disfruto con las mismas cosas				

PUNTAJE BASICO:

INDICE AMD:

IDARE

Inventario de Autoevaluación

por

C. D. Spielberger, A. Martínez-Urrutia, F. González-Reigosa, L. Natalicio y R. Díaz-Guerrero

SXE

Nombre: Apéndice D. Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado. Fecha: _____

Sexo: _____ Edad: _____ Escolaridad: _____

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique cómo se siente *ahora mismo*, o sea, en *este momento*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

	NO EN LO ABSOLUTO	UN POCO	JUSTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado	0	1	2	3
2. Me siento seguro	0	1	2	3
3. Estoy tenso	0	1	2	3
4. Estoy contrariado	0	1	2	3
5. Estoy a gusto	0	1	2	3
6. Me siento alterado	0	1	2	3
7. Estoy preocupado actualmente por algún posible contratiempo	0	1	2	3
8. Me siento descansado	0	1	2	3
9. Me siento ansioso	0	1	2	3
10. Me siento cómodo	0	1	2	3
11. Me siento con confianza en mí mismo	0	1	2	3
12. Me siento nervioso	0	1	2	3
13. Me siento agitado	0	1	2	3
14. Me siento "a punto de explotar"	0	1	2	3
15. Me siento reposado	0	1	2	3
16. Me siento satisfecho	0	1	2	3
17. Estoy preocupado	0	1	2	3
18. Me siento muy excitado y aturdido	0	1	2	3
19. Me siento alegre	0	1	2	3
20. Me siento bien	0	1	2	3

IDARE

Inventario de Autoevaluación

SXR

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique cómo se siente *generalmente*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente *generalmente*.

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
21. Me siento bien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Me canso rápidamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Siento ganas de llorar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me siento descansado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Soy una persona "tranquila, serena y sosegada"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Soy feliz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. Tomo las cosas muy a pecho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. Me falta confianza en mí mismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. Me siento seguro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. Trato de sacarle el cuerpo a las crisis y dificultades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. Me siento melancólico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. Me siento satisfecho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39. Soy una persona estable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40. Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

Escriba su nombre y el resto de la información solicitada en los espacios de la hoja de respuestas. Deje para después la información de los tres últimos espacios relativa al tiempo. Escriba SOLAMENTE EN LA HOJA DE RESPUESTAS y no escriba en este folleto.

En este folleto encontrará una serie de afirmaciones en las cuales Ud. se describe asimismo, tal como usted se ve. Conteste como si usted se estuviera describiendo ante sí mismo y no ante ninguna otra persona. NO OMITA NINGUNA AFIRMACION. Lea cada afirmación cuidadosamente y después escoja una de las cinco respuestas. En la hoja de respuestas, ENCIERRE EN UN CIRCULO el número de la respuesta que usted escogió; si desea cambiar la respuesta después de haber hecho el círculo, no borre; escriba una "X" sobre la respuesta marcada y después ponga el círculo en la respuesta que desea.

Cuando esté listo para empezar, localice en su hoja de respuestas el espacio que dice "HORA EN QUE EMPEZO" y anote la hora; cuando haya terminado anote la hora en que terminó dentro del espacio que dice "HORA EN QUE TERMINO". Al comenzar, asegúrese que la hoja de respuestas y este folleto estén colocados de tal manera que los números de las afirmaciones y los de las respuestas coincidan. Recuerde trazar un CIRCULO alrededor del número de la respuesta que usted ha escogido para cada afirmación.

RESPUESTAS:

COMPLETAMENTE
FALSO
1

CASI TOTALMENTE
FALSO
2

PARTE FALSO Y
PARTE VERDADERO
3

CASI TOTALMENTE
VERDADERO
4

TOTALMENTE
VERDADERO
5

Esta escala se ha reproducido al pie de cada página a fin de ayudarle a recordar.

No pase a la página siguiente si no ha comprendido claramente las instrucciones.

1. Gozo de buena salud.....	1
3. Soy una persona atractiva.....	3
5. Me considero una persona muy desarreglada.....	5
19. Soy una persona decente.....	19
21. Soy una persona honrada.....	21
23. Soy una persona mala.....	23
37. Soy una persona alegre.....	37
39. Soy una persona calmada y tranquila.....	39
41. Soy un "don nadie".....	41
55. Mi familia siempre me ayudaría en cualquier problema.	55
57. Pertenezco a una familia feliz.....	57
59. Mis amigos confían en mí.....	59
73. Soy una persona amigable.....	73
75. Soy popular con personas del sexo masculino.....	75
77. Lo que hacen otras gentes no me interesa.....	77
91. Algunas veces digo falsedades.....	91
93. En ocasiones me enojo.....	93

COMPLETAMENTE
FALSO

1

CASI TOTALMENTE
FALSO

2

PARTE FALSO Y
PARTE VERDADERO

3

CASI TOTALMENTE
VERDADERO

4

TOTALMENTE
VERDADERO

5

2. Me agrada estar siempre arreglado(a) y pulcro(a).....	2
4. Estoy lleno(a) de achaques.....	4
6. Soy una persona enferma.....	6
20. Soy una persona muy religiosa.....	20
22. Soy un fracase en mi conducta moral.....	22
24. Soy una persona moralmente débil.....	24
38. Tengo mucho dominio sobre mí mismo.....	38
40. Soy una persona detestable.....	40
42. Me estoy volviendo loco(a).....	42
56. Soy importante para mis amigos y para mi familia.....	56
58. Mi familia no me quiere.....	58
60. Siento que mis familiares me tienen desconfianza.....	60
74. Soy popular con personas del sexo femenino.....	74
76. Estoy disgustado(a) con todo el mundo.....	76
78. Es difícil entablar amistad conmigo.....	78
92. De vez en cuando pienso en cosas tan malas que no pueden mencionarse.....	92
94. Algunas veces, cuando no me siento bien, estoy de mal humor.....	94

COMPLETAMENTE
FALSO

1

CASI TOTALMENTE
FALSO

2

PARTE FALSO Y
PARTE VERDADERO

3

CASI TOTALMENTE
VERDADERO

4

TOTALMENTE
VERDADERO

5

7. No soy ni muy gordo(a) ni muy flaco(a).....	7
9. Me agrada mi apariencia física.....	9
11. Hay partes de mi cuerpo que no me agradan.....	11
25. Estoy satisfecho de mi conducta moral.....	25
27. Estoy satisfecho(a) de mis relaciones con Dios.....	27
29. Debería asistir más a menudo a la Iglesia.....	29
43. Estoy satisfecho(a) de lo que soy.....	43
45. Mi comportamiento hacia otras personas es precisamente como debería ser.....	45
47. Me desprecio a mí mismo(a).....	47
61. Estoy satisfecho(a) con mis relaciones familiares....	61
63. Muestro tanta comprensión a mis familiares como debiera.....	63
65. Debería depositar mayor confianza en mi familia.....	65
79. Soy tan sociable como quiero ser.....	79
81. Trato de agradar a los demás pero no me excedo.....	81
83. Soy un fracaso en mis relaciones sociales.....	83
95. Algunas de las personas que conozco me caen mal.....	95
97. De vez en cuando me dan risa los chistes colorados...	97

COMPLETAMENTE
FALSO
1

CASI TOTALMENTE
FALSO
2

PARTE FALSO Y
PARTE VERDADERO
3

CASI TOTALMENTE
VERDADERO
4

TOTALMENTE
VERDADERO
5

8. No estoy ni muy alto(a) ni muy bajo(a).....	8
10. No me siento tan bien como debiera.....	10
12. Debería ser más atractivo(a) para las personas del sexo opuesto.....	12
26. Estoy satisfecho con mi vida religiosa.....	26
28. Quisiera ser más digno(a) de confianza.....	28
30. Debería mentir menos.....	30
44. Estoy satisfecho(a) con mi inteligencia.....	44
46. Me gustaría ser una persona distinta.....	46
48. Quisiera no darme por vencido(a) tan fácilmente.....	48
62. Trato a mis padres tan bien como debiera (use tiempo pasado si los padres no viven).....	62
64. Me afecta mucho lo que dicen de mi familia.....	64
66. Debería amar más a mis familiares.....	66
80. Estoy satisfecho(a) con mi manera de tratar a la gente.....	80
82. Debería ser más cortés con los demás.....	82
84. Debería llevarme mejor con otras personas.....	84
96. Algunas veces me gusta el chisme.....	96
98. Algunas veces me dan ganas decir malas palabras.....	98

COMPLETAMENTE
FALSO
1

CASI TOTALMENTE
FALSO
2

PARTE FALSO Y
PARTE VERDADERO
3

CASI TOTALMENTE
VERDADERO
4

TOTALMENTE
VERDADERO
5

13. Me cuido bien físicamente.....	13
15. Trato de ser cuidadoso(a) con mi apariencia.....	15
17. Con frecuencia soy muy torpe.....	17
31. Mi religión es parte de mi vida diaria.....	31
33. Trato de cambiar cuando sé que estoy haciendo algo que no debo.....	33
35. En algunas ocasiones hago cosas muy malas.....	35
49. Puedo cuidarme siempre en cualquier situación.....	49
51. Acepto mis faltas sin enojarme.....	51
53. Hago cosas sin haberlas pensado bien	
67. Trato de ser justo(a) con mis amigos y familiares....	67
69. Me intereso sinceramente por mi familia.....	69
71. Siempre cedo a las exigencias de mis padres.....	71
85. Trato de comprender el punto de vista de los demás...	85
87. Me llevo bien con los demás.....	87
89. Me es difícil perdonar.....	89
99. Prefiero ganar en los juegos.....	99

COMPLETAMENTE
FALSO
1

CASI TOTALMENTE
FALSO
2

PARTE FALSO Y
PARTE VERDADERO
3

CASI TOTALMENTE
VERDADERO
4

TOTALMENTE
VERDADERO
5

14. Me siento bien la mayor parte del tiempo.....	14
16. Soy malo(a) para el deporte y los juegos.....	16
18. Duermo mal.....	18
32. La mayoría de las veces hago lo que es debido.....	32
34. A veces me valgo de medios injustos para salir adelante.....	34
36. Me es difícil comportarme en forma correcta.....	36
50. Resuelvo mis problemas con facilidad.....	50
52. Con frecuencia cambio de opinión.....	52
54. Trato de enfrentar mis problemas.....	54
68. Hago el trabajo que me corresponde en casa.....	68
70. Riño con mis familiares.....	70
72. No me comporto en la forma que desea mi familia.....	72
86. Encuentro buenas cualidades en toda la gente que conozco.....	86
88. Me siento incomodo(a) cuando estoy con otras personas	88
90. Me cuesta trabajo entablar conversación con extraños.	90
100. En ocasiones dejo para mañana lo que debería hacer hoy.....	100

COMPLETAMENTE
FALSO

1

CASI TOTALMENTE
FALSO

2

PARTE FALSO Y
PARTE VERDADERO

3

CASI TOTALMENTE
VERDADERO

4

TOTALMENTE
VERDADERO

5

SCORE SHEET

Clinical and Research Form
University of California, Los Angeles

HOW THE INDIVIDUAL PERCEIVES HIMSELF

N TERMS OF I	COLUMN A PHYSICAL SELF					COLUMN B MORAL-ETHICAL SELF					COLUMN C PERSONAL SELF					COLUMN D FAMILY SELF					COLUMN E SOCIAL SELF					SELF CRITICISM				ROW TOTALS												
	P-1	P-2	P-3	N-6	N-8	N-6	P-1P-2P-3	N-21	N-22N-23N-24	P-2P-3P-4	N-26N-27N-28N-29	P-4P-5P-6	N-31N-32N-33N-34	P-6P-7P-8	N-36N-37N-38N-39	P-8P-9P-10	N-41N-42N-43N-44	P-10P-11P-12	N-46N-47N-48N-49	P-12P-13P-14	N-51N-52N-53N-54	P-14P-15P-16	N-56N-57N-58N-59	P-16P-17P-18	N-61N-62N-63N-64	P-18P-19P-20	N-66N-67N-68N-69	Q1	Q2	Q3	Q4	ROW TOTAL P+N	CONFLICT NET P-N	TOTAL CONFLICT P-N	VALID SCALE SCORE OF 100							
IDENTITY HOW HE IS	5	5	5	1	1	5	5	5	1	1	5	5	5	1	1	5	5	5	1	1	5	5	5	1	1	5	5	5	1	1	5	5	5	5	5	5	5	5	20	0	20	100
	4	4	4	2	2	4	4	4	2	2	4	4	4	2	2	4	4	4	2	2	4	4	4	2	2	4	4	4	2	2	4	4	4	4	20	0	20	100				
	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	15	0	15	75					
SELF SATIS FACTION HOW HE ACCEPTS HIMSELF	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	0	5	25					
	4	4	4	2	2	4	4	4	2	2	4	4	4	2	2	4	4	4	2	2	4	4	4	2	2	4	4	4	4	20	0	20	100									
	2	2	2	4	4	2	2	2	4	4	2	2	2	4	4	2	2	2	4	4	2	2	2	4	4	2	2	2	2	10	0	10	50									
BEHAVIOR HOW HE ACTS	5	5	5	1	1	5	5	5	1	1	5	5	5	1	1	5	5	5	1	1	5	5	5	1	1	5	5	5	1	1	5	5	5	5	20	0	20	100				
	4	4	4	2	2	4	4	4	2	2	4	4	4	2	2	4	4	4	2	2	4	4	4	2	2	4	4	4	4	20	0	20	100									
	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	15	0	15	75									
COLUMN TOTALS	TOTAL POSITIVE (P) = 10																				Total Positives or P = N							Row Total														
	E (Algebraic) P - N = 10					E (Algebraic) P - N = 10					E (Algebraic) P - N = 10					E (Algebraic) P - N = 10					Total Net Conflict (P - N)																					
	V. (Average of P, N & C) = 10					V. (Average of P, N & C) = 10					V. (Average of P, N & C) = 10					V. (Average of P, N & C) = 10					Total Conflict																					

DISTRIBUTION OF RESPONSES

NUMBER OF P = 20
 $\frac{20}{20} = 1.0$
 $\frac{20}{20} = 1.0$

$\frac{20}{20} = 1.0$

TOTALS: 20 P, 20 N, 20 C = 100

D = 100

EMPIRICAL SCALES

DI = 100

GM = 100

PSY = (100 +) = 100

PD = 100

N = 100

M = 100

PUBLISHED BY
 COUNCIL ON RECORDS AND TESTS
 ONE LIME ROCKEN STA
 WASHINGTON, D.C. 20004

INSTRUCTIVO

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

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

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

C	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>				
F	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

C	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>				

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

TRATE USTED DE CONTESTAR CADA FRASE

Nombre (letra de molde)

Edad

Sexo

Ocupación

Años escolares cumplidos

No.

Fecha de hoy

Estado Civil

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

FOJA DE RESPUESTA



INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

 Dr. N. R. Habacq, Ph.D., University of Florida
 Traducción y adaptación por el Dr. Hacer, Cuba

NO HAGÁ MARCA ALGUNA EN ESTE FOLLETO

1. Me gustan las revistas de mecánica.
2. Tengo buen apetito.
3. Me despierto descansado y fresco casi todas las mañanas.
4. Creo que me gustaría el trabajo de bibliotecario.
5. El ruido me despierta fácilmente.
6. Me gusta leer artículos sobre crímenes en los periódicos.
7. Por lo general mis manos y mis pies están suficientemente calientes.
8. Mi vida diaria está llena de cosas que me mantienen interesado.
9. Estoy tan capacitado para trabajar ahora como siempre lo he estado.
10. Casi siempre me parece que tengo un nudo en la garganta.
11. Una persona debiera tratar de comprender sus sueños, guiarse por ellos o tenerlos en cuenta como avisos.
12. Me gustan los cuentos detectivescos o de misterio.
13. Trabajo bajo una tensión muy grande.
14. Tengo diarrea una vez al mes o más frecuentemente.
15. De vez en cuando pienso en cosas demasiado malas para hablar de ellas.
16. Estoy seguro de que la vida es cruel conmigo.
17. Mi padre fue un buen hombre.
18. Muy raras veces sufro de estreñimiento.
19. Cuando acepto un nuevo empleo me gusta que me indiquen a quién debo halagar.
20. Mi vida sexual es satisfactoria.
21. A veces he sentido un intenso deseo de abandonar mi hogar.
22. A veces me dan ataques de risa o de llanto que no puedo controlar.
23. Sufro de ataques de náusea y de vómito.
24. Nadie parece comprenderme.
25. Me gustaría ser cantante.
26. Creo que es mucho mejor quedarme callado cuando estoy en dificultades.
27. Los espíritus malos se posesionan de mí a veces.
28. Cuando alguien me hace un mal sientto que debiera pagarle con la misma moneda, si es que puedo, como cuestión de principio.
29. Padezco de acidez estomacal varias veces a la semana.
30. A veces siento deseos de maldecir.
31. Me dan pesadillas con mucha frecuencia.
32. Encuentro difícil concentrarme en una tarea o trabajo.
33. He tenido experiencias muy peculiares y extrañas.
34. Tengo tos la mayor parte del tiempo.
35. Si la gente no la hubiera cogido conmigo yo hubiera tenido mucho más éxito.
36. Raras veces me preocupo por mi salud.
37. Nunca me he visto en dificultades a causa de mi conducta sexual.
38. Por un tiempo, cuando era más joven, participé en pequeños robos.
39. A veces siento deseos de destruir cosas.
40. La mayor parte del tiempo preferiría soñar despierto antes que hacer cualquier otra cosa.
41. He tenido períodos de días, semanas o meses que no podía ocuparme de nada porque no tenía voluntad para hacerlo.

PASE LA PAGINA

42. A mi familia no le gusta el trabajo que he escogido (o el trabajo que pienso escoger para el resto de mi vida).
43. Mi sueño es irregular e intranquilo.
44. La mayor parte del tiempo parece dolerme toda la cabeza.
45. No siempre digo la verdad.
46. Mi habilidad para formar juicios nunca había estado mejor que ahora.
47. Una vez a la semana o más a menudo, me siento repentinamente caliente en todo el cuerpo, sin causa aparente.
48. Cuando estoy con gente me molesta el oír cosas muy extrañas.
49. Sería mejor si casi todas las leyes fueran descartadas.
50. Mi alma a veces abandona mi cuerpo.
51. Me encuentro tan saludable como la mayor parte de mis amigos.
52. Prefiero hacerme el desentendido con amigos de la escuela, o con personas conocidas a quienes no he visto hace mucho tiempo, a menos que ellos me hablen primero.
53. Un sacerdote puede curar enfermedades rezando y poniendo sus manos sobre la cabeza de usted.
54. Le agrade a la mayor parte de la gente que me conoce.
55. Casi nunca he sentido dolores sobre el corazón o en el pecho.
56. Cuando muchacho (a) me suspendieron de la escuela una o más veces por hacer travesuras.
57. Soy una persona sociable.
58. Todo está ocurriendo tal como los profetas de la Biblia lo predijeron.
59. Con frecuencia he tenido que recibir órdenes de alguien que no sabía tanto como yo.
60. No leo todos los editoriales del periódico diariamente.
61. No he vivido la vida con rectitud.
62. Con frecuencia siento como un ardor, punzadas, hormiguo o adormecimiento en algunas partes del cuerpo.
63. No he tenido dificultad en comenzar o detener el acto de defecación.
64. Algunas veces persisto en una cosa hasta que los otros pierden la paciencia conmigo.
65. Yo quise a mi padre.
66. Veo cosas, animales o gente a mi alrededor que otros no ven.
67. Quisiera poder ser tan feliz como otras personas parecen serlo.
68. Muy raras veces siento dolor en la nuca.
69. Me siento fuertemente atraído por personas de mi propio sexo.
70. Me gustaba jugar a las prendas.
71. Creo que mucha gente exagera sus desdichas para que se conduzcan de ellos y les ayuden.
72. Sufro de malestares en la boca del estómago varias veces a la semana o con más frecuencia.
73. Soy una persona importante.
74. A menudo he deseado ser mujer. (O si Ud. es mujer) Nunca me ha pesado ser mujer.
75. Algunas veces me enoja.
76. La mayor parte del tiempo me siento triste.
77. Me gusta leer novelas de amor.
78. Me gusta la poesía.
79. Mis sentimientos no son heridos con facilidad.
80. De vez en cuando mortifico a los animales.
81. Creo que me gustaría trabajar como guardabosque.
82. Soy vencido fácilmente en una discusión.

83. Cualquier persona capacitada y dispuesta a trabajar fuerte tiene buenas posibilidades de obtener éxito.
84. En estos días me es difícil no perder la esperanza de llegar a ser alguien.
85. Algunas veces me siento tan atraído por artículos personales de otros, como calzado, guantes, etc., que quiero tocarlos o robarlos aunque no haga uso de ellos.
86. Decididamente no tengo confianza en mí mismo.
87. Me gustaría ser florista.
88. Generalmente siento que la vida vale la pena.
89. Se necesita discutir mucho para convencer a la mayor parte de la gente de la verdad.
90. De vez en cuando dejo para mañana lo que debería hacer hoy.
91. No me molesta que se burlen de mí.
92. Me gustaría ser enfermero (o enfermera).
93. Creo que la mayoría de la gente mentiría para ir adelante.
94. Hago muchas cosas de las que me arrepiento más tarde (me arrepiento de más cosas o con más frecuencia que otras personas).
95. Voy a la iglesia casi todas las semanas.
96. Tengo muy pocos disgustos con miembros de mi familia.
97. A veces siento un fuerte impulso de hacer algo dañino o escandaloso.
98. Creo en la segunda venida de Cristo.
99. Me gusta ir a fiestas y a otras reuniones donde haya mucha alegría y ruido.
100. He encontrado problemas tan llenos de posibilidades que me ha sido imposible llegar a una decisión.
101. Creo que la mujer debe tener tanta libertad sexual como el hombre.
102. Mis luchas más difíciles son conmigo mismo.
103. Tengo poca o ninguna dificultad con espasmos o contracciones musculares.
104. No parece importarme lo que me pase.
105. Algunas veces, cuando no me siento bien, estoy malhumorado.
106. Muchas veces me siento como si hubiera hecho algo malo o diabólico.
107. Casi siempre soy feliz.
108. Parece que mi cabeza o mi nariz están congestionadas la mayor parte del tiempo.
109. Algunas personas son tan dominantes que siento el deseo de hacer lo contrario de lo que me piden, aunque sepa que tienen razón.
110. Alguien me tiene mala voluntad.
111. Nunca he hecho algo peligroso sólo por el gusto de hacerlo.
112. Con frecuencia siento la necesidad de luchar por lo que creo que es justo.
113. Creo que la ley debe hacerse cumplir.
114. A menudo siento como si tuviera una banda apretándome la cabeza.
115. Creo en otra vida después de ésta.
116. Disfruto más de una carrera o de un juego cuando apuesto.
117. La mayoría de la gente es honrada principalmente por temor a ser descubierta.
118. En la escuela me llevaron ante el director algunas veces por hacer travesuras.
119. Mi manera de hablar es como ha sido siempre (ni más ligero ni más despacio, ni balbuciente; ni ronca).
120. Mis modales en la mesa no son tan correctos en casa como cuando salgo a comer afuera en compañía de otros.
121. Creo que están conspirando contra mí.
122. Me parece que soy tan capacitado e inteligente como la mayor parte de los que me rodean.

PASE LA PAGINA

121. Creo que me están siguiendo.
121. La mayor parte de la gente se vale de medios algo injustos para obtener beneficios o ventajas antes que perderlos.
125. Sufro mucho de trastornos estomacales.
126. Me gustan las artes dramáticas.
127. Yo sé quién es el responsable de la mayoría de mis problemas.
129. El ver sangre no me asusta ni me enferma.
129. A menudo no puedo comprender por qué he estado tan irritable y malhumorado.
130. Nunca he vomitado o escupido sangre.
131. No me preocupa contraer enfermedades.
132. Me gusta recoger flores o cultivar plantas decorativas.
133. Nunca me he entregado a prácticas sexuales fuera de lo común.
134. A veces los pensamientos pasan por mi mente con mayor rapidez que lo que puedo expresarlos en palabras.
135. Si pudiera entrar a un cine sin pagar y estuviera seguro de no ser visto, probablemente lo haría.
136. Generalmente pienso qué segunda intención pueda tener otra persona cuando me hace un favor.
137. Creo que mi vida de hogar es tan agradable como la de la mayor parte de la gente que conozco.
138. La crítica o el regaño me hieren profundamente.
139. Algunas veces siento el impulso de herirme o de herir a otros.
140. Me gusta cocinar.
141. Mi conducta está controlada mayormente por las costumbres de los que me rodean.
142. Decididamente a veces siento que no sirvo para nada.
143. Cuando niño pertenecía a un grupo o pandilla que trataba de mantenerse unido a toda prueba.
144. Me gustaría ser soldado.
145. A veces siento el deseo de empezar una pelea a puñetazos con alguien.
146. Me siento impulsado hacia la vida errante y nunca me siento feliz a menos que esté viajando de un lado a otro.
147. Muchas veces he perdido una oportunidad porque no he podido decidirme a tiempo.
149. Me impacienta que me pidan consejo o que me interrumpen cuando estoy trabajando en algo importante.
149. Acostumbraba llevar un diario de mi vida.
150. Prefiero ganar a perder en un juego.
151. Alguien ha estado tratando de envenenarme.
152. Casi todas las noches puedo dormirme sin tener pensamientos o ideas que me preocupen.
153. Durante los últimos años he gozado de salud la mayor parte del tiempo.
154. Nunca he tenido un ataque o convulsiones.
155. No estoy perdiendo ni ganando peso.
156. He tenido épocas durante las cuales he hecho cosas que luego no he recordado haber hecho.
157. Creo que frecuentemente he sido castigado sin motivo.
159. Lloro con facilidad.
159. No puedo entender lo que leo tan bien como lo hacía antes.
160. Nunca me he sentido mejor que ahora.
161. A veces siento adolorida la parte superior de la cabeza.
162. Me mortifica que una persona me tome el pelo tan hábilmente que tenga que admitir que me engañaron.
163. No me canso con facilidad.

161. Me gusta leer y estudiar acerca de las cosas en que estoy trabajando.
162. Me gusta conocer gente de importancia porque eso me hace sentir importante.
163. Siento miedo cuando miro hacia abajo desde un lugar alto.
164. No me sentiría nervioso si algún familiar mío tuviera dificultades con la justicia.
165. Mi mente no está muy bien.
166. No tengo miedo de manejar dinero.
167. No me preocupa lo que otros piensen de mí.
168. Me siento incómodo cuando tengo que hacer una payasada en una reunión aun cuando otros estén haciendo lo mismo.
169. Frecuentemente tengo que esforzarme para no demostrar que soy tímido.
170. Me gustaba la escuela.
171. Nunca me he desmayado.
172. Rara vez o nunca he tenido marcos.
173. No le tengo mucho miedo a las serpientes.
174. Mi madre fue una buena mujer.
175. Mi memoria parece ser buena.
176. Me preocupan las cuestiones sexuales.
177. Encuentro difícil entablar conversación con alguien que conozco por primera vez.
178. Cuando me siento aburrido me gusta provocar algo emocionante.
179. Tengo miedo de perder el juicio.
180. Estoy en contra de dar dinero a los mendigos.
181. Frecuentemente oigo voces sin saber de donde vienen.
182. Aparentemente oigo tan bien como la mayoría de las personas.
183. Con frecuencia noto que mis manos tiemblan cuando trato de hacer algo.
184. Nunca se me han puesto las manos torpes o poco hábiles.
185. Puedo leer por un largo rato sin que se me cansen los ojos.
186. Siento debilidad general la mayor parte del tiempo.
187. Muy pocas veces me duele la cabeza.
188. Algunas veces, cuando estoy avergonzado, empiezo a sudar, lo que me molesta muchísimo.
189. No he tenido dificultad en mantener el equilibrio cuando camino.
190. No me dan ataques de alergia o asma.
191. He tenido ataques durante los cuales no podía controlar mis movimientos o el habla pero me daba cuenta de lo que ocurría a mi alrededor.
192. No me agradan todas las personas que conozco.
193. Me gusta visitar lugares donde nunca he estado.
194. Alguien ha estado tratando de robarme.
195. Muy pocas veces sueño despierto.
196. Se debe enseñar a los niños la información básica sobre la vida sexual.
197. Hay personas que quieren apoderarse de mis pensamientos o ideas.
198. Desearía no ser tan tímido.
199. Creo que estoy condenado o que no tengo salvación.
200. Si yo fuera periodista me gustaría mucho escribir noticias de teatro.
201. Me gustaría ser periodista.
202. A veces me ha sido imposible evitar el robar o llevarme algo de una tienda.
203. Soy muy religioso (más que la mayoría de la gente).

207. Me gustan distintas clases de juegos y diversiones.
208. Me gusta coquetear.
209. Creo que mis pecados son imperdonables.
210. Todo me sabe igual.
211. Puedo dormir de día pero no de noche.
212. Mi familia me trata más como niño que como adulto.
213. Cuando camino tengo mucho cuidado de no pisar las líneas de las aceras.
214. Nunca he tenido erupciones en la piel que me hayan preocupado.
215. He bebido alcohol con exceso.
216. Hay muy poco compañerismo y cariño en mi familia en comparación con otros hogares.
217. Frecuentemente me encuentro preocupado por algo.
218. No me molesta mucho el ver sufrir a los animales.
219. Creo que me gustaría el trabajo de contratista de obras.
220. Yo quise a mi madre.
221. Me gusta la ciencia.
222. No encuentro difícil el pedir ayuda a mis amigos aun cuando no pueda devolverles el favor.
223. Me gusta mucho cazar.
224. Con frecuencia mis padres se han opuesto a la clase de gente con quien acostumbraba salir.
225. A veces murmuro o chismeo un poco de la gente.
226. Algunos de mis familiares tienen hábitos que me molestan y perturban mucho.
227. Me han dicho que camino dormido.
228. A veces creo que puedo tomar decisiones con extraordinaria facilidad.
229. Me gustaría pertenecer a varios clubes o asociaciones.
230. Raras veces noto los latidos de mi corazón, y muy pocas veces me siento corto de respiración.
231. Me gusta hablar sobre temas sexuales.
232. He sido educado en un modo de vida basado en el deber, el cual he seguido desde entonces con sumo cuidado.
233. Algunas veces he sido un obstáculo a personas que querían hacer algo, no porque eso fuera de mucha importancia, sino por cuestión de principio.
234. Me molesto con facilidad, pero se me pasa pronto.
235. He sido bastante independiente y libre de la disciplina familiar.
236. Me preocupo mucho.
237. Casi todos mis parientes congenian conmigo.
238. Tengo períodos de tanta intranquilidad que no puedo permanecer sentado en una silla por mucho tiempo.
239. He sufrido un desengaño amoroso.
240. Nunca me preocupo por mí aspecto.
241. Sueño frecuentemente acerca de cosas que es mejor mantenerlas en secreto.
242. Creo que no soy más nervioso que la mayoría de las personas.
243. Sufro de pocos o ninguna clase de dolor.
244. Mi modo de hacer las cosas tiende a ser mal interpretado por otros.
245. Mis padres y familiares me encuentran más defectos de los que debieran.
246. Con frecuencia me salen manchas rojas en el cuello.
247. Tengo motivos para sentirme celoso de uno o más miembros de mi familia.

249. Algunas veces sin razón alguna o aun cuando las cosas no me están saliendo bien me siento muy alegre, "como si viviera en las nubes".
249. Creo que existe el diablo y el infierno.
250. No culpo a nadie por tratar de apoderarse de todo lo que pueda en este mundo.
251. He tenido trances en los cuales mis actividades quedaron interrumpidas y no me daba cuenta de lo que ocurría a mi alrededor.
252. A nadie le importa mucho lo que le suceda a usted.
253. Puedo ser amistoso con personas que hacen cosas que considero incorrectas.
254. Me gusta estar en un grupo en el que se den bromas los unos a los otros.
255. En las elecciones algunas veces voto por candidatos acerca de quienes conozco muy poco.
256. La única parte interesante del periódico es la página cómica.
257. Por lo general espero tener éxito en las cosas que hago.
258. Creo que hay un Dios.
259. Me resulta difícil el empezar a hacer cualquier cosa.
260. En la escuela fui lento en aprender.
261. Si fuera artista me gustaría pintar flores.
262. No me molesta el no ser mejor parecido.
263. Sudó con facilidad aun en días fríos.
264. Tengo entera confianza en mí mismo.
265. Es más seguro no confiar en nadie.
266. Una vez a la semana o más frecuentemente me pongo muy excitado.
267. Cuando estoy en un grupo de gente tengo dificultad pensando las cosas apropiadas de que hablar.
268. Cuando me siento abatido, algo emocionante me saca casi siempre de ese estado.
269. Con facilidad puedo infundirle miedo a otros y a veces lo hago por diversión.
270. Cuando salgo de casa no me preocupo de si las puertas y ventanas están bien cerradas.
271. No culpo a la persona que se aproveche de alguien que se expone a que le ocurra tal cosa.
272. A veces estoy lleno de energía.
273. Tengo adormecidas una o varias partes de la piel.
274. Mi vista está tan buena ahora como lo ha estado por años.
275. Alguien controla mi mente.
276. Me gustan los niños.
277. A veces me ha divertido tanto la astucia de un pícaro, que he deseado que se salga con la suya.
278. Con frecuencia me ha parecido que gente extraña me estaba mirando con ojos críticos.
279. Todos los días tomo una cantidad extraordinaria de agua.
280. La mayoría de la gente se hace de amigos por conveniencia propia.
281. Casi nunca noto que me zumban o chillan los oídos.
282. De vez en cuando siento odio hacia miembros de mi familia a los que usualmente quiero.
283. Si fuera reportero me gustaría mucho escribir noticias deportivas.
284. Estoy seguro de que la gente habla de mí.
285. A veces me río de chistes sucios.
286. Nunca estoy tan contento como cuando estoy solo.
287. Tengo pocos temores en comparación con mis amigos.
288. Sufro de ataques de náusea y vómitos.

259. Siempre me disgusta con la ley cuando se pone en libertad a un criminal debido a los argumentos de un abogado astuto.
260. Trabajo bajo una tensión muy grande.
261. Una o más veces en mi vida he sentido que alguien me hacía hacer cosas hipnotizándome.
262. Por lo general no le hablo a la gente hasta que ellos no me hablan a mí.
263. Alguien ha tratado de influir en mi mente.
264. Nunca he tenido tropiezos con la ley.
265. A mí me gustaba el cuento "Caperucita Roja".
266. Tengo épocas en las que me siento muy alegre sin que exista una razón especial.
267. Quisiera no ser perturbado por pensamientos sexuales.
268. Si varias personas se hallan en apuros, lo mejor que pueden hacer es ponerse de acuerdo sobre lo que van a decir y mantenerse firmes en esto.
269. Creo que siento más intensamente que la mayoría de las personas.
300. Nunca en mi vida me ha gustado jugar con muñecas.
301. Vivo la vida en tensión la mayor parte del tiempo.
302. Nunca me he visto en dificultades a causa de mi conducta sexual.
303. Soy tan sensible acerca de algunos asuntos que ni siquiera puedo hablar de ellos.
304. En la escuela me era muy difícil hablar frente a la clase.
305. Aun cuando esté acompañado me siento solo la mayor parte del tiempo.
306. Recibo toda la simpatía que debo recibir.
307. No participo en algunos juegos porque no los sé jugar bien.
308. A veces he sentido un intenso deseo de abandonar mi hogar.
309. Creo que hago amistades tan fácilmente como los demás.
310. Mi vida sexual es satisfactoria.
311. Por un tiempo, cuando era más joven, participé en pequeños robos.
312. No me gusta tener gente alrededor.
313. El hombre que provoca la tentación dejando propiedad de valor sin protección, es tan culpable del robo como el ladrón mismo.
314. De vez en cuando pienso en cosas demasiado malas para hablar de ellas.
315. Estoy seguro que la vida es cruel conmigo.
316. Creo que casi todo el mundo mentiría para evitarse problemas.
317. Soy más sensible que la mayoría de la gente.
318. Mi vida diaria está llena de cosas que me mantienen interesado.
319. A la mayor parte de la gente le disgusta ayudar a los demás, aunque no lo diga.
320. Muchos de mis sueños son acerca de asuntos sexuales.
321. Me ruborizo fácilmente.
322. El dinero y los negocios me preocupan.
323. He tenido experiencias muy peculiares y extrañas.
324. Nunca he estado enamorado de nadie.
325. Ciertas cosas que han hecho algunos de mis familiares me han asustado.
326. A veces me dan accesos de risa o de llanto que no puedo controlar.
327. Mi madre o mi padre frecuentemente me hacían obedecer, aun cuando yo creía que no tenían razón.
328. Encuentro difícil concentrarme en una tarea o trabajo.
329. Casi nunca sueño.

330. Nunca he estado paralizado o he tenido una tana debilidad en alguno de mis músculos.
331. Si la gente no la hubiera cogido conmigo yo hubiera tenido mucho más éxito.
332. Algunas veces pierdo o me cambia la voz, aunque no esté resfriado.
333. Nadie parece comprenderme.
334. A veces percibo olores raros.
335. No me puedo concentrar en una sola cosa.
336. Pierdo fácilmente la paciencia con la gente.
337. Siento ansiedad por algo o por alguien casi todo el tiempo.
338. Sin duda he tenido más cosas de que preocuparme de las que me corresponden.
339. La mayor parte del tiempo desearía estar muerto.
340. Algunas veces me siento tan excitado que no puedo dormirme fácilmente.
341. A veces oigo tan bien que me molesta.
342. Se me olvida muy pronto lo que la gente me dice.
343. Generalmente tengo que detenerme a pensar antes de hacer algo, aunque sea un asunto sin importancia.
344. Con frecuencia cruzo la calle para evitar encontrarme con alguien que veo venir.
345. Muchas veces siento como si las cosas no fueran reales.
346. Tengo la costumbre de contar cosas sin importancia como bombillas eléctricas en anuncios luminosos, etc.
347. No tengo enemigos que realmente quieran hacerme daño.
348. Generalmente no me fío de las personas que son un poco más amistosas de lo que yo esperaba.
349. Tengo pensamientos extraños y peculiares.
350. Oigo cosas extrañas cuando estoy solo.
351. Me pongo ansioso y turbado cuando tengo que salir de casa para hacer un corto viaje.
352. He tenido miedo a cosas y a personas que sabía que no me podían hacer daño.
353. No temo entrar solo a un salón donde hay gente reunida hablando.
354. Tengo miedo de usar un cuchillo o cualquier otra cosa muy afilada o puntaguda.
355. Algunas veces me gusta herir a las personas que quiero.
356. Tengo más dificultad para concentrarme que la que parece que tienen los demás.
357. Varias veces he dejado de hacer algo porque he dudado de mi habilidad.
358. Malas palabras, a menudo palabras horribles, vienen a mi mente, y se me hace imposible librarme de ellas.
359. Algunas veces me vienen a la mente pensamientos sin importancia que me molestan por días.
360. Casi todos los días sucede algo que me asusta.
361. Me inclino a tomar las cosas muy en serio.
362. Soy más sensible que la mayoría de la gente.
363. A veces he sentido placer cuando un ser querido me ha lastimado.
364. La gente dice cosas insultantes y vulgares acerca de mí.
365. Me siento incómodo cuando estoy bajo techo.
366. Aun cuando esté acompañado, me siento solo la mayor parte del tiempo.

*PASE LA PAGINA SOLAMENTE
CUANDO SE LE INDIQUE*

367. No le temo al fuego.
368. A veces me he alejado de otra persona porque temía hacer o decir algo que pudiera lamentar después.
369. La religión no me preocupa.
370. Odio tener que trabajar de prisa.
371. No soy una persona demasiado consciente de sí misma.
372. Tiendo a interesarme en diferentes distracciones en vez de concentrarme por largo tiempo en una de ellas.
373. Estoy seguro de que sólo existe una religión verdadera.
374. Durante ciertos períodos mi mente parece trabajar más despacio que de costumbre.
375. Cuando me siento muy feliz y activo, alguien que esté deprimido me desanima por completo.
376. Los policías son generalmente honrados.
377. En las reuniones sociales o fiestas es más probable que me sienta solo o con una sola persona en vez de unirme al grupo.
378. No me gusta ver fumar a las mujeres.
379. Muy raramente me siento deprimido.
380. Cuando alguien dice cosas tontas o estúpidas acerca de algo que sé, trato de corregirlo.
381. Me han dicho con frecuencia que tengo mal genio.
382. Quisiera poder olvidarme de cosas que he dicho y que quizás hayan herido los sentimientos de otras personas.
383. La gente me desilusiona con frecuencia.
384. Me siento incapaz de contarle a alguien todas mis cosas.
385. El relámpago es uno de mis temores.
386. Me gusta tener a los demás intrigados sobre lo que voy a hacer.
387. Los típicos milagros que conozco son simplemente tretas que unas personas les hacen a otros.
388. Me da miedo estar solo en la oscuridad.
389. Con frecuencia mis planes han parecido estar tan llenos de dificultades, que he tenido que abandonarlos.
390. Muchas veces me he sentido muy mal al no haber sido comprendido cuando trataba de evitar que alguien cometiera un error.
391. Me gusta muchísimo ir a bailes.
392. Le tengo terror a una tormenta.
393. Los caballos que no jalan debieran ser golpeados o pateados.
394. Frecuentemente le pido consejo a la gente.
395. El futuro es demasiado incierto para que una persona haga planes formales.
396. Con frecuencia, aun cuando todo me va bien, siento que nada me importa.
397. Algunas veces he sentido que las dificultades se acumulaban de tal modo que no podía vencerlas.
398. Frecuentemente pienso: "quisiera volver a ser niño".
399. No me enoja fácilmente.
400. Si me dieran la oportunidad, podría hacer algunas cosas que serían de gran beneficio para la humanidad.
401. No le temo al agua.
402. Frecuentemente tengo que consultar con la almohada antes de tomar decisiones.
403. Es una gran cosa vivir en esta época en que ocurren tantas cosas.
404. Frecuentemente la gente ha interpretado mal mis intenciones cuando trataba de corregirla y ayudarla.
405. No tengo dificultad al tragar.

406. Frecuentemente he conocido personas a quienes se suponía expertas y que no eran mejores que yo.
407. Por lo general soy tranquilo y no me altero fácilmente.
408. Puedo ocultar lo que siento en algunas cosas de manera tal que la gente puede hacerme daño sin que se den cuenta de ello.
409. A veces me he agotado por emprender demasiadas cosas.
410. Me gustaría mucho ganarle a un pícaro con sus propias armas.
411. Me siento un fracasado cuando oigo hablar del éxito de alguien a quien conozco bien.
412. No temo ver al médico acerca de una enfermedad o lesión.
413. Merezco un severo castigo por mis pecados.
414. Tiendo a preocuparme tanto por los desengaños que luego no puedo dejar de pensar en ellos.
415. Si me dieran la oportunidad sería un buen líder.
416. Me molesta que alguien me observe cuando trabajo, aunque sepa que puedo hacerlo bien.
417. A menudo me siento tan molesto cuando alguien trata de adelantarse en una fila, que le llamo la atención.
418. A veces pienso que no sirvo para nada.
419. Cuando muchacho frecuentemente salía para la escuela pero no llegaba a ella.
420. He tenido experiencias religiosas extraordinarias.
421. Tengo uno o varios familiares que son muy nerviosos.
422. Me he sentido avergonzado por la clase de trabajo que alguien de mi familia ha hecho.
423. Me gusta o me ha gustado muchísimo pescar.
424. Siento hambre casi todo el tiempo.
425. Sueño frecuentemente.
426. A veces he tenido que ser rudo con personas groseras o inoportunas.
427. Me avergüenzan los cuentos picantes.
428. Me gusta leer los editoriales de los periódicos.
429. Me agrada asistir a conferencias sobre temas serios.
430. Me atraen las personas del sexo opuesto.
431. Me preocupo mucho por posibles desgracias.
432. Tengo opiniones políticas bien definidas.
433. Acostumbra a tener compañeros imaginarios.
434. Me gustaría competir en carreras automovilísticas.
435. Generalmente preferiría trabajar con mujeres.
436. Generalmente la gente exige más respeto para sus derechos que el que está dispuesta a permitirle a los demás.
437. No es malo tratar de evitar el cumplimiento de la ley siempre que ésta no se viole.
438. Hay ciertas personas que me disgustan tanto que me alegro interiormente cuando están pagando las consecuencias por algo que han hecho.
439. Me pone nervioso tener que esperar.
440. Trato de recordar cuentos interesantes para contárselos a otras personas.
441. Me gustan las mujeres altas.
442. He tenido períodos durante los cuales he perdido el sueño a causa de las preocupaciones.
443. Tiendo a dejar de hacer algo que desear hacer cuando otros piensan que esa no es la manera correcta.
444. No trato de corregir a la gente que expresa opiniones ignorantes.
445. Me apasionaba lo emocionante cuando era joven (o en mi niñez).
446. Me gusta apostar cuando se trata de poco dinero.

417. Con frecuencia me esfuerzo para triunfar sobre alguien que me ha llevado la contraria.
418. Me molesta que la gente en las tiendas, tranvías, etc., me esté mirando.
419. Me gustan las reuniones sociales por estar con gente.
420. Gozo con la excitación de una multitud.
421. Mis preocupaciones parece que desaparecen cuando estoy con un grupo de amigos animados.
422. Me gusta burlarme de la gente.
423. Cuando era niño nunca me interesó pertenecer a un grupo o pandilla.
424. Podría ser feliz viviendo completamente solo en una cabaña en el bosque o en las montañas.
425. Frecuentemente no me entero de los chismes y habladurías del grupo a que pertenezco.
426. Una persona no debiera ser castigada por violar una ley que considere injusta.
427. Creo que nadie debería nunca probar bebidas alcohólicas.
428. El hombre que más se ocupó de mí cuando era niño (como mi padre, padrastro, etc.) fue muy estricto conmigo.
429. Tengo uno o varios malos hábitos tan arraigados, que es inútil luchar contra ellos.
430. He bebido alcohol moderadamente (o no lo he usado).
431. Me es difícil el dejar a un lado la tarea que he emprendido aun cuando sea por poco tiempo.
432. No he tenido dificultad para empezar a orinar o retener mi orina.
433. Me gustaba jugar "a la pata coja".
434. Nunca he tenido una visión.
435. Varias veces he cambiado de modo de pensar acerca de mi trabajo.
436. Excepto por orden del médico, nunca he tomado drogas o pastillas para dormir.
437. Con frecuencia memorizo números sin importancia (tales como los de las placas de automóviles, etc.).
438. Frecuentemente me siento apenado por ser tan malgenioso y gruñón.
439. A menudo he encontrado personas envidiosas de mis buenas ideas precisamente porque a ellas no se les habían ocurrido antes.
440. Me disgustan las cosas sexuales.
441. En la escuela mis calificaciones en conducta fueron generalmente malas.
442. Me fascina el fuego.
443. Siempre que me es posible evito encontrarme entre una multitud.
444. No tengo que orinar con más frecuencia que los demás.
445. Cuando estoy en una situación difícil digo sólo aquella parte de la verdad que no me perjudique.
446. Soy un enviado especial de Dios.
447. Si me hallara en dificultades junto con varios amigos que fueran tan culpables como yo, preferiría echarme toda la culpa antes que describirlos.
448. Nunca me he puesto particularmente nervioso a causa de las dificultades en que se haya visto envuelto algún miembro de mi familia.
449. No me molesta el ser presentado a extraños.
450. Con frecuencia le tengo miedo a la oscuridad.
451. Recuerdo haberme fingido enfermo para zafarme de algo.
452. En los trenes, ómnibus, etc., con frecuencia les hablo a los extraños.
453. Cristo realizó milagros tales como cambiar el agua en vino.
454. Tengo una o más faltas que son tan grandes que es mejor aceptarlas y tratar de controlarlas, antes que tratar de librarme de ellas.

485. Cuando un hombre está con una mujer generalmente está pensando cosas relacionadas con el sexo de ella.
486. Nunca he notado sangre en mi orina.
487. Me rindo fácilmente cuando las cosas me van mal.
488. Rezo varias veces a la semana.
489. Me compeadezo de las personas que generalmente se aferran a sus penas y problemas.
490. Leo mi libro de oraciones (o la Biblia) varias veces a la semana.
491. No tolero a la gente que cree que sólo hay una religión verdadera.
492. Me produce terror la idea de un terremoto.
493. Prefiero el trabajo que requiere concentración a un trabajo que me permite ser descuidado.
494. Temo encontrarme en un lugar pequeño y cerrado.
495. Generalmente "le hablo claro" a la gente a quien estoy tratando de mejorar o corregir.
496. Nunca he visto las cosas dobles (esto es, nunca un objeto me ha parecido doble sin que me sea posible hacerlo aparecer como uno).
497. Me gustan los cuentos de aventuras.
498. Es bueno siempre ser franco.
499. Tengo que admitir que a veces me he preocupado sin motivo alguno por cosas que no valían la pena.
500. Rápidamente me vuelvo partidario absoluto de una buena idea.
501. Generalmente ligo las cosas por mí mismo, en vez de buscar a alguien que me enseñe.
502. Me gusta hacerle saber a la gente lo que pienso acerca de las cosas.
503. Es raro que yo apruebe o desapruuebe con energía las acciones de otros.
504. No trato de encubrir mi mala opinión o lástima que me inspira una persona a fin de que ésta no sepa mi modo de sentir.
505. He tenido épocas cuando me sentía tan lleno de vigor que el sueño no me parecía necesario a ninguna hora.
506. Soy una persona muy tensa.
507. Frecuentemente he trabajado bajo personas que parece que arreglan las cosas de tal modo, que ellas son las que reciben el reconocimiento de una buena labor, pero que sin embargo atribuyen los errores a los otros.
508. Creo que mi olfato es tan bueno como el de los demás.
509. A veces me es difícil defender mis derechos por ser muy reservado.
510. La suciedad me espanta o me disgusta.
511. Vivo una vida de ensueños acerca de la cual no digo nada a nadie.
512. No me gusta bañarme.
513. Creo que Cervantes fue más grande que Napoleón.
514. Me gustan las mujeres hombrunas.
515. En mi hogar siempre hemos tenido cubiertas nuestras necesidades básicas (tales como alimentación, vestido, etc.).
516. Algunos de mis familiares se enojan muy fácilmente.
517. No puedo hacer nada bien.
518. A menudo me he sentido culpable porque he fingido mayor pesar del que realmente sentía.
519. Algo anda mal con mis órganos sexuales.
520. Generalmente defiendo con tenacidad mis propias opiniones.
521. No me sentiría desconcertado si tuviera que iniciar una discusión o dar una opinión acerca de algo que conozco bien ante un grupo de personas.

522. No le temo a las arañas.
527. Casi nunca me ruborizo.
531. No temo contraer una enfermedad o coger gérmenes de las perillas de las puertas.
525. Ciertos animales me ponen nervioso.
526. El porvenir me parece incierto.
527. Los miembros de mi familia y mis parientes más cercanos se llevan bastante bien.
528. No me ruborizo con mayor frecuencia que los demás.
529. Me gustaría usar ropa cara.
530. A menudo siento miedo de ruborizarme.
531. La gente puede hacerme cambiar de opinión muy fácilmente aun en cosas sobre las que creía estar ya decidido.
532. Puedo soportar tanto dolor como los demás.
533. No padezco de muchos eructos.
534. Varias veces he sido el último en darme por vencido al tratar de hacer algo.
535. Siento la boca seca casi todo el tiempo.
536. Me molesta que la gente me haga hacer las cosas de prisa.
537. Me gustaría cazar leones en África.
538. Creo que me gustaría el trabajo de modisto (o modista).
539. No le tengo miedo a los ratones.
540. Nunca he sufrido de parálisis facial.
541. Mi piel parece ser muy sensible al tacto.
542. Nunca he tenido deposiciones (excretas) negras, parecidas a la brea.
543. Varias veces por semana siento como si algo terrible fuera a suceder.
544. La mayor parte del tiempo me siento cansado.
545. Algunas veces sueño lo mismo una y otra vez.
546. Me gusta leer sobre historia.
547. Me gustan las fiestas y las reuniones sociales.
548. Nunca asisto a un espectáculo sobre temas sexuales, si es que puedo evitarlo.
549. Me acobardo ante las crisis, dificultades o problemas.
550. Me gusta reparar las cerraduras de las puertas.
531. Algunas veces estoy seguro de que los demás pueden decir lo que estoy pensando.
532. Me gusta leer sobre ciencia.
533. Tengo miedo de estar solo en un sitio amplio al descubierta.
534. Si fuera artista me gustaría dibujar niños.
535. Algunas veces me siento a punto de una crisis nerviosa.
556. Soy muy cuidadoso en mi manera de vestir.
537. Me gustaría ser secretario (o secretaria) privado (a).
538. Un gran número de personas son culpables de mala conducta sexual.
539. Con frecuencia he sentido miedo de noche.
560. Me molesta que se me olvide donde pongo las cosas.
561. Me gusta mucho montar a caballo.
562. La persona hacia quien sentía mayor afecto y admiración cuando era niño fue una mujer (madre, hermana, tía u otra mujer).
563. Me gustan más las historias de aventuras que las de amor.
564. Puedo dejar de hacer algo que deseo hacer cuando otros creen que no vale la pena hacerlo.
565. Siento deseos de tirarme cuando estoy en un sitio alto.
560. Me gustan las escenas de amor de las películas.

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA
PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

PERFIL Y SUMARIO

F
Femenino

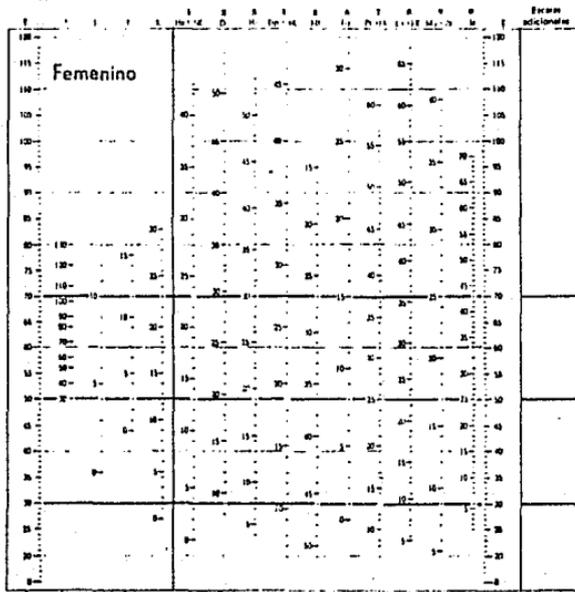
Nombre _____ (voz de malde)

Dirección _____

Ocupación _____ Fecha de aplicación _____

Años escolares o estudios cumplidos _____

Estado Civil _____ Edad _____ Referido por _____



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

NOTAS

Puntuación natural _____
 Agrega factor K _____
 Puntuación corregida _____



Apendice G. Índice AMD (Zung) y puntajes T obtenidos por los S del grupo control en cada uno de los instrumentos (n=15).

S Nº		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Zung		63	43	41	48	40	44	35	58	39	51	35	41	66	39	40
I O A R E	Estado	58	49	55	56	46	42	36	51	52	48	39	40	71	54	49
	Rasgo	62	41	41	57	70	47	26	51	44	44	40	30	67	48	40
T E N E S S E	Sc	52	43	51	38	46	41	28	49	36	42	46	32	53	59	38
	P	27	44	62	35	40	41	71	44	55	39	45	59	34	42	70
	1	37	37	53	25	35	66	58	40	56	35	56	51	35	48	49
	2	36	51	68	42	48	40	79	52	56	40	48	60	33	45	79
	3	22	46	54	42	49	79	67	40	51	64	40	61	37	36	71
	A	22	52	59	16	39	40	71	53	49	32	52	45	42	44	71
	B	40	32	59	40	42	36	59	43	58	48	47	60	36	40	60
	C	31	49	63	42	41	71	79	47	64	54	48	58	44	50	73
	D	28	48	54	51	42	36	56	34	52	37	36	51	27	42	61
	E	28	51	58	36	36	36	70	49	49	45	49	55	37	39	60
M I N E S O T A	L	46	50	53	56	43	63	84	40	73	46	64	76	53	45	69
	F	78	55	50	58	68	55	48	60	64	73	62	53	52	54	46
	K	35	53	61	49	44	62	66	44	61	49	62	62	64	44	64
	1	50	47	52	68	62	62	57	62	77	64	70	70	93	48	57
	2	71	44	61	69	51	42	66	65	56	69	65	55	59	49	70
	3	34	51	54	64	57	56	62	70	62	66	60	59	44	52	65
	4	57	60	60	67	60	69	60	62	67	74	74	59	47	57	57
	5	47	50	55	55	77	70	51	42	63	57	52	45	49	63	53
	6	65	50	51	50	56	59	45	82	53	65	44	67	47	47	59
	7	66	52	53	51	55	46	56	66	52	65	54	51	48	41	54
	8	61	65	52	55	72	57	48	68	59	51	67	64	82	60	53
	9	50	73	43	40	50	73	50	55	65	73	63	70	68	59	43
	0	64	46	58	70	62	38	47	62	47	66	61	47	69	60	52

Apéndice I. Índice AMD (Zung) y puntajes T obtenidos por los S del grupo orgánico en cada uno de los instrumentos (n=15).

S Nº		31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45
Zung		57	59	33	45	44	49	42	44	50	44	44	75	70	49	36
I D A R E	Estado	58	49	40	57	49	57	42	46	43	47	39	76	61	39	43
	Rasgo	58	52	46	54	58	53	54	51	53	51	45	62	58	47	43
T E N E S E	Sc	38	53	51	44	46	48	43	54	52	46	55	49	53	66	34
	P	37	50	45	47	56	46	43	51	56	57	53	33	28	50	43
	1	38	37	35	47	47	30	37	55	52	42	32	25	24	47	34
	2	38	58	50	53	59	57	54	56	64	72	68	49	31	63	57
	3	37	52	51	42	60	51	37	40	52	59	53	28	30	43	39
	A	41	54	30	42	36	28	42	51	40	43	46	36	25	50	49
	B	36	57	59	51	60	54	45	49	56	61	56	39	39	57	43
	C	39	56	54	49	68	68	52	52	78	58	46	44	29	50	47
	D	39	39	35	51	54	46	44	41	51	56	67	24	27	39	45
	E	37	45	55	48	60	41	37	61	59	58	47	35	29	54	39
M I N E S O T A	L	43	50	53	53	53	46	46	60	56	53	46	53	50	46	76
	F	68	64	64	55	55	53	76	58	66	58	62	85	78	58	50
	K	44	61	44	49	59	59	53	53	44	64	68	43	35	61	66
	1	70	72	82	76	62	59	65	60	70	70	65	75	72	52	52
	2	63	70	57	63	58	58	60	75	65	49	65	87	78	57	61
	3	56	55	63	70	58	65	53	63	53	67	62	73	68	55	56
	4	60	70	64	53	69	64	67	86	60	64	67	86	71	67	48
	5	61	69	55	45	64	63	69	47	55	63	55	63	61	63	57
	6	56	59	65	38	55	41	59	56	47	59	53	76	82	56	59
	7	60	56	48	53	50	52	58	60	62	50	60	85	79	60	50
8	80	73	72	66	61	53	74	60	67	63	67	99	91	61	55	
9	60	86	86	99	65	65	75	68	70	73	68	81	81	60	58	
0	62	48	48	44	66	61	49	58	54	47	48	68	77	63	51	