

01962¹²



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**ESTUDIO DE LA PERSONALIDAD NORMOPATA
EN ENFERMOS CON DIABETES MELLITUS
NO INSULINO DEPENDIENTE (DIABETES II)**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN PSICOLOGIA CLINICA
P R E S E N T A
ANGELA IBARROLA DIAZ BARRIGA

291118

DIRECTOR DE TESIS: DR. JOSE DE JESUS GONZALEZ NUÑEZ

COMITE DE TESIS: MTRA. GABINA VILLAGRAN VAZQUEZ
MTRA. FAYNE ESQUIVEL ANCONA
MTRA. SOFIA RIVERA ARAGON
DR. BENJAMIN DOMINGUEZ TREJO



MEXICO, D.F.

2001



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICO ESTE TRABAJO:

A MI MADRE:

Por Nuestro Reencuentro Después De Una Vida.

A MAURICIO:

**Con Amor Y Agradecimiento Por Su
Empeño Para Que Lo Ame Y Lo Respete
Como Es Él.**

A TODAS LAS PERSONAS QUE AMO:

Por La Dicha De Amarlas.

ANGELA

ÍNDICE.

Resumen		8
Introducción		10
CAPITULO I.	LA ENFERMEDAD PSICOSOMÁTICA Y LA PERSONALIDAD NORMÓPATA.	15
1.1.	Antecedentes Históricos De Las Enfermedades Psicosomáticas.	15
1.1.1.	Las Diferentes Escuelas De La Medicina Psicosomática.	16
1.2.	Las Concepciones Actuales Sobre La Personalidad Del Enfermo Psicosomático.	20
1.3.	El Diagnóstico De La Personalidad Normópata.	23
1.4.	La Estructura Psíquica Y Las Alteraciones En La Personalidad Normópata.	26
1.4.1.	La Metapsicología De Las Alteraciones En La Personalidad Normópata.	26
1.4.2.	Las Condiciones De Gestación: El No Deseo De Hijo.	28
1.4.3.	La Función De Protección Antiestímulo De La Madre.	31
1.4.4.	La Fusión Corporal (Un Cuerpo Para Dos).	32
1.4.5.	Deprivación Psíquica Y Expresión Somática.	33
1.4.6.	Afectos: Desafectación Y Dispersión.	35
1.5.	El Psicósoma Y Los Sueños. La Función De Los Sueños.	38
1.5.1.	El Insomnio En El Normópata.	38
1.6.	Los Contenidos De La Personalidad Normópata.	39
CAPÍTULO II.	APORTACIONES CONCEPTUALES Y TÉCNICAS DEL ENFOQUE PSICOANALÍTICO AL CAMPO DE LA DIABETES MELLITUS	44
2.1.	Concepción Médica De La Diabetes Mellitus	44
2.2.	El Estrés, Un Modelo Biológico: Fundamento. De Las Enfermedades Psicosomáticas.	50
2.2.1.	El Modelo Fisiológico.	52

Índice

2.2.2.	El Modelo Psicológico.	56
2.3.	La Diabetes, Una Enfermedad Psicosomática.	59
2.4.	El Modelo Psicoanalítico De la Diabetes.	63
2.4.1.	El Modelo Psicoanalítico del Afecto En El Diabético.	68
2.5.	La Etica Y Las Clases Dominantes.	70
2.5.1.	Etica Y Diabetes.	71
2.5.2.	Los Diferentes Problemas Éticos En La Asistencia A Los Enfermos Con Diabetes Mellitus II.	73
2.5.3.	El Problema De La Información En Diabetes.	74
2.5.4.	La Toma De Decisiones Del Paciente Diabético, Un Problema Ético.	76
CAPITULO III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA		78
3.1.	Marco Teórico.	78
3.2.	Pregunta De Investigación.	81
3.3.	Objetivos Generales.	82
3.4.	Objetivos Particulares.	82
3.5.	Hipótesis.	82
3.6.	Definición Conceptual Y Operacional de Variables.	82
CAPÍTULO IV. METODO		89
4.1.	Tipo de Investigación.	89
4.2.	Tipo De Diseño.	89
4.3.	Sujetos.	89
4.4.	Instrumentos De Medición.	92
CAPITULO V. RESULTADOS		94
5.1.	Datos Generales del Paciente.	94
5.2.	Análisis de los Resultados De Las Historias Clínicas: Comparación Entre Los Dos Grupos: Diabéticos Y No Diabéticos.	97

Índice

5.3.	Discusión Y Conclusiones.	100
5.4.	Sugerencias.	107
5.4.1.	El Normópata Y La Psicoterapia	107
5.4.2.	El Tratamiento De La Personalidad Normópata	110
5.4.2.1.	La Transferencia- Contratransferencia.	110
5.4.2.2.	Las Inscripciones De Las Huellas Mnémicas Del Dolor / Placer.	112
5.4.2.3.	La Construcción De Lo < Interno>: Lo Psíquico.	114
5.4.2.4.	La Desestimación Del Afecto.	115
5.4.2.5.	Las Alteraciones Del Sueño.	117
5.5.	Limitaciones Del Estudio.	117
	Glosario.	160
	Referencias Bibliográficas.	165

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo No. I	Historias clínicas.	122
Anexo No. II	Modelo De Cuestionario.	153

RESUMEN

El objetivo de este trabajo fue investigar las alteraciones psicológicas, propias de la PERSONALIDAD NORMÓPATA, comparando dos grupos: uno, de pacientes con diabetes mellitus no insulino dependiente (Tipo II) y otro, de personas sin ningún tipo de diabetes.

Para su estudio, las alteraciones de la Personalidad Normópata se agruparon en 6 áreas: I. Alexitimia, II. Vida operatoria, III. Desórdenes de conducta, IV. Desórdenes afectivos, V. Desorganización de la función psicósomática, VI. Desórdenes sexuales.

METODO

1. Sujetos:

La muestra de ambos grupos fue de 20 sujetos.

2. Escenario:

El grupo de los 20 pacientes diabéticos fueron seleccionados en la Asociación Mexicana de Diabetes, A. C.

El grupo de las personas sin ningún tipo de diabetes fueron seleccionadas entre personas conocidas, pacientes en psicoterapia. Los escenarios fueron diversos.

3. Instrumento de Medición:

El instrumento de medición fue la historia clínica. Se elaboraron 40: una a cada persona entrevistada. Se analizaron las alteraciones psicológicas en las 6 áreas. El diagnóstico clínico era conocer si la persona tenía o no un personalidad PERSONALIDAD NORMÓPATA.

RESULTADOS

Al comparar los dos grupos: diabéticos y no diabéticos, en relación a las alteraciones psicológicas en el total de las 6 áreas de la Personalidad Normópata, observamos que, no se encontramos diferencias clínicamente significativas entre ambos grupos. La diferencia mayor se presentó en el grupo de las personas no diabéticas: 4 personas no presentaron alteraciones en ninguna de las área; no así en el grupo de los diabéticos, las alteraciones oscilaron desde las 6 áreas alteradas, hasta solamente 1.

En relación a las alteraciones presentada, en cada una de las 6 áreas de la Personalidad Normópata en los 2 grupos: diabéticos y no diabéticos, **no se presentaron diferencias clínicamente significativas**. El grupo de diabéticos tuvo mayores alteraciones en las siguientes áreas: I. Alexitimia y II. Vida operatoria, la diferencia fue de 2. III. Desórdenes de conducta, de uno. IV. Desórdenes afectivos, de 2. V. Desorganización de la función psicosomática de 5. En el Area VI. Desórdenes sexuales, la diferencia mayor se presentó en el grupo de los no diabéticos, fue de 4.

Lo **significativo de los resultados** fue que, al conjuntar a los pacientes de ambos grupos: diabéticos y no diabéticos (40 personas), **el número de personas con alteraciones psicológicas, en cada una de las áreas, fue mayor del 50%, en relación con las 40 personas estudiadas**. Solamente el Área VI. Desórdenes sexuales obtuvo un porcentaje del 20%, las demás rebasaron el 50%. El Área II. Vida operatoria fue la que obtuvo un mayor porcentaje de las 6

CONCLUSIONES

La conclusión del presente estudio es que, en los pacientes con Diabetes Mellitus (II) no Insulino dependiente, catorce (de 20) pacientes tienen una Personalidad Normópata, pues presentaron alteraciones psicológicas en 3 o más áreas de las 6 que conforman este tipo de personalidad.

En las personas sin ningún tipo de diabetes, trece (de 20) personas tienen una Personalidad Normópata, pues presentaron alteraciones psicológicas en 3 o más áreas de las 6 estudiadas, que conforman este tipo de personalidad

INTRODUCCIÓN

Los efectos de la modernidad neoliberal en el mundo actual, implican un reto para todo aquel especialista que pretenda a comprender los efectos que ella ha causado, tanto en el ámbito social como en el individual. En las últimas décadas, nuestra sociedad se ha visto expuesta a cambios tan radicales, tan rápidos y tan caóticos, que al individuo le ha sido y imposible tener no sólo una comprensión del porque, sino también del para que de ellos. Tampoco ha existido el tiempo suficiente para que los individuos los incorporen y los elaboren; permitiéndoles estos procesos construir una nueva comprensión de la realidad para crear una nueva subjetividad, tanto individual como grupal.

Lo que se pierde con las crisis de la modernidad que hemos padecido, es la historia vivencial; pérdida que convierte al individuo en un ser sin historia, expuesto siempre a la reproducción idéntica de lo vivido, aunque esta repetición se vuelva en contra de él; prefiere repetir lo conocido a exponerse a confrontar su realidad actual. Siempre se le escucha decir: 'es preferible lo conocido', en esta frase se concentra la imposibilidad de su cambio, quedando expuesto a las fuerzas externas de las crisis, y también, porqué no, al cumplimiento inmediato de sus propios deseos, así como al imperio de sus sentidos.

En nuestra sociedad, y a lo largo de los últimos 20 años, las crisis de la modernidad han destruido los niveles socioeconómicos de los individuos, los valores sociales, éticos y culturales, sustituyéndolos por valores, relaciones e identificaciones alienantes. En el presente, existe en el individuo una imposibilidad de lazos afectivos, una falta de la propia identidad, la ausencia de solidaridad y de amor, el creciente desprecio hacia el trabajo, y sobre todo, la imposibilidad de construir un futuro.

En este devenir de la modernidad se han trastocado la dialéctica de dos órdenes: por un lado, la relación con los demás, y por el otro, con la historización. La memoria histórica ha desaparecido de los individuos, y por lo tanto, de la sociedad. "Se trata entonces de mostrar que en el plano social, al igual que en el individuo, el fracaso de los procesos de historización y del lazo social genera en los sujetos la liberación y el dominio de un primario mortífero" (Galende, 1992, p.17).

En el contexto de esta modernidad neoliberal, y en cualquiera que se reproduzcan estas mismas condiciones de vida, se pueden encontrar las causas psicosociales y económicas del porque de las enfermedades psicosomáticas. El individuo se construye una coraza psicológica para cubrir los estragos de este devenir sin historia, no importando lo que se aliene con ello. En este trastocamiento de órdenes es donde la propia corporalidad sufre las consecuencias. La interpretación psicobiológica del estrés y la psicoanalítica, nos pueden explicar la alienación de esta corporalidad, causante de las alteraciones, tanto en el campo físico, en el psicológico como en el psíquico, responsables de las enfermedades llamadas psicosomáticas.

Si bien es cierto que los factores genéticos pueden ser la causa de cierto tipo de enfermedades, como la diabetes (Muhs, A. Schepank, H, 1995, Diaz Perez, Ballesteros, 1997), los factores sociales y económicos son decisivo en su manifestación. El estrés crónico de vida puede convertirse en un factor desencadenante para que se manifieste la diabetes, aunque el factor genético sea determinante en ella. La aniquilación del Síndrome de Adaptación General, (descubierto por el Dr. Selye) puede ser un factor determinante. (Ver Capítulo (II))

El modelo psicoanalítico de la diabetes necesariamente tiene su punto de apoyo en modelo psicobiológico del estrés. Es una interpretación (psicogenética) del porque de la diabetes como una enfermedad psicosomática. Se basa en la subversión de las funciones

fisiológicas por las psíquicas, a través de la construcción de un cuerpo erógeno. El cuerpo erógeno es una representación psíquica del cuerpo fisiológico, planteado por Freud. (Freud, (1923b).

El estrés de vida puede alterar la estructura psíquica del individuo, cuando esto sucede, se produce una falla en el cuerpo erógeno; también en la cualificación afectiva corporal. Esta situación se convierte en el sustrato neurofisiológico para que no exista una vida afectiva en el individuo, y por tanto, una vida psíquica: el afecto es el elemento esencial del psiquismo (Freud, 1940a[1938], (1950 [1895]), pues a través de él las vivencias adquieren la categoría de placenteras o displacenteras.

McDougall (1991) propuso un tipo de personalidad para los enfermos psicósomáticos, la llamo la Personalidad Normópata, su características principal es que, las alteraciones tanto psicológicas, en las áreas cognitivas, afectivas volitivas y físicas; en las psíquicas, como una falla en el cuerpo erógeno y en la cualificación afectiva corporal, (personas sin sentimientos ni afectos) se convierten en rasgos de carácter, lo que les permite una aparente normalidad y una adaptación a su medio ambiente. Sin embargo, no es más que un andamiaje psíquico construido como una sobreadaptación para esconder la fragilidad de la personalidad. La enfermedad física también es una defensa para protegerse de esa fragilidad.

Estas personalidades han recibido otras denominaciones: Neurosis de adaptación, (Ali, 1991), de comportamiento (Marty, 1992, 1998), Somatoformes en el DSM-IV (Pichot , et al., 1995), Estructuras border Line (Kernberg, 1990), Estructuras tóxicas (Maldavsky, 1992), Conducta tipo A, conducta anormal (Pilowky, 1996).

La sintomatología somatopsíquica o psicósomática de las enfermedades que, en ocasiones llegan a convertirse en crónicas y dégenerativas, como la diabetes, entre

otras, es abordada en este trabajo, en primer lugar, desde una concepción psicofisiológica como sustrato de alteraciones psiconeurofísicas, y en segundo lugar, desde una concepción psicoanalítica, al interior de la metapsicología freudiana. Para Freud "La salud [...] no se inscribe de otra manera que [...] metapsicológicamente" (citado en Assoun, 1998, p. 22). Esta concepción teórica evita las distinciones entre soma – psique o orgánico – funcional; es decir, entre el cuerpo real visto como el armazón anatómico y el cuerpo tomado a la vez en sentido figurado.

La metapsicología nos permite comprender como se constituye un síntoma somático inconsciente, como en la histeria de conversión, pero también nos permite conocer como se desconstituye lo inconsciente, al grado tal que, los conflictos se viven en el área somática en vez de la psíquica, como en la Personalidad Normópata, "... lo que marca justamente el momento corporal del síntoma es el hecho de que viene a signar la derrota de las estrategias 'significantes' y a inscribirse como un real, especie de falla de la simbolización, así como de las formaciones inconscientes 'clásicas' (Assoun, 1998, p 23).

Para su estudio, las alteraciones: tanto psicológicas, fisiológicas, como psíquicas, de la Personalidad Normópata, las hemos agrupado en 6 áreas: I. Alexitimia, II. Vida operatoria, III. Desórdenes de conducta, IV Desórdenes afectivos, V. Desorganización de la función psicosomática, VI. Desórdenes sexuales.

El objetivo de este trabajo es comparar dos grupos: uno, de personas con Diabetes Mellitus, no insulino dependientes, y otro, de personas sin ningún tipo de diabetes, para conocer si existen alteraciones en las 6 áreas de la Personalidad Normópata.

El presente trabajo se divide en cinco capítulos:

En el Capítulo I. La enfermedad psicosomática y la personalidad normópata. Revisamos los antecedentes históricos de las enfermedades psicosomáticas, el marco teórico de la Personalidad Normópata.

En el Capítulo II. Aportaciones conceptuales y técnicas del enfoque psicoanalítico al campo de la Diabetes Mellitus. Revisamos el estrés como un modelo biológico: fundamento de las enfermedades psicosomáticas. La Diabetes como una enfermedad psicosomática y el modelo psicoanalítico de la diabetes.

En el Capítulo III. Planteamiento del problema. Se plantea el marco teórico, los objetivos, las hipótesis de la investigación.

En el Capítulo IV. Método. Se plantea el tipo y el diseño de investigación, así como el procedimiento para llevar a cabo la investigación.

En el Capítulo V. Resultados. Se presentan los resultados de la investigación: la comparación entre los dos grupos: diabéticos y no diabéticos. La discusión y las conclusiones del estudio.

En las sugerencias se expone el porqué la psicoterapia tradicional psicoanalítica no es pertinente para los pacientes con una personalidad normópata, planteando algunas modificaciones a la técnica tradicional.

CAPITULO I

LA ENFERMEDAD PSICOSOMÁTICA Y LA PERSONALIDAD NORMÓPATA

"La Medicina psicosomática no es una parte de la Medicina,
es una concepción de la Medicina"
(Ey, Bernard, Brisset, 1978, p. 903).

Desde la última mitad del siglo XX una nueva concepción de la medicina se ha venido perfilando: la medicina psicosomática. En ella convergen diferentes especialidades: la psicología, la medicina, el psicoanálisis, las neurociencias, las disciplinas sociales. Todas ellas están tratando de conjugar las interrogantes que plantea el porque de la enfermedad y su relación con el hombre, en su más amplia dimensión. La preocupación de que lo psicológico está implícito en la enfermedad física data desde los tiempos de Hipócrates. Durante el transcurrir de los tiempos diferentes científicos llevaron a cabo investigaciones para comprobar las tesis formuladas. En la actualidad las investigaciones y los desarrollos teórico – clínicos, tanto en el campo el médico, como en el psicológico, están permitiendo una nueva concepción de la enfermedad, en la cual lo psicológico desempeña un papel importante.

1.1 Antecedentes Históricos De Las Enfermedades Psicosomáticas.

Las concepciones actuales sobre la enfermedad psicosomática son el resultado del trabajo científico de muchos investigadores, e inclusive hasta de los mismos enfermos, trabajos en los cuales, ha través de los tiempos, se ha observado e investigado lo psicológico en la enfermedad física. Durante los primeros siglos de la medicina varias escuelas hicieron su aparición y sus aportes. A continuación se presentan en forma sucinta algunas de ellas.

1.1.1 Las Diferentes Escuelas De La Medicina Psicosomática

A través de los tiempos el conocimiento médico ha oscilado entre dos líneas de pensamiento: por un lado, la medicina humanista y por otro, la medicina científica.

La medicina humanista ha visto la enfermedad como una reacción del enfermo a sus condiciones materiales de vida, una consecuencia de los intercambios que él establece con su modo de vida. Esta es una concepción Hipocrática.

La medicina científica, diferente de la anterior, se concibió como " una especie de parásito que habita el interior de su organismo, una lesión en la estructura de su disposición celular" (Ey, et al., 1978, p. 904). Es la doctrina inaugurada por los primeros anatomistas. Según ellos, esta tesis es más objetiva que la humanista y se sitúa dentro de una concepción científica más rigurosa que la anterior, aunque despoja al enfermo de su singularidad y de su individualidad.

Descartes (1596-1650) aceptó el dualismo mente – cuerpo. Sus tesis principales fueron: "La materia constaba de una sustancia extensa que funcionaba según principios puramente mecánicos. El alma, por otra parte, era una sustancia inextensa y totalmente libre en su modo de actuación.(...) Se consideraba que las dos clases de sustancias actuaban reciprocamente una sobre otra a través de la glándula pineal, de modo que la mente puede

afectar al cuerpo y este puede afectar a la mente." (Zax y Cowen, 1979, p. 208).

G.W. Leibnitz (1646-1716), filósofo destacado de su tiempo aceptaba también la dualidad mente cuerpo. Para él, los fenómenos psicológicos básicos eran la conciencia, y postulaba que la substancia elemental en todo ser humano era la monada, definiéndola como un reloj perfectamente construido que una vez puesto en marcha era inexorable en su curso y su destino; dos relojes determinaban el curso de la vida del hombre: la mente y el cuerpo, influyéndose mutuamente pero con rumbos paralelos. (cit. en Zax, Cowen, 1979).

Durante el siglo XIX los desarrollos de la medicina psicósomática fueron ampliándose. Se particularizaron observaciones y se empezaron a sistematizar algunas enfermedades que afectaban sistemas fisiológicos específicos relacionados éstos con factores emocionales del aparato digestivo, respiratorio, cardiovascular. En ese momento el énfasis estaba puesto en las emociones. Willian Beaumonte observó por años que, "(...) el miedo o el enojo limitaban las secreciones, haciendo que el revestimiento del intestino se pusiera rojo y seco y adoptara un aspecto poco sano" (Zax, y Cowen, 1979, p. 209).

En el siglo pasado, Freud elaboró una teoría para explicar las causas de los síntomas somáticos en las neurosis. Un cuerpo teórico diferente del que hasta entonces había existido, para el estudio de los síntomas conversivos de la histeria, en la cual, lo somático era una representación simbólica del conflicto inconsciente (Freud, 1893). Viejas concepciones sobre lo psicológico en la enfermedad física fueron abandonadas por él. La disociación mente - cuerpo fue sustituido por una interpretación de lo subjetivo, donde el síntoma somático es producto de la dinámica interna del paciente.

A lo largo del siglo pasado y del siglo XX tres escuelas se han distinguido en las investigaciones de la medicina psicósomática: (Ey, et al., 1978).

-
1. La escuela norteamericana, cuyos principales exponentes fueron: F. Alexander, F. Dunbar, Weiss y English, Cobb, Deutsch, Grinker, Selye, Spiegel, algunos de ellos con orientación psicoanalítica.
 2. La escuela rusa de inspiración reflexológica (Bykow)
 3. La escuela alemana de inspiración biológica y filosófica: O. Schwartz, Von Krehl, Von Weizsacker, Von Berman.

En 1945 Flanders Dunbar (cit. en Zax y Cowen, 1979) enfatizó la asociación entre ciertos tipos de personalidad y ciertos síntomas psicológicos. Observó en sus investigaciones la relación entre tipos específicos de personalidad y la aparición de determinados trastornos orgánicos, encontrando una correlación mayor entre conjuntos de rasgos que llamó perfiles psicológicos, describiendo los tipos de personalidad de los enfermos de úlcera péptica, migraña, oclusión coronaria.

Los estudios de F. Alexander en la década de los 50, contribuyeron al desarrollo de una concepción psicosomática de la medicina y postulaban:

Del mismo modo que cierto microorganismo patológico tiene una afinidad específica para determinados órganos, algunos conflictos emocionales tienden a afectar específicamente a ciertos órganos internos. Por ejemplo, la inhibición de la cólera tiene una relación específica con el sistema cardiovascular; la búsqueda de ayuda de personas dependientes tiene relación específica con las funciones de la nutrición, un conflicto entre los deseos sexuales y las tendencias dependientes tiene una influencia específica en la función respiratoria. (...) Los síntomas histéricos pueden expresar simbólicamente significados porque el sistema nervioso de la vida de relación, tiene las conexiones cerebrales que lo hacen posible, en tanto que el sistema nervioso vegetativo inerva vísceras y carece de dichas conexiones. (...) La ceguera histérica que expresa simbólicamente un contenido, el "no querer ver" una

situación de la vida que resulta intolerable. En cambio, una colitis espástica no comunica ni expresa nada, no es la defensa ante un impulso, es simplemente un aspecto del patrón fisiológico de un estado recurrente o persistente de tensión. Otro ejemplo es el de la cefalea tensional. Los músculos de la cabeza y del cuello duelen porque están sujetos a una contracción excesiva y sostenida debido a que la persona mantiene una actitud permanentemente de vigilancia. En este caso el síntoma tampoco expresa ni comunica nada especial. (De la Fuente, 1996, pp. 332/333)

Para otros investigadores las interrogantes de esa época eran:

¿Por qué bajo una tensión emocional violenta o sostenida un individuo vomita y otro sufre cefalea? Una respuesta es que diversas situaciones psicológicas, cuyo elemento común es generar estrés, debilitan las defensas del individuo y causan trastornos y enfermedades en forma inespecíficas. Otro criterio era que algunas circunstancias que producen estrés suscitan respuestas viscerales que son propias de cada persona, es decir, que hay personas que reaccionan con el estómago, o bien con el sistema circulatorio, la piel o la nariz, según predisposiciones individuales. (De la Fuente, 1996, p. 330)

El mérito de estos hallazgos se debe al Dr. Hans Selye, quien descubrió los efectos en el organismo del individuo, cuando está sujeto a fuertes presiones, a esta enfermedad le llamó estrés biológico. En sus investigaciones con ratas encontró que

Dichos animales presentaban signos físicos que denotaban un aumento en la actividad de las glándulas suprarrenales, que son unas pequeñas formaciones anatómicas que están montadas sobre el riñón; había también una atrofia del sistema linfático encargado de fabricar las "defensas del organismo". Y úlceras del estómago (Pérez T., 1992, p. 22).

1.2. Las Concepciones Actuales Sobre La Personalidad Del Enfermo Psicósomático.

Las observaciones e investigaciones durante los últimos 50 años realizadas sobre determinadas enfermedades, han ido arrojando luz sobre la psicogénesis de las enfermedades y sobre todo sobre la personalidad psicósomática.

A continuación se presenta un panorama de las investigaciones:

En 1954 algunos estudiosos del tema observaron en los enfermos de tuberculosis pulmonar que los mecanismo defensivos eran diferentes de los mecanismo propios de los neuróticos, también la estructura psíquica difería de la neurótica. "Estas dos nociones, mal circunscritas en aquella época, constituyeron empero la primera vía de acceso hacia las concepciones de insuficiencia fundamental o transitoria del funcionamiento mental." (Marty, 1992, p. 28).

Maurice Bouvet observó en estos pacientes " un distanciamiento efectivo, tópico y hasta geográfico con relación al objeto conflictual real (la madre en la mayoría de los casos). (cit. en Marty, 1992, p. 28).

En el estudio de las cefalalgias en Francia, Norteamérica, y Sudamérica, se observó que en estos enfermos existía un sistema de defensas tipo neurótico y que también intervenían mecanismos de orden somático; el síntoma no se presentaba "como una pantalla neurótica' sino como la traducción de una 'dificultad del pensar', como un 'miedo a la realización verbal del pensamiento', como un 'bloqueo de la conciencia' en el sentido amplio de la palabra. " (Marty, 1992, p. 29) Además del bloqueo de pensamiento y de la inhibición intelectual existía en estos pacientes un carácter anal, rasgos sadomasoquistas, la erotización de la cabeza vivida como órgano

sexual.

Las raquialgias fueron de interés de los psicósomatólogos por las hipertónicas musculares. Se encontró en los enfermos una imposibilidad de descarga por las vías directamente musculares y de elaboración mental. " Las capas arcaicas (oral y anal) de la motricidad se hallaban colocadas en relieve y se destacaba la inhibición de la energía esencial, genital" (Marty, 1992, p. 32).

P. Marty y M. De M'Uzan fueron los primeros que postularon el concepto de pensamiento operatorio, describiendo su funcionamiento mental de la siguiente manera:

El principio era simple: las actividades fantasmáticas y oníricas permiten integrar las tensiones pulsionales y de este modo protegen la salud física individual; el pensamiento operatorio [PO] que pone en evidencia la carencia funcional de estas actividades, va naturalmente a la par de una relación 'blanca'. El PO no utiliza mecanismo mentales neuróticos o psicóticos. El aislamiento del Inconsciente no parece ser del tipo obsesivo, puesto que no proviene de un distanciamiento obtenido por manipulación mental o verbal del material psíquico. El PO se presenta desprovisto de valor libidinal, casi no permite que se exteriorice una agresividad, demuestra ser inepto para sostener la dramatización sado-masoquista. Se lo puede considerar como una modalidad del proceso secundario en virtud de su orientación hacia la realidad sensible, del afán de causalidad, de lógica, de continuidad. No obstante, este pensamiento que se aferra a cosas y no a conceptos abstractos, ni a productos de la imaginación o a expresiones simbólicas, sugiere la precariedad de la conexión con las palabras, así como la existencia de un proceso de investidura de nivel arcaico." (Marty, 1992, pp. 36/37).

En 1980 la noción de vida operatoria reemplaza relativamente a la de PO; esta

sustitución se hizo para explicar la disminución del pensamiento frente a la importancia que adquieren los comportamientos. En algunas enfermedades psicósomáticas la vida operatoria se puede ligar a la depresión esencial, lo cual trae como resultado una cronicidad en la enfermedad.

La depresión esencial la definen en la forma siguiente:

Son depresiones sin objeto, ni autoacusaciones, ni siquiera culpabilidad consciente, donde el sentimiento de desvalorización personal y de herida narcisista se orienta electivamente hacia la esfera somática. (...) ella constituye la esencia misma de la depresión, a saber, la disminución de nivel del tono libidinal sin contrapartida económica positiva alguna." (Marty, 1992, p. 39).

P. Marty (1992) propuso el concepto de la desorganización progresiva (la DsP), definiéndola como "la destrucción de la organización libidinal de un individuo en un momento dado. Corresponde en parte al concepto freudiano de 'desintricación', y el calificativo de progresiva pone en evidencia que el movimiento retrógrado no es jamás frenado por ningún sistema regresivo válido. En la mayoría de los casos, la desorganización culmina en un proceso de somatización." (p. 42).

En 1973. Sifneos y Nemiah (cit. en Marty, 1992, Wehmer, 1995) propusieron la noción de alexitimia, aplicable aquellos sujetos incapaces de descodificar y expresar las emociones. Formularon la hipótesis de un sustrato neurofisiológico para este fenómeno. Estas observaciones inspiraron a los psicósomatólogos parisinos para continuar investigando sobre la alexitimia, quién designa a los sujetos que carecen de palabras para nombrar sus estados afectivos.

J. McDougall, en su obra Teatros del cuerpo (1991) usó un concepto psicopatológico para sus pacientes somatizadores, los llamó NORMÓPATAS. Con esta noción pretendió

dar su propia versión de la personalidad del enfermo psicossomático.

Otros autores, propusieron diferentes categorías para definir la personalidad psicossomática: patología de la adaptación (Ali, 1991), neurosis de comportamiento (Marty, 1992), Desórdenes fronterizos (Kernberg (1990), padecimientos somatoformes (Pichot., et al., 1995, DSM- IV).

1.3. El Diagnóstico de la Personalidad Normópata

La elaboración de un diagnóstico para conocer las alteraciones tanto psicológicas como psíquicas, en la personalidad de un individuo es fundamental para determinar lo psicopatológico en ella. El diagnóstico permite sobre todo, una amplia gama de acciones: en el terreno de la prevención, atención y tratamiento de la patología que se diagnostica. Para elaborar un diagnóstico es necesario un cuerpo teórico que interprete el porque de la alteración o de la patología. En este trabajo hemos elegido la teoría psicoanalítica para determinar si existe una alteración de la personalidad, en las personas que formaron parte del estudio. La personalidad estudiada es la Normópata, postulada por McDougall, J. (1991)

Esta autora, en su libro Teatros del cuerpo, postuló la noción de Personalidad Normópata para designar la psicopatología propia de los enfermos psicossomáticos, aunque no es exclusiva de estos cuadros. Para ella, los normópatas representan un teatro muy especial: el teatro del drama corporal. La principal característica de este drama es que los personajes de la obra desaparecen y toda la vida psíquica enmudece.

Con la expresión TEATROS (escenarios), la autora otorga a la experiencia dramatizada en el trabajo psicoanalítico " (...) una cualidad <visual> que nos permite

contactar con los personajes de la <obra> de una manera más <real y concreta> que la que podríamos lograr con el mero relato verbal o su descripción más abstracta” (McDougal, 1987, p. 7). La autora, con la metáfora de teatros soslayó las clasificaciones psiquiátricas y psicoanalíticas que tanto lastiman al paciente, pues los núcleos de locura, de neurosis, de psicosis, de manifestaciones psicossomáticas leves o graves, pueden estar presentes en todas las personas, y no solamente en los enfermos mentales.

Nadie se escapa en representar los dramas que comportan la vida humana, sólo que en la edad adulta se ignora mucho de ellos: como su procedencia, quienes son los verdaderos personajes a los que se está representando; dramas que en la época infantil (sobre todo aquellos relacionados con el complejo edípico) fueron vividos por el yo en su más amplia dimensión, pero que con el correr de los años se transformaron en síntomas. En ocasiones, el síntoma psicossomático borra, especialmente en la personalidad del normópata, todo vestigio del síntoma psíquico: la angustia, el conflicto, el sueño, el contenido simbólico del pensamiento. Todo ello a consecuencia de la desconstitución del inconsciente, lo que implica que el drama se viva y se escenifique en el cuerpo, es un drama silencioso.

Cada personaje del teatro secreto se compromete, por tanto, a interpretar indefinidamente los papeles del pasado, utilizando técnicas descubiertas durante la infancia y reproduciendo con siniestra precisión las mismas tragedias y comedias, con los mismos resultados y con idénticas cantidades de dolor y de placer. Lo que entonces eran intentos de autocuración ante el dolor y el conflicto psíquico, ahora son síntomas producidos por el yo adulto, siguiendo con las mismas soluciones olvidadas infantiles. Los dramas psíquicos resultantes pueden llamarse neurosis o perturbaciones narcisistas, adicciones o perversiones, psicosis o psicossomatosis,

pero sus orígenes se encuentran en la necesidad de nuestro yo infantil de protegerse a sí mismo del sufrimiento psíquico (McDougall, 1987, p. 15).

El silencio o la ausencia de lo psíquico, en las enfermedades psicossomáticas se relaciona con las heridas narcisistas (fracturas en la relación amorosa madre-hijo, en los primeros meses o años de vida) que constituyeron el síntoma somático; heridas a causa de los sufrimientos vividos en los primeros años de vida que fueron los que impidieron la constitución de una vida psíquica normal.

Para McDugall, (1987) esta forma de trabajo psíquico se relaciona con los dramas de lo imposible. Todos los individuos están comprometidos con dos aspectos de la realidad: lo prohibido y lo imposible. Lo prohibido está íntimamente relacionado con la represión y el retorno de lo reprimido, como es el caso de la neurosis. La represión, hace imposible la realización del acto deseado, mismo que se manifiesta posteriormente a través de los síntomas neuróticos. Los verdaderos imposibles están relacionados con las heridas narcisistas: con la falta de identidad, tanto corporal como del mismo ser, con la imposibilidad y el anhelo de ser uno, en el que la separación, la sexualidad y la muerte son negadas como realidades externas. Por tanto, estos imposibles de las estructuras narcisistas tienen su sello muy particular: los dramas no se viven en el interior del psiquismo sino en el exterior, se descargan en acciones y no se hacen asequibles al conocimiento propio, es más, ni siquiera pueden llegar a ser nombrados.

La autora denomina a los normópatas precisamente por su aparente normalidad a pesar de las alteraciones de su personalidad. Desde hace décadas, las observaciones cuidadosas de diferentes autores (Garma, 1975; Chiozza, 1970; Marty, 1992, 1998; Ey, et al., 1978, Pichot, 1995) sobre la conducta de los llamados enfermos psicossomáticos, fueron dando luz del porque de esa aparente normalidad. Estas

observaciones han permitido crear, a través de todos estos años, nuevas concepciones nosográficas para designar lo atípico de esta personalidad, en relación con otras patologías, como las neurosis, las psicosis.

A través de los últimos 40 años fueron apareciendo conceptos para sistematizar las alteraciones de personalidad observadas en enfermos crónicos, tales como alteraciones conductuales, afectivas, sexuales, conformándose a través del tiempo un cuadro psicopatológico diferente y específico del enfermo psicossomático. Para algunos de esos autores no solamente son alteraciones de personalidad **sino también la creación de una nueva estructura psíquica.**

1.4. La Estructura Psíquica y Las Alteraciones En La Personalidad Normópata

La estructura psíquica es la responsable de la personalidad de un individuo. Freud (1923b), teoriza sobre la concepción estructural del aparato psíquico: Ello, Yo y Superyó. La personalidad normópata se tiene que analizar a la luz de estas concepciones, es decir, cuando y como se dieron las fracturas para constituirse una estructura psicopatológica, que sustenta este tipo de personalidad.

1.4.1. La Metapsicología De Las Alteraciones En La Personalidad Normópata.

La metapsicología freudiana es un cuerpo teórico responsable de explicar la constitución de la estructura llamada aparato psíquico. Cuatro son las hipótesis que la definen: la

tópica, la dinámica, la económica y la estructural. El aparato psíquico se puede constituir bajo cuatro modalidades diferentes, según el mecanismo defensivo que define la estructura: la normal, la neurótica, la psicótica y la perversa.

Para algunos especialistas (McDougall, 1987 y 1991, Maldavsky, 1992 y 1995, Ali, 1991, Marti, 1992, 1998) la estructura que sustenta la personalidad del enfermo psicosomático es diferente de las cuatro citadas anteriormente.

Para McDougal, (1987 y 1991) la razón principal para que la estructura psíquica se quede sin sus propios contenidos y se organice en una forma operatoria es la **desconstitución del sistema inconsciente a consecuencia de las regresiones al área somática.**

Para Maldavsky (1988), siguiendo la línea de Freud (1923b), el Yo corporal es la primera organización yoica, y desde los orígenes puede sufrir fracturas en su constitución, mismas que se reflejarán en todo el psiquismo. Las causas para que se den estas fracturas son, entre otras, 1) las condiciones materiales de gestación y de nacimiento del niño, y 2) la desconstitución del sistema percepción conciencia. Ambas, a consecuencia de las condiciones materiales de vida del individuo que no fueron las óptimas, y que no permitieron en su momento oportuno, que se constituyera una estructura psíquica normal.

Desde una comprensión metapsicológica las alteraciones en la estructura psíquica del normópata, responsables de los desórdenes de la personalidad son:

1. La genética nos explica las fracturas en la estructura del yo, sobre todo en el Yo corporal (Maldavsky, 1988), que es el que sostiene las funciones psicosomáticas. Este es el motivo por el cual, en la edad adulta cuando se presenta alguna situación difícil se puede generar una regresión psíquica hasta el campo somático.
2. La tópica nos explica las fracturas en el sistema percepción conciencia cuando se

rompen las barreras de contacto, reflejándose est fractura en la fragilidad de los tres sistemas: inconsciente, preconsciente y consciente, a tal grado que, ante exigencias mayores o menores de la vida, se pueden desconstituir.

3. La dinámica nos explica la composición de fuerzas libidinales y el porqué de los síntomas psicossomáticos. Los mecanismos responsables del conflicto según McDougall (1992) son: la deprivación, la desafectación y la dispersión. Estos mecanismos son los que definen la estructura y también los responsables de que ella se quede sin contenidos representacionales, y el conflicto se escenifique en la esfera somática. El mecanismo de desafectación provoca los síntomas somáticos graves por el grado de regresión que produce. La falta de contenidos psíquicos y las regresiones al campo somático son una diferencia esencial con las cuatro estructuras definidas por Freud (1915d, 1925 [1926d]).
4. La económica nos explica como la circulación, la distribución, y la cualificación de la energía está determinada en esta estructura por los mecanismos de desafectación y de dispersión (McDougall, 1991), los cuales impiden transformar la voluptuosidad de la excitación en sensualidad, sensorialidad y en sensibilidad.

1.4.2. Las Condiciones De Gestación: El No Deseo De Hijo

Según McDougall, (1991) desde la gestación del hijo se puede perfilar la constitución de una personalidad normópata por las propias condiciones de gestación. Por lo general, son hijos donde esta en entredicho la figura del padre, además, el no deseo del hijo tanto de la madre como del padre determina desde el principio una constelación afectiva muy difícil para el bebé. La relación que va a imperar a lo largo de su vida es la diada madre - hijo, el padre siempre estará excluido tanto del mundo simbólico como de la propia

realidad. Por la ausencia del padre.

La imagen interna de la madre se vuelve sumamente peligrosa. Cuando no existe la fantasía del pene paterno que desempeñe un papel libidinal y narcisista complementario en la vida de la madre, la representación mental del sexo de ésta (que ella trasmite a su hijo) se convierte en la de un vacío ilimitado (McDougall, 1991, p.55).

A pesar de los orígenes tan difíciles de estos personajes, llegan a alcanzar una organización edípica normal, una vida sexual y social de adultos. Sin embargo, se ha descubierto que a esta estructura edípica normal se ha incorporado, a través de todo su proceso de constitución una organización mucho más primitiva, Ali, S. (1991) la ha denominado formación caracterial, y es la responsable de la aparente normalidad en la conducta del normópata

Funcionar sin fallas de manera permanente, exige que la represión deje de ser un proceso parcial para integrarse al conjunto del funcionamiento. Integración que significa una profunda modificación caracterial, la alteración del ser mismo del sujeto, y que hace que la represión, convertida en modalidad principal de la existencia, se repita más tarde incansablemente a lo largo de toda una vida, cada vez que lo reprimido amenaza con despuntar. Así, la represión determina la formación caracterial que, a su vez, determina la represión. Aquí el funcionamiento caracterial coincide con el proceso de represión, el cual paradójicamente, permite al sujeto adaptarse socialmente adoptando las exigencias del medio familiar y hacer abstracción de lo que él es en tanto subjetividad. Sin embargo, el sujeto no se oculta detrás de una máscara, no aparenta, no teatraliza. Ninguna simulación, ninguna disimulación: las exigencias

familiares, interiorizadas, simplemente vienen a ocupar el lugar de una subjetividad que se retrae (pp. 31 y32)

El niño es educado solamente por la madre, con una educación de acuerdo a su deseo y a su realidad. La norma, que no es otra cosa que el mundo de la madre, es la que debe imperar siempre y en todo momento: impera en la niñez y aún siendo adulto. Todo lo que no concuerde con el deseo la madre debe ser expulsado del campo perceptivo del niño por considerarse nulo y sin valor. Esta expulsión esta presente desde muy temprana edad precisamente, cuando comienza a organizarse el campo perceptivo, y desde esa época, se debe experimentar una estilización a todo aquello que no coincida con la norma de la madre. El objetivo principal es hacer coincidir la percepción con lo que debe ser percibido: lo ordenado por la madre. Todo lo que se expulsa adquiere la categoría de prohibido, pero todo lo expulsado siempre retorna, y cuando ello sucede puede recaer sobre la sexualidad, el afecto, el pensamiento y el cuerpo, ejerciendo su prohibición en lo cual se recae.

Esta identidad perceptiva de la diada madre- hijo constituye una lógica de identidad, (Es una lógica extralingüística constitutiva del inconsciente que reproduce en forma idéntica lo percibido (Maldavsky, 1988), y es la que siempre va a imperar en esta patología. Su objetivo es velar por esa identidad, ser siempre idéntico a la madre. Esta lógica impide que se constituya para siempre un sentimiento y una identidad propia. Hecho que afecta en una forma devastadora la subjetividad del individuo, el intento de reconocimiento: soy y existo fracasa en cada momento que se intente alcanzar una diferencia. Por ello, el psiquismo se queda sin contenidos propios y en una permanente identidad con el otro.

Las fantasías que dominan la psique del niño y del adulto por esta relación de fusión,

tanto mental como corporal, son devastadoras; cuando hay un intento de separación provocan un estado de pánico. La estructura caracterial como formación protectora mantendrá a toda costa la identificación con la madre porque si esto no sucede entonces la madre lo podrá destruir. Por tanto, La figura de la madre tiene un doble vínculo: omnipotente y omnipresente, pero también la de una mujer frágil que es muy fácil destruir. Con este tipo de relación se construye, en el niño, la fantasía de no ser sueño de su propio cuerpo, o de siempre estar bajo del control del otro, fantasía que perdurará hasta que sea adulto y hasta la propia muerte.

1.4.3. La Función de Protección Antiestímulo De La Madre.

Las condiciones materiales de gestación y del nacimiento del niño descrito anteriormente, condicionan alteraciones psíquicas internas graves. La función materna que debe funcionar como escudo protector en los primeros días de nacido el bebé, para protegerlo de los potentes estímulos del mundo exterior, no está presente. Por lo general, en la estructura del normópata esta función no se cumple. Por este motivo, la protección antiestímulo de las barreras de contacto del sistema percepción conciencia (Freud, 1950 [1895]) se atrofian y las excitaciones no pueden ser ni reducidas ni filtradas a cantidades que puedan ser controladas por el Principio de Constancia, en el incipiente aparato psíquico.

Cuando la madre no cumple la función de protección antiestímulo determina dos hechos importantes: en primer lugar, la energía no puede calificarse, por tanto, la sensorialidad se atrofia, es decir, no adquiere la cualidad de sensación: placentera/displacentera, por lo tanto, tampoco existe una transformación afectiva; en segundo lugar, existe una falta de orientación en la conducta de las excitaciones internas ya que

no se puede distinguir su procedencia, lo que ocasiona una multiplicación del displacer. Estas cantidades se tratan como si su origen fuera siempre externo, en vez de interno. El adentro y el afuera que, en principio es diferenciado por el incipiente aparato psíquico, por las sensaciones de placer / displacer, no se constituye.

Lo anterior, es de consecuencia devastadoras para el psiquismo y sobre todo para la subjetividad del individuo, pues el camino de la individuación sufre consecuencias graves. La función materna que debe constituirse como una barrera contra las severas regresiones psicósomáticas, en estos individuos es tortuosa y llena de situaciones difíciles, los procesos de separación entre madre e hijo son vividos en forma mortal.

1.4.4. La Fusión Corporal (Un Cuerpo Para Dos)

Por la dificultad en los procesos de individuación se origina una fusión corporal entre madre e hijo. Tanto en la infancia como en la edad adulta, ante todo intento de separación las angustias son devastadoras. La enfermedad como una salida al conflicto se presenta en cada intento de separación o ante cualquier conflicto de relación por mínimo que este sea, pues el sufrimiento físico se puede tolerar, pero el psíquico no, la angustia de separación contiene fantasías de devoración que se viven como letales.

En el período de constitución del yo corporal la madre es un doble de sí, ahora bien, en las enfermedades psicósomáticas el sintoma se convierte en la 'madre', a la cual se le quiere destruir, pero en sí, lo que está detrás de todas estas fantasías de destrucción es deshacerse de todo lo que no se puede tolerar de sí mismo: la violencia afectiva, las envidias, los rencores, las fobias, los deseos de muerte para sí mismo y para los otros; el órgano enfermo convertido en un órgano madre que se puede destruir hasta la muerte, pues no se vive como propio. El enfermo solamente se siente vivo por el dolor físico y por

la lucha que entabla con el síntoma para no morir, ya que el deseo de vida no existe en él. Por este hecho, el sufrimiento se reviste de un placer masoquista, y además, también a través de él, se puede tener control sobre los demás.

El órgano que enferma nos dice mucho de lo que no se puede representar o simbolizar psíquicamente. Los problemas de piel están directamente relacionados con los avatares en la constitución del yo piel; las enfermedades que afectan a los órganos internos como el asma, la colitis, la rinitis, las cardiopatías, la artritis, etc., están relacionados con las fracturas en el cuerpo erótico, sobre todo, una falta de investidura libidinal en órganos internos.

1.4.5. Deprivación Psíquica Y Expresión Somática.

McDougall (1987) propone un mecanismo responsable de la abolición del afecto en este tipo de estructura, lo llama el estado de privación psíquica.

Para abordarlo, intenta desde el punto de vista teórico, articular los estados histéricos y psicossomáticos con las concepciones de Freud (1895f, 1895b [1894]) sobre las neurosis actuales y las traumáticas. Esta vinculación está íntimamente ligada a las tres transformaciones posibles del afecto inaccesible al consciente, propuestas por Freud: la conversión histérica, la neurosis obsesiva y las neurosis actuales (1925 [1926d], pp. 106, 111,122).

Independientemente de las tres propuestas anteriores McDougall (1991) propone otra transformación del afecto: el estado "**deprivación**". Cuando el afecto es ahogado en su expresión sin ninguna compensación. Y además, es expulsado fuera del psiquismo, este se queda sin su contenido esencial. Esta deprivación es un trauma para el psiquismo, equiparándola la autora a las neurosis actuales y traumáticas propuestas por Freud.

(1898^a, 1914c, 1916-17)

siguiendo el repudio psíquico de ciertas representaciones mentales, un afecto puede ser ahogado en su expresión, sin ninguna compensación por la pérdida de la experiencia y de la representación del acontecimiento al cual estaba ligada. Lo que significa que este rechazo fuera de la psique no se compensa por la formación de síntomas neuróticos o por la recuperación de la fantasía y de percepciones rechazadas por la psique en forma de ideas delirantes es lo que Freud describió por ejemplo, en el caso Schreber, (1911) En esta eventualidad podemos plantear que la psique se encuentra en estado de privación (McDougall, 1991, p. 54/55)

Cuando el psiquismo expulsa sus propios contenidos, tanto de la conciencia como de la cadena de representaciones, necesariamente estos deben de ser restituidos, pues el psiquismo no se puede quedar vacío, y una de las opciones para llenarlo son las señales somáticas: agudas o crónicas.

Esto es a lo que McDougall (1991) llamó deprivación psíquica; la psique se priva de sus propios contenidos y los sustituye con contenidos somáticos. Este proceso impide o detiene una codificación completa de los contenidos deprivados, se quedan como signos, como una expresión somática sin un contenido simbólico. Pues según Freud, (1915e) para que todo contenido psíquico adquiriera su valor simbólico, es necesario que las representaciones cosa (signos visuales, acústicos cenestésicos, olfativos, táctiles) sean transcritas a representaciones palabra. Esta es una condición esencial para que se realice el enlace con los signos lingüísticos, además, si este requisito no se cumple entonces tampoco recibirán la carga afectiva.

Por la situación anterior, los contenidos psíquicos son ejecutados fuera de la psique y por tanto, se convierten en objetos extraños para ella, o en somatizaciones. Si no

cumplen con los requisitos que impone la tópic a se constituirán registros psíquicos muy primitivos y su evocación se hará a riesgo de una descarga psicósomática, como si fuera una histeria arcaica, esto es lo que sucede en la personalidad normópata.

La histeria arcaica encierra toda la historia de relación madre- hijo, es un conflicto del bebé con relación a su identidad y a su individualidad, sobre el derecho a **existir y a vivir**. En el adulto, se reedita este tipo de histeria, pero los temores están más bien relacionados con la pérdida de la identidad subjetiva, sobre la cual se sostuvo el proceso identificatorio. En la edad adulta, los signos primitivos de la histeria arcaica adquieren toda su dimensión al convertirse en signos del conflicto y manifestarse a través de la enfermedad. **Por este motivo, es que se denominan síntomas psicósomáticos. Es un lenguaje elaborado por el cuerpo para manifestar conflictos psíquicos muy primitivos cuando la psique se ve en peligro por el surgimiento de acontecimientos dolosos, culpabilizantes o amenazantes, pero cuya representación es inmediatamente expulsada del consciente y de la cadena de representación.**

Estos contenidos son asimilados por el psiquismo como si fueran sustancias tóxicas: drogas y el cuerpo reaccionan para protegerlo; una reacción física ante un daño psíquico que pertenece a un orden presimbólico. Es una respuesta somatopsíquicas o psicósomáticas para no sentir y vivenciar fantasías extremadamente primitivas de desamparo, de rabia y de desesperación, así como sus afectos correspondientes.

1.4.6. Afectos: Desafectación Y Dispersión.

Para McDougall, (1987 y 1990) el significado de la "desafectación " es una desconexión entre el pensamiento y el afecto. Por este mecanismo las personas son incapaces de mantener contacto con sus afectos y emociones, Existe una carencia

afectiva y la consecuencia es que estos individuos solamente existen como estructuras petrificadas, vacías de sustancia y de significado, cerradas sobre si mismas, ya que están carentes del afecto, contenido psíquico por excelencia, con defensas sumamente potente para desestimarlos cada vez que se intente sentir.

La desafectación nos remite a sujetos

Que habían sentido precozmente la vivencia de emociones intensas que amenazaban su sentimiento de integridad y de identidad, y que debieron erigir, para sobrevivir psíquicamente, un sistema muy sólido que previniera el regreso de la vivencia traumática que amenazaba con aniquilarlos (McDougall, 1991. p. 111).

El verdadero problema con los normópatas es el repudio que hacen en forma brutal y preventivamente del ámbito de lo consciente de toda representación cargada de afecto, lo que se traduce en una incapacidad para sentir o expresar una emoción; La vivencia escapa al afecto porque antes de sentirlo o de clarificarlo lo dispersan inmediatamente en forma de acción, esta es una defensa contra el dolor, pero esta situación también impone un costo a los afectos placenteros ya que ellos también son dispersados y nunca se llegan a sentir.

El individuo es consciente de la fuerza de las emociones pero tiene una incapacidad para distinguirlos, es ahí cuando se dispersan a través de la acción, con mecanismos compulsivos y adictivos. Con la dispersión como mecanismo defensivo también se ve alterada la capacidad de soñar, de fantasear, de pensar, lo que aumenta el riesgo de un desmoronamiento psicossomático.

Las emociones son esencialmente psicossomáticas. La resomatización del afecto es cuando se eyecta la parte psíquica de una emoción expresándose solamente la parte fisiológica como lo hacía el niño en la primera infancia. La angustia es una señal para

defender al psiquismo de los afectos displacenteros, por tanto, cuando no existe este aviso las representaciones displacenteras son eyectadas, o bien descargadas en la acción. El riesgo con este tipo de mecanismo es que la persona nunca siente que tiene problemas, sin embargo, siempre existe un vacío y una necesidad de algo inespecífico, llenándose ambos, a través de mecanismos compulsivos, como son la toma de medicamento, de alcohol, de comida, del tabaco, del dinero, del de sexo, etc., todos estos sustitutos son sólo objetos transitorios, pues el vacío y la soledad siempre se queda.

Otras personas se entregan compulsivamente al trabajo, al ejercicio como una actividad-adictiva. También se puede utilizar a la pareja como un objeto adictivo, para depositar en ella, no su amor sino su parte adictiva; la pareja siempre tiene una parte buena que calma el conflicto mental y el dolor psíquico, aunque sea por breves momentos, y luego y se le destruya. El objeto adictivo nunca puede sustituir al objeto interno fantaseado, es por eso que siempre tiene que estar presente el objeto externo, cualquiera que sea su presentación.

En las personas desafectivizadas o adictivas, la reacción psicossomática se puede presentar ante situaciones de estrés, esta es una consecuencia del fracaso de la defensa ante la dispersión de un desbordamiento del funcionamiento alexitímico. " Se abre entonces la puerta a una disfunción psicossomática como respuesta a la señal primitiva proveniente de aquella parte de la psique que no posee las palabras para delimitar y contener estas fantasías aterradoras" (McDougall, 1991, p. 118).

Con lo expuesto anteriormente se puede comprender las fracturas en la estructura psíquica, motivo por el cual se constituyó una personalidad diferente de la normal, la Personalidad Normópata.

1.5. El Psicósoma Y Los Sueños. La Función De Los Sueños.

El insomnio es una de las alteraciones que se presentan en este tipo de enfermedades, por precisamente por el tipo de estructura que sustenta la personalidad; no existe un espacio psíquico en el cual se pueda representar lo soñado.

1.5.1. El Insomnio En El Normópata.

En los normópatas existen graves trastornos de sueño y una incapacidad para soñar, por los mecanismo de defensas utilizadas por el yo para enfrentar el conflicto, pero también, y principalmente, por las alteraciones que produce la falta de una función materna que, una vez constituida funciona como una envoltura psíquica, con funciones como saco contenedor, barrera de protección, membrana activa, etc.

Para Freud (1900a), el sueño es el guardián del dormir, se sueña para descargar todo pensamiento perturbador y así continuar durmiendo. Ahora bien, para que se genere lo soñado es necesario que exista un espacio psíquico donde escenificar dichos contenidos. Para ello, se tiene que constituir una pantalla, la pantalla del sueño, esta se puede comparar con la imagen introyectada del seno materno, imagen tranquilizadora necesaria para que el niño pueda dormir, es una función materna por excelencia. A esta función materna Missenard (1990) le ha llamado 'envoltura psíquica', es una envoltura narcisista, una envoltura del sueño. Lo que llamó Freud (1900a) el ombligo del sueño, es el lugar de lo 'no reconocido' de la relación con la madre, también representa un límite, una zona de frontera, donde lo que pertenece a la madre y al hijo se intrincan en una sola unidad como cuando el niño estuvo en el vientre de la madre.

Cuando esta investidura se desgarrar como en las neurosis traumáticas, en las neurosis actuales o en las enfermedades psicossomáticas, es entonces cuando surge el insomnio. La pérdida de la función onírica impide descargar la tensión a través de la satisfacción alucinatoria, entonces la psique emite señales somatopsíquicas, infraverbales y arcaicas para salvar al yo de la muerte psíquica. Este es el motivo de que las descargas tomen el camino más cercano a lo fisiológico. El insomnio es señal de que la función materna fundamental se ha roto, además, de otros procesos como es la imposibilidad de construir fantasías conscientes o preconscientes, la aparición de angustias arcaicas u otros elementos, y no se puedan transformar en contenidos del sueño., Estas son las razones por las que no se puede construir lo soñado, es decir, el sueño no tiene material para elaborar, para figurar los pensamientos. Los somníferos ejercen esta función por el estado de relajación que generan, y desempeñan el papel de objetos transicionales pues sustituyen a la madre y aseguran el sueño pero con un peligro adictivo.

1.6. Los Contenidos De La Personalidad Normópata

Por lo expuesto a lo largo del presente capítulo, la Personalidad Normópata es un estructura psicopatológica, con una aparente normalidad, en la cual existen alteraciones físicas: enfermedades físicas, psicológicas: cognitivas, afectivas volitivas, y psíquicas (como las expuestas a lo largo del capítulo): constitución de una estructura psicopatológica específica; desconstitución de los sistemas: inconsciente, preconsciente y consciente, fantasías arcaicas, defensas específicas, las cuáles permiten desestimar constantemente la vivencia afectiva, sustituyéndola por contenidos somáticos, etc.

Con la finalidad de realizar el estudio de la Personalidad Normópata a 40 personas: 20

diabéticos y 20 no diabéticos, hemos agrupado las alteraciones de la Personalidad Normópata en 6 áreas, ya que las historias clínicas se analizarán en base a estas alteraciones, y se interpretarán desde una perspectiva psicoanalítica, como la expuesta en este capítulo.

I ALEXITIMIA

1. Dificultad para identificar y nombrar las emociones.
2. Dificultad para distinguir entre emociones y sensaciones corporales
3. Deterioro de la capacidad de simbolización. Pobreza de pensamiento y de imaginación.
4. Dificultad para representar simbólicamente los conflictos.
5. Preferencia para enfocar acontecimientos externos más que experiencias internas

"P. E. Sifneos y J. C. Nemiah propusieron en 1973, la noción de <alexitimia> aplicable a sujetos incapaces de decodificar expresar las emociones. Formularon la hipótesis de un sustrato neurofisiológico para este fenómeno" (cit. en Marty, 1992, p. 36).

II. VIDA OPERATORIA.

1. Intereses Mecánicos De Vida.

1. Automatismo de vida. La actividad de vida se vuelve compulsiva sin poder detenerse y cambiar.
2. Ausencia de deseos. No se tiene gratificación por lo que se hace.

"La disminución del pensamiento frente a la importancia que adquieren los comportamientos. Las escasas representaciones que parecen existir son (como los

sueños) pobres, repetitivas y llevan impreso el sello de lo actual y de lo fáctico" (Marty, 1992, p. 37).

2. Pensamiento Operatorio (PO).

1. Alteraciones en el pensamiento y la en la expresión verbal.
2. Relaciones conflictivas. Apego desconectado.

El concepto de pensamiento operatorio (PO) fue una de las primeras nociones que apareció para referirse a las alteraciones de pensamiento de los enfermos psicossomáticos, el concepto de vida operatoria viene a ampliarlo y a contextualizarlo dentro de todo un comportamiento del individuo.

El apego desconectado se define como una relación paradójica, manifestada por una adhesividad acompañada por la desconexión. (La adhesividad es un nexo vincular tipo ventosa. No se reconoce el vínculo pero es vital para vivir).

II. DESÓRDENES DE CONDUCTA.

Estos desórdenes se definen como aquellas manifestaciones conductuales en las cuales se detectan alteraciones en:

1. Dependencia (fusión con el otro)
2. Imagen distorsionada de sí mismo. (Alteraciones en la imagen corporal)
3. Alteración profunda del sueño y de la conducta onírica
4. Alteraciones del tiempo y del espacio

Los desórdenes de conducta están relacionados directamente con la fusión corporal (condensación de imágenes psíquicas, de sí mismo y del otro) que se establece en las

relaciones con los otros. La expresión utilizada por McDougall (1987) es un 'cuerpo para dos'.

IV. DESÓRDENES AFECTIVOS.

Son alteraciones que se presentan en la intensidad y en la cualidad afectiva, oscilando entre la ausencia y la presencia intensa

1. Depresión
2. Angustias intensas y automáticas
3. Predominio del acto sobre la vivencia afectiva
4. Envidias y manifestaciones agresivas.

McDougall (1987) propone dos mecanismos defensivos causantes de los desordenes afectivos: la desafectivación y la dispersión. Cuando estos mecanismos fallan se presentan síntomas afectivos severos. Este tipo de defensas cuida para que los sentimientos dolorosos o placenteros no puedan ser reconocidos por el sujeto y se dispersen en conductas hiperactivas.

IV. DESORGANIZACION DE LA FUNCION PSICOSOMÁTICA.

Es una función yoica responsable de representar, y por tanto de ligar, lo somático con lo psíquico. Se puede desconstituir desde épocas muy tempranas por condiciones desfavorables de vida, o posteriormente por o por alguna situación traumática

1. Maltrato.
2. Desnutrición y problemas económicos: durante la primera infancia y en cualquier época de la vida

3. Abandono.

La desorganización de la función psicossomática se presenta por la desconstitución del inconsciente a consecuencia de los conflictos, la regresión hasta el área somática y el tipo de defensas que utiliza la estructura. Desde la infancia se pueden constituir fracturas en esta función convirtiéndose en fuente de atracción para los conflictos posteriores, lo que puede generar enfermedades graves y degenerativas.

V. DESÓRDENES SEXUALES.

Alteraciones en el área sexual se pueden manifestar de la siguiente forma

1. Desinterés en la relación sexual y ausencia de placer.
2. Conflictos en las relaciones amorosas.
3. Adicciones

Y llegamos, por último, al drama más sombrío del teatro psíquico: una trama en la que los personajes logran salir a escena alterando profundamente el funcionamiento biológico del cuerpo. En estas escenas la psique parece haber abandonado la lucha, dejando que el soma escenifique su propio espectáculo, carente de palabras.

(McDougall, 1987, p. 18).

CAPITULO II

APORTACIONES CONCEPTUALES Y TÉCNICAS DEL ENFOQUE PSICOANALÍTICO AL CAMPO DE LA DIABETES MELLITUS.

2.1. Concepción Médica De La Diabetes Mellitus,

Que Es La Diabetes

En esta enfermedad el páncreas no produce suficiente insulina, o bien, las células del organismo no son capaces de utilizarla en forma adecuada. Como consecuencia, la glucosa (azúcar) que normalmente consumimos y producimos en nuestro cuerpo no se transforma en nuestra fuente principal de energía y permanece en la circulación sin poder ser utilizada. Entonces, se elevan los niveles de aquélla en la sangre y se presentan los síntomas de este padecimiento.

Porque Se Presenta La Enfermedad

Las proteínas de los alimentos en la sangre se convierten en aminoácidos, las grasas en ácidos grasos y los carbohidratos en glucosa. De esta forma, lo que ingerimos en la dieta viaja por el torrente sanguíneo para satisfacer las necesidades del organismo.

La glucosa (azúcar), la cual para utilizarse como nuestra principal fuente de energía o para ser almacenada requiere introducirse en aquellas células de nuestro organismo

capaces de procesarla y de convertirla en una fuente de energía. Para que esto ocurra, se requiere de la insulina.

La insulina es una hormona que se produce en el páncreas, glándula que podemos ubicar anatómicamente detrás del estómago. Este órgano de nuestro cuerpo libera insulina para poder utilizar adecuadamente los alimentos, la cual se encarga 'de abrir las puertas de las células', permite que la glucosa entre y sea utilizada y transformada en energía. También favorece la mejor utilización y almacenamiento de las grasas y proteínas. El páncreas también desempeña otras funciones que no se ven afectadas por la diabetes, por ejemplo, la 'producción' o 'liberación' de jugos digestivos y enzimas que favorecen la absorción adecuada de los nutrientes.

En caso de no producirse la insulina o si ésta no actúa en forma adecuada, la glucosa no podrá introducirse en las células, por lo que viajará por todo el torrente sanguíneo, hasta llegar a los riñones y ahí finalmente se eliminará con la orina.

Diferentes Tipos De Diabetes

Existen principalmente dos tipos de diabetes: la tipo 1 o insulino--dependiente y la tipo 2, ó no insulino-dependiente, antes conocida como diabetes del adulto.

Diabetes Tipo 2

Las personas con este tipo de padecimientos producen insulina, incluso, en un inicio, en cantidades que parecerían normales, pero que resultan insuficientes, pues el organismo no es sensible a la acción de ésta. Explicándolo de otra forma, el ejemplo sería como si las puertas de las células se encontraran trabadas o empastadas, motivo por el cual, para poder abrirse y dar lugar a la entrada de la glucosa, requieren

una cantidad de insulina mucho mayor a la habitual (Lerman, 1999, pps. 6/8), Hole, 1981, p. 397).

La Diabetes En México

En México la diabetes:

- Ocupaba en 1996 y 1997 la primera causa de muerte entre las enfermedades crónicas degenerativas. ([www. Diabetescare.com. mx/diabetes](http://www.Diabetescare.com.mx/diabetes). Escobedo, de la P., Rico-Verdín, 1996).
- Existían 8.5 millones de personas con diabetes (8.2%) de la población entre 20 y 69 años. y 1/3 de ellos no sabían que la padecían. ([http://www.Diabetescare.com. mx/diabetes](http://www.Diabetescare.com.mx/diabetes)).
- La diabetes representa un problema de salud pública, en 1997 se presentaron 180,000 nuevos casos, los cuales causaron 36,000 muertes. ([http://www.Diabetescare.com. mx/diabetes](http://www.Diabetescare.com.mx/diabetes)).
- En 1993 la diabetes ocupaba el cuarto lugar como causa de muerte general, para 1997 ocupaba el tercer lugar. ([http://www.Diabetescare.com. mx/diabetes](http://www.Diabetescare.com.mx/diabetes)).
- La diabetes constituye uno de los problemas más importantes de salud pública, anualmente se registran más de 180 mil nuevos casos y es causa de 36 mil defunciones.(Rull, 1195).
- En el Instituto Mexicano del Seguro Social, ocupaba el segundo lugar en demanda de consulta de medicina familiar y el primero en la consulta de especialidades. (IMSS, 1998)
- El total de defunciones en ese año fue de 15,111 con una tasa de 63.3 por cada 10,000 derechohabientes usuarios, lo que representa 42 muertes diarias con una

tendencia al incremento ya que en el año de 1996 el promedio diario de defunciones fue de 40. (<http://www.Diabetescare.com.mx/diabetes>).

- El costo de la atención de la diabetes mellitus y sus complicaciones incluyendo incapacidades y pensiones para 1997, fue de 2,394,310,198 pesos. (IMSS, 1998)
- Ocupaba el 3er. lugar entre las 10 principales causas de mortalidad general (SSA, 1997).

Los datos reportados por American Diabetes Association es que:

- Las proporciones de la diabetes tipo 2 son 110% más alta entre los Mexicanos y sus descendientes viviendo en Estados Unidos.
- 1.2. millones ó el 10.6% de todos los mexicanos y sus descendientes padecen diabetes.
- Aproximadamente un 24% de los mexicanos en los Estados Unidos que tienen entre 45 a 74 años de edad, padecen de diabetes. (<http://www.diabets.org/ada/spanish3.asp>).

Los Síntomas Físicos.

La Diabetes genera una serie de síntomas clásicos como:

- Cansancio, cuando el azúcar no puede entrar en las células del cuerpo estas no pueden aprovecharla para producir energía y sobreviene la fatiga; el organismo está desprovisto de energía.
- Aumento de apetito, incapaz de aprovechar el azúcar disponible par producir energía, el cuerpo envía mensajes de que necesita más alimento, mensaje que se percibe como punzadas de hambre

-
- Mucha orina y mucha sed, al eliminar el excedente de azúcar por la orina junto con una gran cantidad de agua, se produce una deshidratación. El organismo estimula la sensación de sed para recuperar el líquido perdido.
 - Pérdida de peso, ante la incapacidad de usar el azúcar, el organismo utiliza la grasa para obtener energía.
 - Visión borrosa al acumularse el azúcar en el líquido de los ojos provoca visión borrosa.

Los Síntomas Psicológicos

Los diabéticos pueden presentar frecuentes depresiones: casi a diario ó 2 o más

- Pérdida de interés hacia todo, incluso hacia el sexo.
- Sentimientos de soledad, de inquietud, de ineptitud.
- Sentimientos de desvalorización, o de culpa.
- Cambios en el apetito, pérdida de peso por los estados de ánimo.
- Pensamientos de muerte o suicidio; intentos de suicidio.
- Problemas de concentración, de pensamiento, falta de memoria.
- Problemas de sueño ó mucho sueño.
- Pérdida de energía por los problemas psicológicos combinándose con los físicos.
- Dolores de cabeza.
- Problemas digestivos.
- Problemas sexuales.
- Sentimientos de pesimismo y desesperanza.
- Ansiedad o aburrimiento. (<http://diabeteslearninglab.com/diabetes11/p/news>)

Las investigaciones sobre la diabetes han puesto al descubierto que, en esta enfermedad, intervienen fuertes alteraciones psicológicas y psíquicas (Levine, and Marcus, 1997), sin desconocer el componente genético. **El estrés de vida puede llegar a convertirse en un factor desencadenante de esta enfermedad.** (Watkins, 1997, Harris y Lustman, 1998, Hashiro, 1995, Marty, 1998, Maldavsky, 1992, Hole, (1981).

Para abordar el componente psicológico y psíquico de la diabetes, es necesario primero conocer, en forma general que es el estrés.

En la actualidad, diferentes especialidades, entre ellas la psicología y el psicoanálisis, han venido estudiando y desarrollando la interrelación entre la enfermedad física y las alteraciones psicosociales. Desde esta perspectiva, el hombre es aprehendido para su estudio, no sólo desde lo biológico sino desde su dimensión humana: su clase social, su forma de vida, sus costumbres, sus vínculos afectivos, su escolaridad, etc. Estos desarrollos han dado lugar a la construcción de nuevos campos de estudio, como son: la psiconeurobiología, la psicoimmunología. (emocion-inmunología) (Ostrander y Schroeder, 1991).

A través del tiempo, este trabajo interdisciplinario ha ido profundizando el conocimiento del cuerpo: de su genética, de su estructura, de su funcionamiento. Creando **modelos conceptuales** diferentes, con la finalidad de investigar y dar respuesta a los diversos cuestionamiento planteados por ellos; una respuesta que, es importante para nuestro estudio, es el conocimiento de cómo los factores psicosociales se pueden convertir en el factor desencadenante para crear enfermedades crónicas, o llevar al individuo hasta propia muerte. **EL MODELO FISIOLÓGICO DEL ESTRÉS**, postulado por el Dr. Selye (1936), es uno de ellos (Troch, 1982, Hanson, 1991, Hole).

Algunos de estos modelos se han desechado en el camino o superado, otros se han profundizado, (el modelo fisiológico del estrés) y otros más se han creado, sobre todo por

el intenso trabajo de algunos investigadores (Solomon y Moss, cit. en Pérez T., 1992, p. 143), lo que ha permitido el crecimiento y la profundización sobre la interrelación del componente psicológico en la enfermedad física. Un ejemplo de ello, es la disciplina de reciente creación: La psiconeuroinmunología; las tesis sobre las que se apoyan estas investigaciones exploran la relación que existe entre el cerebro y el sistema inmunológico, específicamente entre la mente y el sistema de defensas del cuerpo (Ostrander y Schroeder, 1993).

En el siguiente inciso abordaremos algunos de estos modelos, para comprender la diabetes como una enfermedad psicosomática.

2.2. El Estrés, Un Modelo Biológico: Fundamento De Las Enfermedades Psicosomáticas

El estudiar al hombre en su medio social, ha contribuido para que los factores económicos, políticos y psicosociales, entre otros, sean tomados en cuenta por los especialistas al investigar las causas de las enfermedades. Los factores sobre las que apoyan estos estudios son los patrones conductuales, propios de los estilos de vida; ellos son los que determinan el ser y el existir de los individuos, por tanto, también el de enfermarse, y quizá hasta el de morir.

“Como extraordinariamente importante para la investigación del stress se presenta, de manera especial, el sistema de valores y normas sociales que se basan en el orden económico y político. El especialista en medicina psicosomática Minc- citado por Schaefer/Blohmke (1977, p. 124), ha expuesto claramente la interconexión existente en este campo (Troch, 1982, p 43).

Los estilos de vida en los cuales predomina una transgresión a los cánones de la salud integral del individuo: tanto física como mental, ya sea por que los niveles

socioeconómicos así lo determinan, o por que los patrones de vida sean inadecuados, como: los hábitos alimenticios pobres, la ingesta cotidianamente de alcohol y tabaco, las largas jornadas laborales, con períodos permanentes de estrés, las emociones negativas, la falta de ejercicio, entre otros, pueden convertirse en las causas principales (psicosociales) de los desórdenes y síndromes físicos.

El DSM-IV agrupa los síndromes físicos en los que el aspecto psicológico es preponderante con la noción de TRASTORNOS SOMATOMORFOS.

"La característica común de los trastornos somatomorfos es la presencia de síntomas físicos que sugieren un enfermedad médica (de ahí el término de somatomorfos) y que no pueden explicarse completamente por la presencia de una enfermedad, por los efectos directos de una sustancia o por otro trastorno mental (p. ej., trastorno de angustia). Los síntomas deben producir malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (1995, p.457).

I. Pilowsky, y un grupo de colaboradores a nivel internacional, en el hospital psiquiátrico de la Universidad de Adelaide de Australia, han contribuido a la formulación de criterios diagnósticos, a partir de sus investigaciones sobre psicósomática, relacionando los factores psicosociales (estresores) y el estrés, inclinándose por el concepto de síndrome psicósomático; esta noción puede contener y enfatizar la variedad de respuestas, tanto físicas como mentales que un individuo puede generar ante sus situaciones de vida.

Los síndromes por los cuales ellos se han inclinado y elegido para formular dichos criterios son: Alexitimia, Conducta Tipo A, Conducta enferma anormal (alteraciones fóbicas, grados altos de ansiedad, enfermedad negativa, tanatofobia), Síntomas somáticos secundarios funcionales producidos por los desórdenes psiquiátricos, Persistente somatización, síntomas conversivos, mal humor y dramatización (1996, p.115).

Hoy en día, uno de los estudios más importantes para comprender los síndromes psicossomáticos se basan en el modelo fisiológico del ESTRÉS. Este modelo explica la función de alarma del sistema nervioso simpático; modelo que se ha convertido en los últimos años en un campo de investigación muy fértil, para conocer como se afecta el sistema nervioso, a causa de los factores psicosociales vividos por el del individuo.

Esta alteración del sistema nervioso puede llegar a producir trastornos o enfermedades, tales como: el asma bronquial (Adroer, 1996), la colitis ulcerosa (Chessich, 1995), la urticaria crónica (Hashiro, 1995), la úlcera duodenal (Lewin & Lewis, 1995), los trastornos alimenticios (Partonen, 1996), las enfermedades cardiovasculares (Shapiro, 1996), la diabetes (Jama, 1973, cit. en Perez T. p. 67), la hipertensión (Mann, 1996). La anorexia nerviosa (Blair, Freeman, Cull, 1995), Cancer (Pariante, 1997).

2.2.1. El Modelo Fisiológico

El Dr. Selye (1936), en sus investigaciones con ratas le permitieron observar que estos animales al ser sometidos a un ejercicio físico extenuante se alteraban considerablemente, no solamente sus órganos internos: aumento en las glándulas suprarrenales, úlceras en el estómago, sino también en las funciones de los sistemas: linfático e inmunológico (Levin and Lews, 1995, Hole 1981, Troch, 1982. Hanson, 1991).

El Dr Selye también observó en su consulta particular que, la mayoría de los pacientes presentaban síntomas comunes independientemente de las enfermedades que los aquejaban: cansancio, pérdida de apetito, baja de peso, desgano, también síntomas psicológicos y hasta psiquiátricos. Estas investigaciones le permitieron concluir que algunas enfermedades como las del corazón, la presión arterial, la artritis, entre otras, eran el resultado de las alteraciones fisiológicas de un prologando estrés en los órganos de choque. (Pérez, T., 1992, Troch, 1982, Hole, 1981, Hanson, 1991).

En principio, el estrés desde el punto de vista biológico es definido como "la respuesta no específica del organismo a cualquier demanda del exterior (...) es una suerte de alertamiento fisiológico que está adaptando al organismo permanentemente al ambiente (...) La reacción de stress equivale realmente a lo que el propio Selye denominó Síndrome de Adaptación General (SAG) (Pérez T., 1992, pps. 27/28).

En su libro *Stress-Bewältigung und Lebensgewinn*, Selye presenta, una vez más y con toda claridad, sus ideas fundamentales: el stress es un modelo de reacción sus ideas sobre el estrés: "el stress es un "modelo de reacción muy antiguo, filogenético, sin el que no podemos vivir". (...) Él es la raíz de nuestra vida (1974, p. 23). Selye llama al stress en este sentido Eustress. Este ejerce en el organismo una función protectora y pertenece a sus fuerzas <<autoprotectoras>>" (Duhrsen y otros, 1965, p. 225) (cit. en (Troch, 1982, p. 26)

El Síndrome de Adaptación General consta de tres fases:

1. Reacción De Alarma

Ante los factores estresantes viene inmediatamente una reacción (respuesta ante el peligro) fisiológica del organismo, activándose una serie de glándulas contenidas en el eje: hipotálamo- hipofiso- suprarrenal y poniéndose en acción.

El hipotálamo fabrica una serie de sustancias específicas (Hormona adreno-cortico tropica) que van a activar áreas corporales, también específicas. Esas sustancias hipotalámicas reciben el nombre de *factores liberadores* y sirven como mensajeros que van a informar al siguiente relevo del eje mencionado (la hipófisis). (Pérez T. 1992 p. 29).

Una de las hormonas que produce la hipófisis, la denominada ACT (Hormona Adreno-Cortico-Trópica), constituye un 'mensaje' fisiológico que viaja a través del torrente

sanguíneo hacia la corteza de la glándula suprarrenal, misma que, bajo el influjo de dicho mensaje, produce la cortisona u otras hormonas equivalentes: los corticosteroides. Existe otro mensaje que viaja ya no por vía sanguínea sino a través de un nervio que va desde el hipotálamo hasta la médula suprarrenal, misma que, al ser activada, incrementa su producción de adrenalina (Pérez, T., 1992, p. 29/30).

En esta primera fase ocurren dos fenómenos consecutivos: a) la reacción de choque, en la cual el organismo ya minado se prepara para la defensa, desde un nivel ligeramente inferior a la resistencia basal o normal. Sigue inmediatamente la reacción de contra choque, en la que la capacidad defensiva toma impulso para resistirse.

2. Estado De Resistencia

El organismo, en la medida en que se prolongan el efecto de los factores estresantes, va teniendo menos posibilidades de respuesta, debido a la fatiga que sufren las glándulas del estrés. Si hay recursos suficientes para resistir el cuerpo responderá, pero si no, se puede llegar a una fase de agotamiento. "Esta es la fase en la que suele haber un equilibrio entre el mundo externo ambiental y el interno, del individuo" (Pérez T., 1992, p. 30, Hole, 1981, Smirnov, Lúria, Nebylitzin, 1983).

3. Fase De Agotamiento

La disminución progresiva de la resistencia del organismo frente a una estimulación estresante conduce a un agotamiento del individuo, pues se consume la capacidad de adaptación, o energía de adaptación, cerrándose de esta manera el Síndrome de Adaptación General. Si no se cierra el ciclo el cuerpo puede sufrir un daño permanente o hasta morir.

El Síndrome de Adaptación General que, incluye el ciclo del estrés descrito anteriormente: 1) estado de alarma, 2) estado de resistencia, 3) Fase de agotamiento, tiene la finalidad de producir un estado de alertamiento, para adaptar al organismo permanentemente a su medio ambiente, al producir una activación extra en el cuerpo, preparándolo para la acción. El sistema nervioso autónomo, a través del sistema simpático: del eje cerebro- hipotálamo –hipofiso-suprarrenal, instrumenta una conducta de lucha o de huida ante situaciones de riesgo crítico.

Todas las partes del Sistema simpático reaccionan, en caso dado, con una descarga masiva de sustancias que sirven para la realización de un propósito común que es el de permitir al cuerpo actuar por encima de su función normal cotidiana, a tono con la intensidad real o virtual del riesgo (Pérez T., 1992 p. 47).

El sistema simpático (incrementa el rendimiento) y facilita los procesos catabólicos (desasimiladores), una estimulación vagal conduce a posiciones trofotrópicas (conservadoras), alimentadoras, recuperadoras) y a procesos metabólicos anabólicos (asimilativos) (Troch, 1982 p. 17).

El sistema parasimpático no reacciona en forma masiva como el simpático, trabaja en contraste con este para la recuperación general del organismo después de una crisis. En sus fibras finales segrega las sustancias transmisoras: la acetilcolina (Troch, 1982).

Lo que determina la fisiología del estrés son las glándulas suprarrenales, estableciéndose el circuito del equilibrio o autorretroalimentación (feedback). Las glándulas suprarrenales fabrican dos tipos de hormonas: 1) los corticosteroides: la cortisona, que son fabricadas por la corteza de las glándulas, 2) las catecolaminas: la adrenalina y noradrenalina. (hormonas del estrés)

Ahora bien, el Sistema Reticular Activador (SRA) del tallo encefálico es el que produce el estado de alertamiento, se encarga de relacionar los impulsos sensoriales y motores, conduce al cerebro información general, al mismo tiempo que mensajes específicos.

El SRA tiene la capacidad de reverberar un impulso, es decir, de prolongarlo, y en virtud de ello es que tiene la capacidad de prolongar o mantener un nivel de respuesta fisiológica. Esto significa que el SRA puede tener un nivel de respuesta sostenido de actividad durante el descanso, nivel que se manifiesta también en el estado general de las otras estructura cerebrales.

Este nivel alto de actividad durante el descanso, aumenta y prolonga el alertamiento, mientras que un nivel bajo de la misma inhibe y oculta aquel alertamiento potencial. Si el individuo tiene una vida con mucho e stress durante el día, las partes del cerebro que se alertan para enfrentar dicha situación influyen en el SRA el cual se adapta a esta situación de tensión continua para mantenerse en estado de alertamiento sostenido (...)

Se trata del stress crónico (Pérez T., 1992, p. 43).

La adaptación del organismo a una situación de tensión, manteniendo en estado de alerta al cuerpo para preparar al individuo a enfrentar las exigencias de la vida, es el objeto del modelo del estrés, o Sistema de Adaptación General. El modelo se complica cuando las exigencias de la vida trastocan el funcionamiento del modelo.

2.2.2. El Modelo Psicológico

Este modelo puede alterarse y volverse en contra, no solamente del cuerpo sino también del individuo, cuando se interrumpe su circuito de equilibrio, a tal grado que puede ocasionar hasta la muerte misma.

Las exigencias actuales de la vida promueven que, la vida con estrés se convierta a su vez, en un estilo de vida. (estrés de vida)

Ahora bien, el Sistema Reticular Activador (SRA) del tallo encefálico es el que produce el estado de alertamiento, se encarga de relacionar los impulsos sensoriales y motores, conduce al cerebro información general, al mismo tiempo que mensajes específicos.

El SRA tiene la capacidad de reverberar un impulso, es decir, de prolongarlo, y en virtud de ello es que tiene la capacidad de prolongar o mantener un nivel de respuesta fisiológica. Esto significa que el SRA puede tener un nivel de respuesta sostenido de actividad durante el descanso, nivel que se manifiesta también en el estado general de las otras estructura cerebrales.

Este nivel alto de actividad durante el descanso, aumenta y prolonga el alertamiento, mientras que un nivel bajo de la misma inhibe y oculta aquel alertamiento potencial. Si el individuo tiene una vida con mucho e stress durante el día, las partes del cerebro que se alertan para enfrentar dicha situación influyen en el SRA el cual se adapta a esta situación de tensión continua para mantenerse en estado de alertamiento sostenido (...) Se trata del stress crónico (Pérez T., 1992, p. 43).

La adaptación del organismo a una situación de tensión, manteniendo en estado de alerta al cuerpo para preparar al individuo a enfrentar las exigencias de la vida, es el objeto del modelo del estrés, o Sistema de Adaptación General. El modelo se complica cuando las exigencias de la vida trastocan el funcionamiento del modelo.

2.2.2. El Estrés Psicológico

Este modelo puede alterarse y volverse en contra, no solamente del cuerpo sino también del individuo, cuando se interrumpe su circuito de equilibrio, a tal grado que puede ocasionar hasta la muerte misma.

Las exigencias actuales de la vida promueven que, la vida con estrés se convierta a su vez, en un estilo de vida. (estrés de vida)

El estrés crónico visto como un síndrome psicopatológico puede ser explicado por las alteraciones psiconeurobiológicas que este genera. La conducta emocional del individuo es una función de todo el sistema nervioso; el hipotálamo y otras estructuras límbicas se relacionan particularmente con las conductas asociadas con emociones: con los impulsos sensitivos y motores, con las sensaciones del dolor y del placer (satisfacción o aversión); es decir, la naturaleza afectiva de los impulsos sensoriales son reguladas por este sistema (Hole, 1981, Smirnov, et al, 1983). Por tanto, cuando se altera el funcionamiento de estas estructuras cerebrales, a consecuencia del estrés de vida, la conducta afectiva de las personas sufre consecuencia (Schwenzer, 1996, Levine y Marcus, 1997, Bundo, et al., 1996), el patrón afectivo descrito en la alexitimia puede ser una de estas alteraciones (Wehmer, et al., 1995, Nemiah, J. 1996, Rief, et al. 1996).

Los estilos de vida convertidos en estímulos estresantes (Flandez, 1991, Maldavsky, 1996) no permiten la recuperación del síndrome de adaptación general, es decir, no se puede pasar del estado de resistencia a la fase de agotamiento para que el sistema simpático se recupere y quede listo para enfrente otro ciclo, cuando así lo requieran las circunstancias, por tanto, se perpetua el estado de alerta, situación que genera a su vez, una sobreexcitación emocional muy intensa, misma que no permite la cualificación de las emociones en placenteras o displacenteras.

La consecuencia es que, cuando la repetición de los estímulos estresante, durante un tiempo largo no permite la cualificación afectiva, entonces no se establece un recuerdo de las sensaciones placenteras o displacenteras, habituándose completamente el individuo a esta sobreexcitación sensitiva indiferente (Hole, 1981).

Esta falta de cualificación afectiva es el sustrato neurofisiológico para que no exista una vida afectiva en el individuo, y tampoco una vida psíquica, pues el afecto es el elemento esencial para toda construcción psíquica (Freud, 1940a[1938, (1950 [1895]),

pues a través de afecto, las vivencias adquieren la categoría de placenteras o displacenteras.

Desde una comprensión psicoanalítica, cuando estos procesos no se constituyen en el individuo, entonces no se constituye: la conciencia sensorial, ni la memoria afectiva, la investidura contra el dolor, (el dolor se perpetua como un trauma), tampoco la proyección de la excitación para constituir un modelo psíquico de funcionamiento, (Freud, 1950^a). Cuando se pierde esta dimensión psíquica, el individuo está sujeto a las reacciones emocionales intensas sin ningún control.

En efecto, la conciencia que para nosotros tiene el significado de un órgano sensorial para la aprehensión de las cualidades psíquicas, es excitable en vigilia desde dos lugares. Primero, desde la periferia de todo el aparato, el sistema de la percepción; segundo, desde las excitaciones de placer y displacer que resultan, como casi la única cualidad psíquica de las transposiciones de energía ocurridas en el interior del aparato. (Freud, 1900^a. p. 566)

La función de la conciencia sensorial es aportar cualidades psíquicas como son las series de placer y displacer, (la conciencia se transforma en una función de la percepción y es la única que registra el placer y el displacer) por tanto, la conciencia originaria es una conciencia sensorial, una primera diferencia adentro/afuera, además, es una condición para que se constituya la huella mnémica cuyo origen es perceptual,

Estas vivencias de satisfacción o de dolor (porque las necesidades también generan este tipo de afecto), a diferencia de los registros sensoriales de los estímulos exteriores, son las que fundan la memoria, al ser registradas, (las vivencias de satisfacción ponen freno a las descargas endógenas inespecíficas) pues las asociaciones entre procesos permite construir defensas contra las energías desbordantes (Freud, 1950^a).

Para McDougall (1991), el silencio o la ausencia de lo psíquico se relaciona con las heridas narcisistas (fracturas en la relación amorosa madre-hijo en los primeros meses o años de vida, o posteriormente en la edad adulta). El yo tiene que implementar una serie de conductas defensivas, para protegerse a sí mismo del sufrimiento que le infligió el mundo exterior. Las defensas borran todo vestigio del sintoma psíquico, como la angustia, el sueño, el contenido simbólico del pensamiento, las fantasías, entre otros. Los efectos de esta borradura son la desconstitución del inconsciente, lo que implica que el drama se viva y se escenifique en el cuerpo y no en la psique.

El patrón afectivo de la alexitimia puede ser un mecanismo de defensa utilizado para hacer frente a situaciones de vida amenazantes, como lo demuestran las investigaciones realizadas con la escala de medición "Toronto Alexithymia" aplicada a personas que fueron violadas sexualmente (Zeitlin, McNally, & Cassiday, 1993, cit. en Rief, et al., 1996), en mujeres con anorexia nerviosa (Bagby, 1988), o simples fobias (Parker, Taylor, Bagby & Acklin, 1993, cit., en Rief, et al., 1996) cuyos puntajes fueron altos.

Para Freud (1895f), en los años que investigó ciertas patologías sin un contenido psíquico, como las neurosis actuales (1894 [1895]), las neurosis traumáticas (1920g). los procesos tóxicos eran los responsables de esta carencia de un contenido representacional, pues ellos impedían una mayor cualificación y complejización en la red de representaciones de la estructura psíquica, afectando a su vez la constitución de la pulsión: el par: apuntalamiento / aposteriori y el engranaje entre la filogénesis y la ontogénesis (Laplanche, 1987, Dejours, 1992, Maldavsky, D. 1992, Nasio, 1998).

2.3. La Diabetes, Una Enfermedad Psicósomática

La diabetes mellitus es un desorden metabólico: el páncreas aunque funciona, reacciona torpe y lentamente pues no produce suficiente insulina, o bien, las células del organismo no son capaces de utilizarla en forma adecuada. Como consecuencia la glucosa (azúcar) que normalmente consumimos y producimos en nuestro cuerpo no se transforma en nuestra fuente principal de energía, permanece en la sangre sin poder ser utilizada.

La predisposición genética para desarrollar la enfermedad es un factor determinante, en la diabetes tipo 2, aparece aún más fuerte esta predisposición que en la tipo 1. Los investigadores aún no han encontrado un genes específico que la cause, pero si han encontrado alteraciones en varios de ellos que, pueden contribuir a que la enfermedad se desarrolle. (Lerman, 1999).

Por razones que hasta la fecha no están claras, un exceso de grasa en el cuerpo, en alguna forma provoca resistencia a la insulina. La disminución del peso y el aumento de músculo ayudan al cuerpo a usar la insulina eficientemente. (Levine y Marcus, 1997).

La edad también juega un papel determinante para que se desarrolle la diabetes tipo 2, ya que por lo general, la mitad de todos los diagnósticos recientes, se dan en gente de más de 55 años, sin embargo, aun no se sabe si la edad es la causa de la diabetes o simplemente un factor más.

Cuando se conjuga el estrés de vida y un componente genético, ambos, pueden ser la causa para que se desarrolle una enfermedad como la diabetes. El estrés crónico por las propias exigencias que la vida desintegra la vida misma: las jornadas extenuantes de trabajo (Pariante, et al., 1997), el trastocamiento del tiempo para comer, descansar y dormir, es lo cotidiano. Ahora bien, para compensar el cansancio por el estrés, se recurre al tabaco, al alcohol, y a otro tipo de drogas: los fármacos(Bech, Gudex, Staehr Johasen, 1996, Flandez, 1991).

En estas circunstancias se pueden presentar alteraciones en las funciones y en los mismos órganos del cuerpo, hasta llegar a las enfermedades crónicas. En la diabetes el estrés puede contribuir al daño metabólico. (Hole, 1981, Troch, 1992).

Por la forma de vida de los individuos, el cuerpo puede presentar alteraciones considerables y también puede repercutir en todo el ser del individuo. La estructura psíquica también se altera, se vuelve débil para enfrentar los estragos del estrés, pues aunado a la enfermedad física, en lo psicológico se pueden crear no solamente cuadros depresivos y de ansiedad graves, (McDougall, 1991, Bundo, et al., 1996, Jacobson, 1993, Ali, 1991, Maldavsky, 1991) sino síndromes psicopatológicos como la neurosis y la psicosis, de una profundidad tal que pueden llegar a convertirse en factores hereditarios de esta interrelación: estrés – enfermedad (Muhs y Schepank, 1995, Luborsky, 1996, Maldavsky, 1988, 1991, McDougall, 1997, 1991).

“La diabetes ofrece un medio privilegiado para observar las consecuencias biológicas del estrés, in vitro, en el hombre, mientras que la observación directa del funcionamiento cerebral es imposible.” (Dejours, 1992. p. 140).

En la diabetes, además de los síntomas propios de la enfermedad, se altera considerablemente la conducta afectiva del individuo (Bundo, et al., 1996); los síndromes propuestos por Pilowsky (1996) pueden presentarse, complicando más las alteraciones alexitimicas (Bech, 1996, Whemer, et al., 1995, Berenbaum y James, 1994, Todarello, et al. 1995), los desórdenes de conducta (conducta negativista, mal humor, insomnio, ansiedad, angustia, rabia), síntomas conversivos, síntomas somáticos (Rief, et al., 1995)

Durante la presente investigación y cuando fueron entrevistados los pacientes de esta muestra, para algunos enfermos, uno, de sus principales problemas era el control de sus hiperglucemias a pesar de lo puntual para su dieta y las medicinas (Las hipoglucemias y las cetosis pueden ser agravados por el estrés psicológico). El

desequilibrio metabólico en el diabético siempre está presente y es una permanente amenaza. Discursos como: "Me jubile para cuidarme", "estoy dedicado a vigilar mi dieta", "me cuido de no tener problemas porque cuando los tengo se me sube el azúcar."

Los diabéticos de la muestra, antes del diagnóstico habían tenido un estilo de vida que, quizá en algunas ocasiones, fue el responsables de la enfermedad, por tanto, estos patrones de vida son difíciles de cambiar para enfrentar los cuidados tan precisos que la diabetes requiere. El implementar una disciplina de vida y llevarla a cabo para extinguir conductas de riesgo, mejorar las relaciones familiares, promover medidas de soporte: médicas, psicológicas, físicas, no promover desórdenes alimenticios. Todo ello, requiere de una disposición profunda por parte del paciente; también considerar que, un nuevo régimen de vida lleva un tiempo de adaptación, y depende de la forma de ser de cada persona, pero si esto no sucede, entonces el riesgo de las complicaciones serían mayores.

Esta no aceptación de una nueva forma de vivir, se puede a su vez, convertir en uno de los problemas psicológicos más importantes, independientemente de los que ya existían, pues de la constancia de un régimen de vida depende el control de la enfermedad.

En los últimos tiempos, la psicología ha contribuido en la formación de especialistas en salud mental de diferentes disciplinas (trabajadoras sociales, dietistas, psicólogos, psiquiatras, etc.), para abordar y tratar los aspectos psicológicos contenidos en el cuidado de la diabetes (diabetes self-care), ya que de ello depende que la enfermedad sea controlable. La finalidad de estos especialistas es educar al paciente en todo lo relacionado con el cuidado de su enfermedad: información y orientación para la elección de médicos y psicólogos para un tratamiento adecuado, pues cuando a una persona le es diagnosticada la diabetes, no sabe nada de ella y menos como enfrentarla y controlarla. Aceptar la enfermedad es un principio psicológico de lo más importante (Russel, 1997, Harris and Lustman, 1998).

medio de la subversión libidinal, de acuerdo a una relación de integración-subversión de dos programas: psíquico y neurológico, que rivalizan por el campo somático, cada uno con sus lógicas propias. (cit. en Dejours, 1992)

Con base en esta tesis, en este trabajo estamos analizando como las **alteraciones** del modelo psicofisiológico del estrés, afectan a la **subversión libidinal** de las funciones fisiológicas del **cuerpo erógeno**, lo que trae como consecuencia la enfermedad física. Esta es la tesis que estamos proponiendo para explicar el porque de la enfermedades psicosomáticas.

El cuerpo erógeno es una estructura psíquica que, necesariamente tiene que constituirse, su fuente siempre es del orden de lo biológico; en él, se apuntala para existir. Sin embargo, este apuntalamiento (función psicosomática) es frecuentemente amenazado por movimientos contraevolutivos, lo que ocasiona una ruptura de ambos campos: el biológico y el psíquico, desorganizándose con este movimiento la función psicosomática que da origen al cuerpo erógeno.

El cuerpo erógeno se constituye a través de la subversión libidinal "La **subversión libidinal** conduce, tarde o temprano, a modificaciones *anatómicas*. A través del apuntalamiento, lo psíquico logra cristalizarse, volverse orgánico anatomizarse. (Dejours, 1992, p. 111). Se constituye durante los primeros 5 años de vida (Freud, 1923b), en íntima relación con los padres. Se origina a partir de determinadas zonas del cuerpo, mismas que por un determinado proceso de investidura se convirtieron en erógenas: las partes del cuerpo que limitan el interior del exterior: órgano de los sentidos, esfínteres, piel, en mucho menor grado las vísceras internas.

Estas zonas van a ser arrancadas progresivamente de sus dueños naturales y primitivos que son las funciones fisiológicas, para ser paulatinamente subvertidas en beneficio de la construcción del cuerpo erótico. Gracias a esta edificación de la

sexualidad psíquica, y del cuerpo erótico, el sujeto logra liberarse parcialmente de sus funciones fisiológicas, de sus instintos, de sus comportamientos automáticos, y reflejos, incluso de ritmos biológicos. (...) Gracias al apuntalamiento, el registro del deseo instauro su primado sobre el de la necesidad la pulsión se separa parcialmente del instinto. (Dejours, 1992, p. 107/108).

La subversión implica un proceso de investidura constante, es decir la presencia siempre de la pulsión, definiéndose como "un concepto fronterizo entre lo anímico y lo somático como un representante [*repräsentieren*] psíquico de los estímulos provenientes del interior del cuerpo y alcanzan el alma, como una medida de exigencia de trabajo que es impuesta a lo anímico a consecuencia de su trabazón con lo corporal" (Freud, 1915c, p. 117)

La pulsión tiene el compromiso representar lo somático en toda su dimensión, tiene 4 componentes: La presión (Drang), el fin o meta (Ziel), el objeto (Objekt), y la fuente (Quelle). Dos de estos componente son somáticos: la fuente y la presión.

La presión (Drang) es el factor motor de la pulsión, el <monto de fuerza o la medida de exigencia de trabajo que representa. Este carácter de presión es una cualidad general de las pulsiones e incluso constituye la esencia de las mismas>> (Lapanche, 1987 p. 19). El proceso de representación que inaugura la pulsión tiene la virtud de **subvertir** los procesos corporales; todo lo que acontece en el cuerpo tiene que ser necesariamente representado (subvertido) en lo psíquico. La subversión es una especie de <<delegación>>.

La fuente (Quelle) es un proceso somático desconocido pero cognoscible de derecho, una especie de X biológica cuya traducción psíquica sería precisamente la pulsión. <<Por fuente de la pulsión se entiende aquel proceso somático que se localiza en un órgano o en una parte del cuerpo y cuya excitación está representada en la vida

psíquica por la pulsión. Por fuente de la pulsión se entiende aquel proceso somático que se localiza en un órgano o en una parte del cuerpo y cuya excitación está representada en la vida psíquica por la pulsión>> (...) una especie de <<delegación>> provista de un mandato que no sería totalmente imperativo. Por consiguiente, un excitación local, biológica, encuentra su <<delegación>>, su <<representación>> en la vida psíquica, como pulsión. No sabemos si el proceso somático en cuestión es estrictamente de naturaleza química o si puede corresponder asimismo una liberación de otras fuerzas, mecánicas, por ejemplo: el estudio de las fuentes de la pulsión, concluye Freud <<no corresponde ya a la psicología y en última instancia tendría que ser resuelto por la biología>> (Laplanche, 1987, p. 22).

Ahora bien, cuando los proceso de investidura de las zonas erógenas (pulsiones parciales) no pueden ser ya controladas, entonces son proyectados, desde las zonas erógenas periféricas hacia el exterior del cuerpo constituyéndose así la IMAGEN CORPORAL. La proyección sensorial es la que hace posible esta construcción. (Maldavsky, 1988).

La proyección está centralmente condicionada, es decir, es un proceso químico determinado neurológicamente y acompañado por una investidura pulsional la cual permite que las pulsiones de autoconservación y las sexuales invistan ciertos puntos de la periferia, como son los órganos sensoriales y mucosas en los cuales se registran los estímulos placenteros comenzando por el interior de la boca.. "<Además de una "pulsión" no sexual en sí misma, proveniente de fuentes motrices de impulso, se distingue en ellas [en las pulsiones parciales] la contribución de un órgano que recibe estímulos (piel mucosa, órgano de los sentidos). Este último debe designarse aquí zona erógena: El órgano cuya excitación confiere a la pulsión carácter sexual> (Freud, 1905d p. 153).

Investigadores como Marty, (1992), Dejour (1992) se han dedicado a comprender como el estrés crónico de vida puede llegar a desconstituir el inconsciente, no solamente al interior del aparato psíquico sino hasta la relación entre el soma y la psique, que es una relación originaria (inconsciente originario) afectando, en el caso de la diabetes una función endocrinometabólica en el individuo..

"La elección del órgano depende de las alteraciones específicas que interesan a la subversión libidinal, (apuntalamiento) y a través de ella, a la construcción del cuerpo erótico, que seguramente se apunta tanto en las funciones endocrinometabólicas como en las funciones motoras y cognitivas" (Dejours, 1992. p. 126). La subversión libidinal es el punto de partida para explicar el porque de esta alteración.

En la diabetes, el proceso de somatización toma como blanco para ser alterada una función endocrinometabólica; las funciones que son insuficientemente subvertidas por la sexualidad son ante todo funciones viscerales: somatizaciones viscerales. Es en el nivel de los órganos donde se juega la subversión de unas funciones por otras.

Los instintos de conservación tienen una solidez mortífera y destructora (el estrés puede llegar a causar la muerte), y para safarse de esta amenaza instintual el hombre debe subvertir su poder, esto se lleva a cabo a través de la constitución de un aparato psíquico que contiene programas diferentes de los biológicos; un aparato que está regido por leyes psíquicas, con un funcionamiento propio e independiente de otro tipo de programas. Dejours, (1992) propuso, a partir de los fenómenos observados en psicósomática, que el psiquismo tiene programas sobre todo funcionales provenientes de la subversión de las funciones corporales, pues el aparato psíquico no tiene una localidad física como es la anatomía de un órgano.

(...) y que la intervención de lo psíquico sobre lo somático se realiza en la modalidad de la subversión; esto significa que no es según una relación de control jerárquico de

lo psíquico sobre lo somático, sino de acuerdo con una relación de integración – subversión ligado a la competencia de dos programas (psíquico y neurológico) que rivalizan por la exploración del soma con sus lógicas propias. (p. 123).

A través de la relación entre la neurobioquímica y las relaciones anatómicas y fisiológicas del funcionamiento mental en el diabético, es que se puede generar la hipótesis para entender la diabetes como una enfermedad psicósomática.

Esta concepción reposa sobre el conocimiento de los circuitos neuronales corticotalámicos-hipotalámicos (esencialmente el sistema límbico) en el que las relaciones entre neurotransmisores y comportamientos pueden ser cuantificadas "[52]. En esta concepción se concede un sitio privilegiado al punto de vista "funcional". Ella reposa en el estudio de las variaciones cuantitativas de las interacciones neurotransmisores de los receptores y sustituye al punto de vista "anatomopatológico" para explicar comportamientos, actitudes, motivaciones, de la actividad cognoscitiva y de las enfermedades mentales. (Dejour, 1992. p.139).

"Si la subversión libidinal propiamente no otorga un suplemento de solidez al funcionamiento fisiológico, en lo que respecta al desalentamiento, en todo caso, esto parece relativamente peligroso para la salud del cuerpo" (Dejours, 1992. p. 109).

2. 4.1. El Modelo Psicoanalítico Del Afecto En El Diabético

Investigaciones sobre diabetes han encontrado que, en los enfermos diabéticos, desde edades muy tempranas se constituyen alteraciones en la estructura psíquica ((Dejours, 1992, Marty, 1092, 1988, McDougall, 1987, 1991, Maldavsky 1988).

En el adulto, el estado de desamparo [détresse]" [17] es el prototipo de la situación psíquica de traumatismo, en la que la excitación y la angustia tienen manifestaciones ante todo somáticas. Igualmente frecuente es la "angustia no representada" que no está

acompañada de ninguna representación mental, de ninguna imagen que no pueda dar lugar a alguna verbalización. Por último, es frecuente la "depresión esencial" [30]. Caracterizada por la ausencia de culpabilidad, de vergüenza, de pesimismo, de dolor moral (por tanto, diferente de las depresiones de duelo y de la melancolía), caracterizada también por la ausencia de síntoma, la conservación de una vida social normal, debilitamiento de las pulsiones de autoconservación y de las investiduras narcisistas y pulsiones de autoconservación y de las investiduras narcisistas y objetales. (Dejours, p. 141, Flowers, 1995).

En términos biológicos: las excitaciones que provienen de la envoltura sensitivo-sensorial y de las variaciones del medio anterior se descargan en el cuerpo bajo la forma de taquicardias, hipertensión arterial, hiperhidrosis, espasmo laríngeo, poliuria, etc. La innervación del hígado por ramificaciones simpáticas desencadenan glucogenólisis y neoglucogénesis [48] La medulosuprarrenal libera catecolaminas que actúan sobre el hepatocito y sobre el islote de Langerhans. La innervación simpática del páncreas endocrino inhibe la insulina-secreción residual e incrementa la liberación de glucagón hiperglucemiante y cetógeno por las células A [33 y 51]. La hormona del crecimiento liberada durante el estrés bajo la influencia de la componente alfa-adrenérgica aumenta la lipólisis activa por vía humoral la corteza suprarrenal (ACTH) lo que constituye a aumentar gluconeogénesis, resistencia a la insulina cetogénesis. Dos rasgos esenciales deben ser subrayados. Todas estas respuestas biológicas a la excitación tienen como punto de partida al *hipotálamo*. Todas concurren para incrementar la glucemia." (Dejour, 1992 p. 147).

La relación entre este tipo de angustia automática y los procesos mentales propios del enfermo diabético es la siguiente:

En términos del funcionamiento mental: la excitación insuficientemente metabolizada por el aparato psíquico se manifiesta bajo la forma de "angustia actual". En lugar de un proceso de mentalización (de ligazón), la angustia padece un proceso de somatización. La activación del eje hipotálamo-visceral representa la verdadera expresión biológica de la angustia automática. Este esquema es compatible con la observación clínica de los diabéticos que no logran dar una forma mental a su angustia. En lugar de representaciones psíquicas y de una verbalización imposible, estos enfermos ofrecen al observador un "estado de desamparo" (*détresse*) sin otros síntomas. (...) "El diabético insulino dependiente responde a la angustia como si se tratara de una hipoglucemia." (Dejours, 1992. pps. 147/149).

Consideramos que el estrés generado por las condiciones de vida de un individuo, puede ser un factor desencadenante para que la diabetes tipo II se declare, desconstituyéndose también el apuntalamiento entre lo psíquico y lo somático. Este desequilibrio en ambas estructuras: el psíquico y el biológico, es enfrentado por el paciente con defensas psicológicas y psíquicas muy sólidas lo que, le permiten al individuo una conducta normal.

2.5 La Ética Y Las Clases Dominantes.

El manejo de la diabetes, tanto de parte del paciente como de todas las personas que intervienen en su atención, es de suma importancia, de ahí la necesidad de una ética que la reglamente.

Toda ética como producto social está al servicio de los intereses que sirve, por ejemplo, los valores morales pueden cambiar pero siempre estarán en relación con las fuerzas productivas de la sociedad. La ética individual, en el caso de la salud - enfermedad también está determinadas por los intereses de clase que la determinan, aunque cada

En principio, el pensar que un individuo tiene la libertad de enfermarse o sanar es comprensible y hasta veraz, pero las evidencias cada vez lo cuestionan. Los médicos al hacer su historia clínica se pueden percatar que una enfermedad puede estar determinada desde el nacimiento, o desde antes de nacer. Su pregunta: ¿algún miembro de su familia es diabético? con ella están investigando las posibles causas (ajenas al individuo) de la enfermedad. Cuando el paciente dice: 'desde que mi madre murió, o cuando hice un coraje (u otras causas) me empecé a sentir mal, y se me declaró la diabetes', ellos está interpretando que existen otras causas ajenas a su voluntad: las de clase y las inconscientes

La diabetes y en general las enfermedades son sorpresivas y aparentemente ajenas a la persona; ajenas porque ella no sabe que su enfermedad está determinada por sus condiciones materiales de vida:

Si las circunstancias bajo las que los hombres viven y trabajan – circunstancias creadas por el hombre – son tales que embrutecen, deshumanizan o enajenan a los seres humanos, están sujetas a valores morales y cabe calificarlas de inmorales (Selsam, 1968, p.30). El individuo tiene que tomar conciencia de esta determinación de clase, de la enfermedad, sobre todo para cuidar su procesos: salud-enfermedad

2. 5. 1. Ética Y Diabetes.

La diabetes es una enfermedad crónica degenerativa y como tal, después del diagnóstico enfrenta a la persona que la padece a una realidad de vida diferente de la que hasta ese momento había vivido. En principio, la enfermedad se vive como algo ajeno, inclusive hasta como un castigo de Dios. Sin embargo, para el enfermo es imposible pensar que ella es producto de la propia dinámica que ha establecido durante toda su

existencia con sus propias condiciones de vida y que, una vez diagnosticada, su forma de vida debe cambiar porque la enfermedad es incurable y además, mortal.

Aceptar esa nueva realidad es el reto para el diabético, muchos se quedan en el camino pues les es imposible realizar esta nueva acción, y menos aún, hacer cambios considerables en su vida, otros, enfrentan el reto, pero se percatan que la tarea no es fácil, no basta con decir: 'acepto la enfermedad', la decisión es más profunda, es generar una nueva dinámica de vida en todos los ámbitos.

El diabético, es un ser olvidado de su persona, por ese motivo después de diagnosticada la enfermedad, la mirada se tiene que volver hacia la propia persona, el paciente tiene que darse cuenta o tomar consciencia que olvidarse de sí mismo puede ser mortal. Dicen algunos pacientes: 'he llegado al coma diabético porque no sentía nada, ni siquiera cansancio, ya no vigilaba mis niveles de azúcar' 'sigo la dieta por épocas, cuando me siento bien la dejo.' Esas conductas nos expresan que la enfermedad se olvida, además, como en principio el riesgo de muerte no es inminente como en otras enfermedades: los cánceres terminales, los infartos, etc., rápidamente se niega y se vuelve a la vida anterior. Sin embargo, en esta enfermedad el riesgo de muerte siempre está latente, por tanto, el cambio tiene que ser permanente. Las expresiones de otros pacientes son: 'he tenido que jubilarme para atender mi diabetes' o 'mi dieta ya forma parte de mí'.(Harris, et al., 1998, Días Pérez, J. A. Ballesteros Pomar, 1997).

el hombre no quiere pensar en el fin de su vida en la tierra y sólo de vez en cuando y sin mucha profundidad pensará un momento en la posibilidad de su muerte. Por ejemplo, cuando se entera de que tiene una enfermedad grave. El mero hecho de decir a un paciente que tiene cáncer le hace consciente de su posible muerte (Kubler-R.,1975, pps. 47/48).

El diagnóstico lo emite el médico, él es el primero que anuncia la enfermedad. Según el paciente es el médico el que sabe todo de ella, aunque el que la padece la desconoce totalmente. Por tanto, el médico tiene un papel principal en la comprensión y porque no, en la aceptación de la enfermedad. "Lo principal es que haga comprender al paciente que no está todo perdido; que no va a desahuciarle por haber hecho un diagnóstico determinado; que es una batalla que van a librar juntos –paciente, familia y médico–, sea cual sea el resultado final." (Kubler- R., 1975, p. 48).

Para esta autora, la aceptación de la enfermedad está en relación al tratamiento que el médico le da: que le dice al paciente, como se lo dice, que orientación le proporciona, que compromisos establecen con él, tanto en el momento del diagnóstico como a lo largo de la enfermedad.

La práctica médica independientemente de los conocimientos teórico clínicos de la enfermedad, conlleva tomar decisiones que afectan a la vida del paciente. "Estas decisiones, traducidas en actos concretos, tienen un componente técnico, que viene dado por el componente ético derivado de la toma en consideración de los valores implicados: del paciente, del médico y de la sociedad".(Ara y Capablo, 1999, p. 472, Harris, et al., 1998, Levine, et al., 1997, Flandez, 1991).

2.5.2 Los Diferentes Problemas Éticos En La Asistencia A Los Enfermos Con Diabetes Mellitus II.

Cada especialidad médica debe tener su ética y su código de valores para abordar la enfermedad que trata, pero también existen principios generales derivados de su propia práctica. En la actualidad, esto es necesario por el llamativo incremento de la conflictiva ética en la práctica de la medicina, a la que se tiene que enfrentar el médico ante la toma de decisiones y sus consecuencias.

Existe un marco general normativo dado por las leyes y los códigos deontológicos que, a pesar de tratar muchos de los problemas posibles no agota en absoluto su diversidad y peculiaridad. Es en este contexto de necesidad de respuestas, es donde a comienzos de la década de 1970, surge la bioética, un procedimiento racional de análisis y de toma de decisiones éticamente correctas en medicina.

La bioética acepta un sistema de referencia moral con una premisa ética:

(...) todos los seres humanos son iguales y merecen igual consideración y respeto. A partir de aquí se formulan cuatro principios básicos que permiten una correcta toma de decisiones:

- Principio de no-maleficencia: obligación de no hacer daño.
- Principio de justicia: obligación de promover una distribución equitativa de los recursos, evitando la discriminación en el acceso y proporcionando tales recursos según las necesidades de cada persona.
- Principio de autonomía: derecho de las personas a decidir en lo que respecta a su propia vida.
- Principio de beneficencia: obligación de promover el bien, con el consentimiento del interesado. (Ara y Capablo, 1999, p 472).

Los dos primeros principios tienen un rango superior a los otros. La aplicación de estos dos principios proporciona la norma general de actuación.

2.5.3 . El Problema De La Información En Diabetes.

El conocimiento de la prevención, diagnóstico y tratamiento de la Diabetes Mellitus es un problema ético de capital importancia, motivo por el cual se asientan algunos lineamientos en este capítulo

En México, existe una gran difusión de parte de las instituciones del Sector Salud y en general de las organizaciones particulares: federaciones, asociaciones, hospitales, laboratorios médicos y hasta de los mismos enfermos. El incremento cada vez mayor de esta enfermedad ha originado un gran movimiento nacional e internacional de difusión, investigación y atención al paciente diabético. La tarea principal de estas instituciones es, primero, la prevención de la diabetes, por tanto, su comunicación está dirigida hacia todas las personas, segundo la educación y el tratamiento al paciente diabético para que vigilen, controlen y sobre todo se responsabilicen de su salud - enfermedad.

Las instituciones de Salud, tanto nacionales como internacionales: American Diabetes Association. National Standards for Diabetes Self.management Education, Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud, así como las O.N.G., dedicadas a esta enfermedad: la Federación Mexicana de Diabetes, Asociación Mexicana de Diabetes, A. C., La Asociación Mexicana al Servicio del Diabético que se han creado para la prevención, pronóstico y tratamiento del enfermo diabético proporcionan información suficiente sobre este tipo de enfermedad. Por lo general, los programas para controlar la Diabetes Mellitus II recomiendan:

Sin embargo, el trabajo de estas instituciones es arduo y difícil, en ocasiones se enfrentan a una población desinteresada en todo lo concerniente en materia de salud, ya que en nuestro país no existe una cultura sobre salud- enfermedad, de ahí que cuando la enfermedad se presenta sea tan sorpresiva.

Una cultura sobre salud- enfermedad es casi impensable, pues lo predominante en la actualidad en nuestro país y también en otros, es una vida que atenta contra ella, por ejemplo, la alimentación chatarra promovida por los intereses de clase a través de una propaganda sin límites en todos los canales de comunicación: radio, prensa y televisión; este tipo de alimentación ha sustituido a la comida nutritiva; la latería es un ejemplo de

ello, el ama de casa día con día subsana el tiempo que no tiene para hacer de comer abriendo una lata. La Coca-Cola es otro ejemplo importante de mencionar, una gran mayoría prefiere este refresco que la leche u otro alimento de mayor beneficio para el cuerpo..

2.5.4. La Toma de Decisiones Del Paciente Diabético, Un Problema Ético.

Una vez que los pacientes han recibido la información de parte del médico o de la institución en la cual sean atendidos, "Todos los enfermos, de acuerdo con el principio de autonomía, tienen derecho a tomar decisiones en relación con sus cuidados médicos." (Ara y Capablo 1999, p, 473). Por este motivo, la información debe ser de lo más veraz, oportuna y completa.

El médico, éticamente debe de conocer el proceso de aceptación de la enfermedad para ayudar a su enfermo a una toma de decisiones correcta, sobre todo para que el camino no sea tan largo ni doloroso. La forma y el momento de como se proporciona la información, así como el apoyo psicológico que se brinde son determinantes para la toma de decisión, para emprender un camino que le proporcione un nuevo equilibrio de vida al paciente.

En este proceso, sobre todo en los casos de enfermedades graves y progresivas, el médico debe tener especial cuidado y sensibilidad para adaptarse a las situaciones psicológicas del enfermo, intentando detectar las diferentes fases por las que suele pasar al conocer que padece una enfermedad grave que conducirá a la muerte. (...) Disponer de la información relevante permitirá que un paciente competente tome las decisiones de forma libre. Si la información es incompleta o sesgada, la toma de decisiones no podrá considerarse como voluntaria (Ara y Capablo 1999, p. 473).

Sin embargo, hay casos especiales en que el deber de información debe restringirse, sobre todo cuando hay por diversas causas, falta de competencia del enfermo, como edad avanzada, alteraciones mentales, la incapacidad del paciente para comprender la información relevante, situaciones de urgencia vital, los comas diabéticos. También puede el paciente negarse a recibir algún tratamiento específico o a que se le dé toda la información específica y está en todo su derecho.

CAPITULO III

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

3.1. Marco Teórico

La diabetes es una enfermedad que está determinada por múltiples factores: genéticos, sociológicos, psicológicos, hereditarios, entre otros; además, es crónica y degenerativa, y en los últimos tiempos de una alta incidencia, de ahí la importancia de su estudio e investigación, pues conocerla en su más amplia dimensión contribuiría a su prevención diagnóstico y tratamiento.

Aunque los investigadores coinciden en que el origen de la enfermedad es genético, (Lerman, 1999) no se descartan otros factores como elementos desencadenantes de ella, como son los psicológicos, pues los especialistas consideran (Hole, 1981) que este tipo de alteraciones están presentes en la vida de un enfermo diabético. (Ver Capítulo II)

A lo largo de los últimos 30 años, en el campo de la psicología y del psicoanálisis los especialistas han venido realizando investigaciones para conocer específicamente las alteraciones psicológicas en determinadas enfermedades físicas: las alergias, la colitis ulcerosa, el asma, la diabetes, las raquilalgias, entre otras (Dejours, 1992, Hashiro, 1995, Muhs, y Schepank, 1995, Marty, 1992, 1998) (Ver Capítulo II), pues se han detectado, y en algunos casos comprobados la interrelación de estos factores en forma recurrente.

Cuando se conjuga el estrés de vida y un componente genético, ambos, pueden ser la causa para que se desarrolle una enfermedad como la diabetes. Además puede contribuir al daño metabólico. (Hole, 1981) "La diabetes ofrece un medio privilegiado para observar las consecuencias biológicas del estrés, in vitro, en el hombre, mientras que la observación directa del funcionamiento cerebral es imposible." (Dejours, 1992. p. 140).

En este trabajo investigamos las alteraciones psicológicas y psíquicas en dos grupos de personas: diabéticas y no diabéticas. El marco teórico utilizado para la interpretación de los datos es el psicoanalítico. Este modelo conceptual puede complementar la interpretación de la enfermedad como producto del estrés crónico de vida. Es la única disciplina que conceptualiza sobre un cuerpo diferente del físico, el cuerpo erótico (cuerpo psíquico). **la enfermedad física puede ser el resultado de alguna alteración en el cuerpo erógeno, en la subversión libidinal de las funciones fisiológicas del cuerpo causado por el estrés.** (Ver Capítulo II).

Las alteraciones psicológicas en una enfermedad crónica y degenerativa, como la diabetes, pueden estar presentes antes de que se declare la enfermedad o posteriormente cuando esta ha sido diagnosticada.

La investigación para relacionar la enfermedad física y las alteraciones psicológicas y psíquicas, ha sido constante a través de los tiempos. En los últimos 30 años, el patrón afectivo de la alexitimia, cuya característica principal es una **dificultad para identificar (sentir) y nombrar las emociones** (Bagby, et al, 1988; Bech, et al. 1996; Berenbaum y James, 1994; Rief, et al., 1996; Todarello, 1995; Fukunishi et al, 1996; Nemiah; Andreoli, 1996).), está siendo investigado por la neurología, la psicología y el psicoanálisis (Ver Capítulo II).

Los proceso de duelo (Freud, 1929g) precisamente por la pérdida de la salud, al

saber que la diabetes es una enfermedad incurable es otro punto a considerar, es toda una vivencia de pérdida para el individuo, de grandes consecuencias, tanto para lo psicológico como para lo psíquico.

Desde una comprensión psicoanalítica la frustración (de la salud perdida) promueve que las investiduras libidinales se retiren tanto del mundo interno como del externo, sobre todo para no aceptar dicha pérdida y no sentir el dolor que ella causa. Estas investiduras son retraídas al yo corporal (retracción narcisista) pues la enfermedad así lo requiere, pero esta estructura también está afectada, la imagen corporal tampoco acepta esta destrucción, quizá sea la que más se resista a ello porque quiere conservar la imagen de un cuerpo sano (Harris, and Lustam, 1198, Russell, 1997, Bagby, 1988, Ali, 1991. Bundo, 1996, Nemiah, 1996).

Posteriormente, la restitución o no de estas investiduras dependería de los caminos que el yo del paciente eligiera para aceptar la salud perdida, si la acepta, debe restablecer un nuevo equilibrio, tanto somático como de vida. En otros pacientes este saber es negado, sigue su misma vida añorando siempre la salud perdida. A las alteraciones psicológicas que pudieran existir desde antes de la declaración de la diabetes se le suma ahora el estado melancólico de la enfermedad, pues con la pérdida de la salud también se pierde una parte de su yo (Freud, 1917 [1915], 1919d, 1918b[1914], 1924b[1923]).

El diagnóstico puede fijar el componente somático de la enfermedad y establecer un ciclo recurrente: lo psicopatológico puede reactivar la enfermedad y esta a su vez lo psicopatológico, independientemente de que de antemano haya sido considerada como una enfermedad psicosomática. Esta situación puede depender de muchos factores: la personalidad del enfermo puede ser uno de ellos, pues los núcleos neuróticos, psicóticos o narcisistas pueden existir en un enfermo de diabetes

Si bien es cierto que los factores genéticos pueden ser la causa de cierto tipo de enfermedades, como en la diabetes (Muhs, A. Schepank, H, 1995, Diaz Perez, Ballesteros, 1997), los factores psicológicos, sociales y económicos son decisivo en su manifestación. El estrés crónico de vida puede convertirse en un factor desencadenante (Ver Capítulo II)

Al alterarse la estructura psíquica por el estrés de vida se produce una falla en el cuerpo erógeno, una falta en la cualificación afectiva corporal. Esta situación se convierte en el sustrato neurofisiológico (alteración de la función psicosomática) para que no exista una vida afectiva en el individuo, y por tanto, una vida psíquica. El afecto es el elemento esencial para que se constituya lo psiquismo (Freud, 1940a[1938 (1950 [1895]) pues a través de él, las vivencias adquieren la categoría de placentera o displacenteras.

Creemos que por la alta recurrencia de la diabetes en los últimos tiempos, es necesario (Ver Capítulo II) la participación y colaboración de trabajos de investigación en otros campos diferentes de la medicina, como el psicológico o el psicoanalítico. La finalidad de este trabajo es investigar si existen en el enfermo diabético alteraciones psicológicas en las diferentes áreas de su personalidad, como son: las afectivas, las conductuales, las sexuales. También alteraciones psíquicas como: la desconstitución del inconsciente, la desorganización en la función psicosomática, en las fantasías, en sus deseos, etc., y si estas alteraciones configuran una personalidad específica, como la PERSONALIDAD NORMÓPATA.

3.2. Pregunta De Investigación

¿Existen alteraciones psicológicas contenidas en la personalidad normópata como: Alexitimia, Vida Operatoria; Desórdenes de conducta, Desórdenes afectivos,

Desorganización de la función psicosomática y Desórdenes sexuales en un grupo de personas con diabetes (20) y en un grupo de personas (20) sin ningún tipo de diabetes?

3. 3. Objetivos Generales

Describir y comparar a un grupo de pacientes diabéticos (20), y a un grupo de pacientes no diabéticos (20), con relación a las alteraciones psicológicas contenidas en las 6 áreas de la Personalidad Normópata

3.4. Objetivos Particulares

Describir y comparar las alteraciones psicológicas contenidas en las 6 áreas de las Personalidad Normópata, con los resultados de las historias clínicas realizadas a las 40 personas entrevistadas.

3.5 Hipótesis

¿Existen diferencias entre un grupo de pacientes diabéticos (20) y un grupo de personas no diabéticos (20), en relación a las alteraciones psicológicas contenidas en las 6 áreas de la Personalidad Normópata: I. Alexitimia, II. Vida Operatoria, III. Desórdenes de conducta, IV. Desórdenes afectivos, V. Desorganización de la función psicosomática, VI. Desórdenes sexuales.

3.6. Definición Conceptual y Operacional de Variables.

1. Variables Sociodemográficas

Variables Atributivas

- **Estado civil.**

Las categorías tomadas en cuenta fueron: soltero (a), casado (a), viudos (a) y divorciado (a)

Se definen las categorías según la presencia o la ausencia de un documento que acredite el estado civil: acta de matrimonio, acta de defunción, acta de divorcio, ausencia del acta de matrimonio en el soltero.

Se aceptó lo dicho por la persona entrevistada, no se solicitó ningún documento que la acreditara el estado civil.

- **Edad.**

Años cumplidos desde el momento del nacimiento hasta el día de la toma de datos para el presente estudio.

- **Sexo:**

Masculino.

Femenino.

- **Escolaridad**

Años formales de estudio: primaria, secundarias, comercio, licenciatura, maestría o especialidad u otros. No se solicitó ningún documento que acreditara la escolaridad.

- **Años de padecer la diabetes**

Años transcurridos desde el momento del diagnóstico médico de la enfermedad hasta la toma de datos para el presente estudio.

2. Variables De Clasificación

- **Presencia de diabetes**

La Diabetes, conceptualmente se define como una enfermedad en la cual los niveles de glucosa en sangre son anormalmente altos. Esta alta de glucosa se debe a que la insulina no es producida por el páncreas. En la Diabetes Mellitus II se llega a producir la insulina pero es insuficiente o no es reconocida por las células.

La diabetes operacionalmente se define como: La presencia de la enfermedad desde el momento del diagnóstico médico.

- **Ausencia de diabetes**

Niveles normales de glucosa en sangre.

3. Variable dependiente

- **Personalidad Normópata**

Es un estructura psíquica psicopatológica, con una aparente normalidad, en la cual existen alteraciones físicas, como las enfermedades físicas; psicológicas: cognitivas, afectivas volitivas; y alteraciones psíquicas: en el cuerpo erógeno, en la función psicosomática, en la desconstitución de los sistemas inconsciente, preconscious y consciente. Utiliza defensas específicas, como la deprivación, la desafectación y la dispersión.

Para su estudio, estas alteraciones se agruparon en 6 áreas: I Alexitimia, II Vida operatoria, III. Desórdenes conductuales, IV. Desórdenes afectivos, V. Desorganización de la función psicosomática, VI. Desórdenes sexuales.

A continuación se define conceptual y operacionalmente cada área con sus incisos.

I. ALEXITIMIA

DEFINICION CONCEPTUAL

Patrón afectivo caracterizado por:

- Una dificultad para identificar y nombrar los estados afectivos.

Patrón afectivo caracterizado por un estado de tensión (estrés) sin poder identificar específicamente que afectos lo provocan.

DEFINICIÓN OPERACIONAL

- 1 Durante la entrevista para la elaboración de las historias clínicas, se hicieron algunas observaciones con la finalidad de detectar las dificultades expuestas en la definición conceptual.

Indicadores:

- Se observó el estado afectivo del paciente y se correlacionó con lo dicho por él
 - El tono y las inflexiones de la voz para detectar el estado afectivo.
 - El tipo de discurso: lento, rápido, aplanado, índice de alguna manifestación afectiva.
 - La expresión afectiva del cuerpo, índice de alguna manifestación afectiva.
 - La manifestación explícita de alguna dificultad para sentir, diferenciar y nombrar sus afectos.
- 2 La observación de las alteraciones alexitimicas durante su vida a través de la toma de datos para la historia clínica.
 - 3 La observación (en 2 pacientes) en el proceso terapéutico de como se van superando las alteraciones alexitimicas.

II. VIDA OPERATORIA

Es una forma de vida cuyas características son las siguientes:

Un automatismo en la vida diaria.

Se realiza la actividad pero sin tomar conciencia de ello y sin el deseo de hacerlo. Esta falta de conciencia de la acción provoca un deterioro en la capacidad de simbolización.

1. Durante la entrevista para la toma de datos para la elaboración de las historias clínicas se hicieron algunas observaciones con la finalidad de detectar las dificultades expuestas en la definición conceptual.

Indicadores

Apego desconectado

Es una relación paradójica manifestada por una adhesividad hacia las personas o las cosas, acompañada por la desconexión. (La adhesividad es un nexo vincular tipo ventosa. No se reconoce el vínculo con el otro, pero es vital para vivir).

- Una actividad compulsiva difícil de parar: en el discurso, en el cuerpo.
2. Las alteraciones descritas en la definición conceptual observadas durante la entrevista para la toma de datos para la historia clínica.
 3. La observación (en 2 pacientes) en el proceso terapéutico de como se van superando las alteraciones de una vida operatoria.

III. DESÓRDENES CONDUCTUALES.

Son manifestaciones erráticas de la conducta a causa de una alteración en la propia persona, en el tiempo y en el espacio,

1. Alteraciones en la propia persona.

- Dependencia. (Fusión con el otro).

Imagen distorsionada de sí mismo. (Alteraciones en la imagen corporal. Cuando la imagen corporal no coincide con la presencia física.

- Alteraciones en sueño y en la producción onírica.

- Insomnio crónico
- Inconsistencia en el dormir
- No se recuerda lo soñado.

1. Durante la entrevista para la toma de datos para la elaboración de la historia clínica se hicieron algunas observaciones con la finalidad de detectar las dificultades expuestas en la definición conceptual.

- La disposición para la entrevista.
- El tipo de vínculo establecido con el entrevistador durante la entrevista, y con las otras personas a través de la historia de vida.
- La correspondencia entre su aspecto físico y lo expresado verbalmente de sí mismo.

2. La observación en la historia de vida de cómo ha sido su relación consigo mismo y con los otros, así como las alteraciones del sueño.

3. La observación (en 2 pacientes) en el proceso terapéutico de como se van superando los desórdenes de conducta.

IV. DESORDENES AFECTIVOS

Son alteraciones que se presentan en la intensidad y en la cualidad del afecto, oscilando entre la ausencia y una presencia desmedida.

1. Durante la entrevista para la toma de datos para la elaboración de la historia clínica, se hicieron algunas observaciones

- Ausencia de afecto..
 - Depresiones sin ninguna causa aparente
 - Angustias intensas y automáticas.
 - Predominio del acto sobre la vivencia afectiva.
- con la finalidad de detectar las dificultades expuestas en la definición conceptual.
- Indicadores:
- Se observó el estado afectivo que se presentó en la entrevista: angustiado, depresivo, aplanado.
2. La observación en la historia de vida del tipo de afecto que ha predominado en su relaciones: consigo mismo y con los otros: pareja, hijos, amigos.
 3. La observación (en 2 pacientes) en el proceso terapéutico de como se van movilizandoy superando los desórdenes de afectivos.

V. DESORGANIZACIÓN DE LA FUNCIÓN PSICOSOMÁTICA

Alteraciones en la función yoica (psicosomática) responsable de registrar, representar y ligar lo somático con lo psíquico

Esta función sufre alteraciones en la primera infancia o en cualquier época de la vida, por las condiciones desfavorables en la autoconservación y por situaciones traumáticas, como

- Maltrato.
- Desnutrición y problemas económicos.
- Abandono.

Situaciones traumáticas de vida: Accidentes, duelos no resueltos.

1. Durante la entrevista para la toma de datos para la elaboración de la historia clínica, se hicieron algunas observaciones con la finalidad de detectar las dificultades expuestas en la definición conceptual.

Indicadores:

- En su historia de vida se observaría lo expuesto en la definición conceptual, a través de la toma de datos para la historia clínica.
2. La observación (en 2 pacientes) en el proceso terapéutico de como se van superando los desórdenes sexuales

VI. DESÓRDENES SEXUALES.

Los desórdenes sexuales son alteraciones en la conducta sexual.

Manifestándose en el

- Desinterés sexual
- Conflictos sexuales en las relaciones amorosas.

1. Durante la entrevista para la toma de datos para la elaboración de la historia clínica, se hicieron algunas observaciones con la finalidad de detectar las dificultades expuestas en la definición conceptual.

Indicadores:

- En la historia de vida se observaría lo expuesto en la definición conceptual.
2. La observación (en 2 pacientes) en el proceso terapéutico de como se van superando durante el tratamiento los desórdenes sexuales.

CAPÍTULO IV

METODO

4. 1. Tipo De Investigación

La investigación realizada es un estudio explicativo.

Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis (Dankhe, 1986, cit. en Hernández, Fernández, Baptista, 1994, p. 60).

4.2. Tipo De Diseño

Esta investigación es de tipo no experimental.

Los diseños de investigación transeccional o transversal recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables, y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado (Hernández, et al., 1994, p. 191/92).

4.3. Sujetos

- Muestra Diabéticos

- Selección

La forma en que se seleccionaron los sujetos diabéticos fue la siguiente:

Se entrevistaron a 20 personas con Diabetes Mellitus no Insulino dependiente

▪ **Procedimiento**

1. Se asistió a la clínica de la Asociación Mexicana de Diabetes durante 6 meses, los días martes y miércoles.
2. Los pacientes entrevistados fueron aquellas personas que asistían por primera vez a la clínica de la Asociación para ser orientadas en el control de su dieta o para su chequeo nutricional.
3. El nutriólogo de la Asociación les preguntaba si querían dialogar con una psicóloga para comentar sus problemas de vida.
4. La propuesta de la psicóloga a los pacientes para que aceptaran las entrevistas fue la siguiente: la finalidad de esta entrevista es elaborar una historia clínica, pues queremos conocer si existe una relación entre la diabetes y los problemas psicológicos que ustedes tengan.

Muchos pacientes no aceptaron.

▪ **Requisitos de inclusión y de exclusión**

1. Ser mayores de 30 años
2. Tener Diabetes Mellitus Tipo II
3. Pertenecer a la Asociación Mexicana de Diabetes, A. C
4. Aceptar las entrevistas para la toma de datos para las historias clínicas
5. Se excluyen todos aquellos elementos, menos los mencionados anteriormente.

▪ **Escenario.**

La Asociación Mexicana de Diabetes, A. C. Esta asociación solamente recibe pacientes con diabetes previo diagnóstico médico. Se les brinda en todo momento una orientación para el conocimiento, control dietético, y una ayuda psicológica, con la finalidad de que los pacientes puedan controlar la enfermedad y tener una vida más armoniosa.

▪ **Muestra no diabéticos**

▪ **Selección**

La selección de las 20 personas sin ningún tipo de diabetes se hizo de la forma siguiente:

Se hicieron entrevistas clínicas a personas conocidas y a pacientes en psicoterapia.

▪ **Procedimiento**

La información de la psicóloga para que aceptaran las entrevistas clínicas fue: se esta realizando un estudio para conocer si existe una personalidad específica en los enfermos diabéticos, si aceptan ustedes formarían parte de ese estudio.

▪ **Requisitos de inclusión y de exclusión:**

1. Ser mayores de 30 años.
2. No tener ningún tipo de diabetes.
3. Aceptar la entrevista.
4. Se excluyen todos aquellos elementos menos los mencionados anteriormente

- **Escenario.**

Los lugares fueron diversos: en el consultorio de la terapeuta, en sus casas particulares, en la casa de la psicóloga.

4.4. Instrumentos De Medición Para Ambos Grupos

- **Historia de Vida**

- Ficha de identificación.
- Descripción del paciente.
- Motivo de consulta.
- Historia de vida: Infancia, adolescencia, edad adulta, historia sexual, familiar, laboral, vida afectiva, etc.
- Curso del padecimiento y factor desencadenante.

- **Historia Clínica**

- Se elaborará una historia clínica a cada uno de los 40 pacientes, tomando como base los datos de las historias de vida.
 - Para el diagnóstico, se analizarán las alteraciones, en las 6 áreas de la Personalidad Normópata, I. Alexitimia, II. Vida operatoria, III. Desórdenes de conducta, IV. Desordenes afectivos, V. Desorganización de la función psicosomática, VI. Desórdenes sexuales, con base en los postulados teóricos psicoanalíticos, expuestos en el Capítulo I.
 - Se emitirá un diagnóstico clínico de cuáles de las 6 áreas están alteradas, y su magnitud, si hay más de tres, se considerará que la persona tiene una personalidad Normópata.
-

En el Anexo No. I se presenta 5 historias clínicas, de algunos de los pacientes del grupo de diabéticos, Así como el seguimiento de un tratamiento (del grupo de los diabéticos) que presentó un brote psicótico.

Entrevistas

1. Se hicieron entrevistas a las 40 personas integrantes de los grupos diabéticos y no diabéticos, con la finalidad de recabar la información necesaria para elaborar las historias clínicas.

Se hicieron diferentes tipos de pregunta

- Cerradas.
- Semi-abiertas.
- Abiertas.

Las historias clínicas se elaborarán de acuerdo a los datos de la historia de vida y se interpretarán de acuerdo a las concepciones sobre la Personalidad Normópata, (Ver Capítulo I) presentándose los resultados en el Capítulo V.

En el Anexo No. II se presenta un cuestionario par medir la Personalidad Normópata, para futuras investigaciones.

CAPITULO V

RESULTADOS

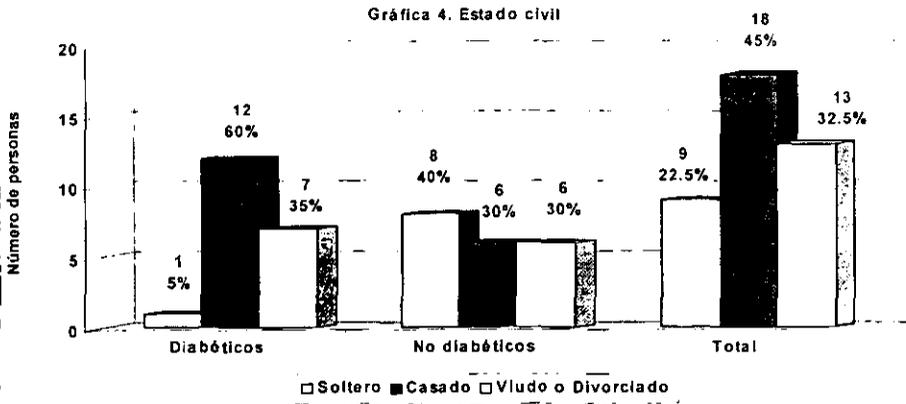
5.1. Datos Generales Del Paciente

Características generales de las muestras de los 2 grupos: diabéticos y no diabéticos:

Distribución de frecuencia.

1. Estado civil

En la muestra de pacientes con Diabetes Mellitus II, de las 3 categorías que se eligieron: soltero (a), casado (a) y viudo o divorciado (a), la frecuencia de mayor puntaje fue la de casado. En la muestra de personas no diabéticas, la frecuencia de mayor

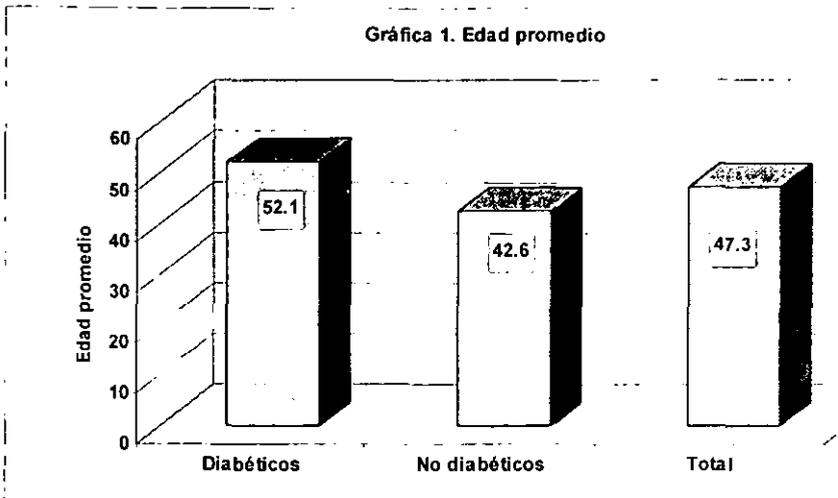


puntajes se ubicó en el de solteros: 8 pacientes.

(Ver gráfica No. 1).

2. Edad

En el grupo de diabéticos la edad promedio fue de 52 años. En el grupo de no diabéticos la edad promedio fue de 42 años.



(Ver Gráfica No 2)

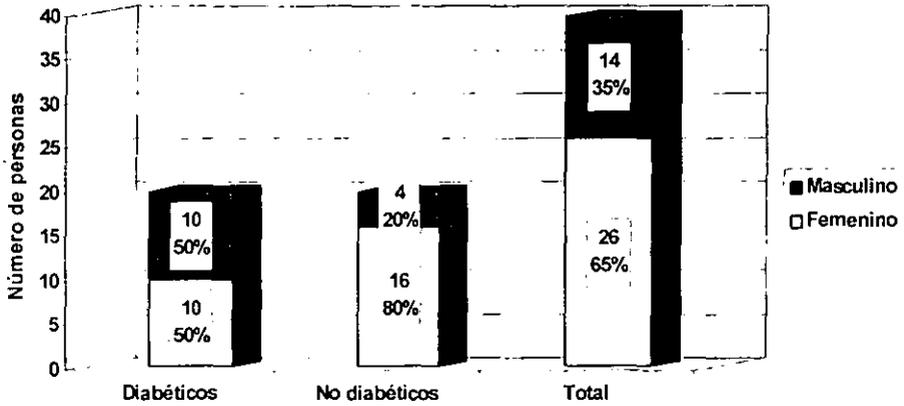
3. Sexo:

La distribución de la muestra en el grupo de diabéticos fue de: 10 hombre y 10 mujeres.

En el grupo de no diabéticos 16 mujeres y 4 hombres.

(Ver gráfica No 3).

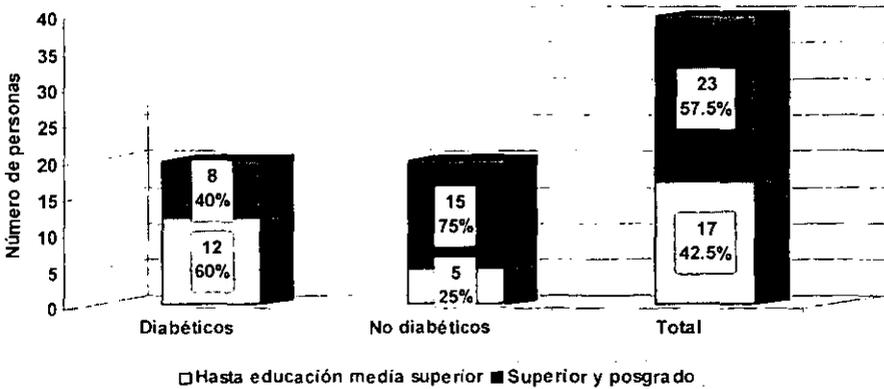
Gráfica 2. Sexo



4. Escolaridad

En ambos grupos la frecuencia mayor se ubicó en el nivel de licenciatura: en el de diabéticos 6, en el de no diabéticos: 6 (Ver gráfica No 4).

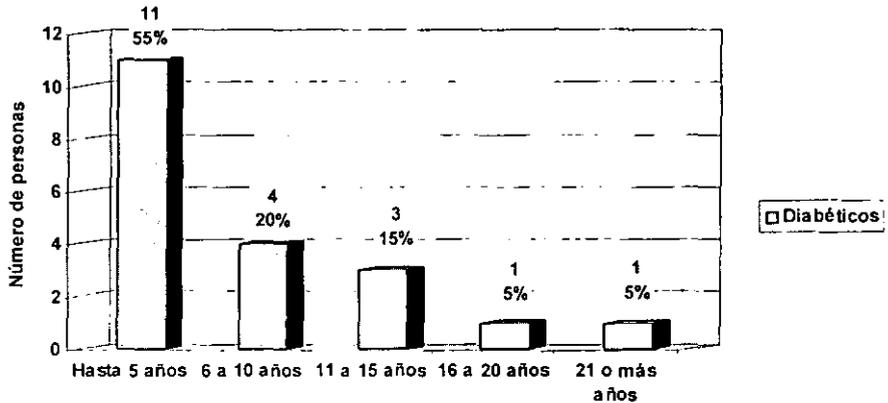
Gráfica 3. Nivel de escolaridad



5. Años de padecer Diabetes

La distribución de la muestra en el grupo de diabéticos el número de mayor frecuencia fue de: 11 años. (Ver gráfica 5)

Gráfica 5. Años de padecer diabetes



5.2. Análisis De Los Resultados De Las Historias Clínicas:

Comparación Entre Los 2 Grupos: Diabéticos Y No Diabéticos

Los resultados obtenidos en el presente estudio, en el grupo de pacientes con Diabetes Mellitus (II) no Insulino dependiente, en relación a las alteraciones psicológicas en el total de las 6 áreas, que conforman la Personalidad Normópata, fueron los siguiente:

Un paciente presentó alteraciones psicológicas en las 6 áreas; diez pacientes en 5 áreas; dos pacientes en 4 áreas; un paciente en 3 áreas: cinco pacientes en 2 áreas y un paciente en 1 área.

Los resultados obtenidos en el presente estudio, en el grupo de pacientes sin ningún tipo de diabetes, en relación a las alteraciones psicológicas, en el total de las 6 áreas, que conforman la Personalidad Normópata, fueron los siguiente:

Tres personas presentaron alteraciones psicológicas en las 6 áreas de la Personalidad Normópata; tres personas en 5 áreas; cinco personas en 4 áreas; dos personas en 3 áreas; dos personas en dos áreas; una persona en 1 área; cuatro personas no tuvieron alteraciones en ninguna de las 6 áreas.

Comparando las alteraciones psicológicas en el grupo de diabéticos y no diabéticos en el total de las áreas, los resultados fueron los siguientes:

Las alteraciones psicológicas en 6 de las áreas de la Personalidad Normópata, la diferencia mayor se presentó en los pacientes no diabéticos, 2 personas (1:3); en 5 de las áreas, la diferencia fue mayor en los diabéticos, 7 personas (10:3); en 4 de las áreas, la diferencia fue mayor en los no diabéticos, 3 personas (2:5); en 3 de las áreas, la diferencia fue mayor en los no diabéticos, una persona (1:2); en 2 de las áreas, la diferencia fue mayor en los diabéticos, 3 personas (5:2); en 1 de las área, la diferencia fue mayor en los diabéticos, 1 persona (1:0); en el grupo de los no diabéticos, 4 personas no presentaron alteraciones en ninguna de las áreas, no así en el grupo de los diabéticos, en él la oscilación fue desde 6 áreas alteradas, hasta 1.

Los resultados de las alteraciones psicológicas, en cada una de las 6 áreas de la Personalidad Normópata, del grupo de pacientes con diabetes, fueron los siguientes:

En el Area I. Alexitimia: los veinte pacientes presentaron alteraciones psicológicas: cuatro con alteraciones clínicas excesivamente altas; diez con muy altas y seis con alta.

En el Área II. Vida operatoria: dieciséis pacientes presentaron alteraciones psicológicas: cinco con alteraciones clínicas muy altas y once con altas. En el Área III. Desórdenes de conducta: catorce pacientes presentaron alteraciones psicológicas: uno con alteraciones clínicas excesivamente altas; cuatro con muy altas y nueve con alta. En el Área IV. Desórdenes afectivos: quince pacientes presentaron alteraciones psicológicas: dos con alteraciones clínicas excesivamente altas; siete con muy altas y seis con altas. En el Área V. Desorganización de la función psicosomática: doce pacientes presentaron alteraciones psicológicas: tres con alteraciones clínicas muy altas y nueve con altas. En el Área VI. Desórdenes sexuales: dos pacientes presentaron alteraciones psicológicas altas.

Los resultados de las alteraciones psicológicas, en cada una de las 6 áreas, de la Personalidad Normópata, del grupo de pacientes sin ningún tipo de diabetes, fueron los siguientes.

En el Área I. Alexitimia: once personas presentaron alteraciones psicológicas: una con alteraciones clínicas muy altas y diez con altas. En el Área II. Vida Operatoria: trece personas presentaron alteraciones psicológicas: cuatro con alteraciones clínicas muy altas y nueve con altas. En el Área III. Desórdenes de conducta: trece personas presentaron alteraciones psicológicas: tres con alteraciones clínicas muy altas y diez con altas. En el Área IV. Desórdenes afectivos: trece personas presentaron alteraciones psicológicas: una con alteraciones clínicas excesivamente altas; cuatro con muy altas y ocho con altas. En el Área V. Desorganización de la función psicosomática: siete personas presentaron alteraciones psicológicas: una con alteraciones clínicas muy altas y seis con altas. En el Área VI. Desórdenes sexuales seis personas presentaron alteraciones psicológicas clínicamente altas.

Comparando las alteraciones psicológicas, en cada una de las 6 áreas, de la Personalidad Normópata, en los grupos de diabéticos y no diabéticos, los resultados fueron los siguientes:

En el Área I. Alexitimia, la diferencia mayor se presentó en el grupo de los diabéticos (3); en el Área II. Vida operatoria, el puntaje mayor se presentó en el grupo de los diabéticos (3); en el Área III. Desórdenes de Conducta, la diferencia mayor se presentó en el grupo de los diabéticos (1); en el Área IV. Desórdenes afectivos, la diferencia mayor se presentó en el grupo de los diabéticos (2); en el Área V. Desorganización de la función psicósomática, el puntaje mayor se presentó en el grupo de los diabéticos (5); en el Área VI. Desórdenes sexuales, la diferencia mayor se presentó en el grupo de los no diabéticos (4).

Al conjuntar los dos grupos: diabéticos y no diabéticos, el total de las personas con alteraciones psicológicas, en cada una de las 6 áreas de la personalidad normópata, fueron los siguientes:

Alexitimia fue de 25 (25:40), lo que representa el 62%; en Vida operatoria fue de 29 (29:40) lo que representa el 72%; Desórdenes de conducta fue de 27 (27:40), lo que representa el 67%; Desórdenes afectivos fue de 28 (28:40), lo que representa el 70%; Desorganización de la función psicósomática fue de 20 (20:40), lo que representa el 50%; Desórdenes sexuales fue de 8 (8:40), lo que representa el 20%.

En el Anexo No. II se presenta un cuestionario, con 115 preguntas, las cuales contienen las alteraciones psicológicas de las 6 áreas de la Personalidad Normópata.

5.3. Discusión Y Conclusiones

Los resultados del presente estudio nos muestran los siguiente:

Al comparar los dos grupos: diabéticos y no diabéticos, en relación a las alteraciones psicológicas en el total de las 6 áreas de la Personalidad Normópata, observamos que, **no se encontramos diferencias significativas, entre ambos grupos.** La diferencia mayor se presentó en el grupo de las personas no diabéticas: 4 personas no presentaron alteraciones en ninguna de las área; no así en el grupo de los diabéticos, las alteraciones oscilaron desde las 6 áreas alteradas, hasta solamente 1.

En relación a las alteraciones presentada, en cada una de las 6 áreas de la Personalidad Normópata, en los 2 grupos: diabéticos y no diabéticos, **no se presentaron diferencias clínicamente significativas.** El grupo de diabéticos tuvo mayores alteraciones en las siguientes áreas: I. Alexitimia y II. Vida operatoria, la diferencia fue de 2. III. Desórdenes de conducta, de uno. IV. Desórdenes afectivos, de 2. V Desorganización de la función psicosomática de 5. En el Area VI. Desórdenes sexuales, la diferencia mayor se presentó en el grupo de los no diabéticos, fue de 4.

En los pacientes diabéticos, el área con mayor incidencia fue II. Vida operatoria. En el grupo de las personas no diabéticas 3 áreas presentaron la misma incidencia: II. Vida operatoria, III Desórdenes de conducta y IV Desórdenes afectivos. En ambos grupos, el Área VI. Desordenes sexuales, no presentó alteraciones clínicamente significativas. Pensamos que existieron inhibiciones para explayarse sobre el tema, pues fue una constante que, al tocar el tema de la sexualidad, unos ya no quisieran seguir con la entrevista y otros, dieran contestaciones evasivas,

En ambos grupos, **Las diferencias clínicamente significativas** en cada una de las 6 áreas están en relación a la valoración de las alteraciones psicológicas: excesivamente altas, muy altas, altas y normales. Los datos de las historias de vida y la elaboración de las historias

clínicas, nos permitieron hacer un diagnóstico clínico, observando en ellas la recurrencia, lo crónico, así como la tendencia hacia lo psicopatológico de las alteraciones psicológicas.

Lo significativo de los resultados fue que, al conjuntar a los pacientes de ambos grupos: diabéticos y no diabéticos (40 personas), **el número de personas con alteraciones psicológicas, en cada una de las áreas, fue mayor del 50%, en relación con las 40 personas estudiadas.** Solamente el Área VI. Desórdenes sexuales obtuvo un porcentaje del 20%, las demás rebasaron el 50%. El Área II. Vida operatoria fue la que obtuvo un mayor porcentaje.

La conclusión del presente estudio es que, en los pacientes con Diabetes Mellitus (II) no Insulino dependiente, catorce (de 20) pacientes tienen una Personalidad Normópata, pues presentaron alteraciones psicológicas en 3 o más áreas de las 6 que conforman este tipo de personalidad.

En las personas sin ningún tipo de diabetes, trece (de 20) personas tienen una Personalidad Normópata, pues presentaron alteraciones psicológicas en 3 o más áreas de las 6 estudiadas que conforman este tipo de personalidad.

Analizando el porqué de los resultados, es decir, porque no se presentaron diferencias clínicamente significativas entre ambos grupos: diabéticos y no diabético expondremos lo siguiente.

La tesis central a lo largo de nuestro trabajo ha sido que, la enfermedad física puede generar alteraciones psicológicas, también puede presentarse la situación contraria: lo psicológico puede crear enfermedades físicas (Ver Capítulos I y II). Cuando se alteran tanto el campo físico como el psicológico, es cuando a la enfermedad se le llama psicósomática. Los resultados del presente estudio nos reflejan esta situación.

En el grupo de los pacientes diabéticos, las alteraciones psicológicas han existido desde antes de que se manifestara la enfermedad, (ellos lo expresaron así) en muchos casos, ellas fueron las causantes de que se desencadenara la diabetes.

En el grupo de las personas no diabéticas, el requisito principal para ser seleccionadas fue que, no tuvieran ningún tipo de diabetes, y ser mayor de 30 años; no se controló ninguna otra variable. Sin embargo, las historias de vida reflejaron lo siguiente: tres personas tenían colitis crónica; una, colitis cónica, quistes y además estaba en terapia; una, con insuficiencia cardiaca y estaba en terapia; siete estaban en terapia psicológica, desde hacía tiempo; una, con adicciones al alcohol; una persona, con epilepsia y colitis crónica. En total 14 personas de las 20 que conformaron la muestra presentaban problemas físicos y psicológicos.

Desde la selección de los pacientes, en las personas de ambos grupos, estaban dadas las condiciones para que existieran alteraciones propias de la Personalidad Normópata; los resultados del estudio así lo ratificaron. También se confirmó la tesis de que, las alteraciones propias de la Personalidad Normópata, pueden estar presente en cualquier persona con una enfermedad llamada psicósomática, y en aquellos pacientes que están en psicoterapia y que no presentan ninguna enfermedad física.

En el Capítulo II expusimos que el origen de una enfermedad como la diabetes, puede ser genético, sin embargo, las condiciones de vida juegan un papel determinante en su declaración. El ESTRÉS de vida es un factor que afecta tanto a lo físico como a lo psicológico, para que se presenten alteraciones severas en ambos campos. La elección de órgano depende de las alteraciones en el cuerpo erógeno. (Ver Capítulo II, Inciso: 2.4).

Son muchos los factores psicosociales que pueden desencadenar afecciones físicas y psicológicas a lo largo de una vida, expondremos algunos de ellos, observados tanto en el grupo de los pacientes diabéticos como no diabéticos.

Un hecho importante y que se tiene que destacar es que, en el grupo de los pacientes diabéticos, trece de ellos vivieron durante su infancia condiciones de vida semejante: la pobreza, en ocasiones extrema, lo que determinó a su vez, problemáticas también semejantes. Sus familias de origen, pertenecieron a una clase social humilde, principalmente de obreros, campesinos y comerciantes; con una infancia en la que predominó la falta de recursos económicos, oscilando entre la escasez y la extrema pobreza. Relatando los pacientes que por esta forma de vida tuvieron experiencias muy traumáticas: fueron niños golpeados, principalmente por el padre, pero en ocasiones también por la madre (10 de 20), violados, (2) abandonados. Por ello, desde épocas muy tempranas se conformaron síntomas psicológicos, que perduraron hasta la edad adulta, tales como: angustias intensas, timidez, miedos, incomunicación, tartamudeo, imposibilidad de relación. Estos síntomas fueron referidos por los pacientes durante las entrevistas clínicas. En los pacientes no diabéticos las condiciones económicas no llegaron a la pobreza extrema, sin embargo, si vivieron experiencias de vida tan traumáticas como los diabéticos

El alcoholismo del padre y otras adicciones fue una constante en el grupo de los diabéticos. Por esta adicción, el poco dinero que la familia tenía para vivir, el padre lo utilizaba en el alcohol, no cubriéndose por esta razón, ni las más mínimas necesidades de la casa, (como la alimentación el vestido, la vivienda). Por este motivo, La madre tenía que trabajar, dejando a los hijos solos en casa por tiempos muy largos o al cuidado de los hermanos mayores, o de los vecinos. Algunos personas (de ambos grupos) fueron alcohólicos; otros, (3) a pesar de la diabetes todavía lo son. Ellos manifestaron que este alcoholismo es producto de todo lo que vivieron durante su vida y del ejemplo que recibieron de sus padres.

Otro factor que se presentó en la mayoría de los pacientes (en ambos grupos) y que, fue expresado con mucho énfasis, fue el desamor de los padres, no solamente durante la infancia, sino casi durante toda la vida. Desde esta perspectiva, este desamor tuvo la dimensión de un trauma generacional: los padres a su vez vivieron las mismas condiciones que crearon para sus hijos.

Por las condiciones de vida: desamor de los padres y condiciones precarias, los hijos tuvieron que trabajar: unos, desde la infancia, otros, en la adolescencia y algunos, asumiendo todas las responsabilidades de la casa, cuando fueron abandonados por el padre, convirtiéndose a su vez en los jefes de la familia.

El haber trabajado desde épocas muy tempranas les permitió, a algunos de estos pacientes, encontrar situaciones de vida mejores: trabajos estables, en los que duraron toda la vida, brindándoles esta posición una estabilidad económica, consolidar una familia, en ocasiones para toda la vida. El estudio fue otro camino, alcanzando algunos de ellos grado de licenciatura. El comercio también fue una vía apropiada, llegando a convertirse en comerciantes prósperos

Sin embargo, esta estabilidad de vida en lo económico no alcanzó a borrar lo que se vivió en la infancia. Los pacientes (en el grupo de los diabéticos) relatan que muchos de los problemas infantiles aún perduran, además de los que se fueron agregando durante su vida.

Uno recurrente, fue la desnutrición infantil. Esta genera alteraciones tanto físicas como psicológicas y deja huellas imborrables en el organismo, en el estado adulto se reflejan en alteraciones metabólicas, pues algunos de los pacientes de este estudio han tenido complicaciones de peso durante toda su vida (en el grupo de diabéticos). La desnutrición puede llegar a ocasionar alteraciones psicológicas: la compulsión por comer o la anorexia, pueden ser algunas de ellas. (en el grupo de diabéticos).

La causa de las alteraciones, tanto físicas como psicológicas, en las personas de ambos grupos, pudieron generarse por las condiciones materiales de vida: la pobreza extrema, causante de la desnutrición; el alcoholismo de los padres, el maltrato, tanto psicológico como físico, el desamor de los padres, convertido en un trauma generacional. Todos estos factores son condiciones más que suficientes para generar alteraciones, tanto en el campo físico como en el psicológico.

En el Capítulo I (1.4.1) expusimos que desde el punto de vista psicoanalítico, la estructura psíquica es la responsable de la personalidad de un individuo, así como de sus alteraciones. Por las condiciones de vida que vivieron las personas del presente estudio, sobre todo, aquellas a las que se les diagnosticó una Personalidad Normópata, se presentaron fracturas en el proceso de constitución de su estructura psíquica, lo que determinó que se constituyera una personalidad psicopatológica como la Normópata.

Desde una comprensión metapsicológica las alteraciones en la estructura psíquica del normópata, responsables de los desórdenes de la personalidad son: en la genética, la tónica, la dinámica, la dinámica. Además McDougall (1987, 1991) plantea 5 condiciones para que se presenten fracturas en la estructura: **1. El no deseo de hijo, 2) La no constitución de una función de protección antiestímulo de la madre, 3) La fusión corporal, 4) La privación psíquica y expresión somática, 5) La desafectación y dispersión afectiva.**

Observamos en el presente estudio que, 27 personas (de 40) presentaron las condiciones propuestas por McDougall, y que son las responsables de las alteraciones como las contenidas en las 6 áreas de la Personalidad Normópata: I. Alexitimia, II. Vida operatoria, III. Desórdenes de conducta, IV. Desórdenes afectivos, V. Desorganización de la función psicosomática y VI. Desórdenes sexuales.

El diagnóstico de las historias clínicas confirmaron que estas personas presentaron una Personalidad Normópata.

En el Anexo No I se presentan 5 historias clínicas y el seguimiento psicoterapéutico de un paciente.

5.4. Sugerencias

5.4.1. El Normópata y la Psicoterapia

La psicoterapia es un medio través del cual la diabetes puede ser controlada. Hemos planteado en el capítulo II lo difícil que es para el paciente el aceptar que tiene una enfermedad incurable. Abordar el aspecto psicológico es determinante para este propósito, por tanto, creemos que la psicoterapia puede ser un medio para que se controle la enfermedad, además de ayudarlo a elaborar los núcleos neuróticos o psicóticos de su personalidad. (Chessich, 1995, Flowers, 1995, Hashiro, 1995, Hermann, 1995, Meichenbaum, 1988).

Un tema importante, una vez comprobadas las hipótesis es sugerir algunas propuestas con relación a la técnica psicoterapéutica, específicamente la psicoanalítica. La dinámica que se establece es diferentes, de la neurótica, precisamente por lo específico de la personalidad.

Se ha observado en la práctica (Hahn, et al., 1994) que la psicoterapia tradicional es difícil de aplicar a las personas con este tipo de personalidad, principalmente por la desconstitución del inconsciente. Este es el punto central de la problemática técnica, pues trastoca todo tipo de alianza terapéutica y todo trabajo tradicional: asociación libre, transferencia, resistencia, regresión, trabajo de sueños, etc.

El método psicoanalítico es:

Un método de investigación que consiste esencialmente en evidenciar la significación inconsciente de las palabras, actos, producciones imaginarias (sueños, fantasías delirios de un individuo. Este método se basa principalmente en las asociaciones libres del sujeto, que garantiza la validez de la interpretación. (Laplanche y Pontalis, sin fecha)

La desconstitución del inconsciente no permite el uso del método psicoanalítico tradicional pues lo que falta precisamente son las producciones del inconsciente: los sueños, las asociaciones libres, las producciones imaginarias, etc.

El psicoanálisis es un método de construcción teórica y de aplicación clínica, ello implica que la teoría y la práctica son inseparables pues ambas conforman una unidad indisoluble y constituyen la praxis psicoanalítica. Así, las propuestas técnicas que en este trabajo se formulen y que difieran de la técnica tradicional deben apoyarse en un método de construcción teórico-práctico para que se transformen en propuestas metodológicas.

La praxis es la superación de la oposición entre práctica y teoría, es la unión contradictoria de ambas, su dialéctica fecunda. Es acción que toma conciencia de sí misma y de su historia; Es comprensión que transforma. Ver al psicoanálisis como una praxis es por lo tanto, sobre todo, reconocer que apunta al cambio sacando a la luz los procesos del inconsciente, que es antes que nada una operación que reconoce su sentido (aunque sea parcial) y su historia (aunque sea singular), que se sitúa en una totalidad activa (el socio) que interfiere con él, que une en un proceso común a la práctica y a la teoría (Le Guen, 1984. p 28).

Partiremos de la metapsicología freudiana para formular algunos planteamientos psicoterapéuticos para el trabajo clínico con la personalidad normópata.

Que la tónica sólo existe y se justifica para fundamentar la dinámica y la economía y para transformarse por y en éstas." (Le Guen, 1984. p 36). Sobre esta línea de pensamiento: " (...) el --antes en lugar y/o en tiempo – condiciona el después, y el después da significado y reorganiza el antes; pero sobre todo: este doble movimiento aparente no es en realidad más que un único proceso que debe ser pensado como tal, en su unidad totalizante." (Le Guen, 1984. p 36).

Esta es la concepción sobre la cual se constituye el psiquismo en su totalidad. El concepto del *apuntalamiento / a posteriori* (Anlehung, significa tomar apoyo o ser apuntalado por otra cosa) va organizando los diferentes estratos del aparato psíquico: donde el primero es apoyo del segundo y así sucesivamente. Sobre este movimiento tiene que apuntalarse todo **trabajo clínico** que se emprenda con la personalidad normópata.

La problemática es que, en este tipo de patologías este movimiento del *par del apuntalamiento* (Freud 1905 d) / *a posteriori* (Freud 1950 [1895]) queda paralizado por la desconstitución del inconsciente. El *a posteriori* se plantea "(...) como proceso, vinculado estrechamente con lo presente, aplicado y reaplicado en las sucesivas reelaboraciones y relacionado con la idea del advenimiento de sentido; (...) (Le Guen, 1984. p 38). El *a posteriori* debe tomarse no como una línea temporal sino entendiéndolo en función de la memoria y la historia: "apropiación e historización" "Es decir que está sujeto a, orientado y predeterminado por lo que fue y el modelado por lo actual" (Le Guen, C. 1984. p 39).

El trabajo clínico tiene que seguir esta directriz para que se vayan organizando los estratos del aparato psíquico pues las producciones del inconsciente: síntomas, sueños, delirios, etc., siempre se realizan en dos tiempos: primero se constituyen los registros y en un segundo momento se realiza su retranscripción así como la elaboración del

material inconsciente. Esta forma de constitución del aparato psíquico fue planteada por Freud desde el Proyecto de una psicología para neurólogos. (Freud, S1950 [1895]).

5.4. 2. El Tratamiento de la Personalidad Normópata

Las exigencias psicoterapéuticas no existen en este tipo de pacientes pues las defensas utilizadas los protegen de toda alteración psíquica, más bien la muerte es quien los sorprende. En ocasiones llegan a pedir ayuda enviados por un médico pero sin ninguna demanda propia; ellos no creen que la necesiten, y el tema de la enfermedad sigue siendo su tema favorito. Cuando el montaje de la personalidad normópata se desestabiliza es cuando recurren verdaderamente a una psicoterapia. Este es el verdadero momento del encuentro entre un enfermo psicossomático con una personalidad normópata y un dispositivo de curación cuya finalidad es inaugurar un campo nuevo: una clínica psicoanalítica de las enfermedades psicossomáticas.

5.4.2.1. La Transferencia- Contratransferencia

En el campo psicoanalítico la transferencia – contratransferencia es la piedra angular de la clínica. Ahora bien, este binomio terapéutico es difícil en este tipo de patologías pues la relación que establecen los normópatas con los otros es a través de un apego desconectado, ya que el afecto está abolido. El movimiento dialéctico: apuntalamiento / aposteriori está paralizado por la falta de libido y su correspondiente transformación en afecto. La consecuencia de esta paralización es la imposibilidad de proyectar los procesos transferenciales en la cura y la imposibilidad de que se instaure una neurosis de transferencia. (más si se tiene una enfermedad mortal). Así mismo, la contratransferencia está determinada por la impotencia del terapeuta ante la imposibilidad del trabajo clínico, el <impasse>." (Ali, 1991) es la relación que se impone entre

ambos. Lo que impide que se instaure una relación transferencial es el miedo que tiene el paciente de destruir la relación terapéutica como le ha pasado con todas las demás relaciones ; la enfermedad es una manifestación de este rompimiento del vínculo.

Cuando el montaje de la personalidad normópata ya no cumple perfectamente su función pues a pesar de ello el individuo se está desmoronando es el momento para superar el impasse e iniciar el trabajo clínico. En principio, la tarea clínica es encontrar inscripciones nuevas o la manera particular en que ese montaje pueda **anudarse** en el lugar de la cura y la posibilidad de constituir una transferencia analítica. Sin embargo, esta transferencia esta amenazada con las resistencias del el síntoma somático.

Cuando el tratamiento psicoterapéutico avanza y se va desmontando el montaje psicopatológico aparecen angustias intensas , delirios de abandono, envidias primitivas, entre otras manifestaciones, entonces el pasaje al acto es automático y la enfermedad física se agrava; este agravamiento permite la disminución de los síntomas psíquicos a costa de instaurarse nuevamente el andamiaje de la personalidad. Este movimiento regresivo esta determinado por la pulsión de muerte en una proporción directa: cuando se incrementa el síntoma somático disminuye el síntoma psíquico y viceversa. (Ali, 1991, 2000).

La pulsión de muerte desconstituye el inconsciente, paralizando el movimiento dialéctico del *par del apuntalamiento* (Freud 1905 d) / *a posteriori*, (Freud 1950 [1895]) lo que impide una elaboración del trabajo terapéutico y con ello la imposibilidad de una historización en la cura para que la vida del paciente adquiera un sentido diferente. La historización es la historia que se construye entre: la historia del paciente, la historia del analista y la historia que se va entretejiendo o reconstruyendo con el proceso terapéutico es una historia psíquica.

Es determinante que sea el paciente quien demande el tratamiento y no cualquier otra persona, ya que este hecho impone una situación diferente para el trabajo terapéutico. La demanda de análisis permite que las fantasías se vivan en la transferencia, principalmente las de la enfermedad, es decir, se instaure un lugar imaginario para el trabajo de la cura, siendo ahí en ese espacio donde el terapeuta debe acudir a ocupar el lugar que el enfermo le asigne, porque si el terapeuta lo actúa se pierde el límite entre lo terapéutico y la vida real; no se debe actuar una relación dual porque se violenta la regla de la abstinencia. En forma latente o manifiesta siempre está presente el pedido de ayuda no terapéutica sino médica, es una de las resistencias mayores a vencer porque la posición de desvalimiento es la que impera y también es la que impide adentrarse para darle un sentido histórico a ese desvalimiento.

La única demanda que puede hacer el terapeuta es que el análisis sea posible aunque la enfermedad sea grave, el proceso transferencial no se debe de invertir: el terapeuta no debe hacerse cargo de la enfermedad del paciente, este siempre tiene que responsabilizarse de ella, por más resistencias que oponga. La muerte, tanto en la fantasía cuanto en la realidad puede prestarse a una forma de escamoteo para que el terapeuta pierda su papel transferencial. El espacio terapéutico no se puede transformar en tóxico porque pierde su finalidad; el terapeuta no cura la enfermedad pero si puede denunciar como y por donde se esta perfilando la destrucción del individuo.

5.4.2. 2. Las Inscripciones De Las Huellas Mnémicas Del Dolor / Placer

El trabajo psicoterapéutico en la enfermedad psicosomática tiene que ser dirigido a crear inscripciones donde el dolor no sea lo predominante, es decir, nuevos registros organizados por el principio del placer, sobre todo para enfrentar la desconstitución del inconsciente: crear el movimiento dialéctico *apuntalamiento/ a posteriori* en sus diferentes

vertientes: instinto/ pulsión; función somatopsíquicas / psicósomática; fantasía / realidad; cuerpo real / cuerpo imaginario, imagen corporal; inconsciente / preconscious / consciente.

En primer lugar, las determinaciones del síntoma somático tienen que ser aprehendidas por el lenguaje para que se introduzca la dimensión simbólica del síntoma somático; se tiene que trabajar con un cuerpo que habla; el individuo tiene que conocer que determinados hechos de su vida le provocaron un sufrimiento tal que tuvo que implementar mecanismo para no sentirlo. El trabajo es sacarle al cuerpo las causas del dolor físico para que este se pueda ser convertido en un dolor psíquico, esa es una de las primeras tareas psicoterapéuticas.

Cuando se le arrebató al síntoma somático su dolor, pues éste no es de la categoría del displacer, y se sustituye por un dolor psíquico, se producen nuevas inscripciones de carácter psíquico. Este es el movimiento que permite fijar la energía dolorosa ya no en lo somático sino en contenidos psíquicos. Posteriormente este tipo de dolor puede cambiar de signo pues el psiquismo es el que puede transformar el dolor en sensorialidad, en sensualidad y posteriormente en placer. Si a la vivencia del dolor le sigue una vivencia de satisfacción, se puede realizar un enlace causal que permita la inscripción de la huella mnémica del dolor. Es en este momento es cuando se constituye el *apuntalamiento* de lo somático sobre lo psíquico.

El individuo tiene que aprender a vivir de una manera placentera, crear nuevos registros donde el placer tenga cabida, y se pueda abandonar el permanente sufrimiento: placer en las relaciones amorosas, en la sexualidad, en el trabajo, y en sí en todo lo que él realice. Las inscripciones de nuevas vivencias placenteras, es una tarea psicoterapéutica primordial, y no fácil de realizar, por la forma de satisfacción masoquista que prevalece en el individuo.

El panorama del enfermo es una fijación a un modo de satisfacción masoquista: un masoquismo erótico primario, a través del síntoma somático, ya que es lo único internamente conocido. Busca las experiencias placenteras en el mundo exterior, a través de un sinnúmero de experiencias; pero estas solamente son pasajeras, porque tampoco existe una huella mnémica de la vivencia de satisfacción sobre la cual se apoyen las nuevas experiencias, lo que ocasiona un estado de permanente vacío. No se puede crear una dialéctica entre <lo interno y lo externo> para que ese vacío desaparezca, porque el dolor impide la constitución de lo interno. Cuando no se constituye lo psíquico como un espacio topológico se instaura una permanente desligazón de las inscripciones psíquicas. “ (...) una desorganización del anclaje del sujeto en las cadenas significantes” (Le Poulichet. 1996. p. 62).

5.4.2.3. La Construcción De Lo < Interno>: Lo psíquico

La construcción de lo interno; la distinción de un adentro y un afuera, es otra tarea psicoterapéutica importante. El registro de la vivencia de satisfacción y la alucinación de la nutrición, inauguran <lo interno> psíquicamente. En principio, el mecanismo de proyección desempeña un papel primordial para constituir este lugar psíquico, donde se puedan proyectar los registros de las vivencias para ser elaboradas; una <la pantalla>. En el trabajo sobre los sueños, Freud (1900^a) le llama la pantalla del sueño. Posteriormente este trabajo lo desempeña el preconscious; este es un lugar psíquico donde puede existir toda clase de transformaciones para conformar: los síntomas, las fantasías, las alucinaciones, los delirios.

Solamente cuando se constituye <lo interno> es posible una dinámica inconsciente, y es ahí donde el síntoma psicósomático, sin contenido psíquico, puede adquirir una nueva dimensión: la simbólica. Construir o reconstruir la red de representaciones para que el

inconsciente no se desconstituya, y las regresiones puedan ser controladas, es también una tarea psicoterapéutica importante

5.4.2.4. La Desestimación Del Afecto

Otra tarea psicoterapéutica es trabajar para que la defensa que define la estructura: la desestimación del afecto, en sus diferentes manifestaciones: privación, desafectación y dispersión, (McDougall, 1987, 1991, Freud 1919h, 1920g, 1925h, 1925 [1926d], 1940e[1938]). Pueda ser sustituida por otro tipo de defensa, menos destructiva, como es la represión y la sublimación (Freud, 915d). La represión, impone, por un lado, que exista material inconsciente que reprimir: esfuerzo de desalojo, y por otro, las transformaciones que el preconscious tiene que implementar: las formaciones sustitutivas, sobre todo para enfrentar los síntomas. Los contenidos psíquicos con esta modalidad defensiva ya no son eyectados al área somática, quedándose el psiquismo sin nada, las angustias neuróticas son de una dimensión totalmente diferente que las angustias psicósomáticas, pues la representación de la castración implementa una angustia señal para que el trauma no se repita.

El trabajo psicoterapéutico debe ser lento, porque se tiene que construir un inconsciente, un adentro psíquico. Cualificar la energía para que el aparato no desestime el afecto, es retirar la carga energética de las posiciones defensivas; compulsiones, adicciones, dolores, fijaciones en patrones de vida y de pensamiento. Todo este trabajo, conlleva que aparezcan angustias intensas, depresiones considerables, estados agresivos, entre otras manifestaciones. Darle un sentido al dolor y a la falta de placer es un trabajo arduo pero solamente así se pueden crear nuevas inscripciones en las cuales predomine otro tipo de afecto.

Desde los orígenes, La defensa se creó, para enfrentar el trauma económico y tiene que ver con la angustia de separación, específicamente con la polaridad: presencia-ausencia; esta representación no se constituyó, con graves consecuencias para todo el psiquismo, pues solamente ella puede crear una dimensión simbólica a todo el contenido psíquico.

El dolor sobreviene precisamente en un momento en que todavía no se ha introducido la dimensión de <la ausencia>. Por eso el dolor es la <genuina reacción frente a la pérdida del objeto"²⁰, cuando esta última no ha sido simbolizada. Freud señala que este dolor psíquico ocasionado por la pérdida del objeto toma en préstamo el modelo del dolor corporal;²¹ los dos engendran el mismo estado de desvalimiento psíquico>> (Le Poulichet 1996. p. 64).

La causa de los desórdenes de conducta y afectivos es un desvalimiento psíquico que se constituye a partir de la no-diferenciación entre la ausencia temporaria y la pérdida duradera, " (...) cuando el niño no ha visto a la madre una vez, se comporta como si nunca más hubiera de verla (...) "Freud agrega: ¡La intensiva investidura de añoranza, en continuo crecimiento a consecuencia de su carácter irrestañable, del objeto ausente (perdido) crea las mismas condiciones económicas que las investiduras de dolor del lugar lastimado del cuerpo (...) (cit en Le Poulichet, . 1996. p. 64 y 65).

Esta expulsión del campo psíquico, inclusive del campo de la percepción es precisamente la defensa que la estructura implementa para no sentir el dolor de la pérdida. Este tipo de defensa también se convierte en un trauma para el psiquismo. La presencia – ausencia del terapeuta, así como del encuadre son de vital importancia para crear nuevas representaciones organizadas en forma diferente.

La ausencia del "objeto" causa angustias intensas, promueve el andamiaje defensivo, y por consiguiente las regresiones al área somática, Por tanto, el trabajo terapéutico debe

ser muy cuidadoso con los objetos amorosos del paciente; así las relaciones sean sumamente conflictivas, o hasta destructivas, pues es lo único que él tiene. Para que pueda existir una separación real del "objeto", es necesario, primero, construir la dimensión simbólica de la presencia/ ausencia del objeto, y posteriormente trabajar internamente su separación, porque sin este tipo de trabajo se volverá a repetirse la misma relación adictiva.

Así es como se pueden crear nuevas inscripciones, y una vez que esto suceda, el aparato psíquico podrá construir un andamiaje inconsciente o la red de representaciones para constituir lo psíquico, y el afecto tenga un lugar para circular. Esta es la única forma que el paciente psicossomático podrá desear soñar, o recordar sus sueños, abandonar su síntoma somático, si aún es tiempo, o enfrentar la muerte sin tanta amargura.

5.4.2.5. Las Alteraciones del Sueño

Otro aspecto a trabajar terapéuticamente son las alteraciones del sueño. Cuando se desgarran la envoltura del sueño, entonces surge el insomnio. Esta envoltura está íntimamente relacionada con la diada madre- hijo en una relación narcisista. La pérdida de la función onírica impide descargar la tensión a través de la satisfacción alucinatoria, entonces la psique emite señales somatopsíquicas, infraverbales y arcaicas para salvar al yo de la muerte psíquica. La internalización de la figura materna es la que permite conciliar el sueño, pero ya no como una figura destructiva sino contenedora y afectiva.

Estas son algunas aportaciones clínicas para el trabajo terapéutico con los normópatas, pues es una tarea ardua y difícil.

5. 5. Limitaciones Del Estudio.

ser muy cuidadoso con los objetos amorosos del paciente; así las relaciones sean sumamente conflictivas, o hasta destructivas, pues es lo único que él tiene. Para que pueda existir una separación real del "objeto", es necesario, primero, construir la dimensión simbólica de la presencia/ ausencia del objeto, y posteriormente trabajar internamente su separación, porque sin este tipo de trabajo se volverá a repetirse la misma relación adictiva.

Así es como se pueden crear nuevas inscripciones, y una vez que esto suceda, el aparato psíquico podrá construir un andamiaje inconsciente o la red de representaciones para constituir lo psíquico, y el afecto tenga un lugar para circular. Esta es la única forma que el paciente psicossomático podrá desear soñar, o recordar sus sueños, abandonar su síntoma somático, si aún es tiempo, o enfrentar la muerte sin tanta amargura.

5.4.2.5. Las Alteraciones del Sueño

Otro aspecto a trabajar terapéuticamente son las alteraciones del sueño. Cuando se desgarran la envoltura del sueño, entonces surge el insomnio. Esta envoltura está íntimamente relacionada con la diada madre- hijo en una relación narcisista. La pérdida de la función onírica impide descargar la tensión a través de la satisfacción alucinatoria, entonces la psique emite señales somatopsíquicas, infraverbales y arcaicas para salvar al yo de la muerte psíquica. La internalización de la figura materna es la que permite conciliar el sueño, pero ya no como una figura destructiva sino contenedora y afectiva.

Estas son algunas aportaciones clínicas para el trabajo terapéutico con los normópatas, pues es una tarea ardua y difícil.

5.4.3. Limitaciones Del Estudio

Una limitación y de relevancia capital es la vinculación de los dos campos: el somático y el psíquico, representados en la concepción de enfermedad psicósomática.. Creemos que el problema es mucho más complejo de la siguiente formulación: conocer si los pacientes diabéticos tienen una Personalidad Normópata o no, por lo siguiente:

Al interrogarnos: ¿Todas las enfermedades son psicósomáticas?, ¿Toda enfermedad orgánica tiene una repercusión psíquica en el individuo?, ¿Existen diferentes psicopatologías en las diferentes enfermedades? Estas preguntas y otras más, son de difícil respuesta.

Los especialistas, por años han realizado investigaciones para interrelacionar lo somático y lo psíquico, tratando de dar respuesta a estas interrogantes (Capítulo I); unas se han contestado y comprobado, otras no. Lo que es importante destacar, es el cuidado que una persona debe tener, durante todo el proceso de investigación, en la formulación de sus hipótesis, en la observación y el manejo de la información y sobre todo, en el tratamiento de los datos, para que estos sean confiables, sólo en esas condiciones se puede aseverar que una enfermedad es psicósomática.

En este trabajo vinculamos dos campos de estudio: el somático y el psíquico, quizá, este engranaje es sumamente complejo para la comprensión del fenómeno, inclusive para la investigación.

Si observamos el campo médico, tanto los hospitales como los consultorios están llenos de enfermos, la pregunta pertinente sería: ¿ todos los pacientes son somatizadores?. Los médicos pueden concluir: sólo en alguna ocasión, cuando una enfermedad es de difícil diagnóstico. También se puede presentar otra situación: durante un tratamiento médico, algunos síntomas pueden no corresponder al campo de la medicina, es entonces cuando el especialista puede recurrir a interconsulta,

El psicólogo, durante el tratamiento psicoterapéutico puede ir confirmando la observación del médico de que, los síntomas físicos observados por él, si tenían una relación psicológica. Puede ocurrir el caso contrario, que el psicólogo también realice una interconsulta para confirmar que el síntoma que trata requiere de una atención médica o que definitivamente solamente es somático. El develar el componente psicológico lo más rápidamente posible es muy importante, pues entre más crónica se vuelva la enfermedad más afectara el funcionamiento psicológico.

Como vemos, la interconsulta puede ser un primer intento para investigar si una enfermedad es psicósomática, pues es importante que cada especialista en su campo clarifique y conozca los límites de la enfermedad que está tratando, así como de su intervención, para el éxito de la cura. Esta situación en los hechos no es nada fácil, pues existen un sinnúmero de variables sobre todo en algunas enfermedades que para cualquier especialista puede ser difícil, no solamente el diagnóstico, sino inclusive el tratamiento.

Otro aspecto a considerar para determinar si una enfermedad es psicósomática, sobre todo cuando la enfermedad es degenerativa e incurable como la diabetes, es como el paciente enfrentó el diagnóstico del médico, es decir, el tiempo que tardó en aceptar la gravedad de su enfermedad, en recuperarse de un hecho tan determinante para su salud y para su vida, pues el aspecto psicológico del momento puede influir en forma decisiva en la diabetes o en cualquier otra enfermedad.

Los primeros síntomas que se presentaron al conocer el diagnóstico de la diabetes, en los 20 pacientes entrevistados, fue la depresión por estar enfermos, y el haber perdido la salud, también la alteración del carácter, así lo manifestaron ellos.

Cuando estos pacientes relataron su vida, siempre lo hacían en dos tiempos: antes de la enfermedad y después de ella. Referían aquellas personas que tenían muchos años de

padecer la enfermedad que, al declarárseles la diabetes habían pasado por un período depresivo muy largo y lo habían superado. Otros, decían, aún estar deprimidos. La misma situación observamos en aquellos pacientes de reciente diagnóstico (6 meses o un año).

Si reflexionamos las causas de la depresión: una enfermedad, cuando es crónica y degenerativa como la diabetes, enfrenta al individuo a un proceso de duelo precisamente por la pérdida de la salud (Freud, 1929g). Esta situación es toda una vivencia de pérdida, de grandes consecuencias para el psiquismo del individuo. Desde una comprensión psicoanalítica la frustración (de la salud perdida) promueve que las investiduras libidinales se retiren tanto del mundo interno como del externo, sobre todo para no aceptar dicha pérdida y no sentir el dolor que ella causa. Estas investiduras son retraídas al yo corporal (retracción narcísista) pues la enfermedad así lo requiere, pero esta estructura también está afectada, la imagen corporal tampoco acepta esta destrucción, quizá sea la que más se resista a ello, pues quiere conservar la imagen de un cuerpo sano (Harris, and Lustam, 1198, Russell, 1997, Bagby, 1988, Ali, 1991. Bundo, 1996, Nemiah, 1996).

Posteriormente, la restitución o no de estas investiduras dependería de los caminos que el yo del paciente eligiera para aceptar la salud perdida. Si la acepta, tiene que restablecer un nuevo equilibrio tanto somático como de vida. El paciente sabe (aunque a veces este saber es inconsciente) que algo anduvo mal en su vida y que ahora debe cambiarlo, si no quiere ser víctima de la enfermedad. En otros pacientes, este saber es negado, sigue su misma vida, añorando siempre la salud perdida. A las alteraciones psicológicas que ya existían antes del diagnóstico de la enfermedad, se le suma ahora el estado melancólico del paciente, pues con la pérdida de la salud también se pierde una parte de su yo (Freud, 1917 [1915], 1919d, 1918b[1914], 1924b[1923]).

Pensamos que de acuerdo a la personalidad del paciente puede o no presentarse una depresión cuando se declara la enfermedad. La personalidad normópata puede determinar caminos de difícil solución, ya que durante la vida las personas han negado los conflictos.

Desde nuestra perspectiva, la estructura narcisista es la que sustenta la Personalidad Normópata, es una personalidad psicopatológica con manifestaciones de normalidad, pues tiene los mecanismos necesarios para que el individuo pueda adaptarse a todas las circunstancias de la vida, por más adversas que estas sean.

ANEXO NO. I

HISTORIAS CLINICAS

PACIENTE
No.1.

I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

DIAÉTICO

1. Nombre: A. T. T.
2. Edad: 60.
3. Sexo: MASCULINO.
4. Ocupación: BIOLOGO MAESTRO, ATIENDE UNA FARMACIA.
5. Escolaridad: NORMAL SUPERIOR EN BIOLOGÍA.
6. Lugar de residencia: México, D.F.
7. Lugar de nacimiento: MEXICO, D. F.
8. Fecha de nacimiento: 28 DE MARZO DE 1938.
9. Estado civil: DIVORCIADO.
10. Numero de hijos: 5 HIJOS.
11. Fecha de la toma de datos: 26/ VI/ 99.
12. Diagnóstico médico: DIABETES II.
13. Años de diabético: 1 AÑO.
14. No tiene antecedentes de familiares diabéticos.

II. DESCRIPCION DEL PACIENTE

El paciente representaba la edad que tenía, se veía conservado, alto, atlético, de facciones agradables, su arreglo personal era informal y descuidado en su vestir. La expresión de su cuerpo era de una persona cansada, con un discurso lento, hablaba en voz baja, parco en palabras, se le tenía que estar insistiendo para que continuara hablando. Tan luego como empezó hablar se le cortó la voz y quiso llorar, pero se contuvo.

Manifestó que necesitaba ayuda; últimamente no sabía lo que le pasaba pues siempre estaba estresado; antes no le pasaba eso ya que durante su vida había sido una persona fuerte para enfrentar sus problemas. Expresó que era la primera vez que contaba sus cosas personales, con nadie se había explayado anteriormente, no era su estilo, y además le costaba trabajo hacerlo.

Durante la sesión observamos que le costaba trabajo expresarse o explayarse, utilizando silencios largos y pensamientos cortos. Se le tenía que insistir para que continuara relatando su historia de vida.

III. MOTIVO DE CONSULTA

Realizar una historia clínica y elaborar un diagnóstico de personalidad

III. SITUACIÓN ACTUAL

En la actualidad trabaja de maestro en el Politécnico, y además es responsable de una farmacia. Toda su vida ha trabajado de maestro en esa Institución. Vive con dos de sus hijos, la relación es buena pero lo conflictúan mucho, en ocasiones no sabe que hacer ante algunas situaciones de su vida.

II. HISTORIA DE VIDA

El paciente es el mayor de 5 hermanos, su familia es de un origen humilde, por tanto tuvo muchas carencias económicas. Recuerda que tanto su padre como su madre salían de la casa para trabajar y a los hijos los dejaban solos. Fue un niño muy golpeado por ambos, su padre los abandono cuando él era adolescente, desde entonces su madre se hizo cargo de la casa, y cuando él empezó a trabajar le ayudaba con su sueldo, hasta que se convirtió en el jefe de la casa y casi formó a sus hermanos. En la actualidad ya no viven sus padres.

En la primaria y en la secundaria no fue buen estudiante, no le entendía nada a sus maestros, pero se empeñaba mucho. El problema mayor que tuvo en la primaria es que era tartamudo y le constaba mucho trabajo hacerse entender. En la normal un maestro lo ayudo mucho, se dio cuenta que él caminaba horas para llegar a la escuela y lo recomendó con el maestro de deportes para que le dieran una beca y entrenara con el equipo de atletismo. La beca le ayudo para comer bien, pues desde chico tuvo desnutrición, pesaba 49 kilos, desde entonces, y hasta la fecha el deporte le ha ayudado a conservarse y a liberar sus tensiones.

Estudio biología, fue la especialidad que más le gustó y desde joven trabajó de maestro en la normal, en la actualidad atiende una farmacia y trabaja bastante no obstante la edad que tiene. Le gusta estudiar.

Se casó a los 24 años, su matrimonio terminó porque ella era muy desorganizada y muy cochina. Nunca peleó con ella solamente le pidió que se separaran porque el ya no la aguantaba. No le gusta pelear ni discutir prefirió terminar con la relación para no tener conflictos. En principio los hijos se quedaron con ella y poco a poco se fueron regresando a su casa. El no los atendía porque no tenía tiempo pues todo el día trabajaba, se quedaban solos, pero si solventaba todas sus necesidades. Ahora ya están grandes, cada uno hace su vida, 2 viven con él, pero ellos no cooperan, esto lo tiene molesto y cansado.

Con sus alumnos las relaciones son excelentes; siempre las han sido.

La relación con sus hermanos es distante, y no se explica porque, pues el casi los formó, piensa que son unos malagradecidos.

El paciente expresa que desde que se separó ha tenido buenas relaciones amorosas y sexuales pero esporádicamente, explica que cuando empiezan los problemas o las exigencias es cuando se separa, porque no quiere ningún compromiso. En la actualidad tiene a una persona, ella acepta lo que el le puede dar. Este tema lo concluyó muy rápido y no quiso seguir hablando.

III. CURSO DEL PADECIMIENTO Y FACTOR DESENCADENANTE

En su familia no hay antecedentes diabéticos. Durante su infancia y toda su vida había sido una persona muy sana, hasta hace un año que se le presentó la diabetes, en ese tiempo había tenido un período de mucho trabajo. Durante su vida ha sido muy desordenado en el comer, y aunque se sentía muy cansado, quizá a consecuencia ya de la diabetes, seguía trabajando, por eso fue muy sorpresiva la enfermedad.

También cuando le dio el coma diabético no se percató que estaba mal, se desmayó y lo tuvieron que internar. En la actualidad cuida su dieta para no tener problemas con su azúcar, ni complicaciones mayores.

Expresa que duerme mal, el sueño es muy irregular, se despierta a las 3, 4 de la mañana, en ocasiones no duerme. Esta alteración ha sido muy constante en su vida.

La interpretación clínica se presenta se presenta tomando como base las áreas de la Personalidad Normópata. Se asientan todas las observaciones que se hicieron durante las entrevistas.

I. ALEXITIMIA

HISTORIA DE VIDA.

Durante la entrevista se observó en el paciente lo siguiente:

La expresión de su cuerpo era de una persona cansada, con un discurso lento, hablaba en voz baja, parco en palabras, se le tenía que estar insistiendo para que continuara hablando. Tan luego como empezó hablar se le cortó la voz y quiso llorar pero se contuvo.

Manifestó que necesitaba ayuda, últimamente no sabía que le pasaba pues siempre estaba estresado; antes no le pasaba eso ya que durante su vida había sido una persona fuerte para enfrentar sus problemas. Se le preguntó si fuerte era porque no manifestaba sus afectos. Contestó que sí, que él terminaba rápido con los problemas, que no los cargaba por mucho tiempo.

Expresó, que era la primera vez que contaba sus cosas personales, con nadie se había explayado anteriormente, no era su estilo, y además le costaba trabajo hacerlo.

INTERPRETACION CLINICA

La expresión de la voz, el deseo de llorar y el aspecto del paciente, así como su estado de tensión pueden ser índices de una gama de afectos no identificados, por tanto no sentidos. El estado de tensión que manifestó dijo fue reciente.

Interpretando:

Las defensas psíquicas responsables de la contención afectiva se debilitaron, lo que ocasionó a su vez un estado de tensión.

Su expresión: ser una persona fuerte puede indicar que no puede manifestar sus afectos. Interpretando: Durante su vida terminaba rápido con los problemas para no sentir los afectos. Las defensas utilizadas por el yo para enfrentar los conflictos internos y externos le han permitido esta operación.

Observamos hermetismo, esta ha sido una actitud constante en su vida.

Interpretando, podemos decir que hay dificultad para comunicar sus conflictos o quizá para sentirlos porque termina rápido con ellos.

II. VIDA OPERATORIA

Durante la sesión observamos que le costaba trabajo expresarse o explayarse, utilizando silencios largos y pensamientos cortos.

El paciente expresó que se ha dedicado a trabajar durante toda su vida y no ha tenido tiempo para otra actividad, hasta en sus ratos libres los dedica para estudiar o trabajar. Se le preguntó si así ha sido toda su vida, y contestó que sí.

Tanto el trabajo como el deporte se han realizado en forma compulsiva y sin períodos de descanso. **Interpretando:** la compulsión de vida obstaculiza la capacidad de goce, relegando al individuo a una vida mecanizada, también el pensamiento conceptual se afecta pues no hay ni tiempo ni energía para la reflexión.

El deporte también ha sido otra de sus actividades, expresó que cuando era chico tenía que caminar kilómetros para llegar a la escuela y eso le dio buena condición. En ocasiones cala exhausto de todo lo que camina o entrenaba

Existe una actividad compulsiva al trabajo y al deporte, solamente la enfermedad logró detenerlo. En la actualidad la diabetes lo obliga a tener control sobre su dieta y a no trabajar tanto, pues si no lo hace, de inmediato los niveles de azúcar se alteran.

Cuando se le presentó la diabetes había tenido un período de mucho trabajo; era muy desordenado en el comer, y aunque se sentía muy cansado, quizá a consecuencia ya de la diabetes, seguía trabajando, por eso la diabetes fue muy sorpresiva. También cuando le dio el coma diabético no se percató que estaba mal, se desmayo y lo tuvieron que internar; sus niveles de azúcar eran muy bajos. Estuvo un tiempo en el hospital y cuando se sintió bien volvió a sus actividades normales.

Por la compulsión de vida, la falta de deseos y por la manifestación de la diabetes.

interpretamos:

En este paciente existe la dinámica psíquica expuesta por Mc'Dougal: El Yo utiliza la DEPRIVACIÓN PSÍQUICA para enfrentar los conflictos internos para que no lleguen a la conciencia, llenando el vacío que deja esta operación con la enfermedad (Cap. I, 1.4.5: Deprivación psíquica y expresión somática,

Expresa que siente un vacío de vida, se la pasa cumpliendo los deseos de todo el mundo menos los de él: de sus alumnos de sus hermanos y de sus hijos; ellos no lo reconocen, creen que es su obligación, Y así ha sido toda la vida. Cuando se separó de su esposa toda la responsabilidad le quedo a él. **Sin embargo, dice que no se hace la vida imposible, que nunca reclama aunque hay veces que está harto.**

El vacío de vida lo genera precisamente este mecanismo

"Cuando el psiquismo expulsa sus propios contenidos tanto de la conciencia como de la cadena de representaciones, necesariamente estos deben de ser restituidos pues el psiquismo no se puede quedar vacío, y una de las opciones para llenarlo son las señales somáticas: agudas o crónicas"

La compulsión de vida y la falta de deseos nos remite al mecanismo de defensa como la desafectación.

Este mecanismo es una desconexión entre el pensamiento y el afecto que el yo utiliza para no volver a vivir el trauma que antaño vivió y que amenazó su sentimiento de sí.

Posteriormente, cuando se presenta una situación que rememora lo pasado, el afecto se dispersa en conductas adictivas. (Cap. I)

Esta dinámica interna es la causante de la desconstitución de los tres sistemas: del inconsciente, del preconscious y del consciente, y en consecuencia de los signos lingüísticos, causando a la estructura una desorganización de gran magnitud.

Esta desconstitución potencia la compulsión a actuar permanentemente el conflicto. Estas acciones compulsivas tienen un sentido y un significado., deshacerse del conflicto.

III. DESORDENES DE CONDUCTA.

Relata que su matrimonio terminó porque ella era muy desorganizada y muy cochina. Nunca peleó con ella solamente le pidió que se separaran porque él ya no la aguantaba. Explicó que no le gusta pelear ni discutir, prefirió terminar con la relación para no tener conflictos. En principio los hijos se quedaron con ella y poco a poco se fueron regresando a su casa. Él no los atendía porque no tenía tiempo pues todo el día trabajaba y ellos se quedaban solos, ahora ya están grandes y cada uno hace su vida, dos de sus hijos viven con él.

La relación con sus hijos ha sido durante toda su vida de proveedor, sólo se le acercan cuando necesitan algo, por tanto, es muy distante, ellos ya están grandes y no aportan ningún dinero a la casa, lo que ganan se lo gastan en lo que ellos quieren, ya no puede con la situación. Se siente muy confundido, no sabe que hacer y que actitud tomar, sin embargo nunca les expresa lo que él siente.

Sus hermanos le tienen mucha envidia, no entiende porqué pues él se hizo cargo de ellos desde que eran pequeños, él fue el mayor y los ayudó mucho, casi los formó y ahora son muy malagradecidos.

La relación con los alumnos es excelente, ha

Observamos que el tipo de relación que establece en las relaciones amorosas, con sus hijos y con sus hermanos, es lo que se denomina un APEGO DESCONECTADO.

Las defensas utilizadas por el yo para enfrentar los conflictos son los responsables de este tipo de relación. El repudio que hace el yo preventivamente.

del ámbito de lo consciente de toda representación cargada de afecto, lo que se traduce en una incapacidad para sentir o expresar una emoción. (Cap. I,)

Ha establecido relaciones distantes con todos

Menos con sus alumnos, en ellos ha depositado toda su afecto.

Expresa que duerme mal, el sueño es muy irregular, se despierta a las 3, 4 de la mañana, en ocasiones no duerme. Esta alteración ha sido muy constante en su vida.

Las alteraciones del sueño de esta magnitud se presentan cuando el yo utiliza las defensas psicósomáticas para enfrentar el conflicto interno, como son: la privación, desafectación y dispersión afectiva, mismas que desorganizan la estructura. Cuando esto sucede, no existe el espacio psíquico para construir lo soñado.

Con la dispersión como mecanismo defensivo también se ve alterada la capacidad del soñar, de fantasear, de pensar, lo que aumenta el riesgo de un desmoronamiento psicósomático.

Por los mecanismos de defensa utilizados por el yo para enfrentar el conflicto, se altera el soñar, pero también, y principalmente por la falta en su momento, de una adecuada función materna, que hace las veces de una envoltura psíquica con funciones como: saco contenedor, barrera de protección, membrana activa.

Por los mecanismos de defensa utilizados por el yo para enfrentar el conflicto, se altera el soñar, pero también, y principalmente por la falta en su momento, de una adecuada función materna, que hace las veces de una envoltura psíquica con funciones como: saco contenedor, barrera de protección, membrana activa.

Con relación a su aspecto personal observamos que es un persona desaliñada; su ropa no está bien cuidada, tiene 60 años y no los representa, se ve más joven. Quizá si su arreglo personal fuera otro se vería mejor. Sin embargo, él expresó sentirse feo. Se describe como una persona tímida y acomplejada, situación que ha prevalecido toda su vida.

Observamos que existen alteraciones en la imagen corporal; la imagen que tiene de él no concuerda con su aspecto físico.

Interpretando:

El no entiende porque cuando era joven tenía mucho "pegue" con las mujeres a pesar de su aspecto.

Este desfasaje puede ser el causante de su timidez y de su inseguridad. Aunque la timidez no se observa al hacer la entrevista.

Las alteraciones corporales son un desfasaje entre el cuerpo propio y la imagen corporal; una no coincidencia entre ambos. La imagen corporal no

aceptada por el paciente se convierte en un doble ominoso desagradable y amenazante

Las alteraciones en la imagen corporal son producto de la dinámica entre el cuerpo psíquico y el cuerpo físico

IV. DESÓRDENES AFECTIVOS

El paciente expresa que no se deprime, sin embargo, cuando se le hizo la entrevista lo estaba, pues hasta lloró. Dijo estar confundido, sin saber como enfrentar las situaciones con sus hijos. Estaba cansado de sentirse utilizado por ellos.

Interpretando:

Los desórdenes afectivos están presentes aunque el paciente no lo vive así. Las defensas no le permiten deprimirse o angustiarse, los manifestados en la sesión son solo estados pasajeros.

IV. DESORGANIZACIÓN DE LA FUNCION PSICOSOMÁTICA.

El paciente expresa que su infancia fue muy difícil; vivían en condiciones de pobreza extrema, a tal grado que cuando entró a la normal pesaba 49 kilos. Tuvo desnutrición desde muy pequeño, pues pasaba muchas horas sin comer.

Desde su infancia, y posteriormente en la adolescencia y en el estado adulto, las situaciones de vida del paciente han sido difíciles.

Desde que se acuerda sus padre trabajaron fuera de casa y él permanecía sólo por mucho tiempo. Fue muy golpeado por los dos, su padre los abandono cuando él era chico.

La alteración primordial en este tipo de patologías es la función psicosomática, siendo la proyección sensorial su contenido esencial.

Cuando esta función no se constituye desde los orígenes, o se desconstituye por alguna situación de vida, como la que describimos en esta historia clínica, la sensorialidad queda afectada para siempre, lo que ocasiona un trauma psíquico.

En la primaria y en la secundaria no fue buen estudiante, no le entendía nada a sus maestros. En la normal un maestro lo ayudo mucho, se dio cuenta que él caminaba horas para llegar a la escuela y lo recomendó con el maestro de deportes para que le dieran una beca y entrenara con el equipo de atletismo.

Cuando se desconstituye la función psicosomática, se altera el aprendizaje y el individuo tiene que recurrir a un preconsciente cinético, para enfrentar prácticamente la vida.

La beca le ayudo para empezar a comer bien, y desde entonces, y hasta la fecha el deporte le ha ayudado a conservarse y a sacar sus tensiones.

VI DESÓRDENES SEXUALES

El paciente expresa que ha tenido buenas relaciones amorosas y sexuales pero esporádicamente, explica que cuando empiezan los problemas o las exigencias es cuando se separa. Este tema lo concluyó muy rápido y no quiso seguir hablando.

El desinterés en las relaciones sexuales es manifiesto, aunque él no lo exprese ni lo sienta como nosotros lo interpretamos.

DISCUSION Y DIAGNÓSTICO

Por la historia de vida creemos que lo determinante para que se constituyera una personalidad con alteraciones como las expuestas anteriormente fueron: las condiciones de pobreza extrema en que vivió el paciente en su primera infancia y durante la adolescencia, esto condicionó desde épocas muy tempranas varios rasgos de personalidad: su timidez, su tartamudeo, el que haya sido un niño golpeado, así como su desnutrición.

Su período escolar, tanto en la pubertad como en la adolescencia, y por la cooperación de algunos maestros que lo orientaron al deporte pudo constituir una personalidad con defensas yoicas sólidas (desafectivizadas), que le permitieron durante toda su vida una adaptación social, y al mismo tiempo le ayudaron a sortear sus conflictos, tanto internos como externos. La diabetes fue la manifestación de una fractura entre el yo y lo somático, que una vez manifiesta equilibró su personalidad no así lo somático, pues ahora tiene una enfermedad degenerativa, pero que también le sirvió para pensar mas en él y cuidarse.

En este paciente observamos alteraciones en diversas áreas de su personalidad. Por tanto, consideramos que el diagnóstico es de **PERSONALIDAD NORMÓPATA**

HISTORIA CLÍNICA

PACIENTE
No. 2
DIABÉTICO

I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

1. Nombre: A. G. C.
2. Edad: 71 AÑOS.
3. Sexo: MASCULINO.
4. Ocupación: JUBILADO DE LA COMPAÑÍA DE LUZ. 19 AÑOS DE JUBILADO.
5. Escolaridad: 6º. DE PRIMARIA.
6. Lugar de nacimiento: MÉXICO, D. F.
7. Lugar de residencia: ESTADO DE MÉXICO.
8. Fecha de nacimiento: 17 DE JULIO DE 1928.
9. Estado civil: VIUDO.
10. Numero de hijos: 4.
11. Fecha de aplicación: 27/VII/99.
12. Diagnóstico médico: DIABETES II.
13. Años de padecer diabetes II: 15 AÑOS.
14. Antecedentes diabéticos: PADRE, MADRE E HIJA.

II: HISTORIA DE VIDA

Para la interpretación clínica y el diagnóstico se tomó como base las 6 áreas de la Personalidad Normópata. Se asientan todas las observaciones que se hicieron durante las entrevistas.

I. ALEXITIMIA

HISTORIA DE VIDA.

En la entrevista que se realizó para la historia clínica el paciente se presentó muy bien arreglado, con muy buen aspecto, ese día iba a que le hicieran su chequeo pues en la Asociación Mexicana de Diabetes le controlan su dieta.

Empezó diciendo que la diabetes se le presentó hace 15 años, precisamente a raíz de un coraje muy fuerte por un pleito que tuvo con su mamá, expresa: "sí hay una mujer de malos sentimientos esa fue mi madre". En la infancia ella se portó muy mal; lo golpeaba. Siempre tuvo sentimientos muy encontrados hacia ella, de adulto le fue indiferente; más bien su esposa se acordaba de ella.

INTERPRETACION CLINICA

Observamos en este paciente una incapacidad para identificar y diferencias los estados afectivos, la indiferencia los cubre totalmente.

Manifiesta sentimientos encontrados hacia su madre pero no manifiesta cuales son, dice que hizo un coraje (en ese momento pudo identificar, quizá la rabia o el odio hacia ella pero solamente expresó el coraje) y a raíz de eso hecho se le declaró la diabetes.

La relación diabetes - coraje nos puede indicar una reacción psicósomática para no sentir la magnitud de los afectos que en ese momento tenía hacia su madre. Una dinámica en la cual la DEPRIVACIÓN PSÍQUICA interviene.

Interpretando desde una comprensión psicoanalítica:

El estado de coraje pudo romper las defensas utilizadas para controlar tanto el conflicto interno como el externo y no experimentar la gama de afectos que en ese momento tenía hacia su madre, en vez de ello, se efectuó una regresión psicosomática y las defensas como la DEPRIVACION y la DESAFECTIVACIÓN prevalecieron. El psiquismo optó por la diabetes y con esas acción se estabilizó no así lo biológico, este quedó alterado con una enfermedad de graves consecuencias.

En la actualidad vive con su hija, su yerno y dos nietos, expresa que a ellos los quiere mucho, son lo más importante para él. Con su yerno y su hija tiene sentimientos que no alcanza a clarificar, explica porque:

En las relaciones con su familia lo que predomina es un desapego desconectado. Vive molesto pero no hace nada para remediarlo.

Su yerno es una persona floja, todo el día quiere estar en la casa, le ha ayudado dándole trabajo; siempre es lo mismo, termina quedando mal. A su hija no le alcanza el día para nada, a las 6 de la tarde vienen comiendo porque según ella tiene mucho trabajo, sin embargo, él no ve que haga nada. Por esta razón él prefiere comer fuera de la casa pues la diabetes le exige tener una alimentación muy equilibrada. En ocasiones se guisa pero ella se molesta.

Para mantener un equilibrio tanto físico como psicológico prefiere estar todo el día fuera de la casa, solamente regresar a dormir.

El se calla todo, nunca dice las cosas que le molestan, cree que las cosas no cambian si uno habla pues en ocasiones se complican más, prefiere estar todo el día fuera de su casa para no tener pleitos, pues cuando hay problemas el azúcar se descompensa.

Este tipo de conflictos son callejones sin salida propio de este tipo de personalidad; día con día el conflicto se le presenta pero no lo enfrenta. El confrontar los problemas le es casi imposible pues la diabetes está cuidando que el Yo no rompa sus defensas.

III. DESÓRDENES DE CONDUCTA

Durante su vida la comunicación con sus hijos fue poca. El problema se originó desde los primeros años de matrimonio cuando su esposa se empeñó en adoptar a 2 niñas (gemelas). El no estuvo de acuerdo. Su esposa lo hizo porque creía que no iba a tener hijos pero después de que los adoptó se embarazó de 2 hijas

Con los hijos ha predominado una relación distante, un apego desconectado, quizá como él dice, lo determinante para una mala relación con ellos fue la adopción.

La situación se complicó mucho pues los mayores creían que si él los trataba de una u otra forma era por ser adoptados. Siempre la relación fue muy distante y muy tirante hasta con los propios. Los hijos estuvieron muy pegados a la mamá.

Una hija se fue de la casa y tiene muchos problemas, es adicta y solo lo va a ver cuando necesita dinero, piensa que ya no puede hacer nada por ella.

Cuando habla de su hija adicta no manifiesta ni tristeza ni dolor, solamente que la ha ayudado económicamente en varias ocasiones.

La relación con su esposa fue buena, ella estaba totalmente dedicada a la casa y a él, lo cuidaba mucho, no le gustaba que anduviera mal vestido; cuando iba a las reuniones del trabajo le pedía que se pusiera traje y hasta ella lo arreglaba. Siempre estaba limpiando la casa; en una ocasión recuerda que le dijo: "tu quieres más a la casa que a nosotros." Aunque dependían mucho uno de otro piensa que los hijos le ocupaban mucho tiempo. Expresa que ella entendió mucho su carácter. La sintió mucho cuando murió.

Lo que predominó en la relación con su esposa fue la dependencia. Quizá el se sintió relegado por los hijos pues no estuvo de acuerdo con la adopción. La esposa fue una persona que llenó los huecos afectivos que tuvo en la infancia ya que lo trataba como a un e hijo

Interpretando:

Desde que se murió su mujer su vida cambió, antes nunca fue enfermizo, la diabetes la tenía controlada pues ella lo cuidaba mucho, pero después se ha enfermado del riñón, lo operaron de una pierna y se las vio mal, hasta el sueño se le ha descompuesto, toma melatonina para controlarlo.

Las enfermedades están controlando la depresión por la muerte de su esposa. Las defensas que conforman la dinámica del paciente son las que lo sostienen.

Posteriormente ha tenido dos relaciones más, pero de inmediato se da cuenta que lo quieren por su dinero y termina con ellas.

No puede establecer otra relación amorosa, aunque dice que lo necesita mucho. El duelo no elaborado por la muerte de su esposa se lo impide.

En relación a los conflictos consigo mismo expresa:

Siempre se sintió feo, su esposa era la que le compraba la ropa y era a su gusto. El aspecto del paciente desmiente esta apreciación, pues tiene 71 años y su apariencia es muy buena. Dice que el deporte le ha ayudado a conservarse pues desde muy chico jugo beisbol

Por esta expresión y por la dependencia que tuvo con su esposa se podría interpretar que existen alteraciones en la imagen corporal, lo que Mc'Dougall llama un cuerpo para dos. La alteración del sueño también confirma esta interpretación, se ha perdido el espacio psíquico para representar lo soñado. O no existen representaciones mentales que representar.

IV. DESÓRDENES AFECTIVOS.

El paciente expresa que su vida ha sido tranquila, solamente se ha sentido mal a raíz de la muerte de su esposa.

Habla de sus hermanos, también con ellos la relación fue distante, un hermano se suicidó: se tiro al metro, tuvo muchos problemas. Nunca pudo hacer nada por él

En general observamos en el paciente un aplanamiento afectivo con su familia excepto con su esposa. La adicción de la hija nos puede indicar que fue una familia con carencias afectivas. También su familia nuclear tuvo este tipo de problemas, el suicidio del hermano es índice de una desafectivación familiar importante.

Con los compañeros de trabajo expresa que la relación fue excelente.

Duró 35 años en la Compañía de Luz, ahí se jubiló y pudo manifestar su afecto hacia sus compañero..

V. DESORGANIZACION DE LA FUNCIÓN PSICOSOMÁTICA.

Sus condiciones de vida fueron muy precarias, por tanto no pudo ir a la escuela, estudió hasta el 6° año de primaria, además se le dificultó mucho el estudio. Empezó a trabajar desde los 11 años, era el mil usos hasta que un amigo lo recomendó para entrar a la Compañía de Luz. Ahí se jubiló. Ocupó varios puestos, el último y en ese duró muchos años: registrando los medidores. Este trabajo le permitió vivir tranquilamente.

Cuando era pequeño sus padres lo maltrataron mucho, su padre tomaba y los abandonó. Él se fue de la casa desde muy chico porque ya no aguantaba la situación.

Sus padres murieron de diabetes, una de sus hijas también tiene, a él hace 15 años que se le declaró.

En lo que relata el paciente podemos observar condiciones para que exista alteración en la función psicosomática, tales como: sus condiciones tan precarias vida, los golpes, el alcoholismo y el abandono de su padre, el carácter de su madre y la diabetes de ambos. Todo ello pudo contribuir a desarticular esta función tan importante que enlaza lo psíquico con lo somático

El haber encontrado un trabajo estable le permitió a su vez estabilizarse en lo económico y en lo psicológico, pero con defensas muy sólidas para enfrentar los conflictos internos y externos.

Existe un componente genético para la diabetes en la familia

VI. DESÓRDENES SEXUALES

Expresa que no ha tenido problemas sexuales, le fue siempre fiel a su esposa. En la actualidad ha tenido algunos romances que no han llegado a más, termina rápido con el tema.

Adquirió una estabilidad sexual con su esposa, en la actualidad, y quizá por sus años, no se atreve a exponerse o por la misma desconfianza.

DISCUSIÓN Y DIAGNÓSTICO

Por la historia de vida creemos que lo determinante para que se constituyera una personalidad de este tipo fueron las condiciones de pobreza de la familia, durante su primera infancia.

El haber dejado la casa paterna y el trabajar desde muy joven en la Compañía de Luz, le permitieron un equilibrio psíquico con defensas muy sólidas, (desafectivas) que se han conservado durante toda su vida. En dos ocasiones intentaron fracturarse: cuando se presentó la diabetes a raíz de un coraje con su mamá y cuando murió su esposa, equilibrándose con nuevas enfermedades: del riñón y la fractura de pierna.

En este paciente observamos alteraciones en diversas áreas de su personalidad, por ello el diagnóstico es de **PERSONALIDAD NORMÓPATA**.

HISTORIA CLÍNICA

PACIENTE
No. 20
DIABÉTICO

I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

1. Nombre: E .C V.
2. Edad: 65.
3. Sexo: MASCULINO.
4. Ocupación: ABOGADO.
5. Escolaridad: LICENCIATURA EN LEYES.
6. Lugar de residencia: México, D. F.
7. Lugar de nacimiento: México, D. F.
8. Fecha de nacimiento: 11 JULIO de 1934.
9. Estado civil: CASADO.
10. Numero de hijos: 1 FUERA DE MATRIMONIO.
11. Fecha de aplicación: 18/ X /99.
12. Diagnóstico médico: DIABETES II.
13. Años de padecer diabetes: 8 AÑOS.
14. Antecedentes diabéticos: NO TIENE.

El paciente asistió a la Asociación Mexicana de Diabetes para su chequeo mensual y aceptó se le hiciera un historia clínica. De inmediato expresó que se había sentido muy mal y que quería ayuda psicológica. Ha estado en tratamiento desde esa fecha.

CURSO DEL PADECIMIENTO Y FACTOR DESENCADENANTE

El paciente relató que tiene 9 años enfermo de los nervios, tuvo un quiebre psicótico y hasta la fecha está con medicina psiquiátrica. La diabetes se le declaró precisamente en esa época.

Desde una comprensión psicoanalítica, la manifestación de un quiebre psicótico es a consecuencia de una ruptura en la estructura psíquica; es decir, la estructura narcisista se fracturó.

En el tiempo en que se puso mal era abogado de una importante compañía. En el sexenio pasado la tuvo muchos conflictos por las políticas gubernamentales y por su propia organización. A él le afectó mucho, a tal grado que le vino un quiebre psicótico con manifestaciones paranoides (diagnóstico del médico psiquiátrico). En la actualidad esta institución ha venido a menos.

Las defensas yoicas que protegen la estructura psíquica no alcanzaron a controlar los conflictos internos, aunque él yo hizo el intento a través de la manifestación de la diabetes pero no fue suficiente, se presentó la psicosis y con ella los delirios. (Ver Cap. I)

Crea que todas las personas hablaban mal de él, el medio de comunicación para ello eran los periódicos, encontraba mensajes ocultos. Esta situación se gestó en pocos meses; primero se inició pensando que todo el mundo lo señalaba y lo culpaba de todas las cosas malas que sucedían en su trabajo. Posteriormente empezaron los delirios de persecución.

El aislamiento de todo y de todos, inclusive de su propia familia controlaba los estallidos de angustia pues con nadie podía hablar.

Dejó de ir al trabajo, se encerró en su casa, en su pieza, De un día para otro se encerró en si

se comunicaba lo indispensable con su familia. Su pensamiento compulsivamente volvía a las mismas situaciones que vivió en su trabajo los últimos días.

Nunca más volvió a tomar una decisión por mínima que esta fuera.

El sueño se le altero, no podía dormir, hasta la fecha toma medicina para dormir, conciliaba el sueño a las 2 ó 3 de la mañana y por tanto, al día siguiente se levantaba hasta muy tarde, esto hasta cierto punto lo tranquilizaba, pues el quería dormirse para siempre, inclusive pensó en alguna ocasión en el suicidio.

Lo asistieron varios médicos, entre ellos psiquiatras. En ese entonces se le declaró la diabetes. No tenía mucho (en el tiempo que fue la entrevista) que se está integrando nuevamente a la vida, pero expresa que tiene mucho miedo devolver al pasado. El deporte le ha ayudado a recuperarse.

mismo y en su casa. El pensamiento compulsivo recordando las mismas escenas, por años han controlado el trauma psíquico que ocasionó la ruptura de las defensas, Esta es una angustia automática (Freud 1925 [1926d]).

Este paciente nos muestra lo planteado por algunos autores: (Ali, 1991, Mc'Dougall 1987). Estos autores dicen: que en una personalidad de este tipo existe una estructura psíquica psicótica, siendo las defensas las que no permiten su manifestación.

El modelo planteado por S. Ali (1991) para conceptualiza la somatización dice:

Lo que no obstante caracteriza a este modelo es que concibe la somatización no histérica en función de una *situación de impase* cuya estructura lógica es la de una contradicción que cierra todas las salidas, volviendo al mismo tiempo no elaborable un conflicto próximo de lo impensable psicótico: simultáneamente a o no a, y ni a ni no a.

Para la interpretación clínica, y el diagnóstico se tomó como base las áreas de la Personalidad Normópata. Se asientan todas las observaciones que se hicieron durante las entrevistas.

I. ALEXITIMIA

Cuando el paciente empezó hablar, en la primera entrevista se le hizo un nudo en la garganta, me explicó que eso le pasaba siempre que habla, no sabía si quería llorar o gritar, nunca ha llorado. Expresó que siempre tenía la boca seca; en la comisura de sus labios se le veían pequeñas excoriaciones. Se manifestó muy tímido, con una dificultad muy fuerte para hablar, y al hacerlo tartamudeaba

El nudo en la garganta, la boca seca, su timidez, su tartamudeo pueden ser una expresión de la dificultad que tiene para sentir y expresar sus afectos.

Nos relata que:

Toda su vida ha sido una persona muy autoritaria, en su casa siempre hacían lo que él decía y no permitía que nadie lo contradijera, así fue también fue en el trabajo; él daba instrucciones y estas se tenían que cumplir.

En lo que expresa el paciente observamos que antes de su enfermedad existía un control férreo sobre su afectividad. El autoritarismo era su coraza, misma que se rompió con el brote psicótico aunque no en su totalidad.

Cuando se enfermó, en su casa se descontrolaron pues su esposa siempre obedecía. En principio ella le preguntaba que hacer, sobre todo en las grandes decisiones, el contestaba que no le interesaba opinar. Así fue como su sobrino tomó la responsabilidad y las riendas de la casa.

El aislamiento es una nueva defensa utilizada para controlar su desmoronamiento no sólo afectivo sino de toda la personalidad.

II. VIDA OPERATORIA.

El paciente trabajaba hasta los sábados y los domingos ya que su trabajo era sumamente absorbente y de mucha responsabilidad, le gustaba mucho pues le daba mucha representación; viajó a varias parte del mundo, daba conferencias, departía con pollticos de altura. Para él, su trabajo lo era todo, era lo que más le importaba, quizá lo único, por eso cuando se presentaron los conflictos no pudo con ellos, se quedó sin nada y se quiso morir.

Para el paciente solamente existía su trabajo, todo lo demás estaba en segundo término. En esta conducta observamos una compulsión y una mecanización de vida, a tal grado que cuando dejó la institución perdió el interés por la vida.

La timidez, la dificultad en el hablar y el tartamudeo pueden son indicios de alteraciones en el pensamiento.

III. DESÓRDENES DE CONDUCTA

Expresa que la relación con su esposa ha tenido dos épocas: antes de su enfermedad era distante, el estaba muy ocupado en su trabajo, posteriormente depende totalmente de ella, hasta en lo más mínimo.

Durante su vida, el paciente estableció con todas las personas un relación de apego desconectado, últimamente una dependencia total.

Tuvo un hijo antes de casarse y lo volvió a ver hasta que estaba grande. Un sobrino vivió con él desde muy chico como si fuera su hijo pero la relación también fue distante.

Con el sobrino la relación aún es distante aunque el se ha hecho cargo de la casa desde que el paciente enfermó.

En el trabajo estableció buenas relaciones aunque al final todo se volvió en su contra.

Predomino el apego desconectado

La relación con su mamá hasta la fecha ha sido muy cercana, el fue el hermano mayor y se convirtió en el jefe de familia y en el preferido.

Con la madre la relación es muy estrecha, es al hijo que más quiere y el le corresponde de la misma forma, sin embargo cundo enfermó no la quería ver, sentía culpa ante ella.

El sueño se le alteró desde hace muchos años.

La alteración del sueño nos puede indicar la situación de estrés en la que vivía pero que no tomaba en cuenta y que estaba provocando el desmoronamiento de su personalidad.

V. DESORGANIZACIÓN DE LA FUNCIÓN PSICOSOMÁTICA.

El paciente expresa que es de un estrato social muy humilde, su padre tomaba mucho y lo golpeaba, de chico era tímido y tartamudo, su madre trabajó para sostener la casa hasta que él la relevó. Vivían en el

Las condiciones socioeconómicas precarias de vida dejan marcas en el psiquismo muy profundas: los golpes, la timidez, el tartamudeo, el abandono. Todo

estado de México y se vinieron a trabajar al Distrito Federal desde que él estaba a chico. Pasaron muchas penurias económicas.

esto el paciente lo llegó a superar, hizo una carrera, se desenvolvió muy bien en el trabajo y hasta en su vida familiar. Según él, su vida fue brillante hasta antes de la

su único afán de joven era ayudar a su madre y a sus hermanos, siempre lo vieron como jefe de la casa; ha ayudado a todos, hasta los sobrinos. Quería que los sobrinos lo vieran como un modelo, quizá esto fue lo que lo animó a estudiar leyes.

enfermedad, sin embargo, todo lo anterior volvió a aparecer después de su quiebre. psicótico.

Interpretando:

Lo que más le atormentaba cuando enfermó era el haberle fallado a la familia, el que dieran las personas lo torturaba mucho, por eso no se acercaba a nadie, ni siquiera a su mamá, también la dejó de ver por mucho tiempo.

En la infancia existieron desórdenes de la función psicosomática que fueron superados por las defensas utilizadas por el yo, lo que le permitió una integración familiar y social.

La conflictiva laboral rebasó su dinámica interna, las defensas no pudieron contener el conflicto, tanto afectivos como de identidad y la estructura psíquica se fragmentó, apareciendo otro tipo de mecanismo como los delirios y el aislamiento.

DISCUSIÓN Y DIAGNÓSTICO

Desde la adolescencia se hizo cargo de la familia, quiso ser el modelo de todos ellos, se construyó una personalidad magnificada y llegó a actuarla, solamente que los conflictos tan difíciles que tuvo en el trabajo, le fracturó esta personalidad grandiosa, las defensas yoicas no lo sostuvieron y la psicosis fue la salida.

Por la historia de vida del paciente observamos alteraciones en diferentes áreas de su personalidad, por ello el diagnóstico es **una PERSONALIDAD NORMÓPATA**

SESIONES CLÍNICAS

PACIENTE No. 20	VIÑETAS	INTERPRETACIÓN CLÍNICA
E.C.V.	<p>El paciente tiene un año en tratamiento. Durante todo este tiempo ha podido hablar de lo que para él fue su drama de vida. Obsesivamente ha repetido una y otra vez lo que le paso. Poca a poca ha ido restaurando vínculos con las personas cercanas: sus nietas, su sobrino, su mamá. Anteriormente solamente con su esposa se relacionaba y para lo más indispensable. La tarea preponderante en el tratamiento ha sido que restaure vínculos y que encuentre una nueva vida laboral y familiar.</p>	
	<p>En la actualidad comparte un despacho con un abogado amigo suyo con la finalidad de empezar a litigar, este volver a salir es un adelanto psicoterapéutico.</p>	
	<p>A continuación se transcriben algunas viñetas de las sesiones clínicas, con el objeto de analizar las alteraciones de la Personalidad Normópata, así como su evolución durante el tratamiento psicoterapéutico.</p>	
	24/IV/2000	
	<p>Me siento bien, más desenvuelto. El domingo me encontré con un amigo que hace 10 años no lo veía, le puede hablar con tranquilidad, el me vio bien. Me pregunto de que había estado enfermo, le dije que de la diabetes.</p>	<p>Pudo salir ya de su casa, la angustia no lo paraliza al ver gente conocida. Anteriormente le entraba un pánico que lo paralizaba y lo entumecía (Area No. IV).</p>
	<p>Estoy buscando contactos; vi a 2 personas de mi generación nada más para platicar, empecé a sentir la misma excitación que sentía antes de enfermarme y que me animaba actuar, eso me dio mucho gusto.</p>	<p>Ahora empieza a buscar a la gente, tiene muchos deseos de platicar de recuperar el tiempo que ha perdido (Areas No. I y III).</p>
	<p>El gusto que me da es que ya no me siento entumido, la boca la relajo más, me están enseñando a relajarme</p>	<p>El estado de tensión va disminuyendo, esto le puede permitir conectarse con sus afectos (Area No. I y IV).</p>
	14/VI/2000	
	<p>En la última etapa de mi enfermedad ya no resolvía problemas, estuve pensando detenidamente y pude darme cuenta y ya no podía resolverlos, más bien no quería, me la pasaba solamente pensando en el problema, la gente se daba cuenta que yo no los atendía, me reclamaban y yo no sabía de que me hablaban.</p>	<p>En este parlamento nos percatamos la desvinculación con la realidad, lo único que existía para él era el conflicto interno, se estaba gestando el brote psicótico (Area No. II).</p>
	<p>¿Qué fue? En que se montó mi debilidad, mi mente no objetivaba, yo no me perdonaba. Todo se me hizo un solo problema, una masa.</p>	<p>El paciente se percata ahora que perdió la objetividad de los hechos, este mecanismo es una desconexión con las leyes del lenguaje, lo que ocasiona una pérdida de la realidad (Area No II).</p>

Solo pensaba:

Ya se me derrumbó esto, se me derrumbó la vida, a que me voy a dedicar: de taxista, de carpintero, de albañil, una y otra vez venía eso a mi mente.

La circularidad del pensamiento se manifiesta en este discurso; no hay principio ni fin, y como él lo dice se convierte en una masa. El pensamiento ha perdido su vínculo con la lógica formal, siendo organizado por otra lógica: la del inconsciente. En ese momento perdió su identidad de abogado, todo podía ser: carpintero, taxista, albañil (Area No. II).

19/VII/2000

Un día le dije a mi mujer: quiero chilaquiles para comer, ella se sorprendió tanto porque en 5 años yo había comido lo que me ponían delante, sólo veía la comida y sin decir nada me la comía, no importaba si me gustaba o no.

Observamos que se había perdido el gusto por la comida, le daba lo mismo que le dieran de comer cualquier cosa (Areas Nos. I, II, III y IV).

Ahora quiero que me tomen me opinión, durante 8 años nadie me tomaba en cuenta, porque yo así lo quise. Me falta sacar el aspecto afectivo, ahora lo siento pero no puedo expresarlo, no lo puedo hablar. Creo que en la medida en que ya no este acartonado voy a sentir afecto.

El trabajo terapéutico le ha permitido irse conectando con el afecto aunque todavía no lo puede expresar.

El acartonamiento es una de las sensaciones que deja la defensa cuando desestima el afecto. Ahora se da cuenta de ello (Areas Nos. I, II).

La tensión permanente que he tenido en la mandíbula me afectaron los dientes. Mi esposa me deja ahora algunos problemas, para resolver, aunque menores.

El estrés producto de la dificultad que tiene en sentir el afecto se concentra en su mandíbula (Areas Nos. I y IV).

Ahora echo albuces y la gente se sorprende, mis nietas me han ayudado mucho, las empecé a llevar a la escuela y platicaba con ellas.

El vínculo con las nietas ha sido el más importante durante todo este tiempo.

26/VII/2000

Estoy tranquilo, enfrentando en mi trabajo problemas jurídicos, con reacciones normales. Cuando voy a hablar con algunas personas bota un sentimiento de inferioridad, eso ha sido siempre, no puedo pedir nada para mí. Creo que esto viene de que fuimos muy pobres, eso me marcó, estoy seguro. En la adolescencia se me agudizó más. Posteriormente me pude enfrentar hasta políticos encumbrados, pero no pedía para mí, sino para los otros.

El sentido de inferioridad nos lleva a una alteración de la identidad y de la imagen corporal (Cap. I y II). (Area No. III).

Las defensas subsanaron este complejo por eso podía pedir para los otros, siempre cuando no lo vieran a él.

9/VIII/2000

Los 6 años anteriores estuve sumido en mi depresión, estaba en una confusión total. Todo mundo creía que me había muerto. Un día de repente sentí miedo, me

Recuerda lo que le paso, el mismo se queda admirado de su debilidad (Area No. III)

paralice, no supe que hacer, y lo perdí todo. Ni modo, no tuve la consistencia, sentía que estaba acabado, casi 12 años, un poco menos.

Interpretando:

Cuando se rompen las defensas pueden aparecer alteraciones afectivas de gran magnitud, como lo observamos en este parlamento, el miedo indica el rompimiento de la defensa y la parálisis para protegerse (Area No. IV).

Cierro el pasado, pero hay tanto que recordar. Quiero superar la timidez ante la autoridad.

Aún no puede cerrar el pasado, en verdad perdió mucho sobre todo una personalidad que lo protegía del afecto y que lo encumbró. Le quedo la personalidad infantil: la tímida, la acomplejada. En la actualidad es con la que está luchando; anteriormente se convertía en autoridad para no sentir el miedo que le tenía a su otra personalidad (Area No. III).

13/IX/2000

Me da gusto que ya no siento ese muro, esa pared que sentía antes, ahora solamente la resequedad en la boca, ¿será angustia, miedo? No se, antes se manifestaba en nerviosismo, ahora es la resequedad en el momento en que estoy haciendo las cosas... ¿será timidez, no me suelto, no identifico que me pasa.

Este parlamento nos ilustra muy claramente las alteraciones alexitimicas: dificultad para identificar emociones, siente una pared, se le reseca la boca, pero al final siempre se pregunta que le pasa (Area No. I).

Tuve una buena noticia pero mi actitud no reflejó todo lo que sentía por dentro, soy sensibilero, pero por fuera está la careta, 10 años o más con ella. No hablo para que no vean mi debilidad, tengo que diferenciar... (se le vuelve hacer el nudo como sollozo, pero hasta ahí).

Se desespera porque quiere expresar afecto y no puede, aún estan presentes las alteraciones alexitimicas (Area No. I).

CONCLUSIONES

Con Las viñetas que hemos analizado nos percatamos cómo el paciente está enfrentando algunos los problemas que se le presentaron a raíz de su brote psicótico. Lo más importante es que, con mucho empeño esta construyendo una personalidad diferente , a la que tenía cuando se enfermó; ahora se ha percatado de lo débil que era, y muchas veces se ha preguntado el porque de ello.

HISTORIA CLÍNICA

PACIENTE
No. 15
DIABÉTICA

I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

1. Nombre: K. R. L.
2. Edad: 43 AÑOS.
3. Sexo: FEMENINO.
4. Ocupación: ABOGADA EN CRIMINOLOGÍA.
5. Escolaridad: MAESTRÍA EN CRIMINOLOGÍA.
6. Lugar de residencia: MÉXICO, D.F.
7. Lugar de nacimiento: MÉXICO, D. F.
8. Fecha de nacimiento: 9 DE MAYO DE 1954.
9. Estado civil: DIVORCIADA DESDE HACE 15 AÑOS.
10. Numero de hijos: 2 VARONES.
11. Fecha de aplicación: 18/V/99.
12. Diagnóstico médico: DIABETES II.
13. Años de diabético: 1 AÑO.
14. No tiene antecedentes de familiares diabéticos.

II HISTORIA DE VIDA

Para la interpretación clínica y el diagnóstico se tomó como base las 6 áreas de la Personalidad Normópata. Se asientan todas las observaciones que se hicieron durante las entrevistas.

I. ALEXITIMIA

La paciente aceptó la entrevista pero no se observó mucha disposición y cooperación de su parte.

Observamos en la paciente desconfianza. Es una persona bien arreglada, de buena posición económica, con un discurso fluido, hablaba lo estrictamente necesario y cuidaba lo que decía.

Empieza hablando de su enfermedad: hace un año le diagnosticaron la diabetes, para ella fue muy sorprendente pues en su familia no hay antecedentes de este tipo, aún no se le quita la impresión. Lo que más le preocupó fue enterarse de las consecuencias, como: los problemas de los ojos, los pies, la amputación de las piernas. Tiene la intención de cuidarse aunque a la fecha no tiene un control riguroso de su dieta.

Habla que la desconcertó la noticia de la enfermedad, de las preocupaciones por las consecuencias, pero no de su dolor o del miedo que esto le causó. Observamos una falta de conexión con este tipo de afectos.

Relata que su vida ha sido tranquila, no tiene problemas: con sus hijos se lleva muy bien, siempre ha tenido una buena posición económica. Hace 15 años se divorció de su esposo porque era muy agresivo, cuando tenían pleitos la golpeaba.

Trabaja en el ramo criminalista, ahí ha visto y oído problemas extremos pues la mayoría son criminales, por eso tiene que tener un control férreo de sus emociones, ni siquiera su cara tiene que reflejar lo que siente.

Ella expresa el control férreo que tiene sobre sus emociones y la imposibilidad de expresarlas.

II. VIDA OPERATORIA

Gran parte de su tiempo se lo dedica a su trabajo, este es muy absorbente, de mucha responsabilidad, quizá la diabetes se le desencadenó a consecuencia de su desorganización en su alimentación pues pasaba muchas horas sin comer. En la actualidad eso ya no sucede, se cuida mucho, ahora primero está ella.

La entrega total al trabajo y el trastorno en la alimentación puede ser indicio de una vida mecanizada, sin capacidad de goce.

Con sus hijos convive mucho, se lleva muy bien, son todo para ella, los quiere mucho.

IV. DESORDENES AFECTIVOS

La paciente manifiesta que antes de que le diagnosticaran la diabetes no le pasaba nada, pero posteriormente ésta le ha cambiado la vida. Ahora se angustia y se deprime con mucha facilidad, se siente culpable de todo, todo le molesta, con nada queda satisfecha. El trabajo le ayuda pues procura no estar desocupada para no sentirse mal.

Observamos que el estado afectivo de la paciente cambió a raíz del diagnóstico de su enfermedad, esto nos puede indicar que el control que tenían las defensas del yo sobre sus emociones dejó de ejercerse. Ahora si siente las emociones, sobre todo los estados de angustia, con estados depresivos.

V. DESORGANIZACIÓN DE LA FUNCIÓN PSICOSOMÁTICA.

La paciente expresa que sus padres se divorciaron desde que ella estaba pequeña. Su papá era alemán y su mamá española; quizá esa combinación fue la que hizo que el matrimonio fracasara. Su padre siempre fue muy estricto, como buen alemán, su madre muy buena onda, todo les permitía. Entre sus padres hubo problemas hasta de idioma, pues cuando ellos se casaron ninguno de los dos hablaba el idioma del otro. En la educación también hubo diferencias: un doble discurso: su mamá decía una cosa y su papá otra y ellos entendían otra. Su madre los cuidó, sin embargo, se sintió sola pues sus papás peleaban mucho, a tal grado que llegaron a separarse.

Las condiciones de vida que expone la paciente pueden ser motivo para que existan alteraciones en la función psicosomática, sobre todo en lo referente a la comunicación un doble discurso de los padres puede alterar la comprensión de los mensajes y con ello constituirse una alteración en la función simbólica. La inestabilidad familiar pudo ocasionar alteraciones en el afecto, mismas que fueron controladas a con defensas muy sólidas para no deprimirse. Después de su diabetes aparece la depresión.

DISCUSIÓN Y DISCUSIÓN.

Consideramos que la diferencia de nacionalidades y de idiomas de sus padres, así como su divorcio condicionaron, desde la infancia, alteraciones tanto en el área afectiva como en la función psicosomática.

En este paciente observamos alteraciones pero no de gran magnitud, en algunas de las áreas de su personalidad, por tanto consideramos que no tiene una personalidad normópata.

HISTORIA CLÍNICA

PACIENTE
No. 15

NO DIABÉTICO

I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

1. Nombre: M.V.I.
2. Edad: 45 Años.
3. Sexo: MASCULINO.
4. Ocupación: INGENIERO CIVIL.
5. Escolaridad: LICENCIATURA.
6. Lugar de residencia: MÉXICO, D.F.
7. Lugar de nacimiento: MÉXICO, D. F.
8. Fecha de nacimiento:
9. Estado civil: SOLTERO
10. Numero de hijos: NO TIENE
11. Fecha de aplicación: 18/IX/99
12. Diagnóstico médico: COLITIS CRÓNICA, OTROS: CALOR EN LAS PIERNAS.

II. HISTORIA DE VIDA

Para la interpretación clínica, y el diagnóstico se tomó como base las 6 áreas de la personalidad normópata. Se asientan todas las observaciones que se hicieron durante las entrevistas.

El paciente fue derivado a consulta psicológica por un gastroenterólogo, Durante un tiempo trató sus padecimientos y estos no remitieron, por ello, cree que pueden tener algún componente psicológico.

I. ALEXITIMIA

En la primera entrevista el paciente empieza por relatarnos su padecimiento, se observa y manifiesta su desesperanza por no sentirse bien a pesar de todos los médicos que ha visto.

Relata que durante más de 2 años ha venido sintiendo unos calores en las piernas, lo extraño es que después del calor el siente que adelgaza, se pesa y la báscula le confirma su baja de peso; ha perdido más de 10 kilos durante todo este tiempo. Todo mundo le dice que esta muy delgado y eso le molesta mucho. Además tiene una colitis crónica.

Con relación a sus síntomas interpretamos lo siguiente:

La estructura psíquica ha perdido la relación causal entre los calores y el porque de ellos. Por tanto, las defensas yoicas no permiten hacer consciente los conflictos que provoca el síntoma.

Le preguntamos si relaciona su calor con alguna situación específica, contestó que no, solamente que todo el día piensa en ello; es un círculo vicioso: entre más piensa más calor le da y más adelgaza.

La compulsión de pensamiento nos puede indicar la relación entre lo psíquico y lo somático potenciándose uno con al otro

Observamos su delgadez, su timidez, su dificultad para hablar de su problemática, su falta de expresión afectiva tanto en el rostro como en su cuerpo. Utilizó silencios largos y un discurso entrecortado.

Se observó un aplanamiento afectivo, lo único que le preocupaba era el calor y desearía que mágicamente se le desapareciera, pues ni siquiera puede expresar el miedo que éste le causa.

Interpretando: Presenta una desconexión entre el pensamiento y el afecto, por ello no puede explicarse que le pasa. Esta es una alteración alexitimica.

II. VIDA OPERATORIA

Como los médicos no lo han ayudado ingresó a un grupo religioso con la esperanza de encontrar alguna solución. Ha encontrado una paz espiritual, expresa: "hasta he llorado con los cantos pero los calores siguen." En la congregación ha empezado a darse cuenta de cómo ha sido: de la falta de afecto que durante toda su vida ha tenido hacía todas las personas y también hacía si mismo.

El grupo lo empezó a confrontar con su falta de afecto y de compromiso. También se ha dado cuenta de la vida tan mecánica y tan sin sentido que ha llevado..

Todo le ha sido indiferente en la vida; la guasa era una de las formas de enfrentarla, nada tomaba en serio, siempre se andaba riendo y no sabía ni porque pues no tenía buenas relaciones con nadie: no tenía amigos, con sus hermanos se ha llevado muy mal, con su mamá peor, con el único que se llevó más o menos fue con su papá pero la relación fue muy lejana.

La indiferencia hacia todo es por la desconexión afectiva; si no siente nada, nada puede expresar. Por la falta de deseos ha tenido a una vida muy mecánica.

No le ha importado casarse, no le gustan las responsabilidades, no sabe porque las mujeres lo aguantaban.

Expresa que ha llevado una vida muy mecánica, hasta cierto punto sin sentido, viviendo la vida, es de lo que se ha empezado a percatar en el grupo religioso.

III. DESORDENES DE CONDUCTA

La relación con su madre fue muy difícil, recuerda que ella fue una persona muy poco afectiva con todos. En una ocasión tuvieron un pleito hasta cierto punto insignificante, desde ese momento se dejaron de hablar durante 10 años, volvieron a dirigirse la palabra poco antes de que ella muriera. Duró muchos años en cama pues fue muy enfermiza. Ahora piensa que no estuvo bien que le dejara de hablar tanto tiempo pero ninguno de los dos se animaba a empezar la conversación.

Es notorio el desapego que el paciente muestra a todo lo que relata. Ni siquiera cuando habló de su madre afloró un sentimiento diferente, solamente expresó que esto le ha podido mucho.

Las defensas yoicas son las que no le permiten conectarse con sus conflictos internos, ni con su afecto; el no hablarle a la madre durante 10 años le dejó huellas muy profundas pero ni siquiera se ha percatado de ello

10 años sin hablarle a la mamá tuvieron que haberle generado sentimientos y pensamientos muy encontrados que, nunca afloraron a la conciencia, pero que se transformaron en síntomas, quizá como el calor que siente en las piernas.

Interpretando: cuando la estructura intenta fracturarse aparece el síntoma del calor para equilibrar lo psíquico, pero esta operación desequilibra lo somático, reflejándose en la pérdida de peso. El calor puede ser una señal para que el yo opere sus defensas.

Su padre fue contratista de obras, trabajó con él desde muy chico. Cuando se aburría se iba a trabajar a otro lado pero siempre regresaba porque no tenía buenos salarios. En la actualidad es cuando empieza a admirarlo pues nunca le faltó el trabajo. A él, le ha sido muy difícil salir adelante en su carrera. Estudió ingeniería porque quería ganar más dinero que su papá, pero eso nunca sucederá, él mantenía a toda una familia.

En todas sus relaciones se observa un apego desconectado, una falta de afectividad. Solamente se relaciona con cuestiones materiales: el dinero, el jardín, la casa.

Con sus hermanos la relación también es muy distante. El y otras dos hermanas viven en la casa materna, se hablan poco, lo que más le molesta es que nadie le ayude arreglar el jardín y a limpiar las áreas comunes.

Este tipo de vínculo se caracteriza por una aparente relación paradójica: la de la adhesividad acompañada por la desconexión.

La adhesividad es un nexo vincular tipo ventosa, que sólo puede consumarse en la medida en que la incitación sensorial tiene un carácter monótono.

V: DESORGANIZACIÓN DE LA FUNCIÓN PSICOSOMÁTICA.

El paciente siempre se recuerda sólo. Una imagen que tiene muy presente es de 4 o 5 años: se sentaba en la puerta con la vista puesta en los maizales de enfrente, con la vista perdida y se preguntaba: ¿para que habré nacido?.

El relato del paciente nos indica que vivió sólo, sin ninguna atención por parte de la madre, el papá lo trataba como trabajador. Esa situación perduró durante su infancia, la adolescencia y aún siendo adulto.

Entre 7 u 8 años, jugando con un amigo en la bicicleta se le atoró un dedo y se cortó casi la mitad, no le dijo nada a su mamá porque tenía miedo que lo regañara, cuando se le infectó fue cuando su mamá se dio cuenta y ya no pudieron salvarse. Siempre estaba en la calle jugando sólo.

Tenía miedo a su mamá no porque lo regañara, pues esto nunca sucedía, sino porque ella no le hacía caso, dice que por eso perdió su dedo.

Sus papás trabajaban mucho, siempre tuvieron solamente lo necesario. La mamá le dedicaba todo el tiempo a la casa, los atendía a todos pero sin nada de afecto.

Los padres del paciente se dedicaron a trabajar, es lo único que existía en su vida, nunca tuvieron diversiones o manifestaciones para los hijos. Llevaron una vida muy mecanizada.

Recuerda que iba a la escuela pero nadie le pedía cuentas, un día su mamá fue por él y se avergonzó de ella.

También se avergonzaba de él, las niñas le decían que era muy feo.

El paciente, hasta la fecha se avergüenza de su físico, esta era una de las causas por las que el no jugaba con las niñas, inclusive con otros niños.

Ahora se da cuenta que no fue mal estudiante, no le costaba trabajo estudiar, todo se le hacía sencillo. Sus maestros lo felicitaban y el no entendía porque.

Las identificaciones parentales, tanto primarias como secundarias que constituyen la identidad de una persona, en este paciente dejaron mucho que desear, no aprendió a "ser como" y "a comportarse como", por esa situación, de niño todo le era extraño. De adulto sigue existiendo el mismo problema. El grupo religioso le ha ayudado mucho a aprender como relacionarse, a "ser como."

DISCUSIÓN Y DIAGNÓSTICO

Por la historia de vida creemos que lo determinante para que se constituyera una personalidad de este tipo fueron la falta de afecto entre la familia, la falta de una intención de vida para los hijos; se vivía para trabajar, en función de sostener sólo la conservación, con una vida mecanizada, sin diversiones. La construcción de una subjetividad y por tanto un mundo interno fue muy pobre en este paciente.

En este paciente observamos alteraciones en diversas áreas de su personalidad, por ello el diagnóstico es de una **PERSONALIDAD NORMÓPATA**

SESIONES CLÍNICAS

Paciente
M.V.I
No. 15
NO
DIABÉTICO

VIÑETA

INTERPRETACIÓN

El paciente lleva un año en terapia, durante ese tiempo se ha revisado principalmente la relación con su mamá, sobre todo los 10 años que le dejó de hablar y que le han pesado tanto. Su síntoma ha disminuido pero no totalmente, en este momento ya establece un relación entre lo que le pasa y cuando aparece el calor. Se transcriben algunas viñetas de sesiones, para analizar cual es la relación entre el síntoma somático y las diversas alteraciones en las 6 áreas de la personalidad normópata, estudiadas en este trabajo

También se presentan algunas sesiones clínicas con el objeto de analizar dichas alteraciones así como su evolución durante el tratamiento psicoterapéutico.

17/II/2000

Me siento bien.

Trabajar uno por su cuenta es difícil: no hay jubilación, tengo que ser más productivos, eso me detuvo a pensar que el tiempo transcurre, tengo que trabajar activamente.

Empieza a sentir que el tiempo transcurre, anteriormente esto no le preocupaba (Area No. I).

Platiqué con un amigo invidente del grupo religioso donde estoy asistiendo. Me dijo que le gustaba una hermana, que la veía muy bonita, ella es vidente, se quiere casar con ella. Yo me dije: tú estas más ciego que tu amigo, él no ve y dice que ve a la mujer.

Durante la terapia es la tercera vez que aborda el tema de la mujer. Su reflexión es real, él no veía ni sentía nada, todo le daba igual hacia la mujer y hacia todas las personas (Area No. I).

¿Integrarme a una mujer? Las mujeres que yo perseguí no se han casado. ¿Porqué? A los dos días de conocerlas ya les hablaba de matrimonio pero estaba lejos de casarme, nada más les veía cualquier cosita y las terminaba.

Muestra su imposibilidad para establecer relaciones duraderas, no se conectaba afectivamente con ellas (Area No. III).

Ahora si me gustaría casarme. Hay una mujer que me gusta, la conozco desde hace tres años, no le dije nada porque desde hace tres años empece con todo este problema de adelgazar, Quiero que me conozca como soy pero la inseguridad económica es lo que no me anima.

Es la primera vez que menciona esta relación entre su síntoma y el deseo de casarse. El síntoma apareció cuando él tuvo deseos de casarse (Area No. III).

24/II/2000

El no tener una seguridad económica me apachurra. Mi papá decía ten tu constructora. Nunca he hecho las cosas con propósito. Mi mamá quería que estudiara normal, y yo contreras.

No puede mencionar el afecto que le despierta su falta de seguridad económica; utiliza para expresarse un lenguaje figurativo: apachurrar. El sentimiento de contrariedad siempre ha estado en él pero en forma actuada: hace lo contrario de lo que quiere. (Areas Nos. I y III).

Siempre dije: mejor yo me guió solo, pero estaba ciego, tenía las puertas cerradas, vivía como en un laberinto

El conflicto interno se vivía sin salida, lo explica como: vivir en un laberinto (Áreas I y III).

Recuerdo que durante una fiesta platicaba con una amiga, mi papá le dijo: "enamora a mi hijo", yo me apené. Mamá no quería que sus hijas y sus hijos tuvieran novio. Cuando hablaba una mujer a la casa les contestaba muy feo y nos negaba. No se porque tenía la necesidad de la aprobación de mi mamá, nunca me puso una palomita en la frente y me dijo sigue adelante, pero yo lo necesitaba.

El necesitó toda su vida el amor de su madre pero ella nunca se lo dio, de ahí la indiferencia a todo y su espíritu de conteras con ella y posteriormente con todas las personas. (Áreas Nos. I, III y IV).

16/III/2000

Anteriormente las relaciones con las mujeres no prosperaban; alargaba el tener a una mujer, siempre daba mi mejor cara pero temía que ellas no me aprobaran. Veo que es un vínculo de miedo y de falta de aceptación, tengo temor a fracasar. Yo les alargaba el tiempo diciéndoles que me iba a casar pero las despreciaba, con todo esto yo ya he cambiado mucho, ahora ya no las desprecio como antes.

Tiene un vínculo de: apego desconectado, observamos que lo que está atrás del vínculo es una falta de aprobación, miedo (lo habla pero no lo siente), temor a fracasar y sobre todo desprecio a la mujer. (Áreas I y III).

A mis amigos los veía entusiasmados, yo no, ¿por qué? Cuando tenía novia no me entusiasmaba, siempre cuidando la imagen, una vez una de ellas me dijo: eres muy mecánico, como robot.

La despersonalización causa la robotización y la desactivación pues no se actúa en función de una imagen propia. Existen trastornos en la imagen corporal. (Áreas II y III).

20/IV/2000

Ayer estaba arreglando unos papeles cuando llegó mi hermana, me dijo: abrázame, tengo deseos de abrazarte, pase a verte. Siento que... (no termina la frase) a la largo de nuestra vida ... Ella trabajó desde joven....Ella quería pagarme una escuela particular.

Su discurso empieza a ser entrecortado cuando el afecto lo embargo, está emocionado porque la hermana paso a verlo y le dijo abrázame, quiere llorar, se contiene (Área No. I).

Recuerdo que en una ocasión me preguntó: ¿a dónde fuiste? Había ido a buscar un trabajo, ella me encontró uno, trabajo de obrero y no me sentí humillado, no dure mucho tiempo porque no me permitían estudiar, se burlaban de mi porque estaba estudiando para ingeniero y trabajaba de obrero. Ella quería pagarme una escuela particular

El vínculo con la hermana también está cambiando, ahora ya existe acercamiento entre los dos. Empieza a revalorar afectivamente situaciones de su vida pasado, en las cuales se desestimó el afecto; con su papá, con sus hermanos, hasta con su mamá (Área No. I)

11/V/2000

Siempre me la pasaba pensando: trabajar como mecánico es pura mugre, como obrero muy cansado. En las obras de mi

La imagen de ingeniero quedó en él y por esa razón eligió serlo, sin

papá iban los arquitectos muy trajeados, dando órdenes. No construí en ese entonces un ideal, no dije quiero ser arquitecto o ingeniero, solamente quedo la imagen y un olor a perfume delicado.

Ahora pienso: el arquitecto es mas sociable, se comunica mejor a través del dibujo, se mueven en grupo, comen en grupo, estudian en grupo. El Ingeniero siempre anda solo. Me pregunto: la tristeza se ve, se ve el desaliento, el miedo, todo

se ve. Me puse metas pero aún sigo siendo retraído, aun sigo sin entusiasmo.

El entusiasmo no está en mi. El jueves que venía para acá en el metro la gente se veía contenta, yo me pregunté: ¿Por qué están contentos? esto se ve lleno de vida. Cuando me decidí a trabajar por mi cuenta creía que la podía hacer, pues cuando trabajaba para una empresa no me gustó. Desde hace un año he cambiado, tengo un poco más de entusiasmo. La enfermedad me encerró, pensaba en que tenía SIDA, CANCER, sobre todo por lo flaco, no salía a la calle. Mis pensamientos siempre eran negativos, pero cuando me percaté de ellos no podía cambiarlos a positivos, todo el día pensaba en ello. He vivido mecánicamente sin entusiasmo.

La crítica materna me pesó. En los 10 años que nos dejamos de hablar se me bajaba la presión: 60 – 80. Cuando te hablé la presión se arregló. Siempre temí a su crítica, la trataba con reserva. En ese entonces me volví más mecánico. Mi mamá no me inculcó nada con entusiasmo por la vida.

Mi papá arreglaba todos los problemas de la obra, siempre lo recuerdo activo. El me animaba: quieres cerveza, ¿que te doy hijo.? Yo insulté a mi papá y siempre me mostró buena cara, el me quería

Las anteriores viñetas del paciente las relacionamos con lo que Freud plantea en: (1916d) "sugerente analogía entre la deformación del carácter tras un prolongado achaque en la infancia y la conducta de pueblos enteros que tienen un pasado de graves sufrimientos (pags. 320-321)" (cit. en Maldavsky, 1996, p. 22). El tema ha sido reelaborado por este teórico en el marco de las reflexiones sobre la transmisión intergeneracional de un trauma psíquico

embargo, la mamá quería que fuera profesor, el papá nunca le dijo lo que quería que fuera pero le decía: ten tu constructora, pero lo más probable es que nunca pensó que su hijo podría llegar a ser ingeniero, murió antes que el se recibiera. (Area no. III)

Existe conflicto en su identidad de ingeniero: como situarse, como ingeniero, como obrero, como patrón, esto se refleja en que cada obra que tiene, pues se le complica todo. El le atribuye a todos los ingenieros la tristeza, el desaliento porque no lo puede sentir. (Area I y III).

Las ideas obsesivas sobre su enfermedad han desaparecido. Se ha trabajado la idea fija que escondía su delgadez: EL QUE IBA A DESAPARECER. Le daba mucho miedo pero no lo ha podido sentir. El entusiasmo o el desaliento aún es muy irregular; ante las dificultades de relación se desalienta

Este parlamento nos muestra la vida tan automática que ha llevado el paciente (Areas Nos. I, II, V).

En su discurso del paciente observamos la relación entre la baja de la presión arterial y la falta de comunicación afectiva con su madre. (Areas Nos. I, II y V).

El padre fue afectuoso con el paciente, sin embargo este le guardó mucho rencor, lo que más le pesa es haber vivido tan solo, siente que nada lo compensa de ese abandono (Areas Nos. I y III).

LA TRANSMISIÓN INTERGENERACIONAL DE UN TRAUMA PSÍQUICO.

Este trauma se presenta cuando no existe la posibilidad de transformar las cantidades de excitación (voluptuosas o sensuales) en afectos en el que predomine la temura, según Freud cuando no existe la inhibición de la meta sexual (1923b)

18/IV/2000

Ahora estoy entendiendo todo lo que es intenso, antes todo era igual. El calor ha disminuido, ya no es tan fuerte y sobre todo el peso se me está controlando.

En este parlamento observamos una relación simbólica entre la falta de sentimientos: todo le era igual y la intensidad del calor. Una reacción somática fue lo que lo sacó de su indiferencia de vida (Áreas Nos. I y V).

A pesar de que tengo calorito ahora lo controlo. Fui a comprarme un pantalón y ya he subido una talla y media, me sentí contento. Ha aparecido en mí una intensidad de gozo, no se ni como fue, un día me empecé a sentirme con mucho gozo.

El calor y el aumento de peso están relacionados con su capacidad para sentir gozo, por eso ha disminuido. (Área V).

Estoy arreglando un edificio viejo y lo comparo conmigo, me pregunté: ¿Estaré deformado? ¿me estaré poniendo resentido como el edificio?. Desde ahí he tenido una actitud más positiva, pero ahora soy más correcto de estar contento, feliz.

Empieza a hacer relaciones simbólicas y sobre todo preguntarse porque perdió su capacidad de gozo. En su discurso se observa aún un pensamiento concreto (Área No. V).

22/VII/2000

Ahora ya estoy diciendo lo que pienso, lo que no me parece, con toda calma pero lo hago.

Anteriormente y a consecuencia de las alteraciones alexitimicas no podía decir lo pensaba ni lo que sentía porque no se percataba de ello, la vida le era igual (Área Nos. I y II).

Cuando me dijo el nutriólogo que debía de sentir placer, yo me dije: de donde lo saco. Ahora sí, escojo a donde ir a comer: voy a una cocina donde guisan muy rico, disfruto la comida.

El otro día estuve con un cuate y vi que así era yo antes puros monosílabos, decaído, triste; todo me daba igual, o quizá por tímido, o no sé.

Ahora ya puede darse cuenta al ver a otro compañero que el también estaba deprimido y triste; todo le daba igual.

Ahora acepto lo razonable, ya he librado tensión, no la cargo por siempre; esto me ha permitido más libertad, capacidad de pedir trabajo, asesorías; es un abanico que se abre así (muestra con las manos) amplio, no está atorado.

El pedir para el paciente es un adelanto pues anteriormente no se acercaba a nadie (Áreas Nos. I y III)

18/VIII/2000

El día de ayer pase al Super y sentí mucho calor; diferente, ahora más fuerte, yo empecé a decir: tranquilo, tranquilo, poco a poco se fue bajando. Estaba caliente, caliente. Me da mucho gusto que ahora tengo la conciencia de bajarlo a temperatura normal, lo pude hacer, antes no, ahora lo puedo controlar, no caigo en la angustia y en la desesperación, esto es un rasgo positivo.

Por este parlamento del paciente observamos que su reacción de calor es una señal psicósomática pues lo pudo controlar con el solo hecho de calmarse. Ahora se percata que caiga en la angustia y en la desesperación (Área No V).

CONCLUSIONES

Durante más de un año se han abordado las alteraciones de personalidad. La asistencia al tratamiento ha sido irregular, su disposición muy buena, así como la relación de empatía que ha establecido con la terapeuta. Ha avanzado lo suficiente para darse cuenta de muchas cosas: del porque de sus síntomas somáticos, de su problemática de vida, de la indiferencia hacia la vida, pagándole esta con la misma moneda, todo le salía mal en el trabajo, y era lo que más le importaba. Empieza a organizar su vida de otra manera.

Creemos que con el análisis de las viñetas de este paciente se puede observar la evolución de la psicoterapia, y con ello, la dinámica de la personalidad NORMÓPATA.

ANEXO No. II.

CUESTIONARIO

FICHA DE IDENTIDAD

1. Nombre: _____
2. Edad: _____
3. Fecha de nacimiento: _____
4. Escolaridad: _____
5. Estado civil _____

Rogamos contestar las siguientes preguntas, marcando con una cruz la opción que mejor se adapte a su respuesta

1. SI
2. NO

	SI	NO
I. ALEXITIMIA		
A. Dificultad para identificar y nombrar las emociones		
1. ¿ Le es difícil reconocer cuando está triste, alegre, enojado(a) o siente dolor?		
2. ¿ Si está triste, alegre, enojado (a), o siente dolor, le es difícil comentarlo con otras personas?		
3. ¿Hay días que no se siente bien y no sabe porque, o que le pasa?		
4. ¿Durante el día tiene frecuentes periodos de intranquilidad?		
5. ¿Le es difícil conmovirse ante los problemas de los demás?		
6. ¿Cuándo esta enojado (a), resentido (a) o apenado (a) con las otras personas, no se los puede comunicar?		
B. Dificultad para distinguir entre emociones y sensaciones corporales		
7. ¿Cuándo tiene problemas con su familia o con otras		

8. ¿Cuándo tiene problemas con su familia o con otras personas, se marea, tiene vértigos, vuelve o le duele el estómago? (Otras alteraciones)		
9. ¿Los síntomas de su enfermedad se agudizan cuando tiene algún problema?		
C. Deterioro de la capacidad de simbolización Pobreza de pensamiento e imaginación		
10. ¿La razón de sus problemas le es desconocida?		
11. ¿Durante su vida le ha sido difícil concentrarse?		
12. ¿Cuándo estudiaba le costaba trabajo entender a sus maestros?		
13. ¿Le es difícil resolver los obstáculos que se le presentan en su trabajo (oficina, casa)?		
14. ¿Le es difícil cambiar su forma de pensar?		
15. ¿Se prohíbe soñar despierto?		
D. Dificultad para representar simbólicamente los conflictos		
16. ¿Su cabeza está llena de pensamientos que no lo dejan estar tranquilo?		
17. ¿Olvida los problemas por más difíciles que ellos sean?		
18. ¿Piensa que los demás son los que ocasionan sus problemas?		
19. ¿Cuándo sus familiares y amigos lo ven preocupado, enojado, triste, aburrido le sorprende porque usted no siente nada?		
E. Preferencia para enfocar acontecimientos externos más que experiencias internas.		
20. ¿Son más importantes las dificultades de los demás que las suyas?		
21. ¿Es feliz si los demás lo son (familia, amigos)?		
22. ¿Le es difícil decir lo que piensa y lo que siente a sus familiares, amigos y jefes?		
II. VIDA OPERATORIA		
A. Automatismo de vida		
23. ¿Evita los problemas a toda costa?		
24. ¿Evita las discusiones?		
25. ¿Su vida es muy rutinaria?		
26. ¿Se aburre con facilidad?		
27. ¿Su vida está regida por normas que le son difíciles de cambiar (morales, de conducta, afectivas)?		

B. Ausencia de deseos		
28. ¿ En todos los aspectos de su vida: (económico, cultural, religioso social, religioso)se conforma con lo que tiene y con lo que le dan?		
29. ¿Cumple los deseos de los demás antes que los suyos?		
30. ¿Le es difícil comprarse algo para usted?		
31. ¿Actúa sin pensar las cosas a pesar de sus consecuencias?		
C. Pensamiento y expresión		
32. ¿Cuándo se enoja y se exaspera, grita con facilidad?		
33. ¿Cuándo se enoja agrede verbalmente con malas palabras?		
34. ¿Piensa mal de la gente pero no se los puede decir?		
35. ¿Cuándo las personas se equivocan en sus tareas, usted se enoja con ellas?		
D. Relaciones Conflictivas		
36. ¿Desea separarse de su esposo (a)?		
37. ¿Llegan a los golpes con su esposo (a)?		
38. ¿Tiene problemas con sus hijos?		
39. ¿Tiene problemas con otras personas pero necesita de ellas y nos la puede dejar? (Esposo, familiares, amigos)		
40. ¿Tiene un presentimiento de que algo malo le puede pasar a usted y a su familia?		
41. ¿ Piensa que el deber es lo primero por eso no se separa de su familia?		
III. DESÓRDENES DE CONDUCTA		
A. Dependencia (fusión)		
42. ¿Es usted una persona obediente y abnegada?		
43. ¿Cuándo tiene algún problema sufre en silencio para no hacerle la vida imposible a su familia o a sus amigos?		
44. ¿Ante su familia u otras personas siente que sus opiniones no tienen ningún valor?		
B. Imagen distorsionada de sí mismo		
45. ¿Se siente feo?		
46. ¿Quisiera ser otra persona?		
47. ¿Cuándo tiene problemas recurre a otras personas para que le ayuden a solucionarlos, porque usted no sabe que hacer?		

48. ¿Necesita la aprobación de los demás para saber que esta bien su trabajo.		
C. Alteración del sueño y de la producción onírica		
49. ¿Duerme bien?		
50. ¿En el día se siente cansado porque no durmió bien?		
51. ¿Le es difícil recordar sus sueños?		
52. ¿Tarda varias horas para dormirse?		
D. Alteración del tiempo y del espacio		
53. ¿Se despierta en la madrugada?		
54. ¿Difícilmente le alcanza el tiempo para todas las cosas que hace?		
55. ¿Llega tarde a sus citas?		
56. ¿Se tarda mucho tiempo en hacer las cosas?		
57. ¿Cuándo busca una dirección con frecuencia es desorientada(o)?		
58. ¿Se le olvida donde deja las cosas?		
59. ¿El ruido le molesta?		
60. ¿Piensa que algunas de sus situaciones de vida no son reales?		
IV. DESÓRDENES AFECTIVOS		
A. Depresión		
61. ¿Se deprime sin causa aparente?		
62. ¿Nunca siente culpa haga lo que haga?		
63. ¿Aún cuando esté acompañado (a) se siente solo (a)?		
64. ¿Si está solo se deprime?		
65. ¿Siente odio por sus familiares u otras personas sin saber la causa?		
B. Angustias (intensas y automáticas)		
66. ¿Se angustia durante el día?		
67. ¿Se siente desamparado?		

68. ¿Ha hecho una vida muy completa, sin embargo siente que le falta algo?		
69. ¿Solamente usted sabe que es tímido (a)?		
70. ¿Solamente usted sabe que está deprimido (a)?		
C. Predominio del acto sobre la vivencia		
71. ¿Es usted una persona que no puede estar desocupada?		
72. ¿Es usted una persona obsesiva de la limpieza y del orden?		
73. ¿Si no hace usted las cosas siente que no están bien hechas?		
D. Envidias y manifestaciones agresivas		
74. ¿Sus jornadas de trabajo son extenuantes?		
75. ¿Con facilidad envidia lo que otras personas tienen y usted no?		
76. ¿Es usted muy competitivo?		
77. ¿Es usted muy agresivo?		
78. ¿Es usted rencoroso?		
V. DESORGANIZACIÓN DE LA FUNCIÓN PSICOSOMÁTICA		
A. Maltrato.		
79. ¿Fue maltratado desde muy chico? ¿Por quién?		
80. ¿Su padre tomaba?		
81. ¿Su madre tomaba?		
82. ¿Su padre golpeaba a su mamá?		
B. Desnutrición y problemas económicos		
83. ¿Escaseaba la comida?		
84. ¿Pasaba muchas horas sin comer?		
85. ¿Fue un niño desnutrido?		
86. ¿Durante su infancia tuvieron problemas económicos?		
87. ¿Trabajo desde muy chico?		
C. Abandono		

88. ¿De pequeño su madre trabajaba y lo dejaba solo?		
89. ¿De pequeño permanecía sólo por mucho tiempo?		
90. ¿Cuándo murió alguno de sus padres se sintió abandonado (a)?		
91. ¿Cuándo se separaron sus padres, sintió que a usted le cambio la vida. ?		
92. ¿Cuándo sus padres no estaban (muerte separación, trabajo) lo cuidaba algún familiar?		
D. Alteraciones conductuales en la primera infancia		
93. ¿Fue un niño berrinchudo?		
94. ¿Fue un niño miedoso?		
95. ¿Tuvo accidentes graves?		
96. ¿Tuvo alguna enfermedad grave?		
97. ¿Tuvo terrores nocturnos?		
98. ¿Fue sonámbulo?		
99. ¿Fue un niño muy inquieto?		
100. ¿Ante las dificultades su cuerpo reaccionaba con alguna enfermedad? ¿Cuáles?		
VI. DESÓRDENES SEXUALES		
A. Desinterés en la relación sexual y ausencia de placer		
101. ¿Sus relaciones sexuales son desagradables?		
102. ¿Le disgustan las relaciones sexuales?		
103. ¿Tiene relaciones sexuales aunque usted no tenga deseos?		
104. ¿Se siente insatisfecho sexualmente?		
105. ¿Sus relaciones sexuales son esporádicas?		
106. ¿Cree que las relaciones sexuales son malas?		
107. ¿Sus relaciones amorosas son efímeras?		
108. ¿Cambia constantemente de pareja?		
B. Conflictos en las relaciones amorosas		

109. Se aburre con su pareja?		
110. ¿En sus relaciones amorosas pasado un tiempo empiezan los problemas?		
111. ¿Tiene relaciones sexuales fuera de matrimonio?		
112. ¿Ha tenido varias parejas al mismo tiempo?		
C. Adicciones		
113. ¿Toma?		
114. ¿Fuma?		
115. ¿Otras adicciones? (Diga cuáles)		

GLOSARIO

1. ALEXITIMIA:

Patrón afectivo caracterizado por una dificultad para identificar y nombrar los estados afectivos. Se presenta en sujetos incapaces de descodificar y expresar emociones.

2. APARATO PSÍQUICO:

Es un modelo conceptual freudiano que explica ciertos caracteres del psiquismo: su capacidad para transmitir y transformar una energía determinada y su diferenciación en sistemas o instancias; estos son lugares psíquicos específicos con un orden prefijado para el manejo de las excitaciones que deben de seguir una determinada sucesión temporal.

3. CUERPO ERÓGENO:

Es un modelo conceptual psicoanalítico que explica las modificaciones *anatómicas* del cuerpo físico a través de la subversión libidinal (hacer que el cuerpo físico funcione de otra forma) de acuerdo a una relación de integración-subversión de dos programas: psíquico y neurológico que rivalizan por el campo somático, cada uno con sus lógicas propias. Lo psíquico puede actuar sobre lo biológico e intervenir como regulador de este por los lazos tan estrechos entre el funcionamiento neurológico y el proceso de representación.

Gracias a esta edificación del cuerpo erótico, el sujeto logra liberarse parcialmente de sus funciones fisiológicas, de sus instintos, de sus comportamientos automáticos, y reflejos, incluso de los ritmos biológicos.

4. DEPRIVACIÓN PSÍQUICA:

Es un mecanismo de defensa a través del cual la psique se priva de sus propios contenidos y los sustituye con contenidos somáticos. Los contenidos psíquicos son expulsados de la conciencia y también de la cadena de representaciones.

5. DESAFECTACIÓN PSÍQUICA :

Es un mecanismo de defensa a través del cual se lleva a cabo una desconexión entre el pensamiento y el afecto. Por este mecanismo las personas son incapaces de mantener contacto con sus afectos y emociones. Existe una carencia afectiva.

6. DISPERSIÓN PSÍQUICA:

Es un mecanismo de defensa contra el dolor, por medio del cual la vivencia escapa al afecto, porque antes de sentirlo o de clarificarlo lo dispersa en acciones compulsivas. Ella también impone un costo a los afectos placenteros ya que nunca se llegan a sentirse pues la energía no alcanza a adquirir una cualidad placentera..

El individuo es consciente de la fuerza de las emociones pero tiene una incapacidad para distinguirlos, es ahí cuando se dispersan a través de la acción con mecanismos compulsivos y adictivos. Con la dispersión como mecanismo defensivo también se ve alterada la capacidad del soñar, de fantasear y del pensar.

7. DIABETES:

En esta enfermedad física, en la cual el páncreas no produce suficiente insulina, o bien, las células del organismo no son capaces de utilizarla en forma adecuada. Como consecuencia, la glucosa (azúcar) que normalmente consumimos y producimos en nuestro cuerpo no se transforma en nuestra fuente principal de energía y permanece en la circulación sin poder ser utilizada

8. ENFERMEDAD PSICOSOMÁTICA:

Desde el punto de vista psicoanalítico, la enfermedad psicosomática es la desinversión constante de los órganos del cuerpo; son movimientos contraevolutivos que ocasionan rupturas entre el campo somático y el psíquico. La desorganización de la **subversión libidinal** de las funciones fisiológicas del cuerpo erógeno es lo que ocasiona la enfermedad física.

"La elección del órgano depende de las alteraciones específicas que interesan a la subversión libidinal, (apuntalamiento) y a través de ella, a la construcción del cuerpo erótico, que seguramente se apuntala tanto en las funciones endocrinometabólicas como en las funciones motoras y cognitivas" (Dejours, 1992. p. 126). La subversión libidinal es el punto de partida para explicar el porque de esta alteración en la diabetes.

9. ENVOLTURA PSÍQUICA:

Es una envoltura narcisista, una envoltura del sueño. Lo que llamó Freud (1900a) el ombligo del sueño; es el lugar de lo 'no reconocido' de la relación con la madre, también representa un límite entre lo interno y lo externo.

10. ESTRÉS:

Es la respuesta no específica del organismo a cualquier demanda del exterior, es una suerte de alertamiento fisiológico que está adaptando al organismo permanentemente al ambiente. El estrés crónico visto como un síndrome psicopatológico puede ser explicado por las alteraciones psiconeurobiológicas que este genera.

11. ESTRUCTURA NARCISISTA:

Desde el punto de vista psicopatológico, y desde una comprensión psicoanalítica, la estructura narcisista es una regresión a aquella fase sexual intermedia entre el Autoerotismo y el amor objetal, en la cual la persona se toma a sí mismo, a su propio cuerpo como objeto de amor. Desde una concepción energética que reconoce la permanencia de una carga libidinal del yo, una definición estructural del narcisismo es un estancamiento de la libido que ninguna investidura de objeto permite sobrepasarla completamente.

12. FORMACIÓN CARACTERIAL:

Es un mecanismo de defensa cuyo objetivo es transformar los síntomas, las normas de vida, las creencias en rasgos de carácter.

13. FUNCIÓN DE PROTECCIÓN ANTIESTÍMULO DE LA MADRE:

Es una identidad perceptiva que contiene la diada – madre y que protege al niño, desde su nacimiento, de las excitaciones desbordante, tanto del mundo exterior como del mundo interior.

14. FUNCIÓN PSICOSOMÁTICA:

Es una operación de apuntalamiento (apoyo) que tiene como finalidad representar lo biológico en lo psíquico. (es la función de la pulsión). Por este hecho, esta función puede actuar sobre lo biológico e intervenir como reguladora de este por los lazos tan estrechos entre el funcionamiento neurológico y el proceso de representación. La desorganización de la función se lleva a cabo cuando es amenazada la subversión libidinal por movimientos contraevolutivos, lo que ocasiona una ruptura entre ambos campos: el biológico y el psíquico.

15. FUENTE DE LA PULSIÓN:

Por fuente de la pulsión se entiende aquel proceso somático que se localiza en un órgano o en una parte del cuerpo y cuya excitación está representada en la vida psíquica por la pulsión>> (...) una especie de <<delegación>> provista de un mandato que no sería totalmente imperativo. Por consiguiente, un excitación local, biológica, encuentra su <<delegación>>, su <<representación>> en la vida psíquica, como pulsión. (Laplanche, 1987, p. 22).

16. METAPSICOLOGÍA:

Es un cuerpo teórico responsable de explicar la constitución de la estructura, llamada aparato psíquico. Cinco son las hipótesis que la definen: la genética, la tópica, la dinámica, la económica y la estructural. El aparato psíquico se puede constituir bajo cuatro modalidades diferentes según el mecanismo defensivo que la define: la normal, la neurótica, la psicótica y la perversa. (Ver Capítulo I, Inciso: 1.4.1).

17. PERSONALIDAD NORMÓPATA

Es un estructura psíquica psicopatológica, con una aparente normalidad, en la cual existen alteraciones físicas: enfermedades físicas, psicológicas: cognitivas, afectivas volitivas y psíquicas, como las alteraciones en el cuerpo erógeno, en la función psicosomática, en la desconstitución de los sistemas inconsciente, preconscious y consciente. Utiliza defensas específicas, como la privación de los contenidos psíquicos, la desafectación y la dispersión afectiva.

18. PENSAMIENTO OPERATORIO:

Es un tipo de pensamiento concreto que se aferra a cosas y no a conceptos abstractos, ni a productos de la imaginación o a expresiones simbólicas, sugiere la precariedad de la conexión con las palabras, así como la existencia de un proceso de investidura de nivel arcaico.

19. PROYECCIÓN SENSORIAL:

En los orígenes del psiquismo, es un proceso químico determinado neurológicamente y acompañado por una investidura pulsional la cual permite que las pulsiones de autoconservación y las sexuales invistan ciertos puntos de la periferia del cuerpo, como son los órganos sensoriales y mucosas, en los cuales se registran los estímulos placenteros, comenzando por el interior de la boca..

20. PULSIÓN:

"un concepto fronterizo entre lo anímico y lo somático como un representante [*repräsentieren*] psíquico de los estímulos provenientes del interior del cuerpo y alcanzan el alma, como una medida de exigencia de trabajo que es impuesta a lo anímico a consecuencia de su trabazón con lo corporal" (Freud, 1915c).

21. PULSION DE AUTOCONSERVACIÓN:

El conjunto de las necesidades vitales ligadas a las funciones corporales que se precisan para la conservación de la vida del individuo.

22. PULSION SEXUAL:

Es un empuje interno responsable de la excitación y que tiene como meta la satisfacción. "Son numerosas, brotan de múltiples fuentes orgánicas, al comienzo actúan con independencia unas de otras y sólo después se reúnen en una síntesis más o menos acabada. La meta a la que aspira cada una de ellas es el logro del *placer de órgano*. (Freud 1915c)

23. REPRESENTANTE DE LA PULSIÓN:

Proceso a través del cual "la pulsión encuentra su expresión psíquica. Unas

veces el término es sinónimo de representnte-representaivo, otras tiene un sentido más amplio, incluyendo también el afecto (Lapanche y Pontalis, sin fecha, p. 371))

24. SINTOMAS PSICOSOMÁTICOS:

Es un lenguaje elaborado por el cuerpo para manifestar conflictos psíquicos muy primitivos, cuando la psique se ve en peligro de que surjan acontecimientos dolosos, culpabilizantes o amenazantes, pero cuya representación es inmediatamente expulsada del consciente y de la cadena de representación.

Estos contenidos son asimilados por el psiquismo como si fueran sustancias tóxicas: drogas, y el cuerpo reacciona para protegerse una reacción física ante un daño psíquico que pertenece a un orden presimbólico. Es una respuesta somatopsíquicas o psicossomáticas para no sentir y vivenciar fantasías extremadamente primitivas de desamparo, de rabia y de desesperación, así como sus afectos correspondientes.

23. TRASTORNOS SOMATOFORMES:

"La característica común de los trastornos somatomorfos es la presencia de síntomas físicos que sugieren un enfermedad médica (de ahí el término de somatomorfos) y que no pueden explicarse completamente por la presencia de una enfermedad, por los efectos directos de una sustancia o por otro trastorno mental (p. ej., trastorno de angustia). Los síntomas deben producir malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral, o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. (Pichot, 1995, p.457).

24. VIDA OPERATORIA

Una forma de existencia en la que predomina la disminución del pensamiento frente a la importancia que adquieren los comportamientos. La acción sustituye al pensamiento.

25. ZONAS ERÓGENAS

Son determinadas zonas del cuerpo que por un determinado proceso de investidura libidinal se convierten en erógenas (zonas de excitación, de placer) Estas son las partes del cuerpo que limitan el interior del exterior, como son los órgano de los sentidos, esfínteres, piel. Estas zonas van a ser arrancadas progresivamente al cuerpo físico y subvertidas en beneficio del cuerpo erógeno.

BIBLIOGRAFIA.

1. Adroer, s. (1996). Fixation Of Asthma And Sexual Impotence At Diferentes Pregonal Stages. J. Psycho-Analysis, 77: 786-802.
2. Andreoli, v. (1996). La tercera vía de la psiquiatría. Locura: individuo, ambiente, historia. (1ª. ed. 1986. 1ª. reim. 1996), México, D. F.: Fondo de Cultura Económica.
3. American Diabetes Association. National Standards for Diabetes Self-management Education Programs and American Diabetes Association Review Criteria. En Línea: <http://www.diabetes.org/Diabetes Care>
4. Ali, S. (1979). Cuerpo real, cuerpo imaginario. Para una epistemología psicoanalítica. (1ª edic.). Buenos Aires: Paidós.
5. Ali, S. (1991). Pensar lo somático. Imaginario y patología. (1ª ed.). Buenos Aires: Paidós.
6. Ali, S. (1993). El Cuerpo, el espacio y el tiempo. Buenos Aires: Amorrortu editores.
7. Ali, S. (2000) El Sueño Y El Afecto. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu editores.
8. Anzieu, D. (1987). El Yo piel. (1ª. ed.). Madrid, España: Biblioteca Nueva.
9. Anzieu, D., Housel, D., Missenard, A., Enriquez, M., Ansieu, A., Guillaumin, J., Doron, J., Lecourt, E., Nathan, T. (1990) Las envolturas psíquicas. Buenos Aires: Amorrortu, editores.
10. Ara Callizo, J.R. Y Capablo Liesa, J. L. (1999). Esclerosis Lateral Amiotrófica una enfermedad tratable. Barcelona España: Jesús S. Mora Pardina Prous Science, S. A.
11. Assoun, P. L. (1998). Lecciones psicoanalíticas sobre cuerpo y sintoma. Buenos Aires: Nueva Visión..
12. Bagby, R. M., Taylor, G. J., Parker, J. (1988). Construct Validity of the Toronto Alexithymia Scale. Psychother and Psychosom. 50: 29-34
13. Bech, P., Gudex, C., Staehr, Johasen. (1996). The WHO (Ten) Well Being Index Validation In Diabetes. Psychother Psychosom. 65: 183-190.

-
14. Blair, C., Freeman, C., And Cull, A. (1995). The families of anorexia nervosa and cystic fibrosis patients. *Psychological Med.* 25: 985-993
 15. Berenbaum, H., Y James, T. (1994). Correlates And Retrospectively Reported Antecedents Of Alexithymia. *Psychosomatic Med.* 56: 353-359.
 16. Braunschweig, D. Y Fain, M. (1977). La noche, el día. Ensayo psicoanalítico sobre el funcionamiento mental. Buenos Aires: Amorrortu editores.
 17. Brown, J.J. (1998). El costo de las amputaciones en diabéticos. Hyperbric Medicine Update. Servicio de Medicina Hiperbárica. México, D. F.: Hospital Angeles del Pedregal. Servicio informativo.
 18. Bundo, M., Audá, J., Massons, J., Trilla, M., Pérez, R., Y Pérez Del Campo, A. (1996). Ansiedad y depresión en pacientes diabéticos tipo II. *Atención primaria* 17:58-62
 19. Chessick, R.D. (1995).The Psicoanalític Treatment Of Ulcerative Colitis. Revisited. *Journal of The American Academy of Psychoanalysis.* 23 (2): 243-261.
 20. Chiosa, L. (1970). Psicoanálisis de los trastornos hepáticos. Buenos Aires, Argentina: Kargieman.
 21. De La Fuente, R. (1996) Psicología médica. (2ª. ed. 1992, 2ª. Reimp. 1996). México, D. F.: Fondo de Cultura Económica.
 22. Dejours, CH. (1992). Investigaciones psicoanalíticas sobre el cuerpo. (1ª. ed.) México, D. F.: Siglo Veintiuno, Editores.
 23. Diaz Perez, J. A., Ballesteros, Pomar, M. A. (1997) Aspectos psicosociales y laborales de la diabetes mellitus. *Avances en Diabetes.* Marañes J. P. Grupo Aula Médica, S. A. : 249-255
 24. Ey, H., Bernard, P., Brisset, Ch. (1978). Tratado de Psiquiatría (8ª. ed.) Barcelona, España: Toray-Masson, S. A.
 25. French, T. M Y Alexander, F. (1966). Psicología y asma bronquial. Buenos Aires: Paidós.

"Las fechas de los trabajos de S. Freud (y las letras que en algunos casos las acompañan)han sido tomadas del ordenamiento bibliográfico de The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Londres: Hogarth Press and The Institute of Psychoanalysis, vol. 24". (cit, en Maldavsky, 1988)
 26. Freud, S. (1893). Sobre el mecanismo psíquico de fenómenos histéricos, en *Obras completas*, Buenos Aires: Amorrortu editores (AE), 24 vols., 1976 – 1979, AE, vol. 3.
 27. (1895f). A propósito de las críticas a la <<neurosis de angustia, en AE, vol. 3.
-

-
28. (1895b [1894]). Sobre la justificación de separar de la neurastenia un determinado síndrome en calidad de neurosis de angustia, en *AE*, vol. 3.
 29. (1898a). La sexualidad en la etiología de las neurosis, en *AE*, vol. 3.
 30. (1900^a). La interpretación de los sueños, en *AE*, vol. 4 y 5.
 31. (1905d). Tres ensayos de teoría sexual, en *AE*, vol. 7.
 32. (1914c). Introducción del narcisismo, en *AE*, vol. 14.
 33. (1915c). Pulsiones y destinos de pulsión, en *AE*, vol. 14.
 34. (1915d). La Represión, en *AE*, vol. 14.
 35. (1915e). Lo Inconsciente, en *AE*, vol. 14.
 36. (1916d). Algunos tipos de carácter dilucidados por el trabajo analítico, en *AE*, vol. 14.
 37. (1916-17). El Estado neurótico común, en *AE*, vol. 16.
 38. (1917 [1915]). Duelo y Melancolía, en *AE*, vol. 14.
 39. (1918b[1914]) De la historia de una neurosis infantil, en *AE*, vol. 17.
 40. (1919d). Sobre el psicoanálisis de la neurosis de guerra, en *AE*, vol. 17.
 41. (1919h). Lo ominoso, en *AE*, vol. 17.
 42. (1920g). Más allá del principio del placer, en *AE*, vol. 18.
 43. (1921c). Psicología de las masas y análisis del yo, en *AE*, vol. 18.
 44. (1923b). El yo y el ello, en *AE*, vol. 19.
 45. (1924b[1923]). Neurosis y psicosis, en *AE*, vol. 19.
 46. (1924c). El Problema económico del masoquismo, en *AE*, vol. 19.
 47. (1924d). El sepultamiento del complejo de Edipo, en *AE*, vol. 19.
 48. (1925h). La Negación, en *AE*, vol. 19.
 49. (1924b [1923]). Neurosis y psicosis, en *AE*, vol. 19.
 50. 1924c). La pérdida de la realidad en la neurosis y la psicosis, en *AE*, vol. 19.
-

-
51. (1925 [1926d]). Inhibición, síntoma y angustia, en *AE*, vol. 20.
 52. (1933[1932]). La descomposición de la personalidad psíquica, en *AE*, vol. 22.
 53. (1940e[1938]). La escisión del yo en los procesos defensivos, en *AE*, vol. 23.
 54. (1940a[1938]). Esquema del psicoanálisis, en *AE*, vol. 23.
 55. (1950 [1895]). Una psicología para neurólogos, en *AE*, vol. 1
 56. Flandez, P. (1991). Problemática psicológica y social de la diabetes. *Educación diabetológica profesional*. 14:19-22.
 57. Flowers, L. (1995). The Use Of Presleep Instruccions And Dreams In Psychosomatic Disorders. *Psychother Psychosom*. 64:173-177.
 58. Fukunishi, I., Hosaka, T., Aoki, T., Azekawa, T., Ota, A., Miyoaka, H.(1996). Criterion-Related Validity Of Diagnostic Criteria For Alexithymia In A General Hospital Psychiatric Setting. *Psychotherapy and Psychosom*. 65:82-85
 59. Fukunishi, I., Kaji, N., Nakagawa, T, Nakamura, H, Kikuchi, M., Takubo, M., Nishihara, Y. (1996) An Investigaci3n of the Psychometric Properties of the 26- Item Toronto Alexithymia Scale in a Japanese Culture. *Psychological Reports*. 79, 555-562.
 60. Galende, E. (1992). Historia y repetici3n. Temporalidad subjetiva y actual modernidad (1ª ed.). Buenos Aires, Barcelona, México: Paid3s.
 61. Garma, A. (1975). G3nesis psicossomática y tratamiento de las úlcera gástricas y duodenales. Buenos Aires, Argentina: Paid3s.
 62. Garrone, G. Y Jenny, M. (1984) Manual de medicina psicossomática, Barcelona: Toray-Masson, S.A. 1980 –1984.
 63. Hahn, S. R., Thompson, K, S., Wills, T. A., Stern, V., And Budner, N. S. (1994). The Difficult Doctor-Patient Relationship: Somatization, Personality And Psychopathology. *J.Clin Epidemiol*. Vol. 47, (6) 647-657.
 64. Hanson, P.G. (1991). El placer del estrés. México, D. F.: Sistemas T3cnicos de Edici3n, S. A. De C. V.
 65. Harris, M. A and Lustman, P. (1998). The Psychologist in Diabetes Care. *Clinica Diabetes*. Vol. 16 (2).1-5
 66. Hashiro, M. (1995). Psychosomatic Treatment of a Case of Chronic Urticaria. *The Journal Dermatology*, Vol. 22:686-689.
-

-
67. Heather G., G, Comstock Dana, Joyce Roby (1996). An Investigation of The Manifest Dream Content Associate With Migraine Headaches: A Study of The Dreams That Procede Nocturnal Migraines. *Psychother. Psychosom.* 65:216-221.
 68. Hermann, L. (1995). Hermeneutics and Psychoanalytically Oriented Psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, Vol 49:215-224.
 69. Hernández, S. R., Fernández, C. Baptista, P (1994) Metodología de la investigación. México, D. F.: McGraw-Hill. Interamericana de México, S. A. De C. V.
 70. Hole, J. (1981). *Human Anatomy and Physiology*. (2ª ed.) Dubuque, Iowa: Brown Company Publishers.
 71. Joukamaa, M, Karlsoon, H.; Sohlman, B.; Lehtinen, V. (1996). Alexithymia and Psychological Distress among Frequent Attendance Patients in Health Care. *Psychother. Psychosom.* 65: 199-202 (1996)
 72. Kauhanen J., Julkunen J., Salonen J. T. (1991). Alexithymia and Perceived Symptoms: Criterion Validiy of de Toronto Alexithymia Scale. *Psychother Psychosom.* 56: 247-252.
 73. Kubler-Ross, E. (1975). Sobre la muerte y los moribundos. (red. 8ª. edic.) Buenos Aires, Argentina.: Grijalbo.
 74. Kernberg, O. (1990). Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico. (3ª edic.) México, Buenos Aires, Barcelona.: Paidós. 1975-1990.
 75. Jacobson, A.M. (1993). Depression and Diabetes. *Diabetes Care* .16 (12):1631-1622.
 76. Lapanche, J. (1987). Vida y Muerte en Psicoanálisis. (1ª edic. 1973. 1ª. Reimp. 1987). Buenos Aires, Argentina.: Amorrortu, editores.
 77. Lapanche, J., Pontalis, J.B (1959). Diccionario de Psicoanálisis. Barcelona, España.: Editorial Labor, S. A.
 78. Le Guen, C. (1984). La práctica del método psicoanalítico. (1ª. edic.) Barcelona, España.: Gedisa.
 79. Lerman Gaber, I (1999). Vivir con diabetes. México, D. F.: Editorial Offset, S. A. De C. V.
 80. Le Poulichet, S (1996). Toxicomanias y psicoanálisis. (1ª reimp). Buenos Aires.: Amorrortu, editores.
 81. Levin, J. (1983) Fundamentos de estadística en la investigación social. (2ª edic.). México, D. F.: Harla Harper & Row Latinoamérica.
-

-
82. Levine, M. And Marcus, M. (1997) Women, Diabetes, and Disordered Eating. *Diabetes. Spectrum*. Vol. 10 (2):191-195.
 83. Lewin, J. & Lewis, S. (1995). Organic and Psychosocial Risk Factors for Duodenal Ulcer. *Journal of Psychosomatic Researchs*, Vol. 39 (5) 531-548.
 84. Luborsky, L. (1996). Onset Conditions for Psychological and Psychosomatic Symptoms Durin Psychotherapy: a New Theory Based on a Unique Data Set. *Am J Psychiatry* 153 (7) : 11- 23. *Festschrift Supplement*.
 85. McDougall, J. (1987). Teatros de la mente. Ilusión y verdad en el escenario psicoanalítico. Madrid, España: Tecnipublicaciones, S. A.
 86. McDougall, J. (1991). Teatros del Cuerpo. Madrid España: Julián Yébenes, S. A.
 87. Maldavsky, D. (1988). Estructuras Narcisistas. Constitución y transformaciones. Buenos Aires, Argentina.: Amorrortu editores.
 88. Maldavsky, D. (1991). Procesos y estructuras vinculares. Mecanismos, erogeneidad y lógicas. Buenos Aires, Argentina.: Ediciones Nueva Visión.
 89. Maldavsky, D. (1992). Teoría y clínica de los procesos tóxicos. Adicciones, afecciones psicósomáticas, epilepsias. Buenos Aires, Argentina.: Amorrortu editores.
 90. Maldavsky, D. (1995.) Pesadillas en vigilia. Sobre neurosis tóxicas y traumáticas. (1ª edic.) Buenos Aires, Argentina.: Amorrortu, Editores. 1994-1995.
 91. Maldavsky, D. (1996). Linajes abúlicos. Procesos tóxicos y traumáticos en estructuras vinculares. Buenos Aires, Argentina.: Paidós.
 92. Mann, S.J. (1996). Severe Paroxymal Hipertensión. *Psychosomatics*. 37:44-450
 93. Marty, P. (1992). La psicósomática del adulto. Buenos Aires, Argentina.: Amorrortu editores.
 94. Marty, P. (1998). Pierre Marty y la psicósomática. Buenos Aires, Argentina.: Amorrortu. editores. Compiladora y traductura: Martha T. De Calatroni y Eloisa Castellano –Maury.
 95. Meichenbaum, D. (1988). Manual de inoculación de estrés. México, D. F.: Ediciones Roca. S. A.
 96. Missenard, A. (1990). La envoltura del sueño y el fantasma de "psique común", en Las envolturas psíquicas, Anzieu, D., Houzel, D., Missenard, A., Enriquez, M., Anzieu, A., Guillaumin, J., Doron, J., Lecourt, E., Nathan, T. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu editores.
-

-
97. Muhs, A. Schepank, H. (1995) Influence of Hereditary Factors in Psychogenic Disorders. *Psychopastology*. 28: 177- 184.
 98. Nadelsticher, Mitrani, A. (1983). Técnicas para la construcción de cuestionarios de actitudes y opción múltiple. México, D. F.: Instituto de Ciencias Penales.
 99. Nasio, J. D. (1998). Del dolor y del amor. Barcelona, España.:Gedisa editorial.
 100. Nemiah, J.C. (1996). Alexithymia: Present, Pas –ande Future? *Psychosomatic Medicine*. 58:217-218.
 101. Ortiz Quezada, F. (1987). El acto de morir. (1ª. edic.) México, D. F.:Nemesis, Colección dolor y muerte.
 102. Ostrander, S. Y Schroeder, L. (1993). Supermemoria. México, D. F.: Editorial Grijalbo.
 103. Pariante, C.M., Carpiniello, B., Orrú, M.G., Sitzia, R., Piras, A., Farci, A.M.G., Del Giacco, G.S., Piludu, G., Miller, A.H. (1997). Chronic Caregiving Stress Alters Peripheral Blood Immune Parameters: The Role Of Age And Severity Of Stress. *Psychoter Psychosom*. 66:199-207.
 104. Partonen, T. (1996). Possible Pathophysiological Mechanisms Regulating Food Intake In Seasonal Affective Disorder. *Medical Hypothesis*, 47: 215-216
 105. Pérez Toledo, M. A. (1992). Stress: Vida o muerte. Como controlarlo. (2ª Edic.) México, D. F.: Carisma Ediciones, S. A. de C. V.
 106. Pérez R. E. (1996). Los avatares de la palabra y el cuerpo. México, D. F: Revista de la Universidad Nacional Autónoma de México. 548: 50-53.
 107. Pichot, P., López-Ibor Aliño, J.J., Valdés Miyar, M. (1995). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-4. (Ver. Esp. 4ª ed.). Barcelona: Masson.
 108. Pilowky, I. (1996) Diagnostic Criteria and Clasification. *Psychosomatic Research* 65:115-116
 109. RICKERT, V. I., AND JAY, S. (1994) Psychosomatic Disorders: The Approach. *Pediatrics in Review*. Vol. 15: No. 11:448-454
 110. Rief, W, Heuser, J., Fichter, Manfred. M. (1996) What does the Toronto Alexithymia Scale Tas-R Measure?. *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 52(4) 423-429.
 111. Rief, W., Hiller, W., Geissner, E., Fichter, M. (1995). A two Year Follow-up Study of Patients With Somatoform Disorders. *Psychoosomatics*. 36:376-386.
-

-
112. Russell, E., (1997). Behavioral and Psychosocial Measures for Diabetes Care: What Is Important to Assess. *Diabetes Spectrum*. Vol. 10 (1): 12-17
 113. Schilder, P. (1987). Imagen y apariencia del cuerpo humano. (1ª. edic.) México, D. F.: Paidós. 1983-1987.
 114. Selsam, H. (1968). Ética y Progreso, México, D. F.: Grijalbo, S. A.
 115. Schwenzer, M (1996). Social Fears in Hipochondriasis. *Psychological Reports*. 78:971-975.
 116. Shapiro, P. A. (1996). Psychiatric Aspects of Cardiovascular Disease. Consultation .Liaison Psychiatry. Vol. 19 (3): 613-629.
 117. Smirnov, A. A., Lúria, A. R., Nebylitzin, V.D. (1983). Fundamentos de psicofisiología. México.: Siglo XXI de España Editores, S. A.
 118. Thorwald, D y Rüdiger D. (1997). La enfermedad como camino. Barcelona, España: Plaza & Janes, Editores, S. A. 1993-1997.
 119. Todarello, O., Graeme, J., Taylor, J., Parker, J., Y Fanelli. M. (1995). Alexithymia In Essential Hypertensive and Psychatric Outpatients: A Comparative Study. *Journal of Psychosom. Resear*. Vol. 39 (8): 987-994.
 120. Troch, A. (1982). El stress y la personalidad. Barcelona. España: Editorial Herder.
 121. Whemer, F., Brejnak, C., Lumley, M., And Stettner, L. (1995). Alexithymia and Psysiological Reactivity To Emocion-Provoking Visual Scenes. Vol.183 (6) Serial No. 1351:351-357
 122. Wison, C.P. (1998). The Relationship Between Psychosomatic Asthma And Acting Out. *Int. J. Psychoanal.*, 49: 330-333.
 123. Zax, M., Cowen E. L. (1979). Psicopatología (2ª ed.), México. D. F.: Interamericana.
-