



UNAM IZTACALA

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

“Proceso psicossomático de la lumbalgia”

T E S I S E M P Í R I C A
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A
David Rivera Contreras

Director: Dr. **Sergio López Ramos**

Dictaminadores: Lic. **Irma Herrera Obregón**

 Lic. **Daniel Piña Tapia**



Los Reyes Iztacala, Edo. de México, 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A mi mamá Guadalupe Contreras Reyes por enseñarme el valor del trabajo, y gracias al amor y el apoyo que me ha brindado para finalizar este trabajo.

A mis hermanos Adán (q.e.p.d.) y Eduardo por haberme apoyado y acompañado en diversas etapas de mi vida.

A mi abuela Celina que sin sus cuidados y atenciones esto no hubiera sido posible.

A mis tíos Antonio, Esperanza, Patricia y José por estar siempre conmigo en dificultades, siempre con su paciencia y cariño.

A mi papá Adán Rivera Aguilar por todo lo que ha hecho por mi.

A mi amiga lulú por brindarme su amistad y sinceridad.

A los participantes del DIF Tenayuca, los de Valle de Chalco y los compañeros del Zendo Teotihuacán, gracias a ellos que dan vida a esta tesis.

A la profesora Irma y al profesor Daniel por haberse dado el tiempo de leer y asesorar esta tesis.

Al Doctor Sergio por haberme dado la oportunidad de dirigir mi tesis y enseñarme el oficio de vivir.

A todos ustedes que nunca les falte la fuerza ni la salud.

ÍNDICE

Resumen	7
Introducción	8
Capítulo I. Una visión positivista de la lumbalgia	11
1.1 Anatómo-fisiología de la columna	11
1.1.1 Segmento móvil	12
1.1.2 La vértebra lumbar	13
1.2 Ligamentos, músculos y tendones de la espalda	14
1.3 Biomecánica de la columna vertebral	17
1.4 Antecedentes históricos del dolor de espalda	20
1.5 Definición de la lumbalgia	22
1.6 Modelos para estudiar y tratar la lumbalgia	23
1.7 Diagnostico de la lumbalgia	25
1.8 Clasificación de la lumbalgia	30
1.9 Estudio de la lumbalgia	32
1.10 Lumbalgia en México	37
1.11 Tratamiento de la lumbalgia	42
1. 11. 1 Ejercicio	42
1.11.2 TENS	44
1.11.3 Relajantes musculares	44
1.11.4 Terapia neural	45
1.11.5 Rehabilitación física	46
1.11.6 Escuela de la columna	47
1.11.7 Terapia de infrarrojos	47

	4
1.11.8 Terapia de manipulación espinal	48
1.11.9 Terapia psicológica como tratamiento de la lumbalgia	50
1.12 Calidad de vida con lumbalgia	52
1.13 La familia y el paciente crónico	55
1.14 Conclusión	57
Capítulo II. La lumbalgia y lo psicossomático	58
2.1 Lo psicossomático	59
2.2 Límites del modelo mecanicista	61
2.3 Medicina psicossomática	62
2.4 Lo psicossomático abordado por las psicologías	64
2.5 El cuerpo como microcosmos	69
2.6 Memoria corporal	75
2.7 Alimentación	77
2.8 Familia	78
2.8.1 Constelaciones familiares y la enfermedad	80
2.9 Una epistemología integral	81
2.10 Teoría de los 5 elementos	84
2.11 La salud y la enfermedad	93
2.12 Conclusión	98
Capítulo III. La lumbalgia desde un enfoque integral	100
3.1 Metodología	100
3.2 Justificación	102
3.3 Participantes	103
3.4 Aparatos	103
3.5 Instrumentos	103
3.6 Escenario	103
3.7 Categorías	103

3.8 Objetivo general	104
3.9 Objetivos específicos	104
Capítulo IV. El proceso psicossomático de la lumbalgia	106
4.1 Análisis de resultados	106
4.1.1 Alimentación durante el embarazo	108
4.1.2 Alimentación durante la infancia	111
4.1.3 Infancia	115
4.1.4 Sabores, emociones y enfermedades durante la infancia	119
4.1.5 Adolescencia	123
4.1.6 Relación órgano, emoción y enfermedad en la adolescencia	130
4.1.7 Inicio de vida laboral	134
4.1.8 Ruptura con el origen	137
4.1.9 Etapa adulta	143
4.1.10 Familia	146
4.1.11 Madre	150
4.1.12 Padre	153
4.1.13 Lugar en la familia	157
4.1.14 Hijos	161
4.1.15 Edad que se presentó la lumbalgia	162
4.1.6 Relación órgano, emoción y sabor en la etapa adulta	164
4.1.17 Cuerpo	168
4.1.18 Tratamientos	172
4.1.19 Proyecto de vida	174
4.2 Conclusiones	179
Capítulo V. Discusión	184
Conclusiones	196

Bibliografía**212****Anexos****222**

RESUMEN

La lumbalgia o dolor de espalda baja se ha convertido en un problema de orden tanto nacional como internacional, pues por un lado la Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que las incapacidades otorgadas por lumbalgia ascienden a 100 millones en el mundo, y que actualmente se encuentra en uno de los primeros lugares de consulta y primera causa de incapacidad laboral en el IMSS. A pesar de que la lumbalgia no es una enfermedad que lleve a la muerte a los individuos, si es un padecimiento que gran parte de la población presenta en algún punto de su vida. Por lo tanto, los especialistas en el área de salud se han dado cita para resolver este problema de salud mundial, de manera que los modelos de intervención son tan abundantes como sus clasificaciones, lo que indica la atención que se le ha dado a tal tema; sin embargo, en la mayoría de las lumbalgias no existe una causa clara ante los ojos de la medicina biomédica, pues se han encontrado más de 50 causas aparentes y a casi todos los pacientes se les menciona que su lumbalgia es inespecífica, asimismo los tratamientos también tienen un número amplio para tratar a los pacientes con dolor lumbar, en la mayoría de ellos, se les prescriben analgésicos o cualquier tipo de medicamento que aminore el dolor percibido, en otros casos se hace uso del modelo en que se basa el especialista para determinar el tratamiento, aunque no hay uno que de respuesta ante la lumbalgia. Así la calidad de vida de la persona se ve alterada, y de manera en que se torna crónico el dolor la calidad disminuye, hasta llegar a modificar el estilo de vida del sujeto, limitando su vida social y familiar, pues el solo caminar o estar de pie se vuelve una tarea difícil. Por eso, una perspectiva integral sabe que lo corporal conlleva muchas implicaciones y en la lumbalgia lo ve desde los ligamentos, tendones y músculos que dan soporte a la columna que a su vez son generados por el estomago e hígado, que se conjugan con dominancia de sabores y emociones, y así como se construyo este complejo padecimiento se puede construir nuevas redes de cooperación que contrarresten este problema. De ahí la importancia de romper los límites paradigmáticos que ha mantenido la psicología a lo largo de su historia para poder dar cuenta de la nueva realidad que se construye al interior de los individuos.

INTRODUCCIÓN

La realidad actual que presenta México en salud muestra un constante aumento la presencia de la lumbalgia en los mexicanos, hasta situarse en los primeros lugares de incapacidad de acuerdo con el IMSS.

Ante tal situación las interrogantes que exijan una explicación que permita facilitar una intervención y una prevención se hacen presentes, pues algo está pasando en la realidad de los cuerpos mexicanos que el sector salud no ha podido detener y por el contrario, los números se engruesan día con día

La herencia del positivismo en México se encuentra desde el siglo pasado, en cuya época se vivía una realidad diferente, donde la dominancia de enfermedades eran de índole infecciosas y contagiosas, a pesar de contar con el mismo modelo actualmente en las instituciones de salud se han encontrado con padecimientos crónicos y degenerativos que muestran un nivel de mayor complejidad.

Por otra parte, los psicólogos han tenido un rol pasivo en la salud, se han quedado ante la expectativa del actuar de los médicos, pues de igual manera, parten de una perspectiva fragmentaria donde los médicos atienden lo físico, mientras que los psicólogos la vida psíquica de los individuos, en el cual, ambas partes no tienen una influencia directa de la una sobre la otra, a lo más se toma en cuenta mas como un trámite que como una posibilidad.

Debido a que la epistemología dominante en el ámbito científico dicta esta separación, los tratamientos mantienen esta línea y se enfocan a tratar al cuerpo a través de una variedad de tratamientos; sin embargo, ninguno de estos ha dado

una respuesta concluyente a los pacientes con dolor lumbar, no obstante, lo más que se hace es mandarlos con un diagnóstico de lumbalgia inespecífica y medicamentos analgésicos para el dolor, además de sus consecuencias secundarias y una calidad de vida que empeora con el pasar del tiempo.

Es por esto que en esta investigación se tuvo el objetivo de analizar el proceso psicosomático de la lumbalgia con base al proceso de construcción histórico que se ha dado entre las emociones, los órganos y la percepción de las personas y su cuerpo.

El análisis de las historias de vida de los participantes toma como base la teoría de los 5 elementos, propia de la medicina tradicional china y adaptada al contexto socio-histórico de México por Sergio López Ramos. Esta epistemología toma al cuerpo humano y lo localiza en un todo, consigo mismo, con lo social y el medio ambiente, pues el cuerpo es un microcosmos y la naturaleza es un macrocosmos, donde la interacción de ambos afecta tanto al uno como al otro, y viceversa.

Para las enfermedades psicosomáticas que se han desarrollado ampliamente en México, la teoría de los 5 elementos, muestra una mirada tentativa a los profesionales de la salud, debido a su capacidad de integrar en una unidad de análisis lo emocional y lo orgánico, elementos que se encuentran en crisis actualmente.

Además, la cosmovisión que se tiene en las sociedades modernas estandariza los modos de vivir de sus habitantes, es por eso que se encuentran con mayor frecuencia estilos de vida peligrosos para la salud, y los padecimientos como la lumbalgia se vuelven tan comunes, que se toma como normal para quien la padece. De ahí, que la visión cartesiana busca como responsables de la lumbalgia aspectos exógenos, mientras que el paradigma de esta investigación la individualidad es un elemento importante en el análisis pues la subjetividad en la

historia individual (emocional, orgánica, nutricional, mnemónica, laboral, etc.) facilita el análisis sobre la construcción de un proceso psicosomático como se muestra en esta investigación.

En el capítulo uno se hace un estudio en lo referente a la anatomía y fisiología de la espalda bajo el modelo biomédico, lo que abarca la estructura de la columna vertebral, su biomecánica, la definición, clasificación y tratamientos de la lumbalgia, así como los estudios que se han realizado para buscar la causa de dicho dolor. Asimismo, se hace una revisión de la literatura disponible en cuanto a cómo afecta la vida del paciente con dolor de espalda baja.

En el capítulo dos se introduce el tema de lo psicosomático y su desarrollo, además se amplía este concepto sobre como lo han abordado los diferentes enfoques psicológicos, así como la explicación del modelo con el que se llevó a cabo este estudio, lo que incluye la epistemología, teoría y conceptos principales, así como las investigaciones que se han llevado a cabo bajo esta línea de investigación.

El capítulo tres se explica la metodología cualitativa de la que se parte, también el porqué de la historia oral en psicología, el objetivo y las categorías resultantes de las historias de vida propiciadas por los participantes.

En el capítulo cuatro se encuentra el análisis de los resultados, así como la presentación de los hallazgos que se obtuvieron a través de la teoría taoísta de los 5 elementos y la explicación de cómo se construyó la lumbalgia en los individuos.

Finalmente, en el capítulo cinco se presenta la discusión de los hallazgos hechos, esto por medio de un contraste entre la literatura revisada y los resultados del análisis, así como las reflexiones y conclusiones generales que se obtuvieron al término de esta investigación.

I. UNA VISIÓN POSITIVISTA DE LA LUMBALGIA

1.1 Anatómo-fisiología de la columna

La columna vertebral es considerada como una columna multi-curvada, que ha sido diseñada eficazmente para las funciones principales: distribuir las fuerzas del cuerpo, proporcionar flexibilidad de movimiento, y proteger la medula espinal.

La columna vertebral se constituye por medio de 33 vértebras, en la etapa adulta, 9 de ellas están fusionadas para formar el sacro y el coxis. Las 24 vértebras móviles restantes, se dividen en 5 lumbares, 12 torácicas y 7 cervicales, las articulaciones intervertebrales, los discos intervertebrales y múltiples ligamentos, las articulan entre sí (ver figura 1).



Figura 1. Estructura de la columna vertebral

1.1.1 Segmento móvil

Cada estructura de la columna vertebral tiene, una función específica, aun cuando, a nivel vertebral aislado, todas ellas intervienen colectivamente en una unidad funcional y anatómica llamada “segmento móvil”. El “segmento móvil” es un término, que en un principio fue usado en 1929 por Junghanns, a su vez, propuso “el segmento móvil” de Junghanns como unidad funcional, para estudiar la movilidad de la columna lumbosacra, los tejidos, articulaciones, componentes del canal vertebral, músculos y del foramen intervertebral¹.

Se determina segmento móvil a los espacios que se encuentran que se localizan entre dos vértebras: disco intervertebral, agujero de conjunción,

¹ Antonia Cristina Ramírez Morales, “Historia natural de la enfermedad discal y su modificación con las técnicas instrumentadas actuales” en *Revista Ciencias y tecnologías*, núm. 14, 2004/05.

articulaciones interapofisarias y espacio interespinoso. La altura del segmento móvil lo determinan los movimientos, ya sea si aumentan o reducen².

1.1.2 La vértebra lumbar

De acuerdo con Ramírez³ la vértebra lumbar está formada por 3 partes:

-El cuerpo vertebral está diseñado por un bloque de hueso esponjoso y una delgada capa de hueso compacto específicamente formado para resistir largas longitudinales verticales. Su estructura interna consiste en una cavidad con trabéculas horizontales y verticales envueltas por una lámina de hueso cortical. Las más importantes ventajas de la estructura trabecular son: el menor peso de la vértebra, la capacidad de sostener cargas estáticas, así como dinámicas, y la posibilidad de obtener sus nutrientes debidamente a través de la estructura trabecular, que en sí es una esponja para arterias y venas, y por lo tanto, es llamada “esponjosa”. Debido a su estructura, tiene una conformación más funcional para aguantar pesos verticales que para el soporte de deslizamientos y torsiones.

-Los pedículos tienen la función de servir de puente entre el cuerpo vertebral y los elementos posteriores; transmiten tanto la tensión como las fuerzas curvantes desde los elementos posteriores hacia el cuerpo vertebral.

-Los elementos posteriores están constituidos por las apófisis articulares, las apófisis espinosas y las láminas, cada una de ellas diseñada para resistir fuerzas distintas. Así, las apófisis articulares superior e inferior resisten el deslizamiento anterior y la torsión; las apófisis espinosas, transversas, accesorias y mamilares sirven de anclaje muscular; y la lámina conduce fuerzas desde las apófisis espinosas y articulares hacia el cuerpo vertebral ocasionando movimiento

² R. C. Miralles, “Biomecánica de la columna”, en *Rev. Soc. Esp. Dolor*, núm. 8 supl. II, 2001, pp. 2-8.

³ Antonia Cristina Ramírez Morales. Óp. cit., 2004/2005.

y proporcionando estabilidad. Una parte concreta de la lámina, la *pars interarticularis*, transmite fuerzas desde la lámina hasta el pedículo. Las láminas además protegen el contenido neural del canal.

1.2 Ligamentos, músculos y tendones de la espalda

El conjunto conformado por el sistema de ligamentos de la columna vertebral, así como los tendones y músculos de esta zona, propician un soporte natural que ayuda a proteger la columna vertebral de lesiones, como traumatismos y heridas.

Los principales ligamentos de la columna vertebral se presentan en la figura 2. Estos los ligamentos mantienen los ligamentos de la columna vertebral son los que sostienen la estabilidad en las articulaciones mientras se está en estados de reposo y movimiento. El ligamento vertebral común anterior recorre la columna desde la base del cráneo hasta el hueso del sacro, al igual que el ligamento vertebral común posterior; los ligamentos amarillos son los más fuertes de todos, van de la base del cráneo hasta la pelvis y protege la medula espinal y los nervios; los ligamentos supraspinosos une cada apófisis espinosa con la que le sigue; los ligamentos interespinosos son delgados y están unidos al ligamento amarillo y recorren lo más profundo de la columna vertebral.

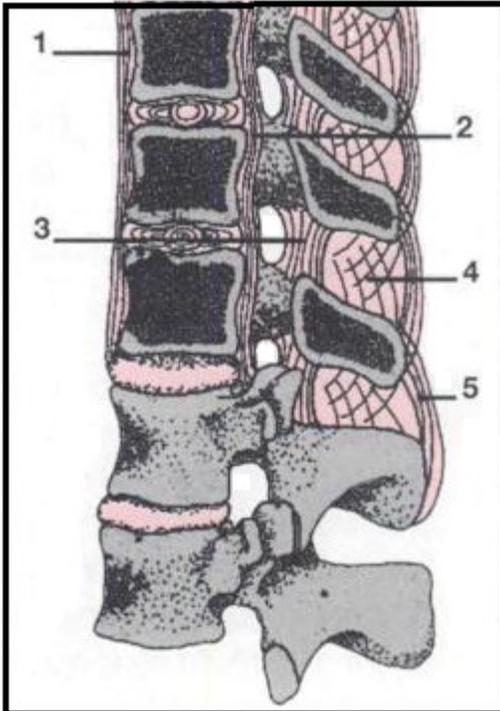


Figura 2. Ligamentos de la columna vertebral. 1= Ligamento vertebral común anterior, 2=Ligamento común vertebral posterior, 3= Ligamentos amarillos, 4= Ligamentos interespinosos, 5=Ligamentos supraspinosos. (Recuperada de Weineck, 2004)

Los músculos de la espalda son de gran importancia pues junto a los huesos, tendones y ligamentos, se encargan de dar soporte a la columna vertebral, véase figura 3.

Para Orts Llorca⁴ la clasificación del sistema muscular raquídeo, está dividido en dos grupos:

-Músculos intrínsecos: Se originan e insertan en la misma ósea de la columna.

⁴ Orts Llorca F., “Anatomía humana”, Tomo III, Barcelona: Editorial Científico-Médica 1972.

-Músculos extrínsecos: Este conjunto de músculos se sostienen en zonas óseas que rodean la columna.

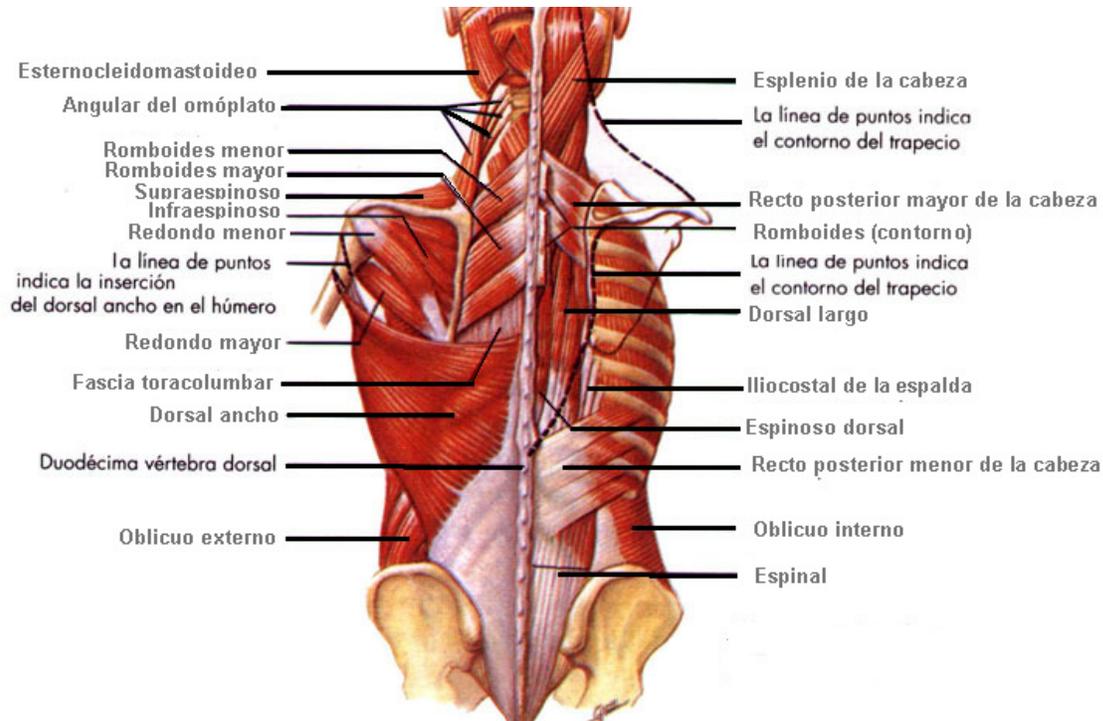


Figura 3. Principales músculos de la espalda (Recuperada de <http://www.monografias.com/trabajos57/sistema-muscular/sistema-muscular2.shtml>)

Los músculos intrínsecos de la columna integran dos masas o tractos musculares paralelos; uno es medial o interno, y los músculos que lo constituyen unen entre si las apófisis espinosas de vertebras adyacentes, y el otro es el lateral externo, de igual manera que los músculos anteriores, éstos unen las apófisis transversas y las costillas; no obstante estos músculos pueden ser cortos y profundos como los interespinosos, recto posterior menor de la cabeza, recto posterior mayor de la cabeza, oblicuo posterior mayor de la cabeza, músculos rotadores y sacro-coccígeo, o largos y superficiales como los multifidos y semiespinales. Los músculos que son cortos del tracto lateral son el oblicuo menor de la cabeza e intertransversos, mientras que los largos son el largo del dorso, iliocostal y esplenio.

Los músculos extrínsecos principales son el esternocleidomastoideo, trapecio, recto abdominal, oblicuo interno y externo, cuadrado de los lomos, psoas iliaco, angular del omóplato, romboides, dorsal ancho y pectorales. Para Pastor⁵ la columna vertebral está expuesta a fuerzas mecánicas comprensión, torsión-rotación, tensión y cizalla, por lo que las estructuras musculares tienen que hacer frente a dichos eventos, en caso de que se llegue a dar un cambio y la gravedad se vuelva aversiva.

1.3 Biomecánica de la columna vertebral

El eje del cuerpo es la columna vertebral, y mantiene 2 fundamentos mecánicos contrarios, que son la rigidez y la flexibilidad.

Cresta⁶ considera que hablando mecánicamente, la columna vertebral se divide en 3 columnas:

-Columna principal. Formada por los cuerpos vertebrales y los discos intervertebrales

-2 Columnas secundarias. Estructurada por apófisis articulares y sus articulaciones.

Y estas columnas permiten los movimientos de los miembros exteriores, cabeza y tronco; sin olvidar que hay músculos que están sujetos a la columna y le propician estabilidad, además de movilidad, sin embargo, los esfuerzos excesivos de estos músculos pueden dañar también los discos. Además de la similitud entre

⁵ Pastor, A. *Estudio del morfotipo sagital de la columna y de la extensibilidad de la musculatura isquiosural de jóvenes nadadores de elite Españoles*. España, Universidad de Murcia, Tesis Doctoral, 2000.

⁶ Mariano Iván Cresta. *Incidencia de lumbalgia en choferes del transporte urbano de pasajeros de la ciudad de Rosario*. Rosario, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad Abierta Interamericana, Tesina, 2007.

la vertebra y una palanca de primer grado, gracias a que la articulación interapofisiaria es un punto de apoyo, esto permite amortiguar las fuerzas de compresión de la columna (ver figura 4). Los discos intervertebrales tienen en su parte central un núcleo pulposo y una parte periférica, que es un anillo fibroso, por lo que están preparados para absorber la energía y disminuir la magnitud de carga sobre la vertebra que sigue (ver figura 5).

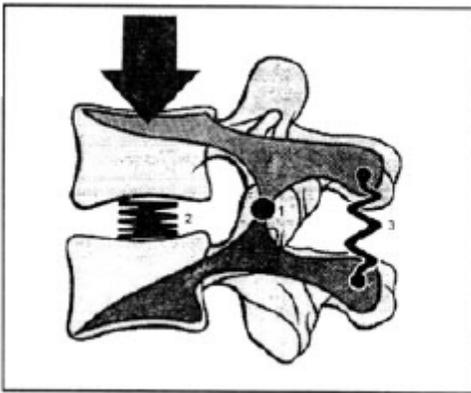


Figura 4. Unidad vertebral como palanca de primer grado (Recuperada de Kapanji, 1985)

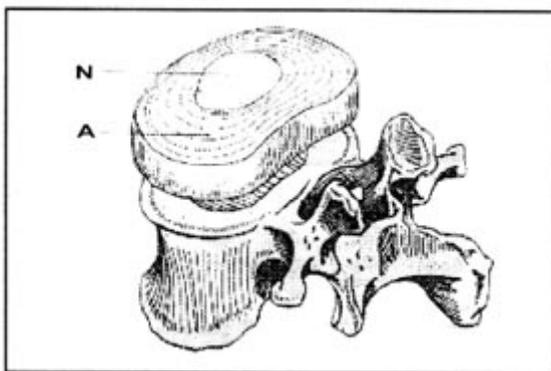


Figura 5. Disco intervertebral (Recuperada de Kapanji, 1985)

Para Gómez y Roca⁷, la movilidad que tiene la columna vertebral, presenta variaciones en cuanto edad, sexo, así como individuales, por mencionar algunas. Sin embargo, la movilidad a nivel torácico y lumbar tiene varias dimensiones cada una, puesto que el segmento torácico tiene mayor movilidad debido a la estructura de sus vertebrae, mientras que la zona lumbar tiene mayores limitaciones en cuanto a movimiento (ver figura 6).

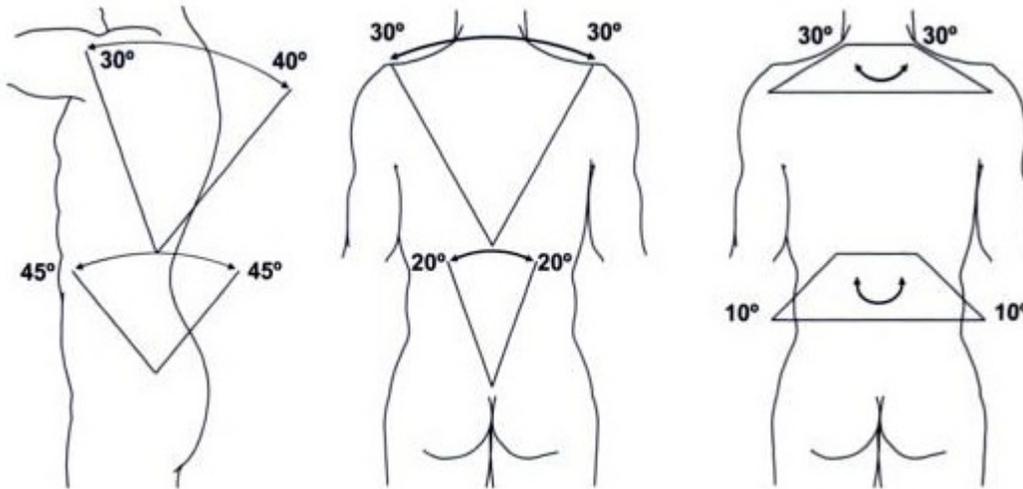


Figura 6. Grados de movilidad de la columna dorsal y vertebral (Recuperada de Viladot, 2001)

Por otra parte, Palastanga, Field y Soames⁸, determinan que la flexión llega a tener una amplitud de 55° y la extensión una amplitud de 30°, aunque la amplitud total de movilidad se va reduciendo conforme se aumenta de edad, de modo que a los 65 años se tiene entre la mitad y un tercio de la que se tenía a los 10 años. Antes de entrar a la adolescencia, el ser humano presenta una amplitud de 60°, mientras que a los 30 años se obtiene la mitad, siendo una amplitud de 20 a 30°. La rotación en la región lumbar es casi nula, siendo de unos cuantos grados, y depende de la posición en que se encuentre la persona, pues cuando se

⁷ Gómez Prat y Roca Burniol. "Biomecánica de la columna vertebral" en Antonio Viladot Voegeli y colbs. *Lecciones básicas de biomecánica del aparato locomotor*, Barcelona, Springer, 2001, Capítulo 7.

⁸ Nigel Palastanga, Derek Field y Roger Soames. *Anatomía y movimiento humano. Estructura y funcionamiento*, España, Paidotribo, 2000, pp. 466-468.

está extendida no es posible su rotación, pero si se incrementa la flexión la rotación aumenta.

Sin embargo, cabe mencionar que Allbrook⁹ estudió los grados de movimiento de la columna vertebral a nivel lumbar, en base a la evidencia disponible, observó que las curvas en la columna son ocasionadas a partir de una tensión postural intermitente, específicamente en el punto de inserción del ligamento en el hueso, en el caso lumbar llega a una máxima incidencia en la cumbre de la lordosis lumbar, y en el caso de los africanos es en el disco intervertebral de la L3 y L4, por lo que llevaron a cabo una investigación que arrojo hallazgos que sugieren que la L4 y L5 son el lugar donde hay un mayor movimiento a lo largo de la flexión y extensión de la columna, mientras en los africanos de oriente es en la L3 y L4; por lo que ese ligamento longitudinal es sometido a tensiones intermitentes, por lo tanto esto no confirma lo opinión dominante de que el movimiento de la columna lumbar es poco, sin mencionar que la mayor movilidad se encuentra en las vertebrales inferiores y disminuye conforme se avanza a la región superior de la columna lumbar, con esto se demuestra que el movimiento que se tiene en la columna vertebral es diferente en las culturas, pues cada modo de vivir permite u obstruye la higiene de la columna.

1.4 Antecedentes históricos del dolor de espalda

Dentro de la evolución humana, un elemento que ha sido considerado y ha proporcionado a que el ser humano sea concebido como tal es el echo de andar erguido sobre 2 de sus extremidades, pues el paso al *Homo erectus* conlleva un cambio radical en las funciones de la columna vertebral, así como los miembros pélvicos y torácicos. Al nacer el ser humano experimenta cambios en la curvatura de la columna vertebral abriendo paso a dos grandes curvas lordóticas, una

⁹ David Allbrook, "Movements of the Lumbar spinal Column", en *The Bone & Joint Journal*, num. 39 (2), pp. 339-345.

cervical y una lumbar y la cifosis torácica, en su postura recta, debido a esto, la columna lumbar es un punto de choque por los esfuerzos, generando una predeterminación al dolor.¹⁰

Históricamente, existe una relación entre el dolor de espalda y el ser humano, ya que, hay indicios que dictan que se extiende al Hombre de Neanderthal y momias egipcias, notándose en una degeneración vertebral, consecuentemente al 1500 A.c. con el papiro Edwin Smith, describía lo que era un dolor lumbar, o con Hipócrates (460-370 A.c.).¹¹

Alrededor del siglo XVI, Vesalio se enfocó en esclarecer el origen del dolor lumbar por medio de disecciones humanas que establecieran las bases anatómicas. En los siglos XVII y XIX, muchos autores como Cotugno, Von Luschka, Lasègue, Oppenheim, Babinski, Virchow y Kocher realizaron contribuciones la explicación del dolor de espalda¹².

A partir del siglo XVII, Sydenhan empieza a utilizar el término lumbago y su tratamiento a base de vómitos, purgación y sudoración¹³.

De acuerdo con Bartomeu, Miralles y Miralles¹⁴, el ingreso a la revolución industrial abrió las puertas al trabajo ferrocarrilero, y así, se asoció el dolor en la

¹⁰ Medina Ramos, Mario Gerardo. *Hallazgos radiográficos mas frecuentemente encontrados en placas simples de columna en pacientes adultos con lumbalgia*, México Facultad de Medicina, UNAM, Tesis de especialidad, 2008.

¹¹ Allan y Waddell, "An historical perspective on low back pain and disability", en *Acta Orthop Scand Suppl.*, núm. 234, 1989, 1-23.

¹² Latchaw. A historical note on sciatica. Capitulo 1 En Hardy ed. *Lumbar Disc Disease*. New York: Raven Press, 1982 (cit. Coppes, 2000).

¹³ Bartomeu, Miralles y Miralles. "Dolor de espalda. Diagnostico. Enfoque general del tratamiento", en *Revista de la Sociedad Española del dolor*, núm. 11, 1996, 192-200.

¹⁴ Martin Utrillas, Carmen. *Valoración médico-legal del dolor lumbar en una poblacion trabajadora*, España, Facultad de Medicina, Universitat de Valencia, Tesis Doctoral, 2004.

zona lumbar con los traumatismos acumulativos y la sobrecarga postural, creando una patología llamada “Railway Spine”.

1.5 Definición de la lumbalgia

Para empezar, se tiene que entender por dolor: “una experiencia sensorial y emocional desagradable que se relaciona con un daño tisular real o potencial o se describe en término de dicho daño”¹⁵.

Una característica en la patología lumbar, es que se manifiesta en la sintomatología clínica humana como un elemento esencial: el dolor, y ubicada en la parte inferior de la columna.

De acuerdo al CIE 10¹⁶, la lumbalgia “Hace referencia al mismo proceso de un dolor localizado en la espalda al nivel de la zona lumbar, es decir se trata por tanto de una neuralgia, (dolor de naturaleza nervioso, ejemplo hernia de disco intervertebral) mialgia (dolor de naturaleza muscular, ejemplo una contractura muscular a este nivel) o reumatismo lumbar (de naturaleza ósea, ejemplo artritis reumatoide)”, además, puede ser utilizado como un sinónimo para el “Síndrome doloroso lumbar” (SDL), aunque, necesita ubicarse anatómicamente el dolor de espalda en la L1 y L5¹⁷, o específicamente según Pastelon¹⁸: “Un síndrome de dolor por debajo del margen costal posterior y por arriba de los pliegues glúteos, con o sin dolor referido a la(s) extremidad(es) inferior(es)”.

¹⁵ Merskey y Bogduk, International Association for the Study of Pain (IASP), “Pain Terminology. Classification of Chronic Pain”, IASP Press, 209-214.

¹⁶ CIE 10, “Trastornos mentales y del comportamiento”, Madrid, Meditor,1994.

¹⁷ Veronica Miriam López Roldán y colbs., “Guia clínica para la atención del síndrome doloroso lumbar” en *Revista Medica IMSS*, núm. 41, 2003, pp. 123-130.

¹⁸ Santiago Pastelon, Carlos Benito. Lumbalgia, México, Facultad de Medicina, UNAM, Tesis de especialidad, 2007.

1.6 Modelos para estudiar y tratar la lumbalgia

De acuerdo con O'Sullivan¹⁹ existen diversos modelos que influyen en la manera de clasificar y de igual modo dar tratamiento a un dolor en la espalda baja, los cuales incluyen debilidades y fortalezas y como todo modelo científico tienen inconvenientes, por lo que algunos de ellos son los siguientes:

-Modelo pato-anatómico: Este modelo como lo indica su nombre, se basa en la perspectiva patoanatómica y busca relacionar problemas anatómicos y patológicos con el dolor lumbar, sin embargo, la dificultad que enfrenta este modelo es la similitud de los resultados que comparten la población con dolor y la población sin dolor lumbar, además de que la correlación entre niveles de dolor e incapacidad con los hallazgos patoanatómicos, son bajos y por lo tanto no son concluyentes.

-Modelo generador de dolor periférico: Este enfoque se centra en la identificación de la estructura del dolor, y se parte de la historia del paciente, área de dolor, exanimación clínica y bloques de diagnóstico; estudios relacionados bajo este modelo han permitido diagnosticar y sus procedimientos terapéuticos a identificar, bloquear o desnervar la fuente nociceptiva. El principal problema con este modelo es que abarca al síntoma sin enfatizar en la causa generadora de dolor, además los resultados solo alivian el dolor a corto plazo.

-Modelo neuropsicológico: Este modelo se enfoca en el sistema nervioso y su importancia en desordenes de dolor, de modo que se documentan complejos cambios bioquímicos y de neuro-modulación en los niveles corticales, la medula espinal y periférica. De acuerdo con este modelo el dolor puede ser generado y mantenido a nivel periférico, niveles corticales y medula espinal.

¹⁹ Peter O'Sullivan, "Diagnosis and classification of chronic low back pain disorders: Maladaptive movement and motor control impairments as underlying mechanism", en *Manual Therapy*, núm. 10, 2005, pp. 242-255.

-Modelo psicosocial: Este modelo basa su investigación en el impacto social y psicológico sobre la modulación del dolor. Identifican como las malas estrategias de adaptación como pensamientos negativos, ansiedad y miedo patológico en lo que se refiere al dolor, conductas de evitación, catastrofismo e hipervigilancia parece ser que estos aspectos están relacionados con dolor intenso, incapacidad y protección muscular. Los factores sociales como el sistema de compensación, trabajo y disputas ahí, tensiones familiares y cuestiones culturales, se asocian a los factores psicológicos y pueden afectar la unidad central del dolor, por otra parte, si los factores anteriores fuesen positivos, se hallaría un efecto inhibitor al dolor en el prosencéfalo, por lo que una intervención conductual puede reducir la incapacidad por lumbalgia, sin embargo, se ostenta que sola una pequeña parte de pacientes con DLC tiene como base primaria lo psicosocial.

-Modelo de carga mecánica: Los factores mecánicos con frecuencia son parte de los reportes que los indican como causa del inicio del desarrollo de dolor en la espalda, así como fuente de recurrencia e intensidad. Con lo anterior se refiere a posturas y movimientos como estar sentado, de pie, flexión y torsión, estar expuesto a vibraciones, labores de carga, así como cargas repentinas y repetidas. El dolor de espalda también relaciona factores físicos individuales, como son reducción de fuerza y resistencia muscular del tronco, flexibilidad deteriorada, laxitud ligamentosa, disfunción de control motor y consideraciones antropométricas. Aun cuando se encuentre poca evidencia que demuestre que las intervenciones ergonómicas para el dolor de espalda baja sean efectivas, se sigue tomando en cuenta los factores físicos.

-Modelo de signos y síntomas: Este enfoque está basado en el modelo biomecánico y pato-anatómico, en el cual, la evaluación y tratamiento se basan en los signos y síntomas para ser asociado con el dolor lumbar. Las alteraciones en la función y movimiento de la columna, cambios en el segmento móvil de la columna, y respuestas de dolor a estrés mecánico forman la base para una

clasificación de lumbalgia. De igual manera que otros modelos, la evidencia de este enfoque es limitada y sesgada en su paradigma.

-Modelo de control motor: El modelo de control motor ha tenido un incremento para el manejo del dolor de espalda. Se asume que los impedimentos de movimiento y control motor no están relacionados de manera lineal con el DEB ya que son variables. El dolor puede derivar en diversas patologías y llegar a conductas adaptativas o conductas protectoras alteradas en respuesta al dolor, por lo que intentar normalizar el control motor sería un sinsentido debido a que la naturaleza no se encuentra en las bases mecánicas. Aunque hay evidencia de que el DEB se asocia con movimiento mal adaptado e impedimentos de control motor dan lugar a una anormal carga en el tejido y dolor provocado mecánicamente. El comportamiento de control motor mal adaptado provee las bases para la sensibilización del nociceptor periférico, conlleva a un dolor crónico. Estos desordenes facilitan la intervención de fisioterapeuta dirigida a sus limitaciones físicas y cognitivas.

-Modelo biopsicosocial: De acuerdo con la literatura y experiencia práctica, este modelo surge como necesidad para abordar la lumbalgia. Para el tratamiento clínico se hace necesario tomar en cuenta todas las dimensiones del padecimiento basándose en una entrevista, examinar físicamente tomando en cuenta el sistema neuromusculoesquelético, que combine imágenes radiológicas, pruebas médicas y cuestionarios de evaluación. Una ventaja de este modelo es que permite determinar qué aspecto es el dominante y de cual se puede partir, así como la desventaja que adquiere los mismos errores de cada modelo.

1.7 Diagnostico de la lumbalgia

El diagnostico en la práctica clínica es importante ya que esto indicara el tratamiento que se debe de llevar a cabo para recuperar la salud del paciente, sin embargo, en muchas ocasiones el diagnostico no se puede definir por diversos

motivos, algunos de ellos es que los estudios no son concluyentes o ya sea por las características inherentes del sujeto que pueda llegar a confundir una característica con la raíz de otro problema, aunque la lumbalgia tiene diversos diagnósticos, por lo que la lumbalgia puede deberse a otro problema.

Para Champin²⁰ y Wheeler, Wipf, Staiger y deyo²¹, los diagnósticos son muy diversos, y ellos enlistan los siguientes:

- **Historia:** Aun cuando no es fácil determinar una causa exacta de los síntomas de la espalda baja, se hallan 3 elementos claves dentro de la historia:
 - ¿Hay evidencia de enfermedad sistémica?
 - ¿Hay evidencia de compromiso neurológico?
 - ¿Hay algún problema social o psicológico que pudiera estar contribuyendo a inhabilitar el dolor?
- La historia psicosocial ayuda a diagnosticar con mayores argumentos, así como identificar que factor puede estar involucrado en el padecimiento.
- Diagnostico sistémico subyacente: Se incluyen enfermedades subyacentes:
 - Historia de cáncer
 - Inexplicable pérdida de peso
 - Edad arriba de 50 años
 - Duracion de dolor mayor a un mes
 - Dolor nocturno
 - Falta de respuesta a terapias anteriores

²⁰ Denisse Champín Michelena, "Lumbalgia", en Rev. Soc. Per. Med. Inter, núm. 17(2), 2004, 50-56.

²¹ Stephanie G. Wheeler, Joice E. Wipf, Thomas O. Staiger y Richard A. Deyo, "Approach to the diagnosis and evaluation of low back pain in adults", en UpToDate version 15.2., 2011.

El dolor que no se alivia aun cuando se encuentre acostado puede deberse a una infección o cáncer, aunque no es específico de estas enfermedades. La sospecha de infección espinal puede deberse a uso de drogas inyectadas, infección de piel, infección del tracto urinario o fiebre. La espondilitis anquilosa es muy diagnosticada en hombres menores de 40 años.

- **Examen físico:** Debe ser sistematizado para evitar omitir algún paso, pero no por eso debiera durar mucho tiempo ya que es relevante saber que buscar y las maniobras que lo faciliten:
 1. De pie. Evalúa postura, marcha, posición antalgica, examen de espalda. Para identificar si hay un espasmo muscular paravertebral se debe objetivar la cuerda de Forrestier y se debe colocar dos dedos sobre la musculatura paravertebral lumbar y pedirle al paciente que se flexione lateralmente, si los músculos no se relajan es signo positivo de cuerda de Forrestier.
 2. Sentado. Evalúa dolor a la elongación de raíz nerviosa. El examen neurológico se maximiza si se enfoca a áreas afectadas según anamnesis. La sensibilidad de las pruebas neurológicas simples para diagnosticar lesión de raíces nerviosas es del 50%.
 3. Decúbito supino. Evalúa el dolor radicular buscando Lasegue directo, reforzado y contralateral. Se debe evaluar el origen vertebral del dolor con la maniobra de Goldthwait, de igual manera la articulación coxofemoral con la maniobra de Fabere.
 4. Decúbito prono. Evalúa dolor radicular desde la raíz L2 a L4 usando la maniobra Lasegue invertido. Lo importante del examen es determinar la

zona del dolor, lo que conduce a la raíz comprometida, así, la evaluación de los reflejos osteotendinosos da lugar a definir la raíz comprometida.

- **Exámenes auxiliares.** Si la evaluación determina un problema musculoligamentoso, la sugerencia de un estudio radiográfico es más para la conciencia del médico que para el paciente, ya que esto no sugiere información a los trastornos musculoligamentosos.

- Sin embargo, los estudios radiográficos son viables si se sospecha de:
 1. Neoplasia
 - Fractura por compresión
 - Sintomatología focal
 - Espondilitis anquilosante
 - Sintomatología presente por mucho tiempo
 - Deficit neurológico

 2. Traumatismo, aunque se debe considerar lo siguiente:
 - El prolapso agudo del disco puede no existir alteraciones o sólo un estrechamiento del espacio intervertebral, las incidencias oblicuas pueden mostrar estrechamiento de los agujeros vertebrales.
 - En las artritis infecciosas hay compromiso del disco intervertebral (discitis) y se puede apreciar rarefacción de las placas terminales subcondrales.
 - El diagnóstico de espondilolistesis requiere de incidencias laterales y oblicuas.
 - Las alteraciones como escoliosis, hemivértebras, vértebras en mariposa pueden ser diagnosticadas con exámenes simples de columna.

- **Tomografía axial computarizada:** Se basa en contrastes iodados, es de utilidad si se quiere ver el hueso, de modo que permite observar hernias discales, al igual que estenosis vertebrales secundarias a artrosis.
- **Gammagrafía ósea:** Esta se utiliza si las radiografías de columna no presentan anormalidades, pero si la clínica se orienta a osteomielitis neoplasia ósea o fractura oculta, se hace administrando endovenosamente fosfonatos marcados con Tecnecio 99.
- **Resonancia magnética nuclear:** Esta tecnología otorga imágenes de buena calidad en tejidos blancos.
- **Electromiografía:** Esta evaluación sirve para diferenciar neuropatía periférica de radiculopatía o miopatía. La utilidad de este estudio es para identificar ausencia o presencia de injuria previa, así como para localizar una lesión, identificar extensión de una injuria, predecir el curso de recuperación y determinar anormalidades estructurales.
- **Estenosis espinal:** El enclaustramiento de la raíz nerviosa en la espina lumbar tiene como causa el estrechamiento del canal espinal, raíz de canales nerviosos forámenes intervertebrales. El estrechamiento es dado usualmente por cambios hipertróficos óseos en las articulaciones y por el engrosamiento del ligamento amarillo. Los síntomas de la estenosis de la espina lumbar significativa involucra dolor de espalda, hormigueo transitorio en las piernas y dolor de deambulación inducido en la pantorrilla y extremidad inferior distal.
- **Signos no orgánicos o signos de Wandell:** En pacientes con dolor crónico los trastornos psicológicos pueden incrementar los síntomas lumbares y pueden llegar a ser asociados con signos físicos anatómicamente inapropiados. La presencia de múltiples signos de Wandell

sugieren un componente conductual a pacientes con dolor, sin embargo, revisiones sistemáticas no encontraron relación entre los signos de Wandell y trastornos psicológicos.

- **Espondilolisis – Espondilolistesis:** La lesión en la espondilólisis es un defecto en la parte intraarticular del pedículo en diferentes segmentos vertebrales. La secuela más relevante de este padecimiento es la espondilolistesis que conlleva un desplazamiento hacia delante de una vértebra sobre la adyacente.
- **Espondiloartrosis:** Para hacer el diagnóstico se requiere de incidencias radiográficas oblicuas de la columna, en ellas se llegará a observar esclerosis y el pinzamiento del espacio de la articulación interapofisaria. La incidencia oblicua es ideal para hacer el diagnóstico de enfermedad interapofisaria.
- **Lumbociatalgia:** Como parte de los síntomas más característicos de herniación del disco a nivel lumbar tiene un 95% de presencia en los casos, se da como irritación o compresión de una raíz nerviosa, lumbar o sacra. La raíz nerviosa tiene un importante compromiso y puede evidenciar parestesias en la zona, así como decremento de la fuerza muscular en los músculos inervados por dicha raíz y disminución de los reflejososteotendinosos.

1.8 Clasificación de la lumbalgia

Para Pérez-Guisado²², la lumbalgia puede clasificarse en 3 niveles:

- Clasificación etiológico-clínica

²² Pérez Guisado, “Lumbalgia y ejercicio físico”, en *Revista internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, núm. 24 (6), 2006, pp. 230-247.

-Osteomusculares, dentro de esta categoría, están: las causas traumáticas, enfermedades inflamatorias, anomalías en la columna vertebral, las degenerativas, infecciosas, metabólicas y hematológicas.

-Las viscerales comprenden la renal, vascular, digestivo y ginecológicas.

-Las psiquiátricas conlleva la simulación e hipocondría

➤ Clasificación descriptiva

A partir de la descripción se puede clasificar como:

-Lumbalgias sin irradiación.

-Lumbalgias con dolor irradiado hasta la rodilla.

-Lumbalgias con dolor irradiado por debajo de la rodilla, pero sin déficit neurológico.

-Lumbalgias irradiadas a la pierna con o sin signos neurológicos.

➤ Clasificación según el tiempo de evolución

A partir de esta clasificación se puede esclarecer cual es el tratamiento que lleve el paciente.

-Lumbalgia aguda, para está, no ha habido un acuerdo entre los autores, puesto que para algunos debe ser inferior a las 4 semanas; para otros autores no es mas de 2 semanas o inclusive de la semana de evolución.

-Lumbalgia subaguda, de igual manera, no hay consenso pero se estima un tiempo de evolución que va de las 4 y 12 semanas, aunque otros la ubiquen entre las 2 y 12 semanas de evolución.

-Lumbalgia crónica, para algunos va de los 3 meses, mientras que otros la ubican a partir de las 7 semanas de evolución.

1.9 Estudio de la lumbalgia

El dolor de espalda se ha convertido en un padecimiento que ha sido influido por factores sociales y emocionales, aparte de biológicos. Algo que ha ido en aumento en sociedades industrializadas, algo que no es de sorprenderse si sabemos que ha habido un aumento en las enfermedades del ser humano en épocas recientes²³. La mayor atención las tienen enfermedades de índole crónica y degenerativa, sin pasar por alto la crisis de salud en general que atraviesan los ciudadanos.

Ante esta situación, se han tenido que implementar nuevas estrategias que permitan satisfacer las demandas de usuarios con afectaciones cada vez más comunes que con anterioridad no presentaban problemas a las políticas de salubridad y es por eso que Domínguez²⁴ menciona que en los países occidentales industrializados, los dolores de espalda baja son un problema de salud primordial; sin embargo, las medidas llevadas a cabo no han indicado un cambio sustancial. Dicha patología como una problemática nacional e internacional de los países industriales, la lumbalgia repercute económica y socialmente, debido a que se ha convertido en una de las principales causas de ausentismo laboral, lo que genera una falta de producción eficaz en las industrias, y socialmente, excluye de las actividades a las personas que la padecen. A partir de lo indicado, se observa cómo la lumbalgia empieza a abarcar distintas variables dimensionales del individuo, así como de las sociedades, lo que genera que un

²³ Fordyce, "Management of disability in nonspecific conditions", Seattle, IASP Press, 1995, pp. 5-9.

²⁴ Domínguez Valles, Martha Alicia. *Factores de riesgo de mayor frecuencia que causan lumbalgia mecánica aguda y crónica en los pacientes de una unidad de medicina familiar del IMSS de Guadalajara Jalisco*, México, Facultad de Medicina, Tesis de especialidad, 2007.

individuo tenga un panorama que este en función de su dolor, es decir, el estilo de vida ahora debe de modificarse y adaptarse a la condición que vive el sujeto.

Aunque en las primeras aproximaciones a la dolencia de la espalda, no se presentan únicamente en la población de edad avanzada; sino que las personas jóvenes y de edad media también son susceptibles a estos problemas²⁵. Lo que se contrapone con el antiguo marco de referencia que indicaba que los dolores de espalda eran propias de poblaciones de la tercera edad, debido a la descalcificación, malas posturas laborales, número de hijos o falta de educación en cuanto a la columna, aun así, la modernidad conlleva un cambio en la vida y los organismos que la viven, y por ello, la cantidad de hijos que tenían las mujeres de antes ha venido en decremento, las condiciones laborales son otras en donde algunos casos el movimiento es mínimo o se hace uso de equipo ergonómico, y demás estrategias en su afán de disminuir esta patología; aunque la preocupación por esto pone de relieve que el dolor no discrimina entre edades, y que por el contrario comienza a hallarse en poblaciones de menor edad, de modo que la problemática comienza a extenderse sin ir a la par de algún tratamiento que dé respuesta a estos sucesos.

Además de esto, se ha demostrado que esta problemática deja de ser una exclusiva constante de los países industrializados, aunque sean quienes se ven mayormente afectados por el dolor de espalda baja, Cabe mencionar que la problemática de la lumbalgia se extiende considerablemente, y esta está afectando a poblaciones rurales y cada vez teniendo un mayor efecto en la prevalencia de la lumbalgia²⁶.

²⁵ Da Silva, en Romero, Da Silva y Fernández, "Salud laboral y fisioterapia preventiva en el dolor de espalda". En *Revista Iberoamericana de Fisiología y Kinesiólogía*, núm.1(3), 1998, 151-163.

²⁶ Omokhodion, "Low Back pain in a rural community in South West Nigeria", en *West African Journal of Medicine & Medical Sciences*, núm. 21, 2002, 87-90.

Debido a que el fenómeno que provoca el dolor de espalda baja (DEB), se ha hecho necesario su estudio para explicarlo, por ejemplo, es algo que se demuestra en el estudio realizado por Fabunmi, Aba y Odunaiya²⁷, hecho en el suroeste de Nigeria. Esta investigación fue llevada a cabo por un crecimiento en la población con DEB; para lo cual, eligieron 500 agricultores, y el DEB prevaleció en 362 de ellos, sin embargo, ante estos alarmantes resultados, se le agrega el factor de incapacidad laboral, debido a que a 34.3% de ellos fueron advertidos de ir a trabajar al campo ya que no podían caminar, esto derivó en 675 días laborales perdidos de 121 campesinos, teniendo un promedio de 5.6 días; todo esto en el último año a que se realizara la investigación.

El aspecto anterior es apoyado por otro estudio llevado a cabo en Tailandia, en el cual, el objetivo era el mismo en cuanto a estudiar la prevalencia del DEB en una comunidad rural, aun cuando la población la conformaban 283 agricultores de arroz. Los hallazgos hechos fueron concluyentes, pues un total de 95% de los participantes presentaban DEB de manera crónica, la duración en promedio de dicho dolor fue de 292 semanas, lo que indica que la prevalencia entre los agricultores es alta²⁸. Por lo tanto se observa que no hay hechos aislados en cuanto a lo que se refiere a la lumbalgia, pues la variabilidad de muestras poblacionales, una del continente africano y otra del continente asiático dan soporte al estudio de comunidades rurales con la enfermedad crónica a la que se hace alusión, así como de la complejidad que va tomando la problemática en las aéreas de alud y laboral alrededor del mundo.

²⁷ Fabunmi, Aba y Odunaiya, "Prevalence of low back pain among peasant farmers in a rural community in South West Nigeria", en *African Journal of Medicine & Medical Sciences*, núm. 34, 2005, pp.259-262.

²⁸ Taechasubamorn, Nopkesorn y Pannarunothai, "Prevalence of low back pain among rice farmers in a rural community in Thailand", en *Journal of the Medical Association of Thailand*, núm. 94(5), 2011, pp.616-621.

Con base los anteriores hallazgos, Birabi, Dienye y Ndukwu²⁹ se plantearon determinar la prevalencia, así como los factores predisposicionales del DEB entre agricultores de una comunidad rural. Se tomaron como muestra una población de 310 granjeros con un rango de edad entre 18 y 58 años, de ellos 132 eran masculinos, y por medio de un test se les pregunto si habían sentido DEB en los 12 meses anteriores al estudio, así como sexo, edad y tiempo laboral en la agricultura. Los resultados arrojaron datos que indican que 280 presentaban DEB, además de que edad y DEB tienen una relación, pues la mayor prevalencia fue de 31-40 años (49%) y la más baja fue de 51-60 años (7.7%), en cuanto a sexo, el 50.96% prevalecía en mujeres, y en cuanto a tiempo de antigüedad en agricultura, la mayor prevalencia estuvo entre los que habían laborado de 5 a 10 años como agricultores. Con esto se demuestra lo cambiante que puede llegar a ser un padecimiento, pues no simplemente sigue una dirección, pues esto cada vez invade otras variables, y comienzan a trazarse más de una dirección, en algunos casos pareciera que hay una contradicción, pues cada estudio puede arrojar resultados diferentes o similares, lo que genera serios cuestionamientos sobre cuál es el papel de la etiología de la lumbalgia, pues a lo largo de la literatura consultada los términos son multivocos y por ende sus paradigmas presentan sesgos entre ellos.

Por otra parte, ante la inminente continuidad que se da en la actualidad, se ha llevado a cabo el estudio de su etiología, arrojando resultados poco concluyentes, ya que se han demostrado aproximadamente 57 causas³⁰. Esto señala que no solamente el fenómeno es complejo por sí mismo, sino que la poca unificación de causas genera una gran cantidad de posibles tratamientos para cada una de ellas, ante esto se genera una cuestión importante, pues la etiología

²⁹ Birabi, Dienye y Ndukwu, "Prevalence of low back pain among peasant farmers in a rural community in South South nigería" en *Rural and Remote Health*, núm. 12, 2012, pp.1-10.

³⁰ Pintado Muñoz, Barneto Serrano y Ramos Narvaez, "Lumbalgia y actividad laboral", 1987, en Mariano Noriega Elío, Alberto Barrón Soto, Octavio Sierra Martínez, Ignacio Méndez Ramírez, Margarita Pulido Navarro y Cecilia Cruz Flores, *La polémica sobre las lumbalgias y su relación con el trabajo: estudio retrospectivo en trabajadores con invalidez*, en *Cad. Saúde Pública*, núm. 21(3), 2005, pp. 887-897.

es de compleja definición en parte a que se hallan diversos estímulos que desencadenan una lumbalgia.

No obstante, se carece de una explicación causa-efecto entre el padecimiento y las alteraciones anatómicas, por lo que solo se puede hablar convincentemente de una causa reconocida en muy pocas situaciones, aproximadamente el 90% de los casos que presentan dolor en la espalda baja no tienen una causa identificada o es inespecífica, por lo cual, es difícil hablar de una etiología ante este padecimiento³¹. Esto puede conllevar a un reduccionismo de la problemática, pues el querer englobar en una causa otra gran cantidad de orígenes llegaría a ocasionar una alteración entre clasificación, diagnóstico e intervención, lo que daría lugar al eclecticismo práctico.

Algunos autores afirman que la verdadera causa de los dolores de espalda es de origen desconocido en la mayor parte de los casos³² y que en el 80-90% de los casos no es posible un diagnóstico preciso³³ debido a la complejidad de las variables conjugadas tales como la clínica, socioeconómica, psicológica y laborales.

De igual manera, Zabala, Correa, Popoca y Posada³⁴, encontraron que la etiología de las lumbalgias en un sector de la población no es aplicable a otros

³¹ Manek y Gregor, "Epidemiology of back disorders: prevalence, risk factors and prognosis", en *Curr Opin Rheumatol*, núm. 17, 2005, pp. 134-140.

³² Augustus White y Manohar Panjab, "Clinical biomechanics of the spine", second edition, Lippincott Company, Philadelphia, 1990.

³³ Malcolm Pope y John Novotny, "Spinal biomechanics" en *Journal of Biomechanical Engineering*, núm. 115, 1993, pp. 569-574.

³⁴ Marco Antonio Zavala González, Rosario Correa De la Cruz, Alberto Popoca Flores y Sergio Eduardo Posada Arévalo, "Lumbalgia en residentes de Comalcalco, Tabasco, Mexico: Prevalencia y factores asociados", en *Archivos de Medicina*, núm. 5(4), 2009.

sectores de la población y que los factores de riesgo identificados, difícilmente pueden encontrarse en otra región. Esto demuestra la dificultad con la que se ha tratado de abarcar a la lumbalgia en la modernidad, dejando entrever que las características de un grupo social comparten la etiología de una patología.

La prevalencia del dolor de espalda en la población general de los países industrializados es entre el 45 y 85%³⁵. Además, la Organización Mundial de la Salud (OMS), calcula que la lumbalgia, provoca más de 100 millones de incapacidades en el mundo³⁶.

1.10 Lumbalgia en México

México no es la excepción a esta problemática, pues ha tenido un desarrollo que ha venido a la alza en los últimos tiempos, aun cuando no ha habido evidencia exacta de esta situación, si se puede observar su progreso pues para el año 2000 ya era la 5 causa de consulta debida a un accidente laboral³⁷. Esto da un bosquejo de lo que representaba el dolor lumbar en la década pasada, pues ya estaba en los primeros lugares de consulta médica.

Para el año 2007, la División Técnica de información Estadística en Salud³⁸ (DTIES) indica que es la 8ª causa de consulta al médico familiar, siendo 907,552 consultas de primer nivel de atención. Para atender la demanda de la lumbalgia,

³⁵ Romero, Silva y Fernandez, "Salud Laboral y fisioterapia preventiva en el dolor de espalda", en *Revista Iberoamericana de Fisiología y Kinestesiología*, núm. 1(3), 1998, pp. 151-163.

³⁶ Hernández, Martha Oliva, "Causa lumbalgia mayor número de incapacidad laboral" en *Universal (México)*, 27 de diciembre de 2007.

³⁷ IMSS, "Coordinación de salud en el trabajo. Memoria estadística de salud en el trabajo". México: *Dirección de prestaciones médicas*, 2000.

³⁸ Secretaría de Salud, México, 2009. http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/045_GPC_Lumbalgia/IMSS_045_08_EyR.pdf

se agregó al catalogo maestro de guías de práctica clínica, la guía de práctica clínica diagnostica, tratamiento y prevención de lumbalgia aguda y crónica en el primer nivel de atención; lo relevante de esta guía son los tratamientos que se otorga a la atención de la lumbalgia, siendo el tratamiento farmacológico el principal de la guía, otros que mencionan pueden ser combinados como ejercicio, aplicación de calor, e información dada al paciente; aunque en el contenido de la guía muestra que la atención que se da sigue siendo la misma a nivel mundial, basados todos en el modelo alópata tradicional, a pesar de que los resultados y hallazgos de otras investigaciones bajo dicho modelo no ha tenido avances notorios y concluyentes.

De igual manera, Saldivar y cols.³⁹ llevaron a cabo un estudio con trabajadores en activo, derechohabientes del IMSS, de donde se obtuvieron un total de 2566 cuestionarios. Se estudió la prevalencia y factores asociados a la lumbalgia. De los cuestionarios obtenidos, 1077 tenían dolor lumbar; la mayoría de la población era masculina (63.2%), y con un peso normal (62.7%), además se entrelazaron variables como el trabajo y la lumbalgia, pues se señala que para el 59.8% el trabajo fue el lugar donde se origino el dolor, así como que el 58.7% refirió que fue debido a un esfuerzo mal realizado; las variables mencionadas fueron las que obtuvieron un mayor porcentaje, sin embargo se menciona que 31.1% obtuvo incapacidad laboral, lo que se reflejo en 12.2 días por persona.

El IMSS⁴⁰ lanzó un comunicado en el año 2013, donde se menciona que la lumbalgia o dolor de espalda baja, es la primera causa de incapacidad laboral. Esto da un bosquejo de lo que se ha venido mencionando respecto a la

³⁹ Atenógenes Humberto Saldivar González, Diego Leoncio Cruz Torres, Leopoldo Serviere Zaragoza, Francisco Vázquez Nava y Víctor Manuel Joffre Velázquez. "Lumbalgia en trabajadores. Epidemiología", en Revista Medica IMSS, núm 41(3), 2003, pp. 203-209

⁴⁰ http://www.imss.gob.mx/comunicacion/comunicados/2013/Documents/junio/085_PDF.pdf visitado en 16-06-2013

complejidad en que se torna este tipo de dolor, aun cuando no ha sido registrada de manera sistemática para la actual década ya representa un serio problema de salud nacional.

En un estudio realizado en un hospital del IMSS de la ciudad de México, se dirigió la atención hacia la relación entre el síndrome de dolor lumbar y el trabajo, de forma retrospectiva por un periodo de 7 años se tomo en cuenta las variables de inicio de vida laboral, puesto de trabajo, antigüedad de trabajo, cargas físicas, posiciones forzadas entre otras como causas del dolor lumbar; la población constaba se componía por 210 personas. Los resultados arrojados por el estudio indican que hay 2 variables que tienen mayor influencia que el resto, las cuales tienen que ver con que el puesto en que se desempeñan tenga exigencia y en el que se tenga que cargar pesos mayores a 25 kg; además de indicar que el año en que se inicio la vida laboral no tiene una relación significativa con la lumbalgia y la posición laboral, ya sea parado como sentado, tienen repercusiones a nivel lumbar. En este estudio se presenta el panorama que se tiene en el ambiente laboral en que se desempeña el trabajador, siendo la carga física y la exigencia las principales variables que inclinan una vida laboral a una patología, sin embargo, aun aquí la relación causa-efecto entre trabajo y dolor lumbar no da resultados concluyentes de que el trabajo, o mejor dicho condiciones laborales sean la etiología que genera las lumbalgias⁴¹.

Por otra parte, en un estudio llevado a cabo en el Hospital General de México, se comparó el temperamento y carácter entre pacientes con lumbalgia y sujetos control, así como comparar las características entre los pacientes con dolor lumbar leve y moderada o severa. Con 46 participantes en cada grupo se les aplicaron la escala análoga visual (EVA) y el Inventario de Temperamento y Carácter (ITC). La evidencia arrojada por este estudio sugiere que los pacientes

⁴¹ Noriega, y colbs. Óp. cit. 2005.

con dolor lumbar tienen mayor evitación al dolor, de manera que evitan conductas riesgosas, teniendo incapacidad mayormente por la evitación que por el dolor en sí, además de presentar menor cooperación, teniendo mayor niveles de depresión, coléricos, hostiles e intolerantes; mientras que en los grupos de dolor lumbar no hubo diferencias significativas, solamente se encontraron en la evitación al daño⁴².

Sin embargo, los datos oficiales no concuerdan con el estudio hecho por León⁴³, el cual incluía datos relacionados a los accidentes en la industria de la construcción, con trabajadores de una obra pública del DF, dentro del cual, se indica que la tasa de accidentes fue de 44,5 por cada 100 accidentes, mientras que el IMSS sostiene que la tasa anual de 2,5 por 100, y para dicho estudio la lumbalgia representaba el 40.5% de las cifras. Con esto se puede entender que las estadísticas proporcionadas por las instituciones de salud del país tienen sesgos dentro de sus datos, lo que hace más preocupante la situación pues los datos reales parecen ser de mayor envergadura.

En México, sus instituciones de seguro social presentan un problema en cuanto a las incapacidades de más de 30 días, por ende, las lesiones traumáticas corroboran la presencia de una incapacidad prolongada y que en el 50% de los casos, los pacientes muestran una evolución deficiente en tales lesiones⁴⁴.

Lo anterior es apoyado por Covarrubias⁴⁵, quien realizó un análisis de la lumbalgia en el país; consideró el dinero que se necesita para atender el DLC, en

⁴² Rascón, Bautista, Duque y Fresán, "Estudio comparativo de la personalidad del paciente con dolor lumbar crónico y sujetos control mediante el uso del Inventario de Temperamento y Carácter", en *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, núm. 9(2), 2012.

⁴³ León. *Las causas de los accidentes en la industria de la construcción: propuesta metodológica y estudio de caso*, México, Universidad Nacional Autónoma Metropolitana-Xochimilco, Tesis de Maestría, 2008.

⁴⁴ Ramírez, "Incapacidades prolongadas en traumatología y ortopedia (presentación en Vresumen de investigación en salud en el trabajo)", en *Revista IMSS*, 2001.

⁴⁵ Alfredo Covarrubias Gómez, "Lumbalgia: Un problema de salud pública", en *Revista Mexicana de Anestesiología*, vol. 33, s. 1, 2010, pp. 106-109.

parte del estudio tomó como base al IMSS y al ISSSTE, pues estas instituciones son las que tienen en sus filas el 93% de asegurados en el país, las cifras de días de incapacidad laboral ascienden a 27.8 millones, lo que a su vez en dinero asciende a un monto de \$5.8 miles de millones de pesos, todo esto en el año de 2007. Ahora bien, como ya se mencionó, en el año 2013 la lumbalgia tiene el primer lugar como causa de incapacidad laboral, el dinero invertido lógicamente aumentaría con mayor razón, lo que genera pérdidas en diversos ámbitos, sociales y económicos, por lo que el DLC comienza requerir mayor inversión por parte del gobierno federal.

Además de esto, hay que agregar que la relación entre médico y paciente se encuentra fracturada, pues los médicos comienzan a catalogar al paciente como un oportunista, quien se encuentra en las instalaciones del seguro social para reclamar una incapacidad laboral, esta falta de empatía genera insatisfacción e incomprensión en los pacientes, así como prejuicios, que pueden ir desde actitudes a reclamos, además de percibir negativamente la atención dada por el IMSS, pues el paciente siente una necesidad de información que en la mayoría de los casos no es atendida por la autoridad, en parte porque ni la misma autoridad sabe las respuestas a una lumbalgia inespecífica, en general hay una deficiencia en la relación de las instituciones de salud y el paciente con dolor lumbar⁴⁶. Lo que demuestra que la lumbalgia es vista como un enemigo para el modelo biomédico y la industria laboral, por una parte se otorgan centenas de incapacidades por año y por el otro el prejuicio medico que ve en cada persona que reporta un DLC, lo que genera que las incapacidades se comiencen a custodiar, así la calidad del servicio comienza a generar dudas sobre la asistencia a pedir incapacidad.

⁴⁶ José Luis Valencia Galindo, Teresa Margarita Torres López, Guadalupe Aldrete Rodríguez y Carolina Aranda Beltrán, "Experiencia del padecimiento en trabajadores con lumbalgia inespecífica crónica derivada de un riesgo de trabajo", en Revista Salud Pública y Nutrición, núm. 12(4), 2011.

1.11 Tratamiento de la lumbalgia

El tratamiento de la lumbalgia ha sido abordado por diferentes métodos, sin embargo, cada lumbalgia es diferente y por lo cual, resulta difícil tener uno en específico. En el caso de la lumbalgia su recuperación es rápida y puede pasar el dolor sin que se atienda necesariamente, aunque no existe todavía un método que sea eficaz completamente, no obstante hay tratamientos que pueden hacer de los episodios dolorosos algo más llevaderos.

1.11.1 Ejercicio

El ejercicio físico ya sean ejercicios destinados específicamente a una zona o actividades deportivas, ha sido llevado a cabo en el tratamiento de la lumbalgia por un largo tiempo. A pesar de las sensaciones de poca inmovilidad y dolor, el ejercicio es conveniente para la atención del dolor, debido a que hay personas que presentan debilidad en el tono muscular de la espalda, poca flexibilidad y una capacidad cardiovascular baja; por lo que hay una constante, pues mientras presentan dolor en la espalda los afectados disminuyen actividad física por miedo a dolor y más daño, y deliberadamente promueven alteraciones neurológicas y fisiológicas en la columna vertebral⁴⁷.

Por esta misma línea, Torstensen y cols.⁴⁸ investigaron la eficacia de la terapia de ejercicio en comparación con la fisioterapia convencional y el auto-ejercicio que consistía en caminar en pacientes que presentaban dolor de espalda baja. Hubo 208 participantes que fueron divididos en terapia de ejercicio medico (71), fisioterapia convencional (67) y auto-ejercicio (70), a lo largo de 3 meses se

⁴⁷ García Pérez y Alcántara Bumbiedro, "Importancia del ejercicio físico en el tratamiento del dolor lumbar inespecífico", en *Rehabilitación*, núm. 6(37), 2003.

⁴⁸ Torstensen, Ljunggren, Meen, Odland, Mowinckel y Geijerstam, "Efficiency and costs of medical exercise therapy, conventional physiotherapy, and self-exercise in patients with chronic low back pain: A pragmatic randomized, single-blinded, controlled trial with 1-year follow-up", en *Spine*, núm. 23(23), 1998, pp. 2616-2624.

registró la intensidad del dolor, capacidad funcional, satisfacción del paciente, regreso al trabajo, números de días de baja por enfermedad y costos. Los resultados arrojaron que en cuanto a la satisfacción del paciente fue mejor en el grupo de terapia de ejercicio medico; el regreso al trabajo fue el mismo en los 3 grupos; y los costos fueron evaluados en coronas noruegas siendo el grupo de terapia de ejercicio medico rescató 906.732 y el grupo de fisioterapia convencional 1.882.560 en comparación del grupo de auto-ejercicio.

Además, estos hallazgos son compartidos con los de Pérez- Guisado⁴⁹, pues menciona que durante la lumbalgia aguda el ejercicio no hace que el proceso de sanación sea más rápido, ya que no es un proceso muy prolongado y los resultados del ejercicio necesariamente requieren tiempo, por otra parte, en la lumbalgia subaguda y crónica, empiezan a demostrar cese del dolor por realización de ejercicio físico, ya que la atrofia muscular y debilitamiento de la misma son favorecidos por el miedo y pensamiento de las personas ante el ejercicio. Se podría decir que presentan menos problemas los trabajadores que cargan pesos en su rutina diaria que en comparación con los trabajadores menos activos.

La eficacia del ejercicio físico fue puesta a prueba por Hayden, Van Tulder, Malmivaara y Koes⁵⁰, y fue comparada con la de otros tratamientos tradicionales y ningún tratamiento, en una revisión sobre la literatura de los diversos tratamientos; el ejercicio fue entendido como: "una serie de movimientos específicos con el objetivo de entrenar o desarrollar el cuerpo mediante la práctica de una rutina, o como el entrenamiento físico para promover una buena salud física". En cuanto al dolor lumbar agudo, no hubo datos que demostraran que los ejercicios fueran más efectivos que otros conservadores, y en el dolor lumbar crónico, hay evidencia que demuestra que el ejercicio es igual de efectivo que otros tratamientos.

⁴⁹ Pérez-Guisado, óp. Cit., 2006.

⁵⁰ Hayden, van Tulder, Malmivaara y Koes, "Tratamientos con ejercicios para el dolor lumbar inespecífico", en *Revisión Cochrane Traducida*, núm. 4, 2008. <http://www.update-software.com>.

Por lo tanto, el ejercicio para el tratamiento de la lumbalgia no demuestra algo novedoso que pudiera ayudar al tratamiento del dolor de espalda baja, sin embargo muestra mayores beneficios en cuanto a la prevención.

1.11.2 TENS

De acuerdo con lo dicho por Deyo y cols.⁵¹, la Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (TENS), se han empleado usualmente en los tratamientos de padecimientos crónicos dolorosos y se basa en la teoría de la puerta del control del dolor, la cual propone que la contraestimulación del sistema nervioso, puede modificar la percepción que se tiene del dolor, y de igual manera puede incrementar los niveles de endorfina que están situados en el fluido espinal.

Milne y cols.⁵², se propusieron como objetivo determinar la eficacia de la Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS), para el tratamiento del dolor crónico de espalda baja. Dentro de su investigación tuvieron 3 grupos, el primero de TENS simulada, otro grupo con TENS activa y un último, con acupuntura tipo TENS. Sus resultados no demostraron ser concluyentes ya que no encontraron estadísticamente una diferencia entre los grupos. Por lo cual, el tratamiento dado con TENS no hace una diferencia en el momento de tratar las lumbalgias.

1.11.3 Relajantes musculares

Los relajantes musculares es un término para referirse a químicos que tienen variados mecanismos de acción, y pueden ser divididos en 2 categorías:

⁵¹ Deyo, Walsh, Martin, Schoenfeld y Ramamurthy, "A controlled trial of transcutaneous electrical nerve Stimulation (TENS) and exercise for chronic low back pain", en *The New England Journal of Medicine*, núm. 322(23), 1990, 1627-1634.

⁵² Milne, Welch, Brosseau, Saginur, Shea, Tugwell y Wells, "Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for chronic low back pain", en *The Cochrane Library*, núm. 4, 2001.

medicamentos antiespasmódicos y antiespasticidad, los primeros son usados para decrementar los espasmos musculares que son asociados por condiciones dolorosas, mientras que los segundos tienen la función de que disminuya la espasticidad que pueda interferir en el tratamiento. La controversia de los relajantes musculares para el tratamiento de la lumbalgia, gira alrededor de la premisa que supone que los espasmos musculares son una respuesta protectora fisiológica que no debiera ser interrumpida por medio de relajantes musculares.

Por otro lado, algunos autores sostienen que el historial de dolores y espasmos contribuyen al dolor de espalda baja. Ante estas controversias, van Tulder y cols.⁵³ llevaron a cabo un estudio para determinar si los relajantes musculares eran eficaces para el tratamiento de la lumbalgia. Sus resultados en resumen demuestran que los relajantes musculares si demuestran eficacia para el tratamiento de la lumbalgia, sin embargo, se debe de tomar en consideración las consecuencias de su uso, ya sea como adicción, vómitos, dolores de cabeza o mareos, entre los más comunes.

1.11.4 Terapia neural

La terapia neural (TN) es una práctica que fue realizada por los hermanos Huneke en 1925 y que se sigue usando, en parte por su rango de aplicación amplio de enfermedades agudas y crónicas y por su bajo costo que consiste en un 1% de procaína, una aguja y una jeringa, además suponen que si es llevada a cabo correctamente es casi exenta de efectos secundarios⁵⁴.

⁵³ Van Tulder, "Relajantes musculares para la lumbalgia inespecífica: Una revisión sistemática en el marco de la colaboración Cochrane (Muscle relaxants for nonspecific low back pain: A systematic review within the framework of the Cochrane collaboration)", en *Colaboración Cochrane*, núm. 28, 2003, pp. 1978-1992.

⁵⁴ Roberto Medrano García, Ariel Varela Hernández, Marlen de la Torre Rosés y Rafael Mendoza Cisneros, "Propuesta de modificación del algoritmo europeo de manejo de la lumbalgia inespecífica", en *Archivo Médico de Camagüey*, núm. 15(1), 2011.

Sin embargo, la efectividad de la TN como tratamiento para la lumbalgia fue abarcada en el estudio de Medrano y cols.⁵⁵, para dicho estudio se tuvo la participación de 34 personas con lumbalgia, y se les aplicó la TN de Abril a Diciembre de 2007, además de utilizar la escala analógica visual para Lumbalgia y Ciatalgia, Cuestionarios de calidad de vida específicos: Oswestry para dolor y Roland-Morris para discapacidad por lumbalgia. Sus resultados determinan una disminución de 36.1% en dolor después de la terapia y 11 puntos menos en la escala de Roland-Morris

1.11.5 Rehabilitación física

La importancia de la asistencia de rehabilitación física es relevante para el paciente, debido a que obtiene mayores beneficios si asiste a una escuela de espalda que contengan programas de condicionamiento, pues estas personas obtienen mayores beneficios que los que realizan ejercicios en su casa⁵⁶. Un método que se ha usado bastante en la rehabilitación es el método de Pilates; precisamente en un estudio se evaluó la eficacia del método CovaTech de Pilates para el tratamiento de la lumbalgia, se arrojaron resultados positivos en cuanto al método, puesto que los pacientes mostraron cumplimiento en su programa, así como una reducción en la intensidad del dolor durante la investigación que duró 6 meses⁵⁷.

⁵⁵ Roberto Medrano García, Ariel Varela Hernández, Marlen de la Torre Rosés y Rafael Mendoza Cisneros. Óp cit. 2011.

⁵⁶ Frost, Klaber Moffett, Moser y Fairbank, "Randomised controlled trial for evaluation of fitness programme for patients with chronic low back pain, en *Br Med J*, núm. 310, 1995, 151-154.

⁵⁷ Donzelli, Di Domenica, Cova, Galletti y Giunta, "Two different techniques in the rehabilitation treatment of low back pain: a randomized controlled trial", en *Eura Medicophys*, núm. 42(3), 2006, pp. 205-210.

1.11.6 Escuela de columna

La escuela de la columna es un concepto que ha sido utilizado para la prevención y tratamiento de dolores propios de la columna, hay diversidad de enfoques pero en general los objetivos son: impartir conocimientos sobre anatomía y fisiología de la columna, la higiene postural y sepan como fortalecer sus músculos abdominales y paravertebrales para que puedan aplicar estos conocimientos en su vida diaria; su metodología consiste en explicar la anatomía y biomecánica de la columna, después la etiología del dolor, la higiene postural y la práctica de ejercicios⁵⁸.

Estos conceptos se han llevado a la práctica, por ejemplo en el estudio de Bigordà⁵⁹ el 90% de los participantes mencionaron valoraron positivamente el tratamiento, siendo un 75% quienes señalaron una mejoría en su dolor al finalizar la intervención, demostrando que un programa de alguna escuela de la columna es eficiente para dolores en la espalda baja.

1.11.7 Terapia de infrarojos

El laser (Light Amplification by Stimulated Emission of Radiation o Luz Amplificada por la Estimulación de Radiación) como medio terapéutico, ha sido usado por su efecto luminoso con los procesos metabólicos celulares. El principio activo de los laser terapéuticos es Arseniuro de Galio y Aluminio (As, Ga, Al) o el Helio Neón (He, Ne). Además, se identifican 2 tipos de laser, que son los de baja potencia que se usan prioritariamente como analgésicos y antiinflamatorios y los de alta potencia que se usan para cortar tejido y vaporizar. Por lo que, la terapia de rayos infrarrojos es usada actualmente por la estimulación que ejerce sobre el

⁵⁸ Miralles, "Biomecánica de la columna, en Spine, núm. 8, 2001, pp. 2-8.

⁵⁹ Albert Bigordà Sagué, "Estudio sobre la eficacia de la escuela de espalda en la lumbalgia inespecífica, en Rehabilitación, núm. 3(46), 2012.

metabolismo, que es el incremento en los procesos de reparación tisular y alivio del dolor⁶⁰.

La terapia de infrarrojos fue usada para la lumbalgia a partir de la información otorgada por Stan Wolfe BSc DVM y MSCT Infrared Wraps Inc., por lo cual, Gale, Rothbart y Li⁶¹, con el objetivo de evaluar el grado de disminución de dolor subjetivo por medio de Infrarrojos, lo aplicaron en una población con dolor crónico en la espalda baja. Los resultados de esta terapia han sido significativamente efectivos, pues, a lo largo de 7 semanas los pacientes que obtuvieron la terapia de IR, disminuyeron sus niveles de dolor reportados al principio del tratamiento.

1.11.8 Terapia de manipulación espinal

La terapia de manipulación espinal (TME) consiste en la manipulación y movilización de la columna, por medio de movimientos lentos y pasivos el terapeuta mueve la columna del paciente con una amplitud pequeña y la aumenta gradualmente. En esta técnica el terapeuta da un impulso manual en dirección a una articulación, y este procedimiento viene seguido de un “chasquido” audible⁶².

Ahora bien, los tratamientos están en constante investigación sobre sus posibles efectos, sean eficaces, confiables y seguros, y el caso de la terapia de manipulación espinal no es la excepción, ante estos cuestionamientos, se emitió

⁶⁰ Ebensperger, Vargas, Romero, Romero y Matamala, “Efecto microscópico y macroscópico del láser infrarrojo sobre ligamentos de la rodilla en conejos: ¿Extrapolable en humanos?, en *REMS*, núm. 4(1), 2008, pp. 53-56.

⁶¹ George D. Gale, Peter J. Rothbart y Ye Li, “Infrared therapy for chronic low back pain: A randomized, controlled trial”, en *Pain Res Manag*, núm. 11(3). 2006, pp. 193-196.

⁶² Sidney M. Rubinstein, Marienke van Middelkoop, Willem J. J. Assendelft, Michiel R. de Boer y Mauritis W. Van Tulder, “Terapia de manipulación espinal para el dolor lumbar crónico”, en *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011.

un informe de la comisión de Nueva Zelanda por parte de Hasselberg⁶³ que contenía los siguientes puntos:

- La manipulación espinal en manos de un Doctor en Quiropráctica es “extraordinariamente segura”.
- La manipulación puede ser efectiva en alivio de síntomas músculo esqueléticos como el dolor lumbar y otros síntomas que responden a este tratamiento como la migraña.
- Los Doctores en Quiropráctica son los únicos profesionales de la salud que están preparados por su educación y entrenamiento para llevar a cabo la terapia manipulativa espinal. No se han de promover cursos de tiempo parcial a otros profesionales de terapia manipulativa.
- En interés público e interés de los pacientes, no ha de haber ningún impedimento a la plena cooperación profesional entre quiroprácticos y médicos.

Y finalmente, la eficacia de este tratamiento fue puesta a prueba por Senna y Machaly⁶⁴, en su investigación su objetivo contemplaba evaluar la eficacia de la terapia de manipulación espinal para el manejo del dolor de espalda baja inespecífico y para determinar su eficacia en el mantenimiento a largo plazo en la reducción de los niveles de dolor y discapacidad asociados con dolores crónicos de espalda. En una población de sesenta personas con dolor de espalda baja crónico al menos en los últimos 6 meses, divididos en 3 grupos: grupo control con manipulación simulada, grupo con TME sin mantenimiento y grupo con mantenimiento de TME, cuya intervención duró un mes. Los hallazgos encontrados en este trabajo indican que los grupos que recibieron la manipulación decrementaron su dolor, sin embargo, los del grupo que se mantuvo con la TME

⁶³ Hasselberg. *Chiropractic in New Zealand, report of commission of inquiry*, Wellington, New Zealand: Government Printer, 1979, pp. 130-131, 198.

⁶⁴ Senna y Machaly, “Does maintained spinal manipulation therapy for chronic nonspecific low back pain result in better long-term outcome?”, en *Spine*, núm. 36(18), 2011, pp. 1427-1437.

todo el tiempo presentaron mejoría en una postevaluación de 10 meses, a diferencia del grupo que no mantuvo la TME. Sin embargo, Assendelft y cols.⁶⁵ investigaron la efectividad de la TME en comparación con otros tratamientos, con resultados contrarios a los mencionados, pues no hallaron diferencia con otros tratamientos como lo son la atención de médicos generalistas, los analgésicos, la fisioterapia, los ejercicios o la clínica de espalda, y dejando este tratamiento para mas estudios que sean concluyentes.

1.11.9 Terapia psicológica como tratamiento de la lumbalgia

En cuanto al aspecto psicológico del dolor crónico (DC), las cogniciones tienen un papel importante, de modo que la apreciación y creencias de las personas influyen en cuanto al afrontamiento del dolor.

En el trabajo de Ruvalcaba y Domínguez⁶⁶, se menciona que los elementos cognitivos más influyentes son:

-Apreciaciones y creencias. Las respuestas afectivas y conductuales son afectadas por el dolor, si se percibe un estímulo dañino, se le percibirá como más intenso e incómoda, de modo que si se cree que hay un daño, se ejecuta una respuesta de evitación y puede desembocar en una discapacidad ya que el dolor no lo controlamos.

-Pensamientos catastróficos. Se han realizado investigaciones donde se le relaciona la catastrofización y al aumento del dolor, una recuperación lenta, y

⁶⁵ Assendelft, Morton, Yu, Suttorp y shekelle, "Tratamiento de manipulacion espinal para el dolor lumbar", en *La Biblioteca Cochrane Plus*, núm. 4, 2007.

⁶⁶ Gerardo Ruvalcaba Palacios y Benjamín Domínguez Trejo, "La terapia psicológica del dolor crónico", en *Psicología y Salud*, núm. 19(2), 2009, pp. 247.252.

asimismo, con el desarrollo de síndromes crónicos musculares, incremento en el tiempo de incapacidad y consumo de medicamentos.

-Control percibido y sentido de la propia eficacia. El hecho de que se pueda controlar un estímulo doloroso afecta la manera en que se percibe la amenaza y su significado, y de igual manera, su molestia, intensidad y la tolerancia puede ser mayor.

Por el lado de los psicólogos, la teoría cognitivo-conductual han dado un aporte al tratamiento de enfermedades crónicas con dolor. Una técnica que se usa no directamente ante el dolor, sin embargo, reducen los niveles de ansiedad que genera el dolor, aunque no se ha estudiado sin ser combinada con otras. El entrenamiento en biofeedback ha tenido relevancia en dolores crónicos por la posibilidad de intervenir en las respuestas fisiológicas por la auto-regulación fisiológica, como por ejemplo la tensión muscular, esto promueve la sensibilización de áreas sensoriales, sin embargo, no aporta nada nuevo al campo de la psicofisiología. Las técnicas cognitivas como las autoinstrucciones y técnicas imaginativas, las cuales, modificaban el contexto en que se presenta el dolor y facilitan la aceptación del dolor. Por último, el conductismo dio la oportunidad de modificar conductas de dolor y realizar un contracondicionamiento a conductas de evitación⁶⁷.

León y cols.⁶⁸ analizaron la eficacia de una intervención cognitivo-conductual en términos de bienestar, como para el sistema de salud y de seguridad social, en términos económicos de pérdida de productividad en 85 pacientes con una media de 46 años, que fueron divididos en 2 grupos: Grupo

⁶⁷ Miguel A. Vallejo, "Tratamiento psicológico del dolor crónico", en *Boletín de Psicología*, núm. 84, 2005, pp. 41-58.

⁶⁸ León Mateos, Jover Jover, Abásolo Alcázar, Loza Santamaría, Perez Nieto y Redondo Delgado, "Recuperación funcional en la lumbalgia incapacitante: eficacia de una intervención cognitivo-conductual temprana", en *Trauma Fundación MAPFRE*, núm. 20(1), 2009, pp. 23-28.

Control, Grupo con Intervención, que estuvieron bajo un programa cognitivo-conductual, que incluía una explicación sobre como la discapacidad es influida por la vivencia y afrontamiento del dolor, el papel de las emociones negativas en el mantenimiento y desarrollo del dolor, factores de riesgo como lo son los conductuales, cognitivos y socioculturales, así como un entrenamiento en las técnicas como respiración, relajación, reestructuración cognitiva, solución de problemas, habilidades sociales y control de ira, y una educación postural y ergonomía, que duró varios años

Sus hallazgos indican que los episodios de lumbalgia incapacitante fueron menor en el grupo experimental con 99 días mientras el otro grupo presento 120 días, el gasto directos e indirectos en el grupo intervención fueron 412 € y 5439 €, mientras que el grupo control fueron 639 € y 6617 €, respectivamente. Este tratamiento indica la eficacia de un programa cognitivo-conductual, aunque requiere tiempo y facilidad de acceso al psicólogo.

Como se puede apreciar el tratamiento que se le da a la lumbalgia es muy variado, así como hay clasificaciones de este padecimiento, también se hallan un número igual en cuanto a tratamientos, cabe resaltar que la revisión de la literatura muestra que la lumbalgia tiene particularidades y a partir de esta se desarrolla dicha patología, por lo que los tratamientos muestran gran variación en cuanto a resultados y una heterogeneidad respecto a la reacción corporal a los mismos.

1.12 Calidad de vida con lumbalgia

Dentro de las enfermedades crónicas y degenerativas se le ha dado gran énfasis a la calidad de vida que tiene el paciente, en parte por el modelo teórico integral que promueve la OMS, pues las enfermedades repercuten en el aspecto psicológico de las personas.

Vargas y Nogales⁶⁹ evaluaron los trastornos de ansiedad, depresión y calidad de vida que pudieran presentar 10 pacientes de género femenino con dolor lumbar; para esto se les aplicó la Escala de Depresión (CES-D) para la depresión y el Inventario de Salud y Calidad de Vida (SF-8) para la calidad de vida, la Escala Visual Análoga (EVA) para la intensidad del dolor percibido. Los resultados demuestran que un 60% de los participantes tenían depresión, al igual que con la percepción de dolor el 60% percibía un dolor intenso a diferencia del 40% que percibía un dolor moderado, en cuanto calidad de vida se obtuvo un porcentaje de 65% de mejoría, y en ambos casos los valores se modifican cuando el dolor es más intenso, en el primero incrementan, mientras que en el segundo decrecen, finalmente la ansiedad generalizada obtuvo un porcentaje de 20%, lo que indica que también hay una relación entre ansiedad y lumbalgia. Con estos hallazgos se permite establecer una correlación entre el DLC y los fenómenos psicológicos como ansiedad y depresión además de la calidad de vida, por lo que el tener presente un dolor crónico conlleva a un deterioro en la forma de vivir, pues mientras el cuerpo comienza con un proceso crónico, la vida psicológica también comienza un proceso de desgaste emocional.

Por otro lado, Saldívar cols.⁷⁰ estudiaron tanto a hombres como mujeres con lumbalgia que estuvieran en un rango mayor de edad de 20 años, para esta investigación definieron la calidad de vida como: “El nivel de desempeño en diversas áreas funcionales, que incluyen actividad física, estado funcional, función social, sueño y descanso, percepción de salud y satisfacción de la vida en general”. A 383 pacientes se les otorgó el cuestionario MOS (Medical Outcomes Study) modificado para que lo contestaran. Los hallazgos indican que 75 pacientes presentan mala calidad de vida (19.6%), aunque un 24.9% no puede rotar el

⁶⁹ Jaime Ernesto Vargas Mendoza y Sandra Emmabel Nogales Osorio, “Lumbalgia inespecífica: Condición emocional y calidad de vida”, en Centro Regional de Investigación en Psicología, núm. 5(1), 2011, pp. 41-47.

⁷⁰ Atenógenes Humberto Saldívar González, Victor Manuel Joffre Velázquez, Ma. Del Carmen Barrientos Gómez, Dolores Lin Ochoa, Francisco Vázquez Nava y Arturo Llanes Castillo, “Factores de riesgo y calidad de vida de los enfermos que sufren lumbalgia”, en *Revista Electronica Medicina, Salud y Sociedad*, núm. 1(1), 2010, pp. 1-25.

tronco, lo cual hace 5 veces mayor la probabilidad de una calidad de vida mala. La evidencia permite identificar como la calidad de vida fue relacionada con el movimiento, pues el no movimiento es una característica de un dolor crónico incapacitante, lo que ocasiona que cada vez la vida de los pacientes con lumbalgia se vea reducida, lo que conlleva a un nivel cada vez más bajo de calidad de vida.

La evidencia en cuanto a calidad de vida en pacientes con dolor crónico en los cuales la mayoría presentaba lumbalgia, también ha sido abordada por Casals y Samper⁷¹ evaluaron la calidad en pacientes que tuvieran una antigüedad de dolor de 5-6 años; usaron la Escala Visual Analógica (EVA) y la escala multidimensional test de Lattinen (TL), como instrumentos de evaluación de la calidad de vida a 907 pacientes. Los resultados arrojan puntuaciones bajas, aparte de demostrar que las puntuaciones fueron más bajas en el aspecto físico que en lo psicológico, por lo tanto se observa una correlación entre el dolor crónico y un nivel de calidad bajo. Lo que se halla en este estudio es que la mayor repercusión en lo que se refiere a calidad de vida es lo físico, es decir, que hay mayor deterioro en el aspecto físico y no tanto en lo mental, sin embargo, la conclusión es clara en cuanto a la relación existente entre dolor crónico y calidad de vida, de modo que a mayor dolor, hay menor calidad de vida, siendo la física la más perceptiva.

Por otro lado, Hunfeld y cols.⁷² extendieron la investigación de calidad de vida de pacientes con dolor crónico con 128 adolescentes. La población se situaba en un rango de edad de entre los 12 y 18 años de edad, para la evaluación tuvieron que responder el cuestionario Quality of Life Pain-Youth (QLP-Y) y un diario, que fue completado por el dolor diario y que consistía en la escala análoga visual (VAS por sus siglas en inglés) que se enfocaba en la intensidad y frecuencia

⁷¹ Casals y Samper, "Epidemiología, prevalencia y calidad de vida del dolor crónico no oncológico. Estudio ITACA", en *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, núm. 11, 2004, pp. 260-269.

⁷² Joke A. M. Hunfeld, Christel W. Perquin, Alice A. Hazebroek-Kampschreur, Jan Passchier, Lisette W. Van Suijlekom-Smit, Johannes C. Van der Wouden "Physically unexplained chronic pain and its impact on children and their families: The mother's perception" en *Psychol Psychother*, núm. 75, 2002, pp. 251-260.

del dolor. Para el análisis de los resultados se hizo una correlación cuyos mayores valores en el dolor de espalda demuestran que en lo que respecta la calidad de vida esta se ve más afectada en las variables de impacto social (.61), tensión personal (.64) y dominio de su tensión (.70); además de mencionar sentirse menos a gusto, mayor incidencia de trastornos somáticos y mas impedimentos para el ocio y actividades diarias. Otro aspecto importante para la investigación fue extender la calidad de vida a las madres, a quienes se les aplicó el IFS (Impact on Family Scale) para evaluar el impacto que tiene en las madres el tener un hijo con dolor crónico, cuyos hallazgos indican que las madres promueven restricciones específicamente en la vida social y problemas con el trato del estrés del dolor de sus hijos.

1.13 La familia y el paciente crónico

Otro factor importante es la familia, debido a que su papel como institución es la de crear el primer acercamiento entre el individuo y la sociedad.

Dependiendo del grado de incapacidad que pueda generar un dolor crónico, la dependencia que pueda generar el paciente a nivel físico y emocional conlleva a un cambio en la dinámica de roles dentro de la familia, pues frecuentemente los miembros de la familia tienen que tomar responsabilidades nuevas, tanto hogareñas como financieras, sin mencionar el impacto que reciben psicológicamente como perder sensibilidad de ver el dolor del otro, alta tensión diaria, perdida del sistema de apoyo personal, y perdida de planes y esperanza por el futuro; además los altos niveles de dolor en pacientes algunas veces va acompañado por la ira, de modo que se evita la interacción al lado de pacientes con dolor crónico para evitar respuestas de ira, y para el paciente se traduce en sentimientos de culpabilidad, impotencia y depresión⁷³. Dicho estudio demuestra que la situación emocional tanto del paciente como de la familia se ve influenciado

⁷³ Wendy Lewandowsky, Rebecca Morris, Claire Burke Draucker y Judy Risko, "Chronic pain and the family: Theory-Driven treatment approaches", en *Issues in Mental Health Nursing*, núm. 28, 2007, pp. 1019-1047.

por el dolor crónico, de igual manera, da pie a identificar la relación que existe entre el dolor y la familia, así como la alteración de los roles familiares, que comienzan a desdibujar los límites de cada integrante, así que los hijos pueden empezar a jugar el rol de los padres, sea en el ámbito hogareño o en cuanto a economía, por lo que la dinámica familiar presenta una transformación en cuanto a la vida diaria de los miembros, por lo tanto, las cargas emocionales comparten esta misma tendencia creando nuevas formas de relacionarse internamente del conjunto familiar.

Como se ha mencionado, los padecimientos crónicos repercuten en la dinámica familiar pero dependerá de igual forma de qué integrante sea quien se encuentre enfermo, pues la madre, el padre y los hermanos lo afrontarán de manera muy personal, ya sea por la influencia que ejerza en el individuo, sin olvidar el impacto a nivel económico, social, interactivo, conductual y conciencia del problema que tenga la familia⁷⁴.

Sin embargo, el tener a cargo a un familiar con un padecimiento crónico influye en la vida diaria y se extiende a la calidad de vida, tal y como lo exponen Stefani y cols.⁷⁵ en su estudio; se llevó a cabo para evaluar los estilos de afrontamiento, el sentimiento de soledad y el aislamiento social, y si a su vez explorar como dichos estilos se relacionan con el aislamiento y soledad, emocionales y sociales. Para evaluar los estilos de afrontamiento se usó el cuestionario de estilos de afrontamiento de Folkman y Lazarus, que se basa en la teoría transaccional del estrés, además de usar el Inventario de Soledad Emocional y Social (ESLI), la población constaba de 143 personas que cuidaban a algún familiar con enfermedad crónica, de las cuales 72 eran madres y 71 eran

⁷⁴ Manuel Francisco Jiménez Navarrete, "La familia del paciente crónico: Estudio e importancia", en CUPULA, núm. 23, 1988, pp. 35-38.

⁷⁵ Dorina Stefani, Susana Seidmann, Carlos Pano, Luisa Acrich, Vera Bail Pupko, "Los cuidadores familiares de enfermos crónicos: Sentimientos de soledad, aislamiento social y estilos de afrontamiento", en *Revista Latinoamericana de Psicología*, núm. 1(35), 2003, pp. 55-65.

hijas. Posteriormente, al analizar los resultados se encontró que las estrategias más usadas de mayor a menor medida fueron búsqueda de apoyo social, estrategias centrada en el problema, pensamiento fantasioso, autoatribución de la culpa y evitación, asimismo de encontrar que las madres hacen mayor uso de estas que las cuidadoras hijas, en cuanto a las variables de aislamiento social, soledad social, aislamiento emocional y soledad emocional, fueron mayores en las madres cuidadoras que en la hijas y en las primeras 2 la diferencia fueron de 15 y 18 por ciento. Lo que se observa con estos resultados es una afectación en la vida social y emocional de los cuidadores de enfermos crónicos.

1.14 Conclusión

En este primer capítulo se ha explicado lo que es la lumbalgia, su clasificación, su diagnóstico y su tratamiento desde un punto de vista tradicional, así como las repercusiones en la vida diaria. Es algo evidente, la asistencia que tiene el paciente con lumbalgia en los consultorios médicos, es algo cotidiano. El problema se encuentra en que los médicos no tienen un esquema establecido para la explicación y tratamiento de la lumbalgia que deje a las personas sin dolor ni secuelas en su vida, por lo que la realidad de las personas entra en una disyuntiva con el modelo que actualmente se aplica a la salud.

II. LA LUMBALGIA Y LO PSICOSOMÁTICO

A lo largo de este capítulo se dará una propuesta teórica integral, con la cual, se pueda hacer una lectura diferente de la lumbalgia, una visión psicosomática que rompa con el dualismo mente-cuerpo con el que se ha venido manejando. Una aportación hecha por la psicología en ésta área es fundamental, ya que el poder manejar enfermedades emocionales que tienen presencia en el cuerpo por medio de una unidad funcional como es la relación órgano-emoción, ésta otorgará nuevas herramientas en la metodología e intervención psicológica, y a su vez pueda superar la visión fragmentaria, de manera que el psicólogo tenga el conocimiento necesario para enfrentar la nueva realidad de la salud pública.

Debido a la poca integración que se han dado entre los diversos enfoques psicológicos, el área de salud se ha visto privada del aporte que puede darse a partir de la psicología, aun cuando se haya trabajado conjuntamente para el tratamiento de enfermedades crónicas así como algunos modelos de prevención, pero lo cierto es que el análisis de los padecimientos crónicos y degenerativos se ha dejado totalmente a las profesiones biomédicas dentro de las cuales se ha demostrado un rezago tecnológico en cuanto a prevención y tratamiento por lo que el análisis psicológico de un dolor crónico como la lumbalgia es primordial. Aunque los modelos psicológicos actuales sean excluyentes los llamados procesos privados pueden y deben abordarse, pues los procesos internos pueden estudiarse a partir de un marco teórico que lo permita, por ejemplo aun cuando el dolor pueda llegar a ser un fenómeno fisiológico no puede ser apreciado en su totalidad sino es por lo psicológico y la subjetividad que tenga la persona, el cual es diferente en cada individuo⁷⁶.

⁷⁶ Emilio Ribes Iñesta. Psicología general, México, Trillas, 1990.

2.1 Lo psicosomático

Desde los griegos se encuentra que el pensamiento occidental a través de la filosofía separó la mente y el cuerpo. Uno de los principales autores que promovieron el dualismo alma-cuerpo fue Platón (427-347 a.c.), pues consideraba de gran valía lo mental, mientras que lo corporal lo concebía como algo peyorativo, y de esta manera se enfocó en la separación del cuerpo y del alma, debido a que el cuerpo era una interferencia para lograr la racionalidad, de modo que no daba pie a una explicación sobre cómo se daba la relación cuerpo y alma⁷⁷.

Las implicaciones que lleva lo psicosomático son diversas y confusas, ya que la filosofía Aristotélica proclamaba que para la vida es necesaria la unión de dos sustancias: el alma y el cuerpo. Aunque la parte contraria, es decir, la platónica sostiene que el alma y cuerpo son dos entes que están sometidos a leyes diferentes, pues mientras la primera es perfecta e inmortal, la segunda es imperfecta y mortal. Esta discrepancia crece con el tiempo, y es entonces que Descartes (1596-1650) promueve la idea de estudiar cada uno por separado para fundamentar la ciencia haciendo equivalente al alma y al sujeto, de lo que se derivó el establecimiento de la dualidad sujeto-objeto y así la presencia de 2 realidades contrarias; pues el objeto ocupa un espacio y un tiempo, es medible y aplicable a la matemática, mientras que el sujeto es inextenso, no ocupa un espacio y es inconmensurable, así que no se puede medir, ni ser aplicable a la matemática, por lo tanto, no es objeto de estudio científico. Lo anterior dio lugar a 2 tipos de dualismo: 1) el ontológico que sostiene que existen 2 realidades, la subjetiva y lo subjetivo, y 2) el epistemológico que afirma la oposición del objeto conocido al sujeto quien lo conoce, igualmente confirmó que lo conocido es público y quien lo conoce es privado; posteriormente, estos postulados dieron pie

⁷⁷ José A. Cecchini Estrada y cols. Personalización en la educación física. Tratado de educación personalizada, Tomo 19, Madrid, RIALP, 1996.

a las 2 corrientes que dividen la ciencia moderna: el empirismo (asociacionismo) e idealismo (racionalismo)⁷⁸.

Debido a que el concepto psicosomático tiene una raíz griega, ha llevado a una concepción reduccionista de las enfermedades psicosomáticas, ya que *Psyche* tiene como traducción mente y *Soma*, quiere decir, cuerpo. El proceso de enfermar ha sido un asunto que se ha complicado, pues actualmente el 50% de consultas no tienen una génesis orgánica, y al momento del tratamiento médico, se demuestra la poca intervención en cuestión de emociones durante el proceso de entender la enfermedad. El concepto psicosomático conlleva una serie de implicaciones epistemológicas: en primer lugares el incluir lo somático y lo psicológico en el asunto de enfermarse sin explicarse como se da la interacción entre estas dimensiones, sin que se caiga en un reduccionismo, de modo que por juntar 2 conceptos quiere decir que se entienda mejor la relación que se da entre procesos psicológicos y procesos físicos, y en segundo lugar, la ocurrencia de una megacategoría como lo es lo psicosomático, puede llevar a la pérdida de una distinción autónoma entre lo psicológico y lo físico; asimismo la somatización complica que una enfermedad deba ser o somática o mental, haciendo que los diagnósticos se arriesguen a excluir aspectos psicológicos o den un diagnóstico psicológico que en algunos casos sea una ofensa por “estar en la mente del paciente” y que la enfermedad no sea “real”; así el concepto psicosomático es un concepto que se ha planteado desde la época de Hipócrates (400 a. c.) con su frase: “mente sana, cuerpo sano”, luego, se observa que lo psicosomático es un concepto que ha tenido larga historia⁷⁹.

⁷⁸ Mónica María Novoa Gómez, Algunas Consideraciones sobre el dualismo en psicología, en *Univ. Psychol. Bogotá (Colombia)*, núm. 1(2), 2002, pp. 71-80.

⁷⁹ Mariantonia Lemos Hoyos, Diego Alveiro Restrepo Ochoa y Camila Richard Londoño; “Revisión crítica del concepto “psicosomático a la luz del dualismo mente-cuerpo”, en *Pensamiento Psicológico*, núm. 10(4), 2008, pp. 137-147.

2.2 Límites del modelo mecanicista

El análisis hecho por Capra⁸⁰ hacia la visión de los modelos predominantes es una amplia crítica de la concepción reduccionista de la ciencia; pues para él, es a partir de la distinción entre espíritu y materia, que la conceptualización del mundo mecánico fue puesta en práctica en el siglo XVIII y XIX, obteniendo grandes resultados. Posteriormente, el sistema mecánico Newtoniano fue establecido como la teoría principal de la realidad entre el público y los científicos. Pasados 3 siglos de la propuesta de Descartes, George Engel deja de manifiesto la concepción médica del cuerpo, pues se le veía como una máquina, en la cual, la enfermedad, representaba una avería en dicha máquina, y el médico como el reparador de la misma. Ante la separación Cartesiana, el modelo médico se había estado enfocando en la maquinaria corporal y dejando de lado aspectos psicológicos y ambientales de las enfermedades. Por lo tanto, se redujo al más pequeño elemento para explicar la complejidad del enfermar, es decir, se hizo demasiado énfasis en las células, y consecuentemente a las moléculas. El conocimiento adquirido de las funciones biológicas de las células y moléculas, derivó en el desarrollo de terapias farmacológicas y en el uso de la cirugía, llegando a ser exhaustivamente usados.

El beneficio de las nuevas investigaciones médicas se manifiestan con los hechos, sin embargo, hay casos en los cuales, este modelo poco ha podido hacer. Como lo menciona el autor al referirse a la salud pública, el modelo médico ha tenido su mayor resultado al tratar las enfermedades infecciosas como el cólera, la tuberculosis y la fiebre tifoidea. Aunque, en la actualidad, los problemas de salud lo abarcan las enfermedades crónico-degenerativas, siendo cada vez más frecuentes y padeciéndose cada vez a una edad más temprana. En la actualidad el proceso de curación es visto de manera que el organismo ejecuta una respuesta coordinada integrada a tensiones ambientales que influyen. Por lo que,

⁸⁰ Fritjof Capra. *EL PUNTO CRUCIAL. Ciencia, sociedad y cultura naciente*, Buenos Aires, Editorial Troquel S. A., 1982.

para Capra⁸¹: “El factor principal que determina la salud de los seres humanos no es la intervención médica, sino su comportamiento, su alimentación, y la naturaleza de su entorno” (p. 153).

2.3 Medicina psicosomática

El concepto *medicina psicosomática*, es un concepto que fue usado primeramente por el psicoanalista Félix Deutsch, en 1922, y es un término empleado por la medicina para dar cuenta de las alteraciones físicas del problema mente-cuerpo⁸².

La medicina psicosomática es una perspectiva sobre la investigación científica que relaciona los fenómenos de orden psicológico con los fisiológicos, aunque de manera más general estudia los factores psicosociales de los pacientes y el trato médico⁸³. Su campo de aplicación es abundante, sobretodo porque da respuestas alternativas de la medicina tradicional no ha dado.

Uno de los elementos predecesores de la investigación psicosomática es la psicogénesis de la enfermedad. Cuando hablamos de psicogénesis nos referimos al termino dado por Alexander como los: “Procesos fisiológicos consistentes en excitaciones en el sistema nervioso que pueden ser estudiadas mediante métodos psicológicos debido a que ellas son percibidas subjetivamente bajo la forma de emociones, ideas o deseos. La investigación psicosomática trata de tales procesos, en los cuales ciertos eslabones de la cadena causal se prestan, en el

⁸¹ Fritjof Capra. Óp. Cit., 1982.

⁸² Miguel Uribe Restrepo, “Modelos conceptuales en medicina psicosomática”, en *Revista Colombiana de Psiquiatría*, vol. 5 s. 1, 2006.

⁸³ Alan Stoudemire y Robert E. Hales, “Psychological factors affecting medical conditions”, en B. Sadock y V. Sadock (Eds), *Kaplan & Sadock’s comprehensive textbook of psychiatry* (pp. 1765-1774). Philadelphia: Lippincott Williams y Wilkins.

estado actual de nuestro conocimiento, más fácilmente a su estudio mediante métodos psicológicos en lugar de fisiológicos, ya que la investigación detallada de las emociones como procesos cerebrales no está lo suficientemente avanzada” (P.56). Sin embargo, la psicogénesis acompañó a la medicina psicosomática en sus primeros 30 años, siendo relevante en su establecimiento⁸⁴.

Para Ackerknecht⁸⁵, la medicina psicosomática tiene sus antecedentes en varios países antes del año 1900. A continuación se ponen la construcción de la concepción psicosomática en los diferentes lugares que ha identificado el autor:

Francia. En la Francia del siglo XIX, la nueva escuela de París se enfocaba en la anatomía patológica y el diagnóstico físico, sin embargo, no excluían las enfermedades psicosomáticas, ya que, Cabanis, principal personaje de dicha escuela, relaciono la naturaleza física y la moral, promoviendo el tratamiento moral, además de, ubicar a las pasiones en las enfermedades psicosomáticas del corazón y del aparato digestivo, de ser una anomalía funcional a una lesión anatómica. De igual manera, uno de sus colegas consideraba que unas enfermedades tenían intervención de lo psicológico. Aparte de esto, los integrantes de la escuela propusieron el estudio de la enfermedad del paciente para las enfermedades crónicas.

Alemania. Hufeland en el siglo diecinueve reconocía que las enfermedades no son causadas únicamente por acontecimientos mecánicos y químicos, sino que psicológicos, como las pasiones. En su experiencia identifico que estomago, nervios, escorbuto o hígado, presentaban alteraciones. Finalmente estableció las siguientes relaciones: la ira puede perturbar bilis y corazón, los miedos pueden

⁸⁴ Fernando Lolás Stepke. *La perspectiva psicosomática en medicina. Ensayos de aproximación*. Editorial Universitaria, 2ª edición, Santiago de Chile, 1984.

⁸⁵ Erwin H. Ackerknecht, “Historia de la medicina psicosomática”, en *Ars Medica. Revista de Humanidades*, núm.2, 2004, 180-193.

causar enuresis, diarrea, erisipelas y contagios, la depresión es capaz de causar amenorrea, tifus, corea, escorbuto, hidropesía, cirrosis y cáncer, los sustos facilitan apoplejía y convulsiones

Gran Bretaña y Estados Unidos. En el siglo XIX Benjamin Brodie, hizo aportaciones que iban desde las enfermedades histéricas hasta la ansiedad y dispepsia, no obstante, publicó un libro que abarcaba lo que es la medicina psicosomática llamado “Manual of Psychological Medicine”. La medicina americana de la mano de Beaumont, mostró la relación observada entre emociones y mucosa gástrica, y Wundt con su psicofisiología, y a inicios del siglo XIX la hipnosis fue un método usado por la mayoría, y demostró que había cambios físicos bajo su puesta en práctica.

México. En este país, de igual manera, el proceso de atender las enfermedades de índole psicosomático fueron semejantes a otros países, pues los médicos psiquiatras y psicoanalistas fueron los principales responsables de dar cuenta de lo psicosomático, aunque su visión positivista los llevo más del lado orgánico que emocional, también basándose en la psicogénesis, y teniendo resultados similares a los demás países, un sesgo en la lectura de lo psicosomático, y un indicador de enfermedad desde hace 70 años que cada día va ganando terreno⁸⁶ (López, 2011).

2.4 Lo psicosomático abordado por las psicologías

Los procesos psicosomáticos han sido abordados por médicos, psiquiatras y psicólogos, por parte de unos, con la propuesta médica tradicional que ha sido usada por años, y los otros que utilizan una gran diversidad de paradigmas para explicar este fenómeno, con la finalidad de dar una explicación y nuevas maneras de trabajarlas.

⁸⁶ Sergio López Ramos, “Las primeras explicaciones de lo psicosomático en México”, en *Mundo Siglo XXI*, núm. 7(5), 2011, 65-78.

De acuerdo con Gutiérrez⁸⁷, los profesionales de la psicología y psicoanálisis han hecho aportaciones a lo psicosomático, y a continuación se muestran las más representantes:

Paradigma conductual: Desde la teoría conductual se han dado aportaciones como el aprendizaje y condicionamiento a nivel visceral, y la respuesta de adaptación del organismo ante situaciones demandantes, de agresión y sobrecarga, es decir el estrés.

Siendo el estrés “Una reacción muy compleja ante factores que producen tensión (estímulos y estresores) los cuales pueden ser inespecíficos o específicos para cada individuo”, y los estímulos pueden tener dimensiones físicas, psicológicas o ambientales.

A partir de los estudios del estrés, se llegó al “síndrome de adaptación general”, del cual se observan 3 fases, la primera como una reacción de alarma, la segunda de una posible adaptación ante la situación a base de mayor resistencia y el incremento de exigencias de rendimiento, y una última, en la cual no hay más alternativas y se llega a la muerte o las enfermedades, donde se han colocado ciertas enfermedades psicosomáticas.

Paradigma sistémico: Dada la premisa que un fenómeno puede entenderse desde diversas perspectivas, el síntoma es visto como una interacción de la biología, emotividad, relaciones interpersonales y el contexto.

La familia es uno de los pilares del estudio de pues al ser el principal contexto de experiencia y aprendizaje, debido a que es un sistema complejo en el que se cruzan diferentes niveles de la realidad. El aporte hecho por esta teoría se

⁸⁷ Gutiérrez Cervantes, Diana. *Enfisema pulmonar: una aproximación psicosomática*, México, Fes Iztacala, UNAM, Tesis de licenciatura, 2008.

enfoca en infantes, adolescentes y sus familias, al tener enfermedades psicosomáticas, y se distinguen 4 aspectos.

1. En primera instancia se realiza una observación de la estructura organizativa en el aquí y ahora. A continuación se observa que no hay una delimitación estable de límites entre las generaciones de la familia, una tendencia continua a interrumpir espacios físicos, psicológicos y emocionales de los integrantes, y una poca tolerancia ante situaciones conflictivas.

2. En cuanto a la cronicidad, se observa que la intervención médica tradicional se centra únicamente en lo farmacológico, por lo cual, lo crónico es el resultado de la indiferencia del vínculo entre el síntoma y el contexto emocional y familiar.

3. La evidencia demuestra que la motivación influye en la conformación de modelos familiares propensos a lo psicosomático, de modo que los mitos y fantasmas de estas familias, se relacionan con el miedo de conflicto o separación que pueda conllevar a una desintegración o amenaza de disolución del sistema.

4. El proceso histórico de la familia es otro elemento emergente en el proceso psicosomático pues la presencia de eventos traumáticos y cómo la pérdida se asocia con experiencias emocionales de angustia muy profundas.

El elemento concluyente de la teoría es el manejo de la enfermedad como un punto de inestabilidad y la ocasión de realizar movimientos hacia un crecimiento y equilibrio sistémico.

Paradigma humanista: En un principio el enfoque humanista fue constituido por diversas teorías que trataban de dar una alternativa ante los enfoques dominantes de la época: psicoanálisis y conductismo, y se caracteriza por tener al ser humano en un papel activo en su realidad.

Este enfoque maneja diferentes vertientes entre las más destacadas *son la psicología del ser, análisis existencial, la psicoterapia centrada en el cliente, la*

logoterapia, la psicoterapia gestáltica y la bioenergética; esta última genera interés por tener como propuesta trabajar directamente sobre el cuerpo; a través de un modelo que atiende aspectos corporales por medio de ejercicios que tienen como finalidad superar bloqueos energéticos del cuerpo.

La tesis de la bioenergética es: no tenemos un cuerpo, somos un cuerpo, y este tiene una memoria. Sus principales técnicas entran en contacto con el cuerpo como lo es la respiración, técnicas posturales, expresión corporal, percepción del propio cuerpo y más.

El objetivo de esta terapia es maximizar las funciones vitales del cuerpo con la finalidad de recuperar su naturaleza, su equilibrio corporal para influir posteriormente en la vida diaria.

La bioenergética sostiene que el individuo es su cuerpo, de modo que la persona es una energía que por sí misma se autoregula, es independiente y se perpetúa a sí misma, por lo que la personalidad está en función de ella, así como la vida emocional está influenciada por la movilidad del cuerpo. El total de las experiencias vitales da como resultado a la persona, pues a lo largo del desarrollo se le suman nuevos elementos, a estos se le debe de implementar que el cuerpo tiene una mente, alma y espíritu y que se aleja del pensamiento humano dicotómico mente-cuerpo; por lo que conocer la mente es saber lo que se siente y lo que se quiere, el grado de espíritu depende del grado de energía que tenga que a su vez es asociado con la respiración que se haga, por último, el alma es el sentimiento que tiene la persona de ser parte del universo⁸⁸.

Paradigma de la psicometría: La psicometría es un paradigma conocido por los psicólogos porque ha usado usualmente instrumentos estandarizados para

⁸⁸ Lowen, Alexander. *BIOENERGÉTICA: Terapia revolucionaria que utiliza el lenguaje del cuerpo para curar los problemas de la mente*, México, Editorial Diana, 1977.

medir aspectos psicológicos humanos. Los aspectos que se han medido con mayor profundidad son los cognitivos, sensoriales y de personalidad.

No obstante, sus contribuciones a la psicología no se limitan a eso, pues, su aporte a las enfermedades psicosomáticas lo integran las variables de orden psicológico de síntomas psicosomáticos, y tal es el caso de la alexitimia. Dicho instrumento está integrado por variables como dificultad para distinguir e identificar entre emociones y sensaciones corporales, dificultad para describir emociones, escasa capacidad de imaginativa y pensamiento concrecionista.

Además del anterior, existe el Symptom Interpretation Questionnaire, cuya función es identificar la tendencia a establecer atribuciones somáticas, que demuestra estar asociada con la presentación de síntomas somáticos si evidencia médica.

Sin embargo, estas pruebas psicométricas no son 100% confiables y algunas veces su coeficiente es menor a .75 alfa de Cronbach, además de que la persona no siempre responde con información precisa, por lo que se encuentra un discrepancia entre diagnóstico y evaluación.

Paradigma psicoanalista: Esta teoría es propuesta por Freud para dar explicación de los fenómenos mentales, en concreto de lo consciente e inconsciente, interés que surgió a partir de la experiencia clínica y fue base en la creación de su teoría. A partir de la formulación de la vida psíquica: consciente, preconsciente y inconsciente, se sentaron las bases que darían cuenta de los padecimientos sin causa orgánica desde el psicoanálisis.

El aporte al estudio de lo psicosomático fue el relacionar las motivaciones inconscientes y las enfermedades. En un principio se intentó hacer una correlación entre diversas personalidades y enfermedades orgánicas.

El psicoanálisis coloca a lo psicosomático entre las neurosis y la psicosis, y más recientemente se ha estudiado su naturaleza, formación de su estructura, la ruptura mente-cuerpo, el mecanismo de somatización y la terapia que sería más efectiva en estos trastornos.

Ahora bien, lo psicosomático es traducido de investiduras libidinales internas al ser, autoeróticas, no narcisistas, que se diferencian de los síntomas neuróticos en que el sujeto aun cuando les percibe en su intimidad corporal, los ubica lejanos a sí mismo. Por lo que: “En el campo de la subjetividad tanto lo corporal y lo psíquico se ubican en el mismo nivel, en el del registro imaginario, y la enfermedad psicosomática se sitúa como un trastorno o desorden en el funcionamiento de órganos: al ser psique y soma del mismo orden, la ruptura se ubica sobre el soma y los órganos” (p. 114)⁸⁹.

De acuerdo con Díaz, Landa y Rodríguez⁹⁰ algunos enfoques psicológicos han heredado la concepción clínica en el área de salud el modelo biomédico, adoptado también sus problemáticas, por lo tanto se siguen manteniendo los mismos sesgos conceptuales y metodológicos que se han presentado en el área medica, con esto se orilla a la psicología a que busque y acorde una autonomía en su metodología para estudiar e intervenir en el área de salud.

2.5 El cuerpo como microcosmos

Dentro de la condición corporal del ser humano, existen varios aspectos que pueden afectarle, y desde esta visión observamos que un cuerpo es un elemento más del ambiente y viceversa. Actualmente, las ciencias demuestran la

⁸⁹ Gutiérrez Cervantes, Diana. *Óp. Cit.*, 2008.

⁹⁰ Eugenio Díaz González, Patricia Landa Durán y María de Lourdes Rodríguez, “El análisis contingencial; un sistema interconductual para el campo aplicado”, en Guadalupe Mares Cárdenas y Yolanda Guevara Benítez, *Psicología interconductual; volumen II. AVANCES EN LA INVESTIGACIÓN TECNOLÓGICA*, México, UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO, FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA, 2002.

interrelación que existe entre bosques del hemisferio sur con el aire que se respira en Europa, y demás relaciones, ahora bien, la concepción de que un punto físico está conectado a otro del planeta es aplicable a la condición corporal.

Actualmente, se tiene que ver cómo el cuerpo es parte de esta unidad y refleja sus procesos; el planeta es un ser vivo que se autorregula, siendo un ecosistema que se encarga de una función que se interrelaciona con otro, ya sean las selvas con el aire y agua de un ecosistema vecino, u otro ecosistema. Lo mismo es con el cuerpo, el intestino grueso con el riñón, este con el bazo, el estomago e hígado, debido a que una alteración en algún órgano del cuerpo humano desequilibra el funcionamiento de todo el cuerpo⁹¹.

En la Ciudad de México se encuentra una relación muy curiosa, pues "...La desecación de los lagos del valle se produjeron cambios en todo el fenómeno de la vida; por un lado, la desecación produjo aridez y exceso de sales en la tierra que fueron arrastradas por las corrientes de aire, llevando esa contaminación a la población; por otro lado, la regulación del clima que se establece con la humedad desapareció junto con una gran cantidad de especies de aves y peces; también es cierto que el agua ayudaba a mantener el nivel de escurrimientos necesarios para hidratar los acuíferos del subsuelo, y cuando este nivel bajó, comenzó el proceso de hundimiento de la ciudad..."⁹² (p. 293). Lo que indica que la ciudad y en general el país esta presentando una serie de cambios que desarmonizan un espacio y tiempo, así como un cuerpo, pues lo que esta afuera esta adentro, y de este modo los mexicanos comienzan a encabezar listas de padecimientos crónicos, sin mencionar el primer lugar en obesidad a nivel mundial, lo que va de la mano con los altos niveles de contaminación, deforestación y sequia.

⁹¹ Giovanni Varela Vega, "Los ecosistemas del cuerpo y los órganos del planeta", en Irma Herrera Obregón y Gerardo Abel Chaparro Aguilera, *Una aproximación al proceso órgano-emoción 2*, México, CEAPAC ediciones, 2010.

⁹² Giovanni Varela Vega. Óp. Cit., 2010.

Para López⁹³, lo psicossomático tiene cabida en el cuerpo, debido a que es el lugar en el cual, las construcciones desarrollan un mecanismo nervioso que se aloja en “un órgano de choque”, en pro del principio de la vida, pues el vivir en una sociedad como la actual, que prioriza la competitividad convierte este principio en algo artificial, al tiempo que presta las condiciones para que se enferme el cuerpo, de modo que al ser artificial el principio de vida que es la cooperación, lo que deja es ningún lugar que proteja la vida y por consecuencia, a los individuos. También este principio es aplicable a las personas, pues si se quiere crecer la forma en esta cultura es en grupo, como ejemplo, en el caso de la persona, si no consume agua, es como si no nutriera los mares y ríos internos y habría una sequía, en el planeta pasa lo mismo solo que no se muere el planeta, solo una parte, en los humanos da lugar a la enfermedad, por eso un árbol ahuehuate que permite alojar formas de vida y nidos, de modo cooperativo puede llegar a vivir más de 400 años.

Como las ciudades no están pensadas para la vida, se vive en artificialidad lejos de la naturaleza por eso su cultura tiene una emoción dominante como en la familia, lo que produce una condicionalidad social, donde el cuerpo construye relaciones de integración y pertenencia a un grupo, como respuestas genéticas, celulares, emocionales y culturales con marcados patrones de ser y sentir regulados por la sociedad y sus instituciones que marcan un estándar, y lo que es normal y anormal⁹⁴.

Hasta ahora al cuerpo se le ha concebido como una máquina y algo material, sin embargo, López⁹⁵ considera importante cómo el cruce de dos culturas diferentes dio lugar a la mexicana, y también a un nuevo cuerpo, aun así la parte ideológica y corporal tuvieron un choque, una judeocristiana que negaba al

⁹³ Sergio López Ramos. Óp. Cit., 2011.

⁹⁴ Irma Herrera Obregón, “La metodología alternativa”, en Sergio López Ramos, *Formación de estudiantes en psicología. Una propuesta metodológica*, México, UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO, FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA, 2012b.

⁹⁵ Sergio López Ramos. *Cuerpo, identidad y psicología*, México, Plaza y Valdés Editores, 1998.

cuerpo, lo ocultaba y lo minimizaba, y otra que vivía en armonía con la naturaleza; a pesar del tiempo no se han satisfecho las nuevas epistemologías, para abordarlo el autor propone una conceptualización diferente; y termina por llevar a lo corporal a un nivel de avance muy evolucionado, que hay que construir o desarrollar, aun cuando la cultura actual facilita los estereotipos de pensamiento y comportamiento; el conocimiento de esto, demuestra que el diseño cultural potencializa la presentación de enfermedades psicosomáticas aunque abre el camino para nuevas condiciones que posibiliten a los individuos la construcción de su cuerpo. Y cuando llega el momento de la muerte, las enfoques de salud dominantes explican que es la culminación natural del cuerpo, aunque, no se toma en cuenta el resultado de cómo se vivió como lo considera el autor.

Históricamente, para los mexicas las entidades anímicas no estaban estáticas o establecidas rígidamente en un órgano o lugar del cuerpo y claramente no eran parte de algún tipo de caja negra inaccesible, sino que sostenían una visión espejada entre al afuera y el adentro del cuerpo, una conjunción entre el entorno natural y el mundo interior, es decir, una relación entre el cuerpo humano y el espacio-tiempo sagrados. En contraste con la visión actual que se tiene, pues los hombres mayormente en el cuerpo sitúan en la cabeza con mas frecuencia sentimientos y emociones, a diferencia de las mujeres que los sitúan en el tórax y partes del cuerpo; pero ambos géneros en un rango de edad mayor de 31 convergen en que privilegian la cabeza por sobre el cuerpo, a diferencia de los jóvenes; esto muestra que el universo simbólico de las nuevas generaciones ha cambiado, consecuentemente con la imagen corporal⁹⁶.

El cuerpo como una unidad de análisis, es el lugar donde podemos encontrar la historia de vida de las personas. Es algo físico que acompaña todos los procesos psicológicos del individuo, ya sea una personalidad, su aprendizaje,

⁹⁶ José Carlos Aguado Vázquez. *Cuerpo humano e imagen corporal. Notas para una antropología de la corporeidad*, México, UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO, INSTITUTO DE INVESTIGACIONES ANTROPOLÓGICAS, FACULTAD DE MEDICINA, 2011.

lo que come, lo que le gusta; elementos que le dan forma, olor, color, textura y más. Por lo cual, la enfermedad no puede ser mayor cosa que la conjugación de todos estos elementos, y las partes del cuerpo reflejaran un padecimiento en función de cómo se afronta la parte emocional a lo largo de la interacción con dichos elementos⁹⁷.

Es fundamental no perder de vista que las enfermedades psicosomáticas son una alteración del cuerpo y lo psicológico, de modo que, es una unidad que rompe los paradigmas psicológicos y médicos.

Como lo menciona Castellanos⁹⁸, hay otro aspecto que debemos tomar en cuenta, y es la “adaptación”, ya que, los procesos psicosomáticos son desarrollados como nuevas formas de adaptación por el sujeto para que le sean menos problemáticos que la situación estresante que vive, con una relación nueva: enfermedad = refugio del sufrimiento.

Lo psicosomático pasa a ser una alternativa de afrontamiento hacia situaciones que sean aversivas y generen conflicto emocional, el individuo genera una comunicación diferente a la usual, de modo que usa al cuerpo como un conciliador ante la incapacidad de una respuesta y la situación desagradable, aun cuando esto signifique sacrificar el bienestar del cuerpo.

Gracias a los avances biomédicos se han encontrado nuevas formas de silenciar los mensajes de sufrimiento que el cuerpo está viviendo, pues, es más fácil tomar o extirpar el dolor y continuar con las labores diarias⁹⁹. Esto nos

⁹⁷ Molina Chicano, Dulce María. *Enfermedades psicosomáticas: la construcción de las varices*, México, Fes Iztacala, UNAM, 2006.

⁹⁸ Castellanos Ramírez, Alejandra. *Un enfoque holístico sobre la construcción de la dismenorrea*, México, Fes Iztacala, UNAM, 2006.

⁹⁹ Guerrero Benítez, Juan Carlos. *El síndrome del intestino irritable. Una aproximación psicosomática*, México, Fes Iztacala, UNAM, 2005.

demuestra que el ritmo de la sociedad va más acelerado que la realidad corporal, o que el cuerpo se encuentra con menos energía con la cual moverse, por lo que las funciones que debe atender no son realizadas con calidad y tiempo; cualquiera de las 2 situaciones, lo que es un hecho es que el ignorar los síntomas físicos y emocionales que se viven son indicadores de que hay algo que está creando un conflicto, y pueda acrecentar la intensidad y magnitud en un futuro.

Desde esta postura se le da un énfasis mayor a las emociones que a la conducta y a lo cognitivo, aunque no se pasan por alto los elementos anteriores; además, se ha demostrado que a la emoción le precede la cognición, por lo que a partir de la etapa infantil, se constituirá la vida emocional de la persona¹⁰⁰. Con esto se observa que el papel que juega lo emocional en el ser humano es de suma importancia, en cualquier área que se pretenda investigar, de manera que lo laboral, el aprendizaje, lo clínico o lo deportivo, podrá encontrar en las emociones un elemento que se puede agregar en sus paradigmas y metodologías como se realiza en la presente.

Para Durán¹⁰¹, las maneras en que se aprenden y desarrollan las formas de vivir y sentir lo corporal, son influenciadas por la región y cultura en que se vive, y es a través de las mediaciones sociales como entendemos lo corporal, pues lo vemos como algo físico en el cual lo emocional es aparte, al igual que la memoria corporal queda desplazada en lo ambiguo y olvidado, mientras que se le privilegia a lo cognitivo, o más específicamente al cerebro como rector de todo.

Bajo esta nueva epistemología se considera que “El hombre es su cuerpo”, de manera que no se incurra en aspectos que posicionen los dolores corporales

¹⁰⁰ Sergio López Ramos, Jorge Escobar Torres, Sergio Santamaría Suárez, Gerardo Hurtado Arriaga, Sandra Sánchez Rojas y Viridana García Alberto, “El cuerpo y las emociones en niños de grados iniciales en una primaria de Hidalgo” en *Revista Científica de Psicología*, núm. 13, 2012, pp. 109-114.

¹⁰¹ Norma Delia Durán Amavizca, “En el paradigma de la educación el cuerpo, ¿dónde?”, en *EDUCAÇÃO & LINGUAGEM*, núm.17, 2008, pp. 21-38.

en la racionalización, como lo es negar la producción y desarrollo del cuerpo, y suponer que son fruto de que algo “no está donde debe estar”, y esto hace pensar que con la actualidad el cuerpo tiene dificultad para afrontar la nueva realidad, ya que no vivimos las mismas exigencias de hace 2 mil años, aun cuando el cuerpo se el mismo, su funcionamiento es lo que ha cambiado y con ellos sus procesos.

Aunque también puede ayudar a enriquecer la concepción del cuerpo , además de los procesos complejos de lo psicosomático, y romper el paradigma dualista; y finalmente, la expresión de los órganos y emociones, se deben concebir como el aquí y ahora, el lugar donde se exprese el pasado, la intersección del cuerpo humano, la salud y la cultura¹⁰².

2.6 Memoria corporal

El termino de memoria corporal al cual aquí se hace referencia, es para remitirse al producto de la apropiación de aprendizaje de sentir lo que se hace, así como sentir los mensajes del cuerpo, tales como los deseos, los placeres, los gustos, los apegos, las frustraciones, las decepciones, el amor y odio, envidia, satisfacción, y las sensaciones que interactúan en la relación de la persona y como construye su realidad; pero usualmente, se ignoran o se le resta importancia, sobre todo por la pertenencia a una sociedad que no contempla esta área humana, y por el contrario, se le rivaliza con medicamentos, drogas o excesos de toda índole, pero que no se deje de cumplir con los objetivos en la escuela, trabajo o familia. La manifestación de esta memoria se hace ante desequilibrios orgánicos y psicológicos, de modo que las interacciones pasadas que han sido intensas o que no se han concluido son recordadas por las células de nuestro cuerpo¹⁰³.

¹⁰² Sergio López Ramos, “El cuerpo humano, la cultura y la salud”, en *EDUCAÇÃO & LINGUAGEM*, núm.17, 2008, pp. 39-57.

¹⁰³ Camacho Córtes, Cristina Eugenia. *La obesidad: un proceso psicosomático*, México, Fes Iztacala, UNAM, 2004,

Este autor propone que también se debe de tomar en cuenta a la memoria corporal como inherente del ser humano desde la gestación, pues esta memoria se aleja del cerebro y se acerca a las relaciones del individuo con otros. Durante el embarazo es común que se relacionen las emociones y el gestado, pues ante la expectativa del nacimiento del niño se generan diversas emociones en los padres, sus familias y hasta en los amigos, de modo que cada proceso es único y con ello conlleva una serie de emociones, en algunos casos alegría, en otros tristeza, y en la mayoría de casos que se dan en México, no se cuida la parte emocional, pues la alimentación y actividad diaria son primordiales, pero no hay difusión sobre las emociones que transmiten o mejor dicho, como lo emocional gesta un cuerpo, sin dejar pasar los casos en los que se le habla a través del vientre o en los que no se realiza esto, o ya sea cuando se deprime la madre o se encuentra estresada, se comienza a desarrollar el contexto para que se presenten enfermedades y alteraciones orgánicas de orden biológico y psicológico en el gestado. Cabe señalar que durante el embarazo el único síntoma universal es la ausencia de menstruación, lo que demuestra que los malestares son acompañados por emociones como ansiedad y otros, en el caso del feto, estas emociones generan una marca o experiencia en él como un antecedente de las primeras emociones vividas o mejor dicho una memoria corporal.

La autodestrucción en los cuerpos se relaciona con la información que se guarda y el momento en que brota no es algo predecible en cuestión de tiempo, sino que depende de los procesos, así como el modo en que se trabajen a partir de lo corporal, por eso después de la sociedad industrial la memoria cambió, así que la mortandad de niños y grandes, quienes no murieron por ser débiles sino con la memoria corporal de los padres que entran en otra fase, en el de competir para vivir; sin embargo, estos cuerpos son difíciles de encontrar hoy en día¹⁰⁴.

¹⁰⁴ Sergio López Ramos. *Historia del aire y otros olores en la Ciudad de México 1840-1900*, CEAPAC y Miguel Ángel Porrúa, 2002c.

2.7 Alimentación

En este punto se abordará la relación de la alimentación con el cuerpo como microcosmos, pues no se debe de olvidar que “somos lo que comemos”.

Dentro de las áreas de la salud este punto es de relevancia pues el desarrollo humano no puede darse cuando no hay una buena alimentación, en la actualidad se ha dado énfasis en la nutrición para el desarrollo de los niños, y se llega al punto de la prevención, pues ya se empieza a comercializar la idea del ácido fólico para prevenir síndromes en recién nacidos, así como para el fortalecimiento de la mujer embarazada, y en psicología no hay excepción, al analizar la conducta se debe de tomar en cuenta la alimentación, por ejemplo, en la psicología educativa si se presenta un caso de bajo rendimiento escolar, se debe de tomar en cuenta si el estudiante desayuna antes de ir a la escuela, pues este puede ser causa de la conducta de bajo rendimiento escolar.

Para Herrera¹⁰⁵ la alimentación es importante pues es el primer lugar para adquirir energía que sirva para superar procesos básicos del pensamiento, de modo que lo que comen los niños recién nacidos y 5 años es fundamental para que los niños puedan realizar operaciones simbólicas de mayor complejidad; sin embargo, también incluir en la alimentación la relación de su cuerpo con su geografía, pues la historia de México guarda en los cuerpos un proceso de conquista en el que los cambios genéticos dieron lugar a 2 grupos sanguíneos, la A o B, que tiene base genética lo europeo y la O, que la mayoría de mexicanos tiene, esta última implica que la alimentación consumida debiera ser más parecida a la de los indígenas.

Por otro lado, se han realizado diversas investigaciones que relacionan la conducta con la alimentación, pues en un trabajo se halló que los prisioneros que

¹⁰⁵ Irma Herrera Obregón, “La metodología alternativa”, en Sergio López Ramos, *Formación de estudiantes en psicología*, México, CEAPAC ediciones, 2012b.

tomaron suplementos alimenticios en 4 meses disminuyeron sus comportamientos agresivos un 37%; en otro trabajo, a delincuentes juveniles se les dio una alimentación mas balanceada con el resultado de un 20% de mejoría en la población, de los cuales un 47% de ellos mostró una disminución de su conducta antisocial, y para terminar se encuentra una correlación entre el aumento de la hiperactividad y la “comida chatarra”¹⁰⁶.

Herrera¹⁰⁷ menciona que el efecto de la alimentación tiene una influencia en las personas, pues brinda el ejemplo de la carne, supone que si se deja de comer carne por un tiempo, se halla una manera diferente de percibir las sensaciones corporales, pues disminuye la pesadez y somnolencia, así como el estado de ánimo y la disposición de realizar actividades, y agrega que : “Éstas son algunas de las condiciones que permiten al hombre redescubrir sus potencialidades y revalorizar otras formas de aprendizaje a través de una disposición corporal diferente, que le permita reconectar con sus sensaciones y desatrofiar un poco estas otras vías de crecimiento para el sujeto” (P. 156).

2.8 La familia

Uno de los integrantes en la constitución del cuerpo es la familia, por ser la principal institución en la cual se organiza la sociedad; y uno de sus elementos que interesa en este punto es su función como base para la conformación y aprendizaje de lo emocional, pues es en esta organización donde se aprende como expresar, recibir, manejar y vivir las emociones, ya que esto será la base emocional que acompañara a la persona en su vida. Como lo menciona Ribes y

¹⁰⁶ José R. Rodríguez, Michael J. González y Jorge Miranda, “Deficiencias nutricionales y comportamientos inadaptados: un posible nuevo paradigma para la prevención de conductas agresivas”, en *Psicología y salud*, núm. 18(002), 2008, pp. 199-206.

¹⁰⁷ Irma Herrera Obregón, “La construcción social y personal del cuerpo humano”, en Sergio López Ramos. Óp. Cit., 1998.

López¹⁰⁸, el elemento social del medio ambiente en el que se desenvuelven los seres humanos, por su naturaleza conlleva a consecuencias en el que la interacción del individuo con su contexto están mediadas y regidas por convenciones, es decir, la cultura y sus subconjuntos, la sociedad y la familia se internalizan en las personas. La familia abre la posibilidad de identificar la familia, sociedad y cultura como un elemento del macrocosmos de los organismos humanos.

Para la construcción de un estado saludable o enfermo se debe de hacer una lectura minuciosa, dicho proceso está influenciado por las relaciones familiares. El cómo se relaciona la persona con los integrantes de su familia se materializará y somatizará en su propio cuerpo, no obstante en el análisis familiar, también debe incluirse su desarrollo histórico-social en lo geográfico y cultural. A partir de esto, puede decirse que la relación madre e hijo permite el desarrollo de una posición corporal y así también su sentir y un asidero emocional, es decir, un lugar en el cual las quejas, frustraciones y sentimientos serán depositados y corregidos, aunque no solo por la madre, sino por el padre, hermanos, y familia en general; por lo que, al analizar las emociones y su proceso en el cuerpo es indudable no incluir la familia y su transmisión de patrones de crianza y emocionalidad, siendo estos aprendidos de manera indirecta y no espontánea¹⁰⁹.

Al respecto de la familia, Herrera¹¹⁰ menciona que cada familia interpreta a su manera la vida y la muerte, y el paso de la enfermedad de uno a otro, y que entender de la concepción acerca de lo que es estar enfermo. Dentro de la familia, el enfermo tendrá una significación, que modifica la relación con familiares y as

¹⁰⁸ Emilio Ribes Iñesta y Francisco López Valadez. *Teoría de la conducta: un análisis de campo y paramétrico*, México, Trillas, 1985.

¹⁰⁹ Rubio Piña, Santana. *La construcción de la gastritis como enfermedad psicósomática. Cuerpos protestando*, México, Fes Iztacala, UNAM, Tesis de licenciatura, 2006.

¹¹⁰ Herrera Bocanera, Nadine Yazmin. *La obesidad: un proceso psicósomático*, México, Fes Iztacala, UNAM, Tesis de licenciatura, 2009.

través de la enfermedad saber qué punto esta enfatizando dicha necesidad familiar, sin pasar por alto que redirecciona conceptos como salud en la relación familiar.

2.8.1 Constelaciones familiares y la enfermedad

De acuerdo con Champetier¹¹¹ las constelaciones familiares en la enfermedad se fundamenta en una relación íntima ante los padres y la salud, la noción de exclusión y excluidores, así como la relación espíritu-excluidorres-excluidos, pues esto genera una significación de la enfermedad. Los desordenes en el sistema familiar tiene se refleja en el cuerpo del o de los descendientes, al igual que los síntomas muestran relación consigo mismo o con un antepasado; así mismo se habla que cada emoción se relaciona con el cerebro y con el órgano que rige esa parte del cerebro. Se retoma las emociones ya que son señales que vienen del interior que facilitan adaptarse al entorno una vez que cambia, sin embargo, hay veces que se retoman emociones de los antepasados con quien hay una vinculación especial. La relación con los padres es importante ya que al juntarse los óvulos y espermias se junta también a los hombres y mujeres de la rama materna, así como de la paterna, así la salud física es dada a través de la madre y la física por medio del padre.

Champetier¹¹² menciona que el dolor lumbar esta asociado a la frustración sexual, la fuerza y la dignidad, así como sus estructuras como los ligamentos, huesos y tendones con la desvalorización y músculos con miedo a no poder huir o atacar.

¹¹¹ Brigitte Champetier de Ribes. *Constelar la enfermedad desde las comprensiones de Hellinger y Hamer*, España, Gaia ediciones, 2011.

¹¹² Brigitte Champetier de Ribes. Óp. Cit., 2011.

2.9 Una epistemología integral

Actualmente el cuerpo es vivido desde una visión autoritaria y que es heredada por medio de lo social, esto no sorprende en la homogeneidad de lo que se aprende, ya sea el sentir placer, asco, enfermarse, dormir, recrearse, y un sinnúmero de cuestiones. Para entender los procesos vitales, se debe dejar en claro que la percepción de salud es la armonía o equilibrio entre órganos y emociones que pueda poseer un individuo en un espacio y tiempo. Para entender los procesos psicosomáticos se debe de tomar en cuenta una unidad vital, la unidad órgano-emoción, sin mencionar que esta visión es una expansión del enfoque en que la vida es la expresión de 2 aspectos interconectados¹¹³.

La lógica cartesiana puede realizar una lectura, pero es fragmentada como se ha visto; sin embargo, una lógica que sea integral permite observar los nuevos procesos que tienen lugar en la realidad de este tiempo¹¹⁴. Entonces los modelos occidentales de la salud, cada vez voltean más hacia lo hecho en oriente, y se interesan por sus métodos tradicionales por tener resultados favorables en fenómenos de orden orgánico.

Lo anterior es de relevancia en el trabajo realizado por Campos¹¹⁵, pues menciona que los procesos psicosomáticos como resultado de enfermedades crónicas y degenerativas pasan de largo a los ojos clínicos por la fragmentación del cuerpo, sin considerar aspectos como el ki, el cual supone 2 tipos, el heredado y el adquirido, el primero es la energía que heredan los padres a sus hijos, mientras que el segundo es proveniente de los alimentos el aire, en sí de lo externo, por lo que propone que se retome la teoría del yin y el yang, además de

¹¹³ Juan Elías Campos García. *El problema epistemológico de lo corporal. Dos propuestas explicativas del cuerpo humano*, México, CEAPAC ediciones, 2011.

¹¹⁴ Sergio López ramos. *Reflexiones para la formación del psicólogo*, México, UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO, FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA, 2008.

¹¹⁵ Juan Elías Campos García. Óp. Cit., 2011.

la teoría de los 5 elementos, cuya realidad se presenta articulada, pues los procesos no se someten a una causalidad unilineal, si se apropia al cuerpo como un microcosmos se inclinará por la búsqueda de algo que permita su unidad, mirando al interior, pues, no se habla de causalidad, sino de condicionalidad, de modo que, un hecho pasado no determina sino que predispone su continuidad, dada su significancia para el presente. La teoría del Ying y Yang promueve la relación interdependiente entre las sensaciones y los conceptos, en esta unidad las ideas ordenan la realidad por medio de categorías conceptuales lo que se siente y las acciones de cambio, por otro lado, se expresan en tenues sensaciones donde se experimenta el choque con la realidad; sin embargo, no debe de entenderse esta teoría como dos elementos contrarios, como el sol y la noche o por poner ejemplos, sino que es una relación de interdominancia, pues, difícilmente un elemento es reconocible como tal, pues hay noche debido a que el sol se oculta, y de manera inversa la luna con el día, para que exista uno, se necesita el otro elemento que lo complementa. En consecuencia, existen 4 maneras en que se relacionan el ying y el yang:

-La oposición, en está, el ying y el yang se ligan para lograr una cooperación mutua que permita el control de las exaltaciones en una de estas 2 energías para que se mantengan en armonía y evite que colapse el sistema, la alternancia de ambas propiedades facilita la identificación del punto en el que se rompe la armonía, y de manera inversa, su restablecimiento.

-Interdependencia, aquí se encuentra una dependencia, pues la existencia de uno, dependerá si existe el otro; asimismo, en esta unidad única, uno se opone al otro. Si se distinguen es para confirmar su complementariedad, independencia y unidad para así romper los dualismos y proponer un microcosmos.

-Decremento-incremento. Para la interdependencia ying-yang, lógico que mientras uno crezca el otro disminuya y viceversas, dado que es un solo movimiento. Dentro de esta característica hay 2 posibles rutas; la de exceso, se

habla de exceso cuando por ejemplo, la cantidad de yang permanece y la de ying aumenta y lo mismo pasa con el yang, no obstante, si esto se continua, la energía de ying o yang que permanezca se verá permeada y el exceso de ying o yang terminara por consumir al ying o yang, dependiendo del caso que sea; la segunda ruta es la de carencia, esta hace referencia a cuando ying mantiene una misma cantidad y yang disminuye, y viceversa, la desarmonía se da por la disminución en una parte de esta unidad, por lo que da como resultado dificultad para mantener y/o establecer relaciones entre ying/yang. Las rutas mencionadas, condicionan el generar redes de cooperación internas de un espacio, y sus resultados se reflejan en decremento o crecimiento de propiedades del ying y yang.

-Intertransformación. Implica que tanto ying como yang puede transformarse en el otro; la intertransformación refleja únicamente un movimiento, siendo lo interno y externo, el movimiento interno expresa nuestro alrededor y viceversa por eso es un solo movimiento; esta relación es fundamental para que un espacio sea cultivable y no se diluya, además como diaria el autor: “La relación de intertransformación regula todo proceso del cosmos, y necesariamente yin y yang tienen que cambiar en su opuesto, pues el cambio es lo que permite la elaboración y reelaboración del cosmos, así como también su cese” (P. 230)¹¹⁶.

Por lo que hay una propuesta, una sensibilización a la presencia de procesos que no son tomados en cuenta por modelos disciplinarios actuales, es decir, “hacer trabajo corporal”, que es algo que se traduce en revelar la unidad interior que cada cuerpo humano tiene, más específicamente es ordenar los pensamientos, emociones y necesidades orgánicas para hallar la realidad de una vivencia, la cual, está articulada por sensaciones, olores, intuición y la sensibilización de una conciencia corporal, lo cual puede ser llevado a cabo por la meditación zazen, de manera que esta apropiación corporal, postula un sentido epistémico alternativo.

¹¹⁶ Juan Elías campos García. Óp. Cit., 2011.

2.10 Teoría de los 5 elementos

Otra manera de realizar investigaciones sobre el comportamiento humano es el análisis propuesto por el Doctor Sergio López Ramos, es el de realizar una lectura del cuerpo y sus procesos incluyendo las enfermedades, con una visión integral, a partir de la teoría de los 5 elementos. Por lo que sostiene que los elementos madera, fuego, tierra, metal y agua, tienen una íntima relación con el ser humano, y se extiende a lo cultural, político, social, nutricional y emocional; no obstante, dichos elementos no deben ser vistos como meras sustancias u objetos palpables, sino que sean considerados desde una perspectiva funcional en lo que refiere a los procesos y momentos de cambio en el interior.

A partir de que López¹¹⁷ observa que el rompimiento de la armonía de la relación cuerpo-naturaleza se desata una alteración en el funcionamiento de los órganos, pues, algunas veces se les hace trabajar demás, se atrofian o sufren una deformación, por lo que el desequilibrio en la energía correspondiente a cada órgano es influenciado por la represión o exaltación de alguna emoción e implica la construcción de las patologías, las enfermedades crónico-degenerativas, sin olvidar lo que se denomina psicósomático. Dichas relaciones al interior del cuerpo quedan representadas en la tabla 1.

¹¹⁷ Sergio López Ramos. *El cuerpo humano y sus vericuetos*, México, Miguel Ángel Porrúa, 2006.

NATURALEZA							CUERPO HUMANO						
5 NOTAS	5 SABORES	5 COLORES	CRECIMIENTO Y DESARROLLO	FAC-TORES AMBIEN-TALES	5 ORIENTA-CIONES	5 ESTA-CIONES	5 ELE-MENTOS	5 OR-GANOS ZANG	5 OR-GANOS FU	ORGANOS DE LOS 5 SENTIDOS	5 TEJIDOS	5 EMO-CIONES	5 VOCES
JIAO	AGRIO	VERDE	GERMI-NACION	VIENTO	ESTE	PRIMA-VERA	MADERA	HIGADO	VESICULA	OJOS	TENDON	IRA	GRITO
ZHI	AMARGO	ROJO	CRECI-MIENTO	CALOR	SUR	VERANO	FUEGO	CORA-ZON	INTES-TINO DELGADO	LENGUA	VASOS	ALEGRIA	RISA
GONG	DULCE	AMA-RILLO	TRANSFOR-MACION	HUME-DAD	CENTRO	VERANO TARDIO	TIERRA	BAZO	ESTOMA-GO	BOCA	MUSCU-LOS	ANSIE-DAD	CANTO
SHANG	PICANTE	BLANCO	COSECHA	SEQUE-DAD	OESTE	OTOÑO	METAL	PULMON	INTES-TINO GRUESO	NARIZ	PIEL Y PELO	MELAN-COLIA	GEMIDO
YU	SALADO	NEGRO	ALMACE-NAMIENTO	FRIO	NORTE	IN-VERNO	AGUA	RIÑON	VEJIGA	OREJAS	HUESOS	PANICO Y MIEDO	GRUÑIDO

Tabla 1. Las cinco categorías de las cosas clasificadas de acuerdo a los cinco elementos (Recuperada de Zhang Jun y Zheng Jing, 2011)

Asimismo, López¹¹⁸ sostiene que todos los elementos están interconectados con los demás, de la siguiente manera:

Elemento madera

Al elemento madera se ubica en el hígado y vesícula biliar en el cuerpo, se extiende a los tendones los ojos, la piel, se identifica con el sabor agrio, y le corresponde la emoción de coraje e ira, que presentan un avance lento en el individuo. Desde esta visión, este elemento está íntimamente emparentado con el origen de las cosas, además claro de los elementos restantes: fuego, tierra metal y agua. A partir de este elemento se pueden identificar los trastornos del clima, la presencia y ausencia de la lluvia, así que los arboles son los mediadores entre uno y otro. La madera de los arboles se encuentran en los cuerpos humanos, ya sea en el aire expulsado por ellos y que el ser humano respira, o se ve en la menstruación, la nutrición de la sangre como la savia que circula en los arboles, la

¹¹⁸ Sergio López Ramos, Óp. Cit., 2006.

similitud entre la función del árbol y el hígado es la de dar vida ya que se alimenta el torrente sanguíneo de los cuerpos, así que si el árbol muere ya sea porque se seca o se hincha se acaba parte de la vida; igual el hígado si presenta fallas en su funcionamiento por falta de energía, el tejido sanguíneo conlleva a las enfermedades, o en algunas de sus multifunciones, se observa que las personas tendrán ojos blancos o amarillentos, o una hepatitis, en resumen, si hay una falta de armonía en este órgano repercutirá en la manera de morir, de modo que se observa que hay árboles capaces de vivir más de 500 años gracias a la armonía en que se encuentran y su enseñanza de que la armonía entre las emociones se encuentra en la longevidad y calidad de la vida. Ahora bien, se ha demostrado como un árbol y el hígado y la vesícula biliar trabajan para el mantenimiento de un cuerpo y esto nos lleva más allá de la simple función fisiológica, pues, se observa como es el crecimiento de los arboles en las ciudades: pobre, deficiente y se encuentran limitados en estas, al igual que el cuerpo no deja de tener un exceso de ácido úrico o bilirrubina, a nivel emocional el estrés y condiciones de sociedades industriales hace que se facilite la ira, las presiones sociales evocan a que una persona sea más susceptible a reaccionar iracundamente por medio de lo verbal o lo físico; como las grandes y medianas ciudades se van quedando sin el elemento madera, son propensas a carcinomas hepáticos o litios en la vesícula biliar, gracias a una nutrición rica en sales y grasas, sin olvidar que hay una latente explosividad de su ira, si se juntan los rubros anteriores, se tendrá como resultado una población quejosa de un dolor al costado derecho. Dicho dolor no puede ser atendido por un remedio que limpie el jugo biliar, se debe de ir más allá, el cuerpo exige el control de la emoción, si se domina el impulso de atacar por ira, en lo futuro se reducirá la probabilidad de alojar la emoción de ira que destruye los cuerpos, lo que permitirá identificar al cuerpo no como un gran almacenaje de emociones, sino como un espacio donde fluyen. No obstante, el elemento madera da las oportunidades del principio de la vida que como ya se ha mencionado es la cooperación, pues en una ciudad que se deja llevar por el modelo darwinista del más apto y que enaltece la competitividad, otorga a los no aptos o no ganadores un sentimiento de coraje, que a todos acompaña, ya que no hay quien no haya

sentido frustración, rabia o sentimientos iracundos hacia la persona que se encuentre más cercana, haciendo que el principio de vida queda en una ilusión y la población con una indiferencia de los mensajes corporales, de manera que no se le deja expresar al hígado y prestar atención a su disfuncionalidad; para seguir en la competencia se silencia y se calla al cuerpo, por ejemplo, con bebidas alcohólicas. En una sociedad como la mexicana la cooperación y la competitividad son 2 conceptos contrarios, mientras se enaltece uno, se minimiza al otro, hasta el punto de verlo como una debilidad; visto desde la política, se entiende mejor porque la cultura mexicana es competitiva, pues los políticos matan y estafan hasta las últimas consecuencias en favor del triunfo individual. Finalmente, la madera da vida al fuego, e interacciona con el hígado, la vesícula biliar, el sabor agrio, y la emoción llamada ira.

Elemento fuego

El elemento fuego se vincula con el corazón, con los órganos corazón e intestino delgado, un sabor, el amargo, y con la emoción alegría. El microcosmos que es el cuerpo se asemeja a su macrocosmos, en este caso el planeta, en que ambos tienen un fuego por dentro que se encarga de mantener vivo al cuerpo y al planeta, respectivamente. Se le atribuye la función de mandar litros de sangre continuamente a lo largo de toda su vida, junto con el intestino delgado se encargan de llevar los nutrientes que alimentan al cuerpo y evitar que mueran las células, en este órgano ubicamos cambios a nivel emocional, pues si se está enojado, triste, angustiado, con miedo o alegría, se registrara un cambio en la frecuencia de latidos del corazón dando mensajes de lo que se siente, en conjunto con el movimiento del intestino delgado se puede si se quiere o no, cambiar los sentimientos, aun cuando existe esta posibilidad hay individuos que hacen mención de que se sienten satisfechos con su vida y que les gusta dicho modo de vivir, aunque, pareciera que el “fuego de su vida” se les apaga. Este elemento esta por doquier, pues a veces el calor del corazón va a la cabeza causando una confusión en las pasiones o en la vida, o a la racionalidad que enfrasca a la

necedad. El buen funcionamiento de los elementos es el equilibrio, pues con la cooperación se pueden almacenar y distribuir los nutrientes, por eso si el corazón presenta sangre en exceso, el corazón sufrirá mucho porque la persona tendrá dolor de cabeza, ojos, mareos y puede llegar a una hipertensión, dando una alerta al cuerpo de defensa y escape. Como el fuego en el corazón puede causar alegría o su pérdida en caso de que se apague, también puede aquietar una fiebre, un musculo o una glándula, desde el punto de vista fisiológico. Dicho fuego, puede ser acabado con el colesterol y triglicéridos, ya que se pegan a las arterias y vasos sanguíneos, y se puede desarrollar una trombosis que dificulte la circulación del tejido sanguíneo, y es donde hace su aparición el principio de la vida, porque iniciarán a cooperar las redes de distribución sanguíneo con el fin de evitar que zonas del cuerpo empiezan a necrosarse. La pérdida de la alegría de vivir, será observada en su bajo pulso de la tensión arterial, por el lado de las emociones el sentimiento de amor puede llegar a hacer crecer el fuego, o crear una codependencia, si se conjuga el ritmo cardiaco con la ira, el resultado puede ser que acabe con la alegría de vivir y una tensión arterial alta. El corazón es visto funcionalmente como un hermano para el intestino delgado e hijo con el hígado y vesícula biliar. En este punto se muestra que una emoción puede ir contra otra y manifestarse en una enfermedad, además de que el agua puede acabar con el fuego.

Elemento tierra

El elemento tierra tiene conexión con el estomago, el bazo y el páncreas, que tienen una relación de hijos con los órganos anteriores, así como con la emoción ansiedad y el sabor dulce. El estomago es el órgano en el cual se recibirán no solo los alimentos, sino también las emociones y sensaciones que pueden alterarlo, por lo que no sorprende que se popularicen en la población las úlceras y gastritis. El estomago y el bazo se relacionan para el proceso del apetito que propicia una buena digestión, para esto, el páncreas y el bazo cooperan para que los alimentos se procesen de forma correcta para que esta función no recaiga

sola en el intestino y no se presenten deficiencias al momento de absorber vitaminas, minerales y más. Como se ha mencionado en el estomago llegan las emociones, sin embargo, si una se instala ahí, puede causar estragos que culminen en un cáncer o una gastritis, además de que si hay un sabor que domina a la persona, este será consumido preferiblemente dando como resultado irritación, inflamación o acidez, de la misma forma hay una estrecha relación entre ansiedad y cáncer de estomago, dada la alteración de la membrana del estomago y la constante secreción de jugos. A partir de que llega una emoción al estomago, se conjugará con el resto de emociones que hay en el cuerpo haciendo que se quede en el órgano más debilitado; por lo que es necesario no permitir que dicha emoción se instale en la memoria corporal. Por otra parte, la tierra como el estomago, son el lugar donde se cultivan los alimentos y las emociones, respectivamente, pues depende de que emoción se coseche, es el resultado o enfermedad que se tendrá. Bajo esta perspectiva se observa que el contacto que se tenía con la tierra se ha roto, pero no solo por los individuos, sino también por parte de los alimentos, ya que se encuentran ajenos a los nutrientes de la tierra; por lo tanto los alimentos artificiales y refinados provocan una alteración en el funcionamiento del páncreas, promoviendo que el sabor que se consume con mayor frecuencia será el dulce. Al consumir más cantidades de dulces crece también la de azúcares y almidones, que se traduce en un incremento en la producción de insulina haciendo que se deje de producir de modo natural, al grado de desarrollar enfermedades como lo es la diabetes mellitus. La relevancia que tiene el estomago y bazo-páncreas es en 2 niveles, a nivel nutricional y emocional, pero es ahora donde se presta atención a estos como un lugar de cultivo de la vida, por medio de alimentos y emociones, y como si hay una carencia emocional se pueda suplir con un alimento, creando una ansiedad diaria. Su forma de cooperación con otros órganos es importante, ya que, si los órganos del elemento tierra no trabajan con el hígado y vesícula biliar, se presentará una anemia, y por otro lado, si la madera no se desarrolla no dará lugar al fuego, y viceversa donde hay fuego hay cenizas, o mejor dicho tierra.

Elemento metal

Al elemento metal le corresponden la emoción de melancolía o tristeza, el sabor picante, y el intestino grueso y pulmones. Su relación con los otros elementos es la siguiente: el oxígeno de los árboles produce el fuego, el resultado son cenizas que generan tierra y a su vez, alberga los metales. Los pulmones y el intestino grueso tienen la función de eliminar residuos, el proceso de respiración no se limita a oxigenar la sangre, sino que provoca una reacción química que elimina los residuos del bióxido de carbono y los metales pesados, evitando que se queden en los pulmones y sangre y puedan afectar al cerebro, piel, u otro órgano y así se elimina la posibilidad de que el cuerpo muera, aunque también la piel se encarga de esto. El hierro es parte del proceso de oxigenación corporal, y sin este nutriente las células de la piel evitarían el viaje del oxígeno. Aun cuando la emoción correspondiente a este elemento es la tristeza, los efectos se manifiestan en las relaciones afectivas con otros, y el resultado de la intersubjetividad. Las alteraciones en el pulmón e intestino son más notables por realizar la función de excretar, pues si presentan una anomalía, no se presentarán evacuaciones correctas, todo esto si la emoción tristeza llega a dichos lugares. Se tiene que aclarar que los humanos no tienen la capacidad de respirar cualquier cosa, en gran parte por tener la responsabilidad de oxigenar la sangre y desechar los residuos del cuerpo, es realmente algo difícil en parte por la mala calidad del aire en la ciudad, y por los conflictos emocionales que tiene la población. Ahora bien, el sabor picante tiene un efecto a nivel fisiológico, pues genera la producción de endorfinas causando un relajamiento en el cerebro, y en el caso de las depresiones, éstas repercuten en el sistema inmunológico y la respiración, por lo que es más frecuente que alguien se enferme en estos estados de ánimo; y no solo eso, en el caso del intestino grueso, la presencia de problemas de evacuaciones pueden promover colitis en casos crónicos hasta cáncer en casos más severos. En la interrelación, con los otros elementos, se supone que el hígado puede afectar el colon y el pulmón. De otro modo, la contradominancia dice

que la madera funde al metal, y la segunda relación el colon y pulmón afectan al hígado y vesícula biliar, es decir, metal corta madera.

Elemento agua

El elemento agua es correspondiente a la vejiga y el riñón, en los cuales se aloja el miedo, pero esta emoción dificulta el control de esfínteres uretrales y anales, además de que esta emoción puede paralizar al cuerpo y la razón, o decrementar la alegría de la vida. Su función de este órgano es la de filtrar la sangre periférica del cuerpo, que posteriormente manda a los pulmones para que sea oxigenada y termina por depositarla en el corazón, aunque su funcionamiento depende en parte a los demás órganos. La importancia del riñón queda manifiesta en la longevidad del individuo, por ejemplo, la insuficiencia renal, esta enfermedad demuestra que un riñón que funciona mal arrastra el riesgo de mortandad junto con él; por lo que la unión emociones-alimentación es de vital importancia haciendo de la filtración de nutrientes y residuos una tarea imprescindible. A primera vista, las fallas que presenta el riñón se pueden observar en los ojos, manos y pies hinchados, dolor de sacro, baja de libido, problemas en los huesos; sin embargo, para el buen funcionamiento de dicho órgano, es tomar agua natural, no ingerir refrescos ni picantes e irritantes en exceso, así como no consumir azúcar y sal en demasía. El agua como su elemento, pero en exceso puede apagar el fuego del corazón, y en los pulmones se pueden llenar de este elemento y dificultar la respiración, y dado que su emoción es el miedo se le suele asociar con la cistitis y la diabetes. Su relación con los elementos restantes, es similar a la de los ríos de la tierra, ya que si el agua está contaminada no les sirve a los seres vivos, de igual manera los cuerpos que tengan un mal funcionamiento en el riñón, usualmente presentarán dolores renales.

Al hacer esta lectura de los elementos se debe de tomar en orden de las manecillas del reloj. Por lo que, no hay elementos aislados entre sí, todos están en una conjunta interacción continua, hay 3 niveles de relación, como lo muestra la

figura 7. El primero es la de *intergeneración*, que es el que promueve el crecimiento, debido a que sostiene que los órganos se articulan de uno en uno, generando una relación de madre e hijo o generado y generador en base al principio de la vida, cuya participación de un elemento precede a otro, en un espacio que es el cuerpo y tiempo que es lo corporal, o dicho de otra manera, la historia ontogenética del individuo, y se debe de tener una armonía entre el interior y lo exterior. La segunda es de *interdominancia*; en esta relación el microcosmos está establecido y tiene autonomía, es decir, se relaciona con otros y sus intersubjetividades, y a su vez estas afectan al microcosmos, lo que implica un control e inhibición mutua. Se inicia la excreción por medio de la emoción la apariencia corporal, un sabor, el color de la piel, la voz y la cara, a partir de aquí se trasciende la cooperación por los efectos que se generan, de modo que el hígado domina al páncreas, páncreas a riñón, riñón a corazón, corazón a pulmón y pulmón a hígado, y a su vez las emociones que les corresponden, ira, ansiedad, miedo, alegría y tristeza. Un desequilibrio en estos 2 elementos se refiere a la pérdida o acumulación de energía. En tales órganos se encuentra una caracterización de padre, madre e hijos, lo que se traduce en que cualquier órgano puede ser madre, dependiendo de la relación que se tenga con el elemento precedente, esto en la primera relación, es esta relación la madre puede dominar al órgano que es hijo o padre, o como lo menciona el autor: "También se puede seguir la ruta del desequilibrio sea emocional u orgánico y encontrar donde se ha instalado, la manera de hacerlo es haciendo la correlación con su estilo de vida donde podemos encontrar los sucesos, excesos y abandonos corporales que permiten hacer una ruta del cómo se construye su problemática con el cuerpo" (p. 92). En la tercera y última relación que se llama *contradominancia*, se encuentra que al contrario de lo anterior se lee en contra de las manecillas del reloj, y la dominancia queda como lo siguiente:; hígado domina pulmón, pulmón puede dominar a corazón, corazón puede dominar a riñón, riñón puede dominar a páncreas y páncreas domina a hígado. En cuanto a las emociones: ira domina a melancolía, melancolía a alegría, alegría a miedo, miedo a ansiedad y ansiedad puede dominar a ira. En este nivel, la característica es que el macrocosmos

presenta un mal funcionamiento, ya que se invierten las relaciones, a nivel emocional se puede encontrar un odio, un reclamo o algún otro sentimiento de esta índole, a nivel orgánico se encuentra un tumor, un cáncer o competencia con otros órganos; para llegar a este nivel se debe de pasar por alto los mensajes corporales, ya sea que se silenciaron socialmente o gracias a los medicamentos, esto se puede si se llega a aprender a equilibrar las emociones y vivir en armonía con el macrocosmos.

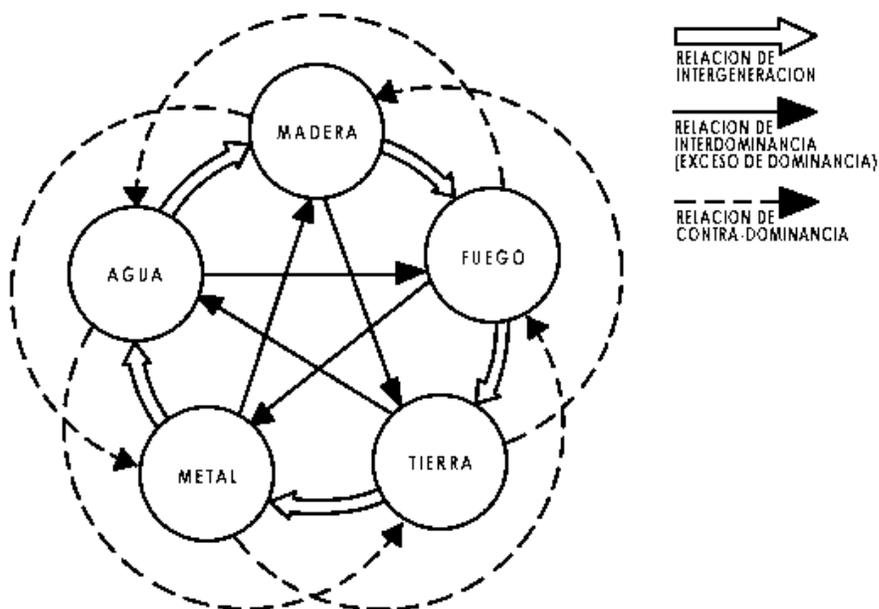


Figura 7. La relación de intergeneración, interdominancia y contra-dominancia entre los 5 elementos (Recuperada de Zhang Jun y Zheng Jing, 2011)

2.11 La salud y la enfermedad

Desde el siglo XIX y XX en México la medicina alópata se ha caracterizado por tipificar la salud social en términos de pandemias y epidemias a partir de lo fisiológico y biológico, con la premisa de que lo exógeno, lo tangible como lo son los hongos, virus o bacterias, es donde se pueden hallar las explicaciones de la enfermedad; para el año de 1849 el estilo de vida reinante están en función de cómo viven los principales países en desarrollo económico, lo cosmopolita en

cómo se vive en la ciudad, lo que incluye una estimulación de los 5 sentidos más sofisticada, así entra en vigencia placeres que promueven un nuevo uso social al cuerpo, como los sabores dulces y agridulces, también la estimulación de las pupilas a través de colores y movimientos como los videojuegos, y se presenta la inserción a un sistema de trabajo rico en estrés, competencia y sin una vida personal, pero al dejar la prosperidad en manos de la ciencia se ha alcanzado mayor locura, enfermos y enfermedades, que actualmente esta realidad se encuentra en los cuerpos de los mexicanos¹¹⁹.

La visión de salud del siglo pasado sigue estando presente debido a que los individuos mantienen una interpretación del mundo debido a que están sujetos a los deseos de otros y su cultura, por lo que lo psicosomático es una realidad social se convierte en una posibilidad de vivir que no considera situación económica, y de manera individual se opta por elaborar una red interna a través de articulaciones, órganos o una sintomatología¹²⁰.

Las instituciones por su parte, especifican qué, cómo y dónde se debe sentir, haciendo de lado la individualidad, lo que implica una manera de socializar que no permite el reconocimiento y aceptación de lo que se siente, lo que da cabida a la competencia social, sin que las instituciones noten que es un modo de componer condiciones de peligro como lo puede ser el exceso de trabajo, pues somete a un cuerpo que llega a su límite, pues esta explotación trastoca los límites de un estilo de ver y vivir, como consecuencia surge un elaborado mecanismo de defensa como respuesta a una situación que mata al organismo, así que se

¹¹⁹ Sergio López Ramos, Irma Herrera Obregón, Arcelia Lourdes Solís Flores y Norma Delia Durán Amavizca, "Hacia una nueva epidemiología psicológica", en Sergio López Ramos, *Una mirada incluyente de los psicólogos de Iztacala. Hacia una nueva construcción de la psicología*, México, UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO, FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA, 2007.

¹²⁰ Sergio López Ramos. *Lo corporal y lo psicosomático. Reflexiones y aproximaciones I*, México, CEAPAC y Plaza y Valdés, 2002a.

encarnan las experiencias de la vida, percepción, sensación y emoción, y finalmente se manifiesta en el accionar del sujeto sobre su medio¹²¹.

Para Ávila, Salinas y Silverio¹²² es en el cuerpo humano donde se puede localizar su relación con lo externo, como un productor de sus condiciones de vida, de su ontogenética, su historia social y civilizacional, así como su fiel producto, pues con el advenimiento de la sociedad industrial se potencializaron las enfermedades, pues el colapso cultural se dio con la emigración del campo a la ciudad dándoles una desventaja pues se tienen que adaptar una nueva cosmovisión, ya que su visión y conceptos son discriminados, por lo que se encuentra descomposición familiar y nuevos problemas sociales y de salud, dado que el abandono afectivo-emocional deja perturbaciones emocionales y orgánicas, notoriamente ante la desigualdad y competitividad se tiene que soportar la presión de ser el mejor, de los compromisos familiares, sociales y laborales, dejando problemas cardíacos, drogadicción, problemas interpersonales, violencia, alcoholismo y todo gracias a la sociedad el “éxito” donde la autorrealización es mal entendida o se entiende como frustración y resentimiento, es por esto que la historia familiar tiene una relación con las múltiples maneras de cargar con la familia en el plano temporal y se conforma con la historia de las emociones, creando una mancuerna indisoluble dando la posibilidad de ver lo que se hace con el cuerpo. De ahí que los dolores se relacionan con el incumplimiento de proyectos personales, que encamina al cuerpo a ser participe y depositario de deseos no cumplidos, así como la alimentación, desnutrición, exceso de trabajo, dan como

¹²¹ Sergio López Ramos, Irma Herrera Obregón, Gerardo Abel Chaparro Aguilera y Margarita Rivera Mendoza, “Prevención de enfermedades crónicas degenerativas en niños preescolares, en Sergio López Ramos, *Una formación metodológica en Psicología*, México, UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO, FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA, 2012a.

¹²² Juana Ávila Aguilar y Felicitas Salinas Anaya, “La conceptualización del sujeto desde lo corporal y la metapsicología de contextos” y Araceli Silverio Cortés, “Cómo entender la relación órgano-emoción desde la metapsicología de contextos”, en Sergio López Ramos, *Reflexiones para la formación del psicólogo*, México, UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO, FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA, 2008.

resultado cuerpos que se consumen, que se vuelven subdesarrollados por la transformación generacional de la historia de su sociedad geográfica.

Aún mas, si se va al macrocosmos se puede observar como la cultura de la depredación tiene efectos en el ambiente y subsecuentemente a mediano y corto plazo en el cuerpo, en sus órganos, lo que deriva en nuevas redes de cooperación o sobrevivencia interna, por eso un cuerpo alimentado con productos de otras geografías haga que el cuerpo procese nuevas patologías, y peor cuando al cuerpo se le niega la oportunidad de expresión, camino que lleva a una vida longeva y con paz interior¹²³.

Para López¹²⁴ dentro de las relaciones familiares se puede hacer un análisis inclusivo, que haga de lado las interacciones inmediatas y se vaya más allá, donde los estilos de vida también tiene una historia social, pues los cuerpos muertos de 1870 tienen una extensión en los cuerpos de ahora en los nietos, en la memoria y acciones, a través de los padres, debido a eso, el cuerpo no debe ser visto desde la lógica biológica, sino que debe considerarse como un cuerpo histórico y no algo lineal, como ejemplo, la secreción de jugos biliares no solo afecta la mucosa del estomago, sino que algo complejo como el lenguaje tiene una influencia en lo psicosomático pues la expresión y recepción de alguna palabra genera dicho fenómeno biológico, por eso sociedades competitivas destruyen con mayor frecuencia los espacios humanos. Cuando el cuerpo se encuentra ante una situación agresiva se manifiestan los mecanismos defensores, no obstante lo de adentro también tiene una amenaza, a causa de cómo es afuera está adentro, a pesar de eso, esta propuesta pone de relieve lo corporal donde se debe de trabajar pues es al interior donde se dan las respuestas. Dentro de esta propuesta, los padecimientos son una expresión corporal compleja debido a que los dolores

¹²³ Sergio López Ramos. *Lo corporal y lo psicosomático. Reflexiones y aproximaciones II*, México, Zendová ediciones, 2002b.

¹²⁴ Sergio López Ramos. *La construcción de lo corporal y la salud emocional*, México, Editorial Los Reyes, 2013.

pueden ser una circunstancia temporal o una destrucción de los mecanismos internos, sobretodo cuando el estilo de vida maximiza la competencia que minimiza ciertas emociones, pues al hablar de individuos es hablar de emociones que expresan una geografía y un tiempo, debido a eso es de importancia ver cómo las emociones pueden destrozar o solo causar malestares, como alusión, una bala o una emoción pueden detener o destruir una vida, solo que esta ultima puede hacerlo con mayor sutileza, al respecto, el autor menciona lo siguiente: "Respecto al dolor, acrecentarlo o hacerlo más complejo está en función de los procesos personales sobre lo que significan las relaciones humanas o incluso lo que desea hacer el sujeto con su enfermedad" P. 125.

De acuerdo con Alcaraz¹²⁵, los estilos de vida incluyen gran cantidad de aspectos de la vida del individuo, como lo observable, la subjetividad, interacción con otros, expresión de emociones, estrés, alimentación, etc., y aun cuando cada estilo de vida tiene sus singularidades no deja de ser parte de grandes similitudes que comparte con los miembros de su comunidad, por lo que el estilo de vida que adoptará la persona tiene como base factores tales como experiencias personales, contexto, educación recibida, valores, deseos, intereses y mas, por esto los estilos de vida pueden ser saludables o tóxicos, dependiendo de qué estilo se escoja, pues fuera del paradigma existen otros poco aceptados; lo que se ve en el reflejo de los vagabundos, en 1945 el promedio de vida en el DF era de 45 años, sorpresivamente se encontraban pordioseros de 75 años que iniciaron desde los 20 años, este ejemplo pone de relieve que la presión y el estrés de aquel entonces amenazaba sus cuerpos y evadirlo fue una respuesta de sobrevivencia ante tal peligro; la vida tiene diversos caminos y la ignorancia del propio espacio corporal surge como una construcción ajena a la realidad propia, pues no se ve al cuerpo como un microcosmos que tiene relación con el macrocosmos. Dicha construcción viene en gran deterioro, proviene de varios siglos atrás, se inició con la agricultura

¹²⁵ René Alcaraz González, "Metapsicología de contextos", en Sergio López Ramos, *Una formación metodológica en Psicología*, México, UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO, FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA, 2012a.

que eliminaba el bosque para la siembra, siguiendo con la industrialización que usa espacios y desecha tóxicos en gran masa y la urbanización que es momento y espacio más afectada por la idea del progreso, y así se degrada el propio cuerpo, imponiendo estilos de vida inéditos que rompen el ciclo circadiano por motivos sociales, donde se duerme durante el día y se trabaja por la noche lo que repercute en la salud, por lo que el único espacio que puede expresar este proceso constructivo es el cuerpo humano.

Esto termina de esclarecerse con la repetición del paradigma mecánico y autómatas, donde el estilo de vivir no incluye el plantearse para que vivir o adonde ir, y que la cotidianidad impone un estilo de vida, donde caben la frustración, resentimiento, amargura, odio y emociones que nacen de la incapacidad de no alcanzar la meta de la felicidad¹²⁶; y son en dichos estilos donde se puede realizar un análisis de las enfermedades crónicas para identificar aspectos que atentan contra la salud del individuo.

En este punto se ha mostrado que para el estudio de la enfermedad y salud de un organismo vivo es contextual, pues no se puede pasar por alto las relaciones que se crean internamente y las que se establecen con la geografía que hay a su alrededor.

2.12 Conclusión

Una visión que integra a las emociones y los órganos en una unidad de análisis permite la lectura corporal de lo que ha sido un documento vivo, el cual refleja un estilo de vida que incluye la alimentación, la familia, y la vida emocional del sujeto, ya sean reclamos, enojos, tristezas y todas las emociones que se viven al interior de una ciudad con altos niveles de población, contaminación, delincuencia y pobreza.

¹²⁶ Sergio López Ramos, ÓP. Cit., 2012b.

La investigación hecha por medio de esta metodología ha abarcado todo tipo de enfermedades modernas, como lo han sido Diabetes¹²⁷ (Franco, 2010), Dismenorrea¹²⁸ (Flores, 2006), Colitis¹²⁹ (Torres, 2006), así como excelentes aportaciones a las enfermedades degenerativas como lo es el cáncer de páncreas¹³⁰ (Pérez, 2013) y bajo esta misma línea se hará lo propio con la lumbalgia.

¹²⁷ Franco Gúzman, Elizabeth Verónica. *Quería que llegar miel a mi vida y la diabetes se hizo presente*, México, Fes Iztacala, UNAM, Tesis de licenciatura, 2010.

¹²⁸ Flores Mendez, Orquidea. *La dismenorrea como negación de la condición femenina*, México, Fes Iztacala, UNAM, Tesis de licenciatura, 2006.

¹²⁹ Torres Ramírez, Beatriz. *Colitis ulcerosa y las emociones*, México, Fes Iztacala, UNAM, Tesis de licenciatura, 2006

¹³⁰ Pérez Monroy, Jessica. *La construcción del cáncer de páncreas*, México, Fes Iztacala, UNAM, Tesis de licenciatura, 2013.

III. LA LUMBALGIA DESDE UN ENFOQUE INTEGRAL

3.1 Metodología

La metodología cualitativa se ha convertido en un modo de someter a un análisis más profundo de lo que nos pudiera ofrecer la cuantitativa por sí sola, ya que el comportamiento humano ofrece una cualidad en su comportamiento, además de las variables medidas por el método cuantitativo.

Como un rasgo importante de la metodología, se implementara la historia oral, por sus características de recordar eventos pasados, y poner a la persona en el principal rol de fuente de información.

Un rasgo importante que ha dado la historia oral a la psicología es que pone de manifiesto las emociones de los entrevistados, cual es su papel dentro de la historia que cuentan, y que consecuencias les trajo a sus vidas, de modo que revele en que les ha afectado¹³¹.

La historia oral permite al investigador acceder a la experiencia personal, recuerdos y sentimientos de cada persona de modo que son atendidos y tomados en cuenta por medio de una entrevista, de modo que los participantes pueden expresar sobre cómo se han dado los acontecimientos que han sido significativos en su vida, dejando analizar los procesos que han facilitado un padecimiento, así como lo que paso antes y después de.

¹³¹ Vázquez Castañeda, Nayeli. *Proceso emocional del desarrollo de la diabetes*, México, Fes Iztacala, UNAM, Tesis de licenciatura, 2007.

Esta herramienta metodológica permite al investigador elegir entre los 2 tipos de historia de vida: 1) La extensiva, que recolecta información a través de la comunidad que va a analizar, o 2) la intensiva, en la cual, se realiza una sola entrevista a profundidad; de este modo se disminuye la visión determinista, pues la obtención de información a partir de la historia oral permite acceder a la subjetividad de las personas, ya que nos muestran la credibilidad que la persona le da, es decir, más allá de lo que paso, el significado que le dio¹³².

De acuerdo con Mares¹³³, la vida psíquica del individuo es algo interno y debe verse como un proceso, es decir, que lo que haga cada individuo en el hoy, puede verse influenciado y relacionado con algún suceso que le haya pasado hace días, meses o años; por lo tanto, para entender procesos psicológicos actuales de una persona, necesariamente debe voltear a ver su historia como un proceso.

Cabe mencionar que al poner en primer plano al sujeto, se conoce la cultura a la que pertenece, su religión, clase, valores, y más; no obstante, en este método se estudia también toda la dinámica de su vida por medio del diálogo, lo que permite el conocimiento del otro, y no se deja de lado al individuo, pues es el evento a conocer¹³⁴ (Eguiluz, 2010).

Además se tomará en cuenta la vida familiar, sentimental y laboral, y de igual manera la de la patología, sobre cómo la construyó y cómo la está viviendo.

¹³² Pérez Monroy Jessica. Óp. Cit., 2013.

¹³³ Mares Cárdenas, Guadalupe, "La transferencia desde una perspectiva de desarrollo psicológico", en Guadalupe Mares Cárdenas y Yolanda Guevara Benítez, *Psicología Interconductual; volumen I. AVANCES EN LA INVESTIGACIÓN BASICA*, México, UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO, FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA, 2001.

¹³⁴ Luz de Lourdes Eguiluz Romo. *La teoría sistémica. Alternativa para investigar el sistema familiar*, México, UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO, FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA, 2010.

3.2 Justificación

La lumbalgia es un dolor que se presenta en la columna lumbar, ente la L1 a la L5, que puede presentarse por un periodo corto, o prolongarse a lo largo del tiempo, para volverse un padecimiento crónico, siendo algo frecuente en la población en general. La detección, diagnostico y tratamiento es de un origen poco claro, por lo cual su atención no es la esperada.

La creciente población que actualmente presenta dolores de espalda baja es preocupante, y aun más si se sabe que a estas cifras se les unen nuevos números, como ya se ha revisado, las variables socioeconómicas, físicas, psicológicas, edad y género no son determinantes ante la lumbalgia, lo cual genera interrogantes sobre que es lo que pasa en los cuerpos humanos que no pueden seguir el ritmo de la sociedad. Como ya se menciono provoca, no solamente un deterioro físico, sino psicológico, y de igual manera en las interacciones con otras personas.

El estudio de la lumbalgia como padecimiento ha sido atendida por el modelo medico desde una perspectiva alópata, y sus resultados han demostrado no ser concluyentes, por lo cual su tratamiento es general y poco efectivo al momento de aplicarse con otra población, y para una sociedad mundial que cada vez hace mayores gastos en la incapacidad laboral, y que genera cada día mas enfermedades hace necesario una aproximación al estudio de la lumbalgia desde otra perspectiva.

Este estudio analizará la lumbalgia como una construcción corporal, de manera que las emociones proporcionen los datos necesarios para concebir un tratamiento integral, y nuevas fuentes para el actuar del psicólogo ante las enfermedades crónico-degenerativas.

3.3 Participantes

La muestra de esta investigación consta de 14 participantes, de los cuales fueron 5 hombres y 7 mujeres, cuya edad varió de los 23 a los 72 años, todos residentes de la ciudad de México y alrededores. Para mantener al anonimato de los participantes, se les hace mención a partir de un número elegido aleatoriamente.

3.4 Aparatos

-Computadora netbook marca Aspire one Acer.

3.5 Instrumentos

-Entrevista semiestructurada (ver anexos).

3.6 Escenario

El espacio donde se llevaron a cabo las entrevistas fueron determinadas por los participantes, con la condición de que se estuviera a solas con el entrevistado, asimismo se tomó en cuenta que fuera un lugar donde sintieran confianza, los lugares fueron: cuarto de estudio, sala de usos múltiples (DIF), y la sala de sus casas.

3.7 Categorías

Para analizar los resultados, la información fue ordenada en categorías de manera que los relatos estuvieran entrecruzados. Las categorías son las siguientes:

- Alimentación de la madre durante el embarazo
- Alimentación durante la infancia

- Infancia
- Relación de sabores, emociones y enfermedades durante la infancia
- Adolescencia
- Relación de sabores, emociones y enfermedades durante la adolescencia
- Inicio de la vida laboral
- Ruptura con el lugar de origen
- Adulthood
- Familia
- Madre
- Padre
- Lugar en la familia
- Hijos
- Edad en que se presentó la lumbalgia
- Relación de sabores, emociones y enfermedades durante la adolescencia
- Concepto de cuerpo
- Tratamientos
- Proyecto de vida

3.8 Objetivo general

Analizar el proceso psicossomático de la lumbalgia con base al proceso de construcción histórico que se ha dado entre las emociones, los órganos y la percepción de las personas y su cuerpo.

3.9 Objetivos específicos

-Identificar cuáles han sido las emociones que han llevado a la construcción de la lumbalgia

-Relacionar la lumbalgia con las emociones y estilos de vida de los participantes

-Analizar la lumbalgia a través de una visión integral de lo corporal y lo psicosomático.

-Identificar el papel que juega la alimentación en la construcción de un padecimiento

-Analizar el concepto de cuerpo que tienen sobre el propio, y como lo viven los participantes

-Analizar la ruta de viaje que realizan las emociones al interior del cuerpo

-Analizar la cronicidad del dolor de espalda baja

IV. EL PROCESO PSICOSOMÁTICO DE LA LUMBALGIA

4.1 Análisis de resultados

El presente trabajo promueve una perspectiva que integre las diversas dimensiones del fenómeno de una manera individual y social como lo es el dolor lumbar. En cuanto a la concepción de dicha patología, ésta estará en función de una construcción, es decir, como un proceso que articula en un punto todos los aspectos involucrados que acompañan al sujeto desde su nacimiento hasta el punto de vivir con un dolor, que van desde lo macro a lo micro, como lo cultural, lo contextual y la historia individual.

Por lo que se usará los relatos proporcionados por los participantes como manera de documentación de sus vidas y el proceso de desarrollar un dolor lumbar, de modo que se usará los datos que mejor ejemplifiquen lo que aquí se está tratando, es decir, la lumbalgia.

Las principales características de la población se presentan en la tabla 2.

	Edad	Religión	Estado civil	Sexo	Origen atribuido
Participante 1		Católica	Casado	Masculino	Una caída además de un esfuerzo extra
Participante 2	72 años	Católica	Viuda	Femenino	Por una vida llena de actividades y por problemas

					que tuvo y nervios.
Participante 3	62 años	Católica	Viuda	Femenino	Edad y alimentación
Participante 4	70 años		Viuda	Femenino	Por las circunstancias (A partir de que tuvo a sus hijos)
Participante 5	24 años	Católica	Separada	Femenino	Porque esta encorvada, estrés.
Participante 6	28 años		Unión libre	Masculino	Por la postura corporal en su trabajo
Participante 7	61 años	Creencia en dios padre y dios hijo	Casado	Masculino	Esfuerzos mal realizados sin usar faja, origen mecánico.
Participante 8	36 años	Espiritual	Casado	Masculino	Por una caída
Participante 9	36 años		Soltero	Masculino	Lealtad familiar, y reflejo de ansiedad, frustración, estancamiento
Participante 10		Católica	Viuda	Femenino	Por inyección en la raquea
Participante 11	62 años	Católica	Casada	Femenino	Por una desviación en la columna y osteoporosis

Participante 12	35 años	Católica por herencia	Casada	Femenino	Por un enojo
Participante 13	32 años		Soltero	Masculino	Contractura o algo así
Participante 14	43 años	Cristiana	Divorciada	Femenino	Ya le tocaba.

Tabla 2. Características generales de los participantes.

Los aspectos fundamentales para lograr una vida sana esta interrelacionada con las primeras etapas de vida de los individuos, pues es aquí donde se da el aprendizaje, la herencia de costumbres, las bases de la memoria corporal, formas de relacionarse así como aspectos ambientales que influirán sobre como el individuo se entrelaza con su medio, y como el medio ambiental deja una huella en la vida de las personas. Además, la variable historia pasa a tener una relevancia para entender cómo se construye cada patología en cada época, así como identificar los porque de la patología.

Un elemento que no se debe dejar pasar por alto, son las circunstancias en las cuales vivía cada madre mientras estaba embarazada de cada participante. Por lo que, la alimentación es un tema inherente en cuanto a salud, pues es uno de los pilares del desarrollo humano. El crecimiento requiere de nutrientes que den inicio al desarrollo de los sistemas y aparatos del cuerpo humano, de modo que la relación que existe entre alimentación y crecimiento puede llegar a determinar en algunos aspectos la vida del ser humano.

4.1.1 Alimentación durante el embarazo

En la mayoría de los relatos, se observa que hay una deficiente alimentación por parte de las madres de los participantes durante el embarazo, lo cual, corresponde a una problemática de índole nacional que ha acompañado al

país a lo largo de su historia, puesto que las madres de cuyos participantes datan de hace más de 70 años presentan tales carencias como lo ejemplifica la participante 3:

“La alimentación de mi mama fue muy (...) dice mi mama que ella no se alimentaba bien, que ella estaba anémica que hasta la sacaban al sol, a tomar el sol, y que dice que no, que yo a lo mejor no me iba a lograr, porque andaba siempre enferma de mi, pero si, si este, si salió bien todo, pero casi no se alimentaba muy bien mi mamá (...) dice que ella consumía lo que sembraban, frijol, maíz, este que mi abuelita le hacía atole y todo eso porque pues gente humilde no, que era lo que más consumía era frijol y este, tortillas, y ahí de vez en cuando carne, porque no se podía”.

Sin embargo, esta constante abarca también a las madres de las participantes de hace más de 45 años:

“La alimentación de mi madre, no manches, no pues estuvo muy difícil eh (...) entonces para empezar la alimentación de mi madre fue mínima, muy difícil (...) No más de maíz, frijol, nopales, cosas de campo y cuando había verdura es como si fuera carne, yo creo, no en serio, si, era una vida muy difícil” (Participante 1).

Aunque la deficiencia muestra que abarca más allá, pues en participantes aun más jóvenes, esto es una problemática que sigue sin encontrar solución:

“Era puro frijol porque eran de bajos recursos” (Participante 5).

Esta problemática nacional debe de ser tomada en cuenta en el análisis de las patologías, pues a pesar de que las cifras que proporciona la ENSANUT¹³⁵ sean a partir de 1999 (véase figura 8), se muestra que la tendencia sigue estando en el país.

¹³⁵ <http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/AnemiaMujeres.pdf>: visitado en 21-11-13

Prevalencia de anemia en mujeres de 12 a 49 años de edad por estado fisiológico y área de residencia. México, ENN 1999, ENSANUT 2006 y 2012

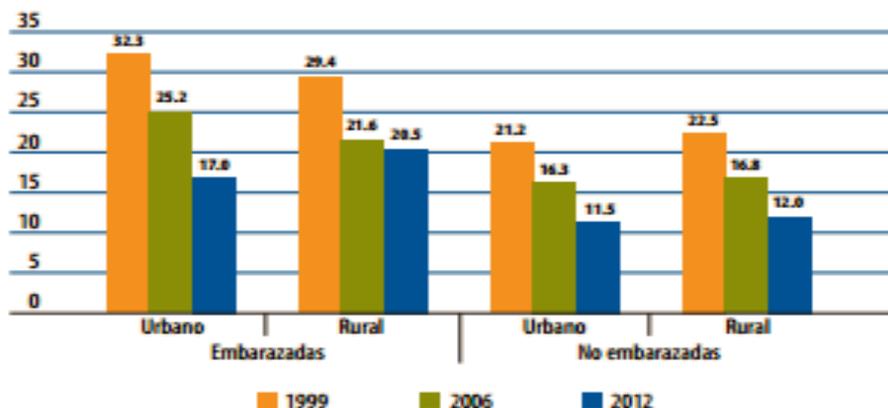


Figura 8. Prevalencia de anemia en mujeres de 12-49 años

En este estudio se toma en cuenta ya que hubo participantes que comentan que sus madres no habían tenido una alimentación deficiente, pero fueron una minoría, solamente 2; por lo que el análisis toma en cuenta esto como un elemento que forma parte de la construcción, sin embargo, da pie a continuar con un análisis más profundo para que se pueda identificar que otro elemento entra en juego al momento de desarrollar una lumbalgia.

La dominancia del frijol y tortilla, así como el poco y nulo consumo de frutas, verduras y proteínas da una ventana al panorama dentro del cual fueron gestados los participantes, es decir situaciones de pobreza y carencias que repercuten tanto a la madre como al hijo. De modo que al tener una dieta carente de los nutrientes necesarios durante el embarazo, las madres no propiciaban un desarrollo adecuado para sus hijos; asimismo consumían su ki genético al no encontrar en la alimentación un ki adquirido, lo que conlleva a heredar un ki genético con menor energía.

Además, se identifica a la comida mexicana como una alimentación deficiente por parte de los propios participantes. Si la comida mexicana es deficiente o no, la población no contempla su modificación, sino que simplemente

se hereda, sin más análisis reflexivo sobre lo que se está llevando adentro de sí mismo:

*“Como ella es de provincia, pues son alimentaciones basados en eso que realmente no son tan nutritivas, deficientes de carbohidratos, vitaminas (...) pa pronto mala, tradicionalmente mexicana”
(Participante 8).*

Dentro de esta categoría se observa cómo se lleva al interior la cultura. Patrones de comportamiento y alimentación son heredados por aprendizaje y los padres son los facilitadores; puesto que si el país presenta una crisis alimenticia es normal esto al interior de los cuerpos, en este caso en el cuerpo de las madres, y si se sigue la pista se puede observar cómo se da en los hijos.

4.1.2 Alimentación durante la infancia

La alimentación a la que se enfrenta el país está influenciada por diversos matices, pues como ya se hizo alusión, el contexto de la desnutrición de las madres toma forma de igual manera en los cuerpos de los niños, pues las estadísticas de desnutrición en infantes que da a conocer la ENSANUT ¹³⁶son alarmantes, a pesar del año es muy bien ejemplificado, sobre todo las de las zonas rurales como lo muestra la figura 9.

¹³⁶ ensanut.insp.mx/: visitado en 21-11-13

Prevalencias de desnutrición crónica en menores de cinco años por región y zonas urbanas y rurales. México, 1988, 1999, 2006 y 2012

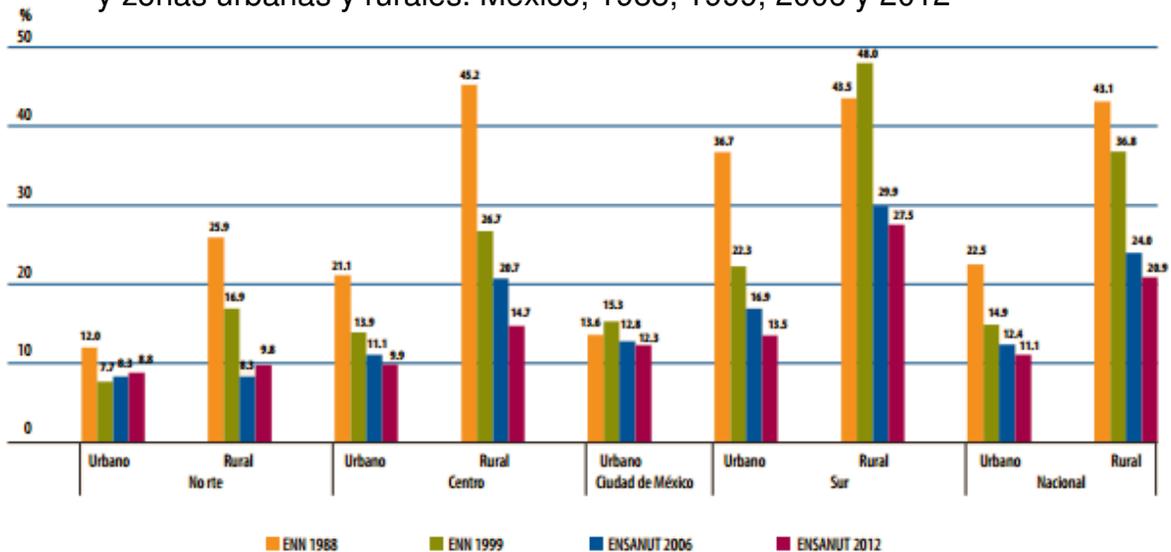


Figura 9. Prevalencia de desnutrición en infantes

Para el momento en que nacieron los entrevistados, la situación alimenticia siguió teniendo la misma, poniendo de relieve en lo que se dijo en la categoría anterior. A dicha problemática se le debe de sumar la monotonía de los alimentos, así como la poca variación que se tiene de los mismos, esto lo hace evidente el participante 1:

“Me cuentan, bueno me cuentan (...) el atolito de masa con piloncillo, el se hacían atolitos de maicena, atole de avena, y pues creo que se utilizaba leche en polvo porque igual no había (...) era básicamente eso, maicena, masa, piloncillo, azúcar cuando había (...) se hacían con la misma masa se hacían unas tortillas, unas memelitas (...) a veces con caldito de frijol, cuando ya puede uno comer, que con caldito de frijol, que con caldito de calabacitas o verduras (...) me acuerdo que siempre había, nopales, entonces siempre era, tortillas y nopales, salsa, frijoles cuando bien nos iba y café de la olla, calcetinazo ya sabes, un agua que apenas y pintaba, pero pues era lo que nos daban, entonces tortillas, nopales, frijoles y nada más”.

En la mayoría la deficiente alimentación sigue siendo la misma que la de la madre; sin embargo, la leche de fórmula empieza a tener dominancia sobre los patrones de alimentación de los infantes, no es de sorprenderse que se muestren

enfermedades cada vez más frecuentes en los niños pequeños, pues los estragos de este tipo de alimentos son principalmente en el intestino delgado, pues este tipo de leche se adhiere a las paredes del intestino obstaculizando la absorción de los nutrientes consumidos, que de por sí no son muchos:

“La pura formula, pero posteriormente que la papilla (...) ha y me daban leche a la de fuerzas porque no me gustaba” (Participante 5).

En algunos casos, se rompe el vínculo materno con la madre, pues al relegar el acto de dar pecho por parte de la madre a la leche de fórmula, se altera un ciclo de la naturaleza, dando avisos de un acontecimiento que puede derivar en una problemática

Asimismo, la alteración de nuevos alimentos artificiales generan un choque con la memoria corporal de los seres humanos, pues el cuerpo humano diseñado para comer lo que se encuentra a su alrededor ha sido una constante por cientos de años, además el querer obligar que el cuerpo asimile alimentos novedosos crean una alteración, ya sea por el azúcar contenido o por la nueva filosofía del comer, lo más rápido y sencillo que se pueda, como lo menciona el participante 13:

“Eran papillas naturales, o sea que, no me daban como que gerber y cosas así, este o así, o leche, bueno me daban, me dieron muchos años leche en polvo pero ya cuando era niño, o sea como la leche nido no (...) leche Carnation, y pues este que mas, o sea mi mamá siempre cocino, o sea más o menos la comida no era con mucha grasa, o sea no así bañado en grasa las cosas, me enseñó a comer de todo, pero si mucha proteína animal, o sea carne, pollo, en mayoría, arroz, o sea lo que es como si fuera una comida corrida más o menos, es una sopa, me acuerdo que era mucha sopa de pasta o caldo de pollo, algunas cremas, este no, un arroz o algo así, pastas, te digo carne, pollo, si también verduras, ensaladas, o sea había no, a la hora de la comida, en el desayuno eran pues así como Korn flakes, leche, cosas así, el sándwich, frutsi en la primaria no(...), en la cena era mucho así de sándwiches, y tortas, aunque mi familia comía mucho así el pan de dulce, digo de niño si lo comí, pero después como que lo fui eliminando”.

Además de un desencanto hacia el acto de alimentarse, más concretamente en las nuevas generaciones donde se desvincula de los alimentos, pues anteriormente quien daba muerte a un animal era quien terminaba por comerlo, lo mismo con las frutas y verduras, por lo que actualmente se empaca y se abre sin tener la antigua preparación que se llevaba a cabo.

Cabe mencionar el fenómeno que propicia la comida artificial como los corn flakes, los cuales además de despersonalizar la comida se le inyecta una nueva fórmula: Instalar en la población una necesidad. Lo que genera la publicidad es un consumismo irracional, pues se comienza a sustituir el agua por refrescos, el comal por el microondas, y así sucesivamente.

También el hecho de que se generalice una práctica como el sustituir o hacer uso de la leche de formula, habiendo un cambio a partir de poco más de la mitad del siglo pasado, ya que el hecho de amamantar era una necesidad primaria en los recién nacidos, así como crear un vínculo entre madre e hijo; fue sustituido por las practicas medicas, las cuales tratan a los recién nacidos como productos de una industria, las cuales generan beneficios a la rama biomédica, despreciando las prácticas tradicionales de un país como México.

En parte por las condiciones que vivía el país, es decir, la imposición de una práctica extranjera como lo es el caso de los estilos de vida estadounidenses en los cuerpos de los mexicanos, por medio de la publicidad, facilidades gubernamentales e inserción de programas televisivos.

Sin embargo, otro elemento con el que se perdió el equilibrio, es con los productos provenientes de la tierra, y la alerta no es solo por los nutrientes que se encuentran en las verduras y frutas, sino que un país con historia de sembradíos y rica en tierra fértil no consume lo que produce y hay a su alrededor, esto es lo que menciona la participante 14:

“Siempre hubo frijoles, nunca faltó la pasta, nunca faltó el arroz, casi no había nada de verduras, no había frutas, y siempre hubo muchas tortillas, y leche de la CONASUPO”.

La población ha sido atentada por cambios culturales desde hace muchos siglos, como el querer instaurar la cultura española, la francesa, la europea en general y más recientemente la estadounidense, pero este estilo no era común dentro de la forma de vida de los participantes con mayor edad, pues las condiciones no eran las mismas, aunque dentro de la ciudad los hábitos comienzan a emparejarse cada vez más.

4.1.3 Infancia

Todo lo dicho anteriormente no puede dejar de ir encaminado a la percepción que se tenía sobre su vida a esta edad, debido a que son los primeros aprendizajes que adquieren las personas y que acompañan a las personas en las futuras etapas de su vida si no se logra un trabajo personal:

“De mi papá muy peculiarmente, tenía presente que para en la vida no este, pudieras enfrentarla como tal tenías que ser inteligente, pero él no decía que fueras inteligente, era que no fueras pendejo no, entonces yo crecí con ese conflicto, tengo que ser inteligente porque soy pendejo y este, y viví con ese complejo durante toda mi infancia” (Participante 8).

En la infancia pronto las carencias son percibidas por los participantes, y tienen un impacto en su vida, sobre como asumen su situación económica y su condición de vida, la forma de interactuar de la familia se queda también plasmada en los relatos, pues el papel que tuvieron los participantes fue pasivo, de modo que las repercusiones de las decisiones de los padres recaen sobre ellos, donde tan solamente viven las circunstancias, como lo comparte la participante 10:

“Pues que me hayan mandado a trabajar tan chiquilla, pues a los 9 años yo ya trabajaba de lavar trastes, es lo que me tiene muy marcado, me acuerdo y digo <Hijole> no que gacho, yo bien chiquilla y trabajando, en vez de que me hubieran dado escuela o, yo quería seguir estudiando algo, o sea siempre fue mi idea ser no, ser profesionista, pero si tener un grado escolar, pues que

me ayudara, (...) y es lo que a mí me marco tener la pura primaria, y yo le decía a mi mamá <¿Y que no me vas a meter a la secundaria?> <No hija, o comemos o les doy estudios, porque somos muchos>, entonces mis hermanos los más grandes, son los que empezaron a trabajar, pero así como empezaron a trabajar se empezaron a casar, y nunca vimos ayuda de ellos hacia nosotros, o sea nos iban dejando a los más chicos con el mismo problema, de la pobreza (...) Yo fui una de las personas como que, muy cómo, muy aislada, mucha tristeza, siempre, siempre, desde muy chica siempre anduve así como, como que a toda mi familia yo la rechazaba y yo siempre prefería estar sola y siempre con tristeza, si nada mas así de, así fue mi infancia”

Dentro de lo más notable están los casos de violencia sexual, lo que deja entrever como era la relación parental, donde los hijos son despersonalizados, es decir, se llega a tal punto en el que los sucesos aversivos que pasan los hijos, son de poca relevancia para los padres, también destaca la poca confianza que había, los padres no fungían como asidero emocional para los hijos, no existía persona con quien desahogarse, de modo que se vieron en la situación de guardar esos sucesos dentro de sí mismas, teniendo un lugar en la memoria corporal de las participantes, dando cabida a un enojo y una tristeza crónica:

“Sí, a la edad de 5 años sufrí una violación por parte de un vecino y a mí me marco porque era un vecino, yo lo conocía y aparte de todo me amenazo, me, no sé, me hizo la diferencia en mi vida y crecí con culpa porque yo no me sentía, el sentimiento de que pues soy mala, soy sucia, el sentimiento de culpa, porque yo decía que yo lo había provocado, aparte ese wey me dijo eso y yo me lo creí, y pues algo paso porque me sentí otra persona, no me sentí yo, y crecí con mucho miedo, inseguridad (...) yo me di cuenta que estaba enojada, porque nadie se dio cuenta de que deje de ser yo, me hice una niña gris, triste, apagada, siempre buscando el reconocimiento de la gente, siempre siendo la sombra de mis hermanas y lo peor de todo vivía acomplejada, vivía acomplejada y sintiéndome la mujer más fea del mundo, la hermana más fea del mundo, la niña más fea del mundo y es muy feo eso, y porque aparte de eso, las comparaciones en la casa estuvieron presentes, las comparaciones con los amigos de mis hermanas conmigo siempre estuvieron presentes, siempre recibí de “Porque estas muy fea y tus hermanas están bonitas”, y mira que me lo creí eh, me lo creí de una forma muy cabrona” (Participante 5).

De igual manera, las carencias afectivas empiezan a convertirse en un estilo de crianza tan común que varios participantes relatan esto, sobre todo los mayores, quienes comparten este modelo, dando pie a contextualizar una forma

de crianza propia de la época. Por un lado, se vive un país donde la pobreza es dominante, lo que genera mayores horas laborales, así como bajos sueldos que no alcanzan a los trabajadores, ante esto no quedan muchas opciones laborales, donde la mayoría mantiene a los proveedores alejados de sus familias; y por el otro lado, una falta de aprendizaje y enseñanza dentro de la cultura mexicana de manejo y expresión de emociones y afecto, algo que se hereda por costumbres, esto da una dimensión sobre el porqué los padres no prestaron la atención debida a los hijos y que estos fueran violentados sexualmente.

Siendo así, el poco afecto y atención comienzan a ser considerado por los participantes, como ya se ha mencionado, los problemas económicos comenzaron a orillar a los padres de los participantes a una ausencia familiar, para unos participantes, esto se vio reflejado en un abandono, una forma de relegar los hijos a otros familiares para que se pudiera solventar la economía, teniendo los mayores efectos en los hijos y su vacío amoroso parental:

“Mira pues yo lo que te, la verdad es que nunca lo hemos platicado, lo que percibo lo que después no se dé que yo tengo conciencia, pues a lo mejor no hubo una educación muy cercana, o vaya como te explico, (...) allá déjame decirte que pues a veces los papás o en este caso mi mamá no era la persona que estuviera conmigo, apapachándome, o este atendiéndome, ella ahora sí que tenía sus obligaciones dado que no tenemos un papá, no tenemos un abuelo siquiera que estuviera al tanto de la casa o de ellas como mujeres pues lo tenían que hacer ellas, entonces no había así un acercamiento todo el tiempo, si fue un poquito difícil para uno también ellas estaban viviendo su dificultad y yo mi soledad yo creo, en el caso mío de chavito” (Participante 1).

Para otros, dicha situación se reflejó en la incertidumbre de la separación de los padres, quienes vivían una constante inestabilidad en la relación de pareja y que inevitablemente llega a afectar la vida cotidiana del hijo, llevándolo a conductas riesgosas para la salud:

“Pues separación de mis papas, bueno ellos siempre se separaron desde que estaba niño, no (...)o sea entonces yo estaba, me iba a la escuela y me salía todo el día, nada mas andaba vagando, la vagancia se medio desde la primaria, más o menos, como de 5º, 6º año de la primaria,

nunca fui vicioso pero siempre me gustaba andar en la calle, andando en bicicleta o esté jugando algo con los cuates, no nos drogábamos pero sí, empecé a fumar, como a los, bueno yo creo que el cigarro como a los 12 años” (Participante 13).

En un contexto donde no hay tiempo ni lugar para las expresiones afectivas, pues los padres no han sido criados bajo esta manera, así como la influencia de una sociedad que pondera la inexpresividad de emociones que demuestren debilidad, sobretodo en los grupos masculinos, tanto con hijos como con hijas, por lo que no es de extrañarse que la mayoría de los participantes se encuentren cruzados por este hecho. Aunque la ira es un caso especial, pues esta es vista como algo que deben de mostrar los hombres, caso contrario al caso de las mujeres, donde es mal vista y castigada en algunos casos; todo esto redundando en problemas emocionales, en palabras de algunos, en “complejos”, puesto que por un lado, algo dentro de sí mismos les exige afecto de parte de los padres, ya sea a base de palabras o abrazos, sin embargo la realidad crea una desvinculación entre la intuición y la vida, alojando una incertidumbre dentro del cuerpo que posteriormente se hará presente.

También hay infantes que comienzan a asumir en algunos aspectos la función de madre y a llevar una nueva carga de responsabilidades, mezclando la infancia con responsabilidades conlleva a una identidad poca definida, puesto que por un lado el cuerpo tiende a pedir ciertas cosas, como la exploración del mundo, su asimilación, y el llenar la vida con un aprendizaje de repertorios que permitan al individuo a un desarrollo emocional y cognitivo eficiente, por el otro se hallan las exigencias de la inmediatez, de haber nacido o adquirido con dicho desarrollo para poder dar respuesta a la demanda de la realidad:

“Por ejemplo decían, ella lavaba, y yo decía <Ay ya mi mamá pobrecita>, donde vivíamos no subía el agua en época de calor, entonces compramos una tina grande ahí para el baño, entonces todas las mañanas antes de irme a la primaria mis hermanas iban a trabajar, me iba con ellas pero antes de, yo le llenaba esa tina a mi mamá, entonces yo pensé no se vaya a caer mi mamá, no sé yo la protegía en ese aspecto, le llenaba yo esa tina y ya luego me bañaba y me iba con mis hermanas, ellas me dejaban cerca de la escuela y ya de regreso, a antes de también tenía que tender las

camas de mis hermanas y ese era mi trabajo, entonces cuando venia mi mamá lavaba y hacia la comida, entonces venia yo a barrer a limpiar y a hacerme poner mi tarea, entonces ya estaba la comida, a comer, a lavar los trastes, y ya había terminado mi tarea y me ponía a planchar lo que había lavado mi mamá a mis hermanas, porque unas ya se habían casado, otras las que quedaban solteras trabajaban, y yo le ayudaba mi mamá, sin que ella me pusiera, yo decía pobrecita de mi mamá, si no lo hubiera hecho de todos modos me hubiera puesto, digo antes de que me pusiera yo lo hacía, yo decía mi mamá esta solita para todo mejor yo le ayudo, esa fue mi niñez” (Participante 2).

Así como hay quienes durante esta etapa de la vida comienzan a laborar para poder ser sustento dentro de sus familias. Esto se ve con mayor frecuencia en los años anteriores de 1970, y con mayor frecuencia aun en lugares con pobreza:

“Pues que me hayan mandado a trabajar tan chiquilla, pues a los 9 años yo ya trabajaba de lavar trastes, es lo que me tiene muy marcado, me acuerdo y digo <Hijole> no que gacho, yo bien chiquilla y trabajando, en vez de que me hubieran dado escuela (...) Yo fui una de las personas como que, muy cómo, muy aislada, mucha tristeza, siempre, siempre, desde muy chica siempre anduve así como, como que a toda mi familia yo la rechazaba y yo siempre prefería estar sola y siempre con tristeza, si nada mas así de, así fue mi infancia” (Participante 10).

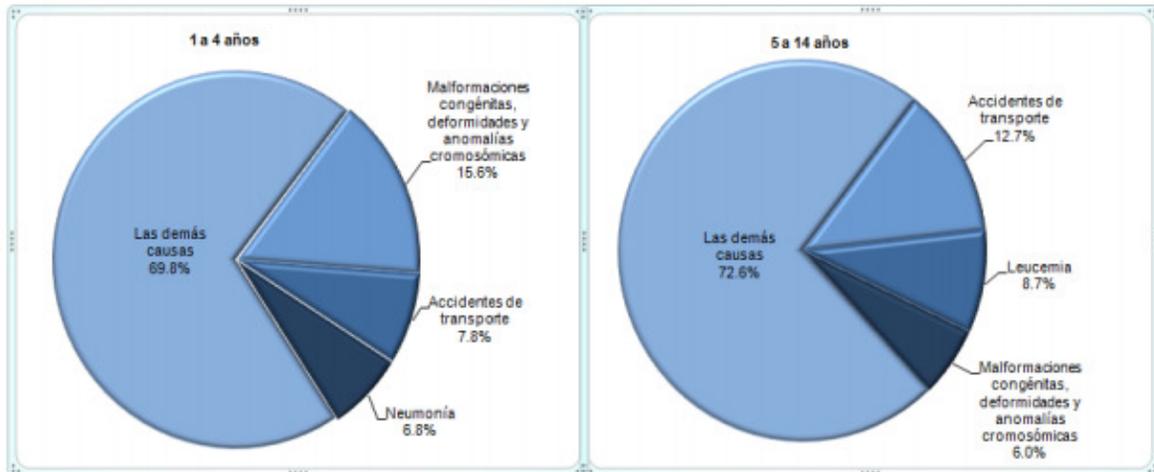
A partir de la infancia, se halla el registro de la dominancia de una emoción sobre las demás, siendo la tristeza la que ha marcado la infancia de esta población.

4.1.4 Sabores, emociones y enfermedades durante la infancia

Como ya se mencionó, el vivir una infancia en un país como México conlleva al interior de los niños situaciones peligrosas, esto se ejemplifica en la figura 10 que muestra las principales causas de mortalidad de infantes en el año de 2011, publicado por el INEGI¹³⁷.

¹³⁷ <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2013/niño0.pdf> visitado en 20-11-13

Distribución porcentual de la población de 1 a 14 años por grupos de edad según causas de muerte 2011



Fuente: INEGI. Estadísticas de mortalidad 2011. Consulta interactiva de datos.

Figura 10. Principales causas de mortalidad en niños menores de 14 años

En la infancia de los participantes se comenzó a percibir las carencias y asumir responsabilidades ajenas (como formar parte de la economía de su familia); no obstante, a continuación se muestra cómo es que ellos recuerdan las emociones, sabores y enfermedades de esta etapa.

Las emociones más recurrentes fueron 4, siendo la tristeza la que más frecuencia experimentaban los participantes, siendo 8 de ellos la que la refirieron:

“Mira mi infancia a nadie se la he contado, te la voy a contar a ti, nada más, mira mi infancia fue muy triste” (Participante 2).

Mientras que 6 mencionan que dentro de las más frecuentes ubicaban la alegría:

“Que emoción, la del desmadre, se vale?, jaja, este alegría, si, siempre fue alegría, obvio no todo pero la predominante si fue alegría” (Participante 7).

Por otra parte, 3 participantes expusieron que la ira la experimentaban con frecuencia:

“Mucho enojo, la ira por no poder, o sea porque siempre estaba la imposición, aunque no tuviera la razón estaba la imposición, ante nada” (Participante 12).

Y solamente 2 mencionaron a la ansiedad como una emoción dominante:

“Ansiedad, si, muy ansioso” (Participante 9).

Con lo anterior se puede observar que la tristeza como emoción dominante es evidente, pues más de la mayoría la frecuentaba, lo que demuestra que la infancia ha dejado de ser la edad de la inocencia y comienza a ser la edad de los melancólicos, de aquellos que añoran no mejores años, sino mejores tiempos en el futuro. La alegría deja de ser la emoción característica de la infancia para ser la segunda, lo que demuestra que la infancia sigue teniendo parte de su naturaleza, es decir de lo novedoso, del asombro y por lo tanto da cabida a la alegría. Por otra parte se comienzan a abrir nuevas formas de relacionarse con la familia, y comienza a dar cabida a la ira, y la ansiedad es mínima dentro del grupo de participantes aunque comienza a dejar huella en la memoria de los individuos.

En lo que se refiere a sabores, se halla más homogeneidad, pues de los 14 participantes, 7 prefirieron el sabor dulce:

“Lo dulce, me gustaba mucho los dulces, las nieves, las sabritas, galletas” (Participante 5).

Mientras que el agrio (ácido) le siguió al Agrio por parte de 6 participantes:

“Siempre ha sido el ácido” (Participante 14).

Mientras que 4 de ellos preferían el picante:

“Lo picante” (Participante 10).

Dentro de esto se puede observar como el paladar tiene de igual manera un proceso, pues las papilas gustativas son nuevas y como ya se había mencionado, los productos refinados comienzan a inclinar la dominancia por el dulce, gracias al proceso de refinación comienza una prostitución del lenguaje.

Por otra parte, las enfermedades cierran el proceso de articulación de los elementos, en este apartado 7 participantes mencionan haberse enfermado de vías respiratorias como gripas que fueron las más comunes:

“Vías respiratorias” (Participante 13).

Dentro de la teoría taoísta y su concepción del cuerpo como un todo, se aprecia que la vida infantil de los participantes presenta ausencia de armonía, puesto que las carencias se convierten en tristeza, permeando la alegría y con ello el asombro. Además el cuerpo comienza a reflejar ansiedad e ira con la articulación de los sabores; asimismo se comienza a gastar más energía del pulmón a causa de las constantes enfermedades. Por lo que la relación más evidente se encuentra en Tristeza-Pulmón-Picante, seguida por Ira-Agrio.

Lo anterior indica que no hay una infancia plena, sino que los problemas comienzan a alterar el flujo interno de la salud. La evidencia encontrada en los relatos da pauta a considerar que los problemas infantiles son percibidos en su totalidad por lo participantes, es decir, a pesar de haber adquirido prontamente un aprendizaje se reconocen en plenitud las emociones, así como sus efectos en la vida propia de los individuos.

Sin mencionar que hay una emoción que no se vive en la infancia, que es el miedo, también con los sabores, siendo el amargo y salado omitidos por los

participantes, lo que indica que se exaltan unos elementos y hay otros que no se viven y se experimentan, dejando inconcluso un ciclo, esto se observa en la figura 11.

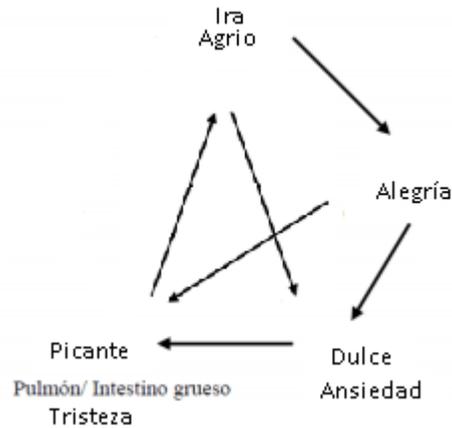


Figura 11. Relación de los elementos en la infancia de los participantes

En la cual se ve claramente cómo se va de más en menos, en cuanto a que hay 4 emociones presentes, 3 sabores dominantes y todo recae en pulmón, siendo este el que gaste más energía a diferencia de los otros órganos.

4.1.5. Adolescencia

En cuanto a la adolescencia, parece ser que esta etapa cruza a los participantes por eventos que asemejan sus efectos en los individuos, es en el que se encuentra el punto crucial en el desarrollo de enfermedades crónicas y degenerativas, a causa de los estilos de vida que influencia la sociedad mexicana, esto se observa más claramente al ver la tabla 3¹³⁸, que nos muestra las causas de defunción en los jóvenes, así como sus casos y porcentaje en comparación del total.

¹³⁸ Fuente: INEGI Dirección General de Estadística; Dirección de Estadísticas Demográficas y Sociales. Cuaderno No. 13 Estadísticas demográficas INEGI, ed. 2001. Recopilación y adaptación por Coord. Est. Joel Fonseca León.

Capítulo de la CIE-10*	Total	Edad: 15-24	% del total
Embarazo, parto y puerperio	1,325	426	32.15
Causas externas de mortalidad (accidentes y lesiones)	52,129	10,166	19.50
Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides	56	9	16.07
Enfermedades del sistema nervioso	7,444	752	10.10
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	2,722	145	5.33
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y ciertas enfermedades que afectan el mecanismo de la inmunidad	3,856	201	5.21
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	18,602	924	4.97
Enfermedades del sistema genitourinario	11,954	419	3.51
Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	972	33	3.40
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	9,572	315	3.29
Trastornos mentales y del comportamiento	5,006	141	2.82
Síntomas, signos y hallazgos clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	8,648	224	2.59
Tumores	57,784	1,446	2.50
Enfermedades del sistema respiratorio	38,540	499	1.29
Enfermedades del sistema digestivo	42,201	482	1.14
Enfermedades del sistema circulatorio	97,655	776	0.79
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	59,803	426	0.71
Enfermedades del ojo y sus anexos	10		0.00
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	19,388		0.00
Total	437,667	17,384	3.97

Tabla 3. Principales causas de defunciones en jóvenes de 15-24 años de 2001

Asimismo, el INEGI¹³⁹ también informa los índices de suicidio en los adolescentes y jóvenes ha venido continuamente a la alta con cifras alarmantes, véase figura 12. Por lo que la descomposición social comienza a ser reflejado en el cuerpo de los adolescentes, pero no es solamente lo social, sino que lo familiar como principal órgano rector de la sociedad, de igual manera se ve desquebrajada.



Fuente: Epidemiología del suicidio en México 1970-1994 Borges G, Rosousky, Gómez C, Gtez R. Salud Pública México, 1996; 38: 197-206. INEGI cuadernillo 7 Estadísticas de Intentos de Suicidio y Suicidios edición 2001.

Figura 12. Suicidios de jóvenes en México de 1970-2000

Lo anterior se entiende de mejor manera al observar como en los relatos los participantes exponen sus vivencias. Para empezar, se observa que los problemas familiares cambian de tipo, pero no dejan de estar ahí, como ya se mencionó, el desarrollo de repertorios conductuales, emocionales y cognitivos son primordiales para que los individuos puedan adaptarse a la sociedad de manera sana.

Sin embargo, esta etapa presenta restricciones, de modo que no se adquiere en su totalidad el aprendizaje necesario para hacer frente a una sociedad cambiante como la mexicana, puesto que aun no se halla un vínculo emocional

¹³⁹ <http://www.inegi.org.mx/>: visitado en 21-11-13

con los padres, aunque si se encuentran reclamos que toman forma en una rebeldía, dando lugar a castigos y prohibiciones:

“Pues muy resentida porque te digo mi mamá no nos dejaba salir, de la casa a la escuela y de la escuela a la casa, era todo, (...) no me dejaban tener novio, lo tenía a escondidas, mi mamá iba por mí a la escuela, cuando estaba hay en el (La escuela de) comercio, y era mixta la escuela, me daba pena que fuera por mí, los varones me hacían burla (...) y cuando nos enojábamos por cualquier cosita yo no la abrazaba, y así era yo, digo demente en eso (...) entonces como me pegaron, <Ahora si lo voy a ser mi novio>, entonces cuando me volvió a hablar anduve con él, por eso te digo que cuando uno quiere hacer algo lo hace, entonces como mi mamá iba por mí nos encontrábamos casi llegando, yo me venía rápido entonces ya estaba yo trabajando, cuando me esperaba en la parada del camión, entonces yo lo citaba en la cuadra siguiente” (Participante 2).

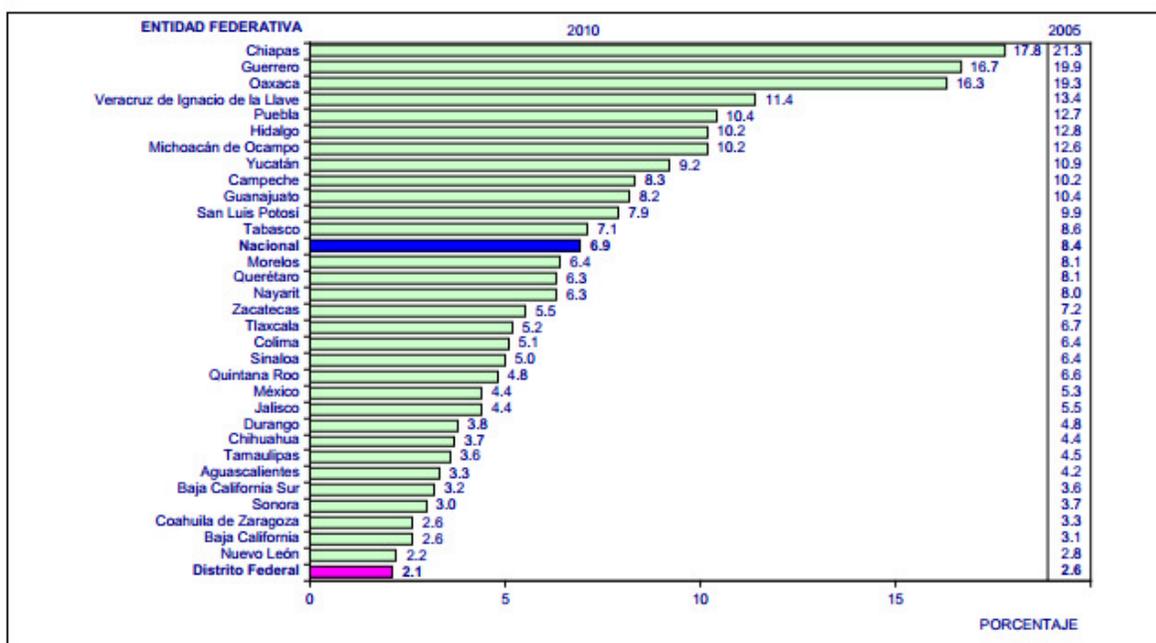
Además, algo importante que de igual manera sobresale, es cómo se comienza a construir un aislamiento social, donde la realidad se reduce a la familia y las labores, creando patrones de comportamiento y de vivir rígidos:

“Fue este, la verdad no, nosotros no andábamos de que, allá para acá, con amigos, no, siento yo que fue muy recatada porque este mis papás eran muy conservadores, nosotros no salíamos a la, que dijéramos vamos a salir aquí a dar la vuelta no, nada mas ahí con, pues mi papá tenía su trabajo ahí en su casa, mi mamá nos puso ahí ayudándole a él a su trabajo, y de ahí a comer, a almorzar o lo que fuera y de vuelta a seguir trabajando con él, pero de salir no, ni a paseos ni nada no” (Participante 11).

Lo anterior va acompañado de una manifestación emocional, enojo y tristeza, ya sea hacia su familia o hacia sus iguales, lo que reducía la vida de los participantes a la esfera familiar y laboral, sin pasar por lo social, interacciones que ayudan a formar una personalidad individual, de modo contrario las personalidades son muy heterogéneas de la familia, entonces esto no deja tener a la persona un crecimiento en todos los sentidos, y se vuelve una extensión de los padres en diferente época.

Otro elemento familiar que se ve influenciado por el factor social, es la falta de oportunidades que se les da a la población de que asistan a la escuela, o en

otro caso que no deserten, pues las cifras expuestas por el INEGI¹⁴⁰ en cuanto a la población analfabeta del país demuestran la centralización de la educación y la abismal diferencia con los estados con mayor pobreza del país, aunque las estadísticas sean de años recientes dan un vistazo en cuanto a que tan al alcance de la población se encuentra la educación, tal y como lo indica la siguiente grafica (figura 13):



NOTA: Cifras correspondientes a las siguientes fechas censales: 17 de octubre (2005) y 12 de junio (2010).

Figura 13. Proporción de la población analfabeta de 15 años y más, 2005 y 2010

Al analizar la información anterior, se observa que la muestra de este estudio es parte de dichas estadísticas. La educación se vuelve elitista en México y esto parece ser en muchos casos algo que no pueden concretar sus ciudadanos, en el caso de los adolescentes fuera de la ciudad es difícil de conseguir, dando marcha a atrás a proyectos de vida que pudiesen incluir una escolaridad como lo describe la participante 10:

¹⁴⁰ <http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/sistemas/perspectivas/perspectiva-df.pdf> visitado en 20-11-13

“Yo quería seguir estudiando algo, o sea siempre fue mi idea ser no, ser profesionalista, pero si tener un grado escolar, pues que me ayudara, (...) y es lo que a mí me marco tener la pura primaria, y yo le decía a mi mamá <¿Y que no me vas a meter a la secundaria?> <No hija, o comemos o les doy estudios, porque somos muchos>, entonces mis hermanos los más grandes, son los que empezaron a trabajar, pero así como empezaron a trabajar se empezaron a casar, y nunca vimos ayuda de ellos hacia nosotros, o sea nos iban dejando a los más chicos con el mismo problema, de la pobreza}”

La relación ya de por si desequilibrada que vivían los participantes con los padres, se le suma la extensión que hacen los mismos hacia sus hijos, de modo que comenzaron a vivir a partir de los deseos de la madre o el padre, sin dar lugar a una identidad individual. Dentro de este aspecto, se empieza a marcar un conflicto parental, debido a que los participantes comienzan a desplegarse reclamos hacia alguno de los padres, teniendo en la memoria corporal, incluida la emocional y celular, un sentimiento de tristeza hacia los padres, sin embargo, el no haberlo culminado, es decir, desecharlo de sí mismos, dio cabida a un sentimiento no cumplido, entonces se puede identificar el comienzo de un resentimiento. Esto da una continuidad a la visión de la ruta interior del cuerpo, en especial sentimientos como la soledad que se da sobretodo en los participante mas allá de 35 años, dando un ejemplo sobre la falta de información que había en aquel entonces acerca de llevar a los hijos por un camino, más bien existía una soledad generalizada como lo expresa la participante 12:

“Pues bueno en primera, que no tuve XV años, sabiendo que a mis hermanas si se los habían hecho, pero no lo tome así como derrota, sino mas bien para impulsarme, me sentí triste, muy triste y así como que dije <Pues no es justo>, o sea la injusticia y la impotencia de no poder hacer nada porque se estaba organizando durante otras personas mis XV años y el simple hecho de que mi padre dijo que no, no se hizo nada (...) me sentía sola, porque el hermano mayor se caso muy pequeño, 16 años, yo tenía 6 años, la siguiente hermana se caso como a los 20 años, pero no convivimos mucho y la única hermana con quien podía vivir tenía su novio, entonces pues prácticamente venia los fines de semana y me encontraba sola, mi mamá pues estaba con mi papá que a su vez, mi mamá era pareja fuera de matrimonio, entonces pues me quedaba sola en casa”.

Sin embargo, no solamente la tristeza y conflictos son exclusivos dentro de la familia, sino que es un problema que abarca más dimensiones como lo es lo social y lo escolar, instituciones formativas donde se cuentan con profesionales que ayuden a los adolescentes, aunque en la práctica real está totalmente desvinculado el adolescente con su entorno; el ejemplo más claro que se da actualmente en el país es la violencia que se da en las escuelas, pues de acuerdo con el INEGI¹⁴¹ el acoso escolar tiene cifras que llaman la atención, pues en el 2009 el 76.4% la población de 15 a 17 años de edad ha experimentado al menos un caso de maltrato físico, exclusión, humillación o intimidación de parte de sus compañeros.

Por lo anterior, se observa que la vida escolar tampoco es un espacio de desarrollo óptimo, pues las regulaciones escolares se ven superadas por sus problemáticas, donde los individuos quedan en medio del conflicto, de modo que su desarrollo emocional también se ve mermado como se expone en la siguiente narración:

“En la secundaria este, si tenía mis amigos, pero eran, no a todos les hablaba del salón porque pus unos me caían mal (se ríe), y me juntaba así con 5 personas, este no entraba a clases, me las volaba, luego mandaban, ha mandaban a llamar a mi mamá (...) entonces nos mandaban a suspender..., si a suspender un día y al otro día teníamos que traerlo de nuestro color natural y ya. (...) no entraba a clases, igual mandaban a hablar a mi papá, mi tía, mis calificaciones, este pero si fue alegre y también así con tristezas cuando me regañaban o cuando me enojaba con mis amigas y ya. Pero con resentimiento de que no me dejaban tener novio y a veces mi mamá me pegaba (...) Luego así también tristeza, cuando me enojaba con mis amigos, con mis papas, también cuando me regañaban me ponía a llorar” (Participante 5).

El relatar una adolescencia con conflictos, aparte de exponer que existía una tristeza o depresión se vivía un disgusto, a causa de los desequilibrios y cambios en los cuales estuvieron sumergidos los participantes. Lo social y familiar

¹⁴¹ <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2013/ni%C3%B1a0.pdf>: visitado en 20-11-13

son espacios que se tornan peligrosos para el individuo, pues son lugares donde la persona encuentra el conflicto y dada su poca experiencia en resolución de problemas esto se vuelve difícil y las emociones comienzan a gestarse dentro de los participantes, asimismo se observa que las relaciones con el otro no son muy gratas pues como se ha hecho alusión.

4.1.6. Relación órgano, emoción y enfermedad en la adolescencia

La salud de los adolescentes en México es un elemento que muestra las condiciones que el país prepara para la juventud, tal y como se ve en la tabla 4 de la SSA¹⁴², pues muestra que sus adolescentes presentan enfermedades infecciosas y crónicas en primer lugar, lo que toma relevancia al identificar que las enfermedades respiratorias se relacionan con el pulmón y la tristeza, sin pasar por alto las crónicas como la gastritis que representa adolescentes ansiosos de acuerdo con la teoría de los 5 elementos.

¹⁴² FUENTE: Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica/Dirección General de Epidemiología/ssa

Principales causas de enfermedad en el grupo de 15 - 19 años. Población general. Estados Unidos Mexicanos-2006

Número	Padecimiento	Casos	Tasa*
1	Infecciones respiratorias agudas	1 306 724	12 017.32
2	Infecciones int. por otros organismos y las mal definidas	232 498	2 138.17
3	Infección de vías urinarias	203 460	1 871.13
4	Úlceras, gastritis y duodenitis	123 587	1 136.57
5	Otitis media aguda	49 476	455.01
6	Amebiasis intestinal	44 290	407.31
7	Gingivitis y enfermedad periodontal	43 921	403.92
8	Intoxicación por picadura de alacrán	33 357	306.77
9	Candidiasis urogenital	22 562	207.49
10	Otras helmintiasis	22 089	203.14
11	Conjuntivitis	21 709	199.65
12	Varicela	18 344	168.70
13	Asma y estado asmático	13 488	124.04
14	Accidentes de transporte en vehículos con motor	12 185	112.06
15	Paratifoidea y otras salmonelosis	12 037	110.70
16	Mordeduras por perro	11 762	108.17
17	Tricomoniasis urogenital	10 462	96.21
18	Ascariasis	10 292	94.65
19	Quemaduras	8 802	80.95
20	Otras infecciones intestinales debidas a protozoarios	8 585	78.95
TOTAL 20 PRINCIPALES CAUSAS		2 209 630	20 320.92
OTRAS CAUSAS		65 982	606.81
TOTAL GLOBAL		2 275 612	20 927.73

*Por 100 000 habitantes de 15 a 19 años

FUENTE: Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica/Dirección General de Epidemiología/SSA

Tabla 4. Principales enfermedades en adolescentes, de 2006

Las narraciones de los participantes se pueden analizar cómo es que esta etapa juega un papel importante en la construcción de alguna patología, pues hay emociones que dominan, mueven, debilitan y enferman a los individuos, así como algunos empiezan a adoptarlo en su forma de vida, teniendo como principales efectos las enfermedades y estados emocionales crónicos, debido a que en esta etapa no hay participantes que llevaran a cabo un camino para dejar ir la emoción de su cuerpo, además los relatos permiten dar cuenta como el estilo de vida comienza a cambiarse, pues donde antes no había una preferencia clara, comienza a haber dominancia. En esta es un punto crucial para la construcción de la lumbalgia pues todos los participantes tejen rutas similares para el dolor lumbar.

La relación que tienen los órganos, los sabores y las emociones constituyen un análisis más integral sobre los individuos, además de considerar no solamente

el relato como un hecho completo y sin falla alguna en el análisis se recurre al cuerpo y sus mensajes, por lo que el sabor, así como las enfermedades nos abren el panorama sobre lo que aconteció en la adolescencia de los participantes. Cabe mencionar que los datos que no aparecen es debido a que los participantes no recordaban cual era la emoción, el sabor y la enfermedad que más dominaron en la adolescencia.

En lo que se refiere a la vida emocional, casi todos experimentaron tristeza pues de los 14, 9 dijeron que la emoción dominante era tristeza, y si se conjuga con los relatos sobre su adolescencia se demuestra que esta emoción se instaló en función a la relación con la familia, pues muchos refieren una tristeza promovida por la situación familiar, esto lo ejemplifica mejor la participante 3:

“Vivimos una vida muy triste todos, porque no nos podíamos reír porque se enojaba mi papa, siempre le pegaba a mi mama, pero no le pegaba juntos de nosotros, le pegaba a escondidas”.

Le segunda la ira, ya que 3 mencionaron esta emoción:

“Coraje” (Participante 9).

Y finalmente la ansiedad también tiene presencia en 2 participantes:

“Ansiedad” (Participante 8).

Los sabores que mayormente predominaron fueron el picante, siendo elegido por la mayoría, por detrás del dulce y finalmente el ácido/agrio, lo que comienza a articularse con una emoción:

“Lo picoso, no, de ya sabes de las jícamas con chile y limón, y todas esas cosas si, hubo la etapa de la secundaria que consumí un chingo, ese fue el sabor que más me caracterizó que yo recuerde ahora durante la secundaria” (Participante 6).

En cuanto a enfermedades, lo más común que se encontró fueron las que corresponden a las relacionadas con el pulmón de 5 participantes:

“En la adolescencia nada mas eran gripes” (Participante 5).

Seguido por las infecciones de garganta y relacionadas con el estomago:

“Garganta, estomago” (Participante 8).

Para articular esta triple relación se debe de tomar en cuenta la teoría de los 5 elementos y considerar que los órganos tienen correspondencia con vísceras y accesorios; por lo que enfermedades respiratorias se relacionan con el pulmón, así como la garganta y el estomago mantienen una relación de hermanos.

Ahora bien, se observa una tendencia dentro de los participantes cada vez más homogénea, de manera que la emoción dominante es la tristeza, el sabor es el picante y el órgano afectado por las enfermedades es el pulmón, por lo que la relación Tristeza-Picante-Pulmón, ha generado un desequilibrio a lo largo de las historias de los participantes.

También los otros procesos deben considerarse, pues igualmente se encuentran presentes en los cuerpos de los participantes, ya que la ira es otra emoción que hace presencia, aun cuando no se hallen enfermedades todavía relacionadas con esta emoción si se encuentra un indicio en los sabores, finalmente, la ansiedad se articula con su sabor y órgano correspondiente, de modo que el sabor dulce abarca gran parte del dominio, y enfermedades propias del estomago y garganta, visualmente esto se ve reflejado en la figura 14.

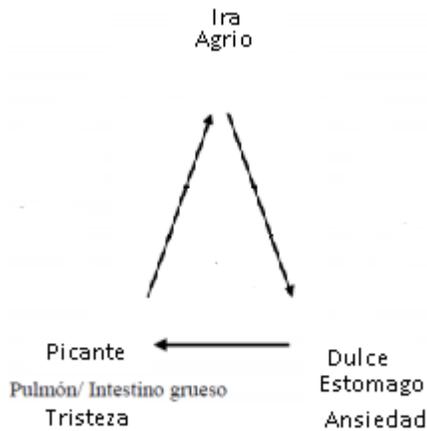


Figura 14. Dominancia de los elementos durante la infancia de los participantes

Dentro de este punto de su vida, el equilibrio interno de los participantes comienza a estar quebrantado, de modo que la adolescencia comienza a ser sometida por la tristeza, así que también se ve permeada por enfermedades relacionadas con el pulmón y se refleja con un sabor, por lo que esta etapa es definida por la dominancia, pues en la infancia se presentaban 4 emociones dominantes así como 3 sabores y órganos con mayores enfermedades, pues ahora la energía perdida ha alcanzado al estomago. Sin embargo en los adolescentes se presenta una vida que pasa de la ansiedad a la tristeza y luego a la ira y se vive un círculo de vida emocional pobre, al igual que los sabores, y las repercusiones se ven en pulmón y estomago.

4.1.7. Inicio de vida laboral

Otro aspecto que da pie a ser analizado es la edad de inicio laboral. En el INEGI¹⁴³ se pueden consultar diversos datos sobre el trabajo infantil del 2011, en los cuales se menciona que aproximadamente son e millones de menores quienes laboran, así que estas necesidades tienen que agregarse a la vida del menor como lo ejemplifica la tabla 5, donde se puede ver como la población menor de 18

¹⁴³ <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2013/ni%C3%B1a0.pdf>: visitado en 20-11-13

años que se encuentra activa tiene que repartir su tiempo para cumplir sus actividades.

Distribución porcentual de la población ocupada de 5 a 17 años por sexo según tipo de actividad 2011

Tipo de actividad	Total	Hombres	Mujeres
Total	100.0	100.0	100.0
Solamente ocupados	13.8	19.3	2.0
Ocupados y quehaceres domésticos	25.3	22.2	31.7
Ocupados y estudian	15.3	18.7	8.0
Ocupados, quehaceres domésticos y estudian	45.6	39.7	58.2

Nota: La suma puede ser menor a 100 debido al no especificado
Fuente: INEGI. Módulo de Trabajo Infantil 2011. Base de datos.

Tabla 5. Actividades cotidianas en mujeres y hombres menores de edad

A pesar de que trabajan, esto no es un indicio de que las condiciones de vida sean más solventes, igualmente en la muestra de este estudio se encuentran datos similares al INEGI, que en el caso de los participantes su inclusión a la vida laboral se da en la adolescencia, como se muestra en la tabla 6.

Los porque del comienzo de esta actividad, dan pie al análisis de la situación del país, pues una política que orilla a los niños a trabajar explica la despreocupación que se tiene no solo hacia los niños y la salud, sino hacia la vida. La inestabilidad económica de las familias mexicanas requiere que cada día sus miembros encuentren maneras de solventar dicha situación, sin discriminar edades, por lo que las cargas económicas son compartidas con los hijos. Cabe mencionar que las condiciones laborales de los participantes eran diferentes entre sí, pues van desde bordadores y oficinistas, hasta pedir comida y dinero en los restaurantes, por lo que hay lugar para ubicar la carga de responsabilidades como elemento constructor de un padecimiento, más que las condiciones, sean sedentarias o labores físicas riesgosas.

Pero cómo es que esto se ve al interior del cuerpo, pues como ya se ha identificado las emociones de los participantes, estas presentan otro

cuestionamiento sobre como ordenar algo externo con lo interno, pues es aquí donde se debe de conjugar el micro con lo macro y viceversa, viéndose como un todo. Por lo demás, la competitividad es una característica que el área laboral exalta, y si se lleva al interior, la competitividad de órganos, emociones y sabores cobra otra percepción, pues la manera en que se vive afuera se vive dentro, por esto motivo no es de extrañarse que los órganos, emociones y sabores compitan entre sí sin dejar espacio para la cooperación, es por eso que la dominancia se debe ver de lo macro a lo micro.

Participante 1	La infancia
Participante 2	15-16 años
Participante 3	Al termino de la primaria
Participante 4	16 años
Participante 6	14 años
Participante 7	Adolescencia
Participante 8	19 años
Participante 12	11 años
Participante 13	Trabajos esporádicos durante la secundaria y de manera formal a los 18-19 años.
Participante 14	15-18 años aproximadamente
Tabla 6. Edad en que inicio la vida laboral de los participantes	

De esta manera, los participantes identifican como la vida laboral presenta una problemática cuando no se cuenta con las herramientas suficientes para hacerle frente:

“Ahora digo yo de más edad pensaba dije, pero porque no quise seguir estudiando, porque luego luego saliendo de la primaria, me puse a trabajar, me llevaba mi mamá que hazle el quehacer a fulana que sultana, y ya me daban dinero, cumplí 16 años y me puse a trabajar, no sé si conozcas la “Lara”, de galletas y pastas, a los 16 años te recibían para trabajar, entonces me metí a trabajar, estuve 5 años ahí trabajando, pero pensé porque no yo misma me podía dar mi carrera y no lo

hice, puro trabajar y llevar dinero a la casa, te quitaban el dinero, te daban para los camiones y equis y ya” (Participante 3).

Por esto, se sabe que hay reclamos con el trabajo y por no tener un proyecto en la etapa anterior de la adultez, así como la vida laboral no es una vida propia, pues su finalidad es impuesta por los padres, de modo que el trabajo es propio y el resultado ajeno, formando menor plenitud en esta etapa, pues no se fomenta la culminación de un esfuerzo propio para sí mismos, sino que se hace para otros como una exigencia.

4.1.8. Ruptura con el origen

Un evento que es común en las metrópolis es el abandono de residencia por mejores oportunidades económicas, y cabe mencionar educativas, pues ambas, se encuentran completa centralización, aunque últimamente la migración se ha extendido cada vez al norte, lo que indica que el destino próximo son Estados Unidos, un bosquejo de lo que se menciona se observa en la figura 15 proporcionada por la CONAPO¹⁴⁴.

¹⁴⁴ <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/derhum/cont/62/pr/pr20.pdf>: visitado en 20-11-13

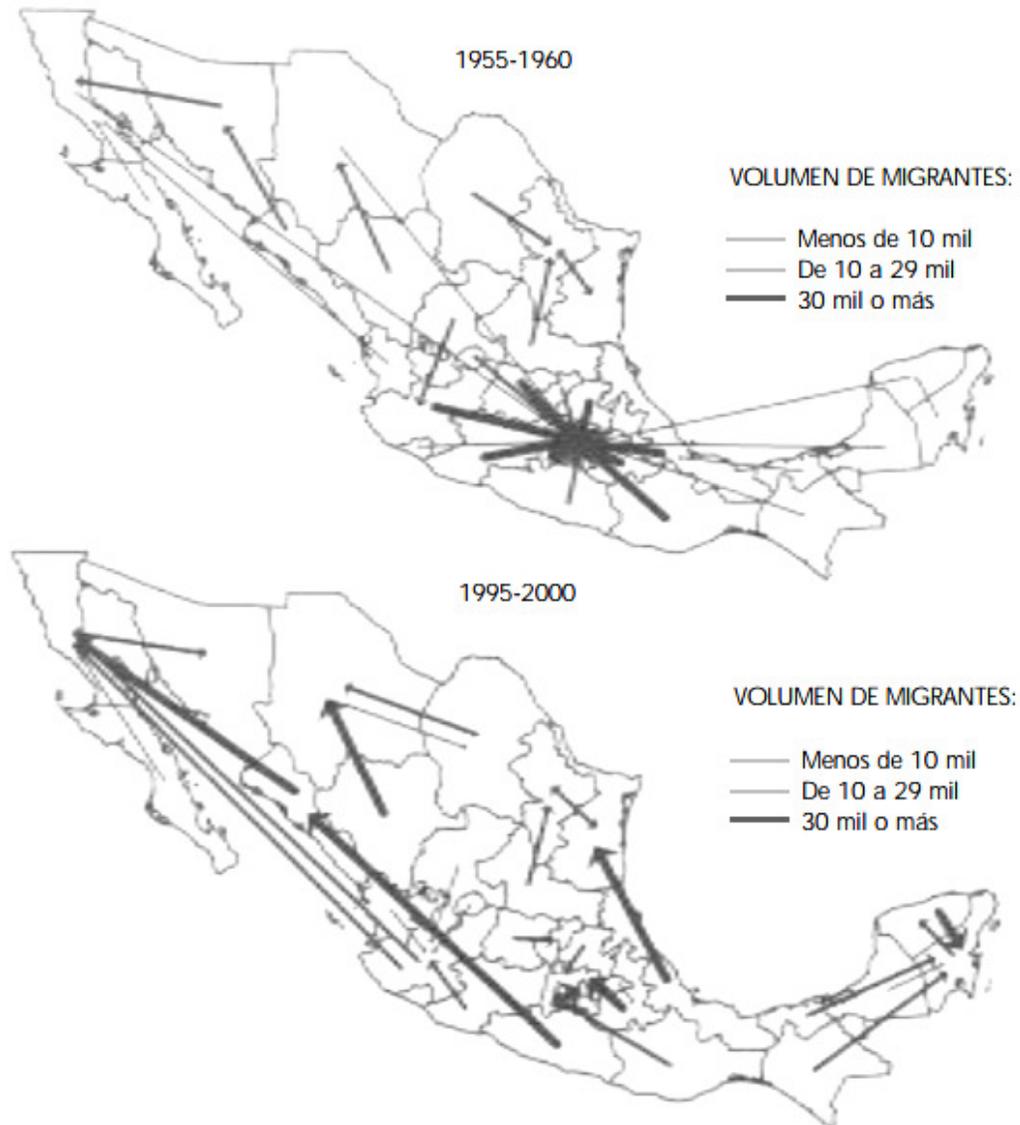


Figura 15. Migración de la población mexicana del periodo 1955-1960 y 1995-2000

En la vida de los participantes también tiene una gran relevancia esto, pues como se ha visto geográficamente, la migración es moneda de cambio dentro de ellos, donde se da el cambio de geografía por otro, lo que incluye todas las consecuencias como alimentación, aire, trabajo, relaciones, etc.; así como la centralización de la población en el Distrito Federal y zona conurbada, proveniencia de otros estados como lo muestra la tabla 7.

Participante 1	<i>“Nosotros nos quedamos en el pueblo”</i>
Participante 2	<i>“Yo soy de Guadalajara, del estado de Jalisco”</i>
Participante 3	<i>“Nosotros somos de Michoacán”</i>
Participante 4	<i>“A pesar de que todo eso camarones eran sembradíos y eso, no había peligros”</i>
Participante 5	<i>Pueblo feo, no es pueblo turístico, es pueblo feo, como zona rural pero pobre”</i>
Participante 6	<i>“Del estado de México, zona rural así por, colindando, o sea colindando con Michoacán, si, si era rural”</i>
Participante 7	<i>“Nosotros somos de Minatitlán, Veracruz”</i>
Participante 8	<i>“Del estado de México”</i>
Participante 9	<i>“Del sur de la ciudad” (DF)</i>
Participante 10	<i>“En Zacatecas de donde soy”</i>
Participante 11	<i>“De Celaya, Guanajuato”</i>
Participante 12	<i>“DF”</i>
Participante 13	<i>“El cambiar de casa y escuela tampoco me gustaba”</i>
Participante 14	<i>“Del estado de México”</i>
Tabla 7. Lugar de origen de los participantes	

Sin embargo, la expansión desmedida que ha tenido la ciudad genera inevitablemente un cambio en su medio ambiente y al interior de los cuerpos que puede ser manifestado como enfermedades crónicas y peligros para la vida misma, pues en la ciudad de México actual la preocupación por los peligros es una constante, lo que promueve nuevos mecanismos, como el estado de alerta en el que se encuentra el cuerpo:

“Antes no había peligro en esos años, a pesar de que en esos años, a pesar de que todo eso camarones eran sembradíos y eso, no había peligros, no, ósea, no es de que te preocuparas de que algo nos podía pasar” (Participante 4).

Otro elemento que se suma en las experiencias de los entrevistados es el enraizamiento que han tenido, pues sus raíces fueron abandonadas por la idea de un futuro mejor, más que nada en lo económico, dejando atrás un lugar, el cual se instaló en la memoria de los individuos; pues el aire, la altitud, oxigenación, vegetación y fauna son parte de la vinculación que hace la persona con su entorno, como lo indican 10 de los participantes:

“Nosotros somos de Minatitlán, Veracruz” (Participante 7).

Al momento de salir del lugar de origen implica un cambio drástico, pues el factor de expansión de un lugar industrializado, y los factores que conlleva ello, como lo es la contaminación, el estrés, la competitividad, así como el choque que conlleva entrar a un espacio metropolitano como lo es el DF, pues el choque personal que conlleva el haber vivido en una zona rural, de los cuales aún se mantienen un tanto alejados del aire contaminado de la ciudad de México, con esta misma. No obstante, este elemento debe empezar a considerarse en el cambio que se da en los estilos de vida, así como de medio ambiente, ya que el cambio de sentir, comportarse y pensar es diferente en una zona rural a una metropolitana:

“En el pueblo lo que se hace no es trabajar, sino, desde que yo recuerdo hasta que estuve allá, es cuidar los animales, trabajar ir, ósea traer leña, ir por hierba para los animales, después tuvimos puercos, cuidar los puercos, agua, bañarlos, esa era la rutina, era siempre estar en movimiento, casi nunca era estar, yo la tele la conocí hasta los 10, 11 años, y eso en la casa hubo tele pues hasta los 12 años, yo creo fue cuando hubo tele y no se veía, ósea entonces nuestra, ya mi adolescencia fue así, jugar, cuidar animales, hacer las labores del hogar” (Participante 6).

Hay 2 estilos de vida que compiten por vivir en un cuerpo, por un lado, el que nació y tiene su origen en la naturaleza en contacto con la tierra y el aire

saludable del campo, y por el otro, el de la competencia que se alimenta del aire contaminado, el asfalto que restringe el contacto con la tierra y la nula vegetación.

La competitividad por lograr un lugar en esta ciudad es vista en las áreas laborales, las escuelas, los amigos, la familia y hasta en el interior del organismo; puesto que por un lado se exige y se maximiza comportamientos egoístas premiándosele esto va al interior del cuerpo, donde la exigencia ambiental genera una competencia en los órganos por el mayor acumulo de energía, esto deja a tras las viejas relaciones del individuo con su entorno:

“Nos vinimos para acá, y es lo que añoro todo eso, para mi fui feliz en esa época allá, en mi niñez, ya acá fue muy distinto porque pues departamento, yo acostumbrada de andar ahora así (...) yo me subía a los arboles y ya me baja yo hasta la tarde, y ya si tenía hambre me comía que guayabas” (Participante 2).

El principio de lo que está afuera está adentro, es algo representativo en estos participantes, pues el alejamiento de la tierra ha generado un desequilibrio en la ansiedad, así como el alto contenido de metales en las ciudades influye en la tristeza, pues los elementos dejan de estar en su estado natural, sin pasar por alto que muchos de ellos se minimizan en las ciudades, a diferencia de la vida en contacto con un ambiente natural como es los lugares de origen de la población entrevistada.

De igual manera la menor cantidad de arboles, genera altos niveles de ira, influye en la alteración del concepto de naturaleza, pues lo artificial es lo más común y con lo que se vive en las metrópolis, por esto llamar a la lumbalgia como una enfermedad obsequiada por la era industrial cobra mayor sentido, con esto se hace referencia no solo a los lugares más obvios como la ciudad, sino también el campo donde la forma de vida comienza a desligarse de lo natural:

“Coca, carne, pan, este, pocas verduras, pocas frutas y este, me causo problemas por tomar mucho refresco, por ejemplo mi papá siempre fue muy refresquero, entonces yo tomaba mucho refresco imitando las costumbres de la casa” (Participante 8).

Por lo que cada vez las industrias del alimento llegan a estos lugares, donde el consumo de productos artificiales como la coca-cola comienza a establecerse como una tradición, o simplemente el cambio en la estrategia de plantaciones que involucra mayor especialización. De este modo, el macrocosmos se halla en pleno deterioro, al igual que el microcosmos o cuerpo de la población, así que las explicaciones científicas y supuestas comodidades de una urbe en vías de desarrollo deja detrás de sí un rompimiento entre el vinculo que existe o existía entre lo micro y lo macro, lo que da a lugar a que donde antes no había recurrencia de enfermedades, en la ciudad se vuelve diferente:

“Porque no recuerdo que nos hayamos enfermado, y nos mojábamos, salíamos al agua, nos íbamos al río, y nada” (Participante 7).

Ante esto se puede decir que los participantes no han enraizado en la gran metrópoli en que viven, y por el contrario, se han alejado cada vez más de su origen. No ha habido oportunidad de reconciliación con la tierra, pues el uso de calzado sintético, el asfalto que cubre la tierra y el decreciente uso de piernas substituido por el uso de automóviles genera pocas ocasiones que la gente pueda entrar en contacto con lo que los mantiene, con los diversos elementos que propician la vida:

“Entonces ahí son terrenos de sembradíos, siembras frijol, maíz, habas, entonces yo me acuerdo que siempre andaba detrás de mi abuela y que, me acuerdo mucho que cuando echan la tierra se levanta, la hacían como arenita y a mí me gustaba irme a sorfes porque esta húmeda la tierra y sentía en mis pies porque andaba descalza, sentía mis pies bonitos, tanto que me sentaba y me tapaba mis pies con esa tierrita, y pues fui feliz porque había un río grandote, que ahora ya lo hacen, para drenaje, había un río, y ahí me iba a bañarme, era una niña digo yo, como un animalito silvestre que lo que quiere (Tiene)” (Participante 4).

Pero no todos los participantes experimentaron este cambio geográfico y ambiental, pues quien ha vivido en el DF toda su vida también presenta problemas para enraizar, de igual manera por los motivos inherentes de la ciudad, por la

forma de vivir, es decir, el constante cambio de vivienda sin la oportunidad de fortalecer un vínculo al menos con el lugar donde se vive.

“El cambiar de casa y escuela tampoco me gustaba” (Participante 13).

El no enraizar en un lugar geográfico, impide el sentimiento de pertenencia, así como un asidero de comunidad y la convivencia es débil, por lo que, al interior del cuerpo se comienza a reflejar un vacío, que debe seguirse la continuidad con las emociones y como se desarrollan en los individuos, así como seguir analizando cómo esta falta de enraizamiento influye en la adquisición de un asidero emocional.

4.1.9. Etapa adulta

Actualmente, los constantes estados emocionales que se alojaron en sus cuerpos comienzan a invadir otras dimensiones de sus vidas, es decir, entonces encontramos adultos con los constantes sentimientos que no les han permitido un equilibrio entre ellos y su entorno, estos comienzan a reflejarse en su vida personal e interactiva con sus semejantes, como lo muestra la participante 12:

“Me generaba así como, algo de enojo, porque obviamente tenía el conocimiento de antes no, de que te pegaban, pero ahora lo veo y veo que pues les toco vivir esa etapa de entre comillas de cuidarme, porque son los mayores, soy la menor, y pues ahora los entiendo, y hasta ahora les agradezco no, les agradezco que me hayan cuidado, independiente de lo demás (...) Bueno me di cuenta que a través de buenas calificaciones uno podía llamar la atención, porque en casa era un poco difícil que la tuviera yo, era la más pequeña, y siempre veía que la atención la tenían los mayores no, conforme iban saliendo, el que salía se iba haciendo mayor, después de que salió, ahí la atención, entonces siempre intentaba llamar la atención obteniendo las mejores calificaciones (...) y que fue poca pero aun así me siento satisfecha porque he logrado muchas cosas”.

Lo que refleja una inconformidad hacia la vida, es decir, no están satisfechos consigo mismos y esto se extrapola en sus relaciones interpersonales. Algunos por cuestiones personales, ya sea en cuanto a salud física o psicológica,

esto ocasiona un cambio en lo que se refiere a su interacción con otros, pues la armonía que no se encuentra al interior es algo que sale, el modo de llevar sus relaciones es el sacra lo que está adentro, pues si en el interior hay desequilibrio, es lógico encontrar el mismo fenómeno en la condición de vida de los sujetos:

“Si me cuesta mucho trabajo relacionarme con los demás porque no, no soy así como que muy platicadora, entonces te digo que me cuesta mucho hablar, prefiero que ellos me hablen a mí a que yo hablar (...) Porque me da pena, que tal y si me rechazan o así (...) Miedo es no terminar la carrera y no poder mantener a mi hija, tristeza es que luego llego a pensar que si le pasa algo a mis papas que voy a hacer, este porque pues no los quiero perder, angustia es cuando por ejemplo mi hija se enferma y la dejo con mi mamá, quisiera estar yo cuidándola (...) y pues tristeza, pues cuando, me da mucha tristeza pegarle a mi hija, y mentirles a mis papás” (Participante 5).

A pesar de que los hermanos o familiares han llevado un largo tiempo viviendo con los participantes, no se puede hablar de una hermandad o familiar cooperativa o armoniosa, sino todo lo contrario, el proceso de enfermedad llega a estos rincones de sus vidas, pues en algunos casos el frecuente roce con estos personajes comienza a albergar al conflicto, pues es aquí donde se comienza a hallar el argumento que sostiene que el individuo se puede enfermar a partir del otro. En estos casos la esfera social queda reducida a la familia, en parte gracias a la historia que han llevado, pues las restricciones sociales en la adolescencia comienzan a conjugarse con el presente, donde al momento de preguntar sobre sus relaciones con otros, los participantes solo hicieron mención a su familia, a diferencia de los que lo hicieron a nivel social:

“Ahorita en, yo creo que ya no es odio, con mi papá ya no es odio, con mi papá ya no es resentimiento, con mis hermanos es coraje, me domina el coraje con ellos, porque el olvidarse de mi papá, se olvidaron de mi papa pero se olvidaron de mí también y eso me das tristeza porque saben que hay semanas que yo no puedo dormir ni 4 horas seguidas y a ellos no les importa, se supone que hicimos un rol para que fueran a cuidar a mi papá en la noche y no, hace poquito precisamente el jueves me enferme, algo me, hice crisis porque me sentía de la chingada, aparte de que la otra semana no vine a trabajar, pues me empecé a sentir muy mal” (Participante 14).

Mientras que a nivel individual se puede observar que la vida no es vivida con plenitud, sino que sentimientos y emociones siguen manteniéndose estancados, de manera que también hay cronicidad en cuanto a emociones. La preocupación por la situación económica viene a ser una constante en cuanto al estilo de vida, más si a esto se le suman los gastos que conlleva la pérdida de salud. Los refugios que generan las personas son mascarar ante las relaciones sociales, pues es difícil aceptar llevar afuera, a nuestras relaciones lo que siente el individuo, pues los sentimientos de soledad son sentimientos que no son compartidos con naturalidad, por lo que la insatisfacción también está presente:

“De 2 medicamentos fueron 700 y no encontramos otro, ya las otras 2 no pague el predial, no pague todos los servicios y me las compre, y así es como me he ido, pago una cosa y dejo otra, pero pues ya, es la vida y la tengo que aceptar, me deprimó mucho a veces por ese factor, por ejemplo aquí me pongo a reír y empezamos a botanear, a echar relajo, dicen que soy muy alegre (...) pero ya voy llegando a mi casa y es como me voy sintiendo mal, lo mimo, las cuatro paredes, o sea toda mi casa sola, en mi departamento, y ahí es donde me entra la nostalgia y conforme va pasando la tarde, la noche, es cuando ya me voy sintiendo mal, se me va el sueño, tengo insomnio, pero que puedo hacer, seguir adelante, porque no hay de otra, me deprimó más va a llegar un momento en que yo me voy a hacer daño”

Algo común dentro de las sociedades modernas es la acumulación, aunque no solamente la acumulación de riquezas o cosas materiales son exclusivas, sino que se acumulan sentimientos, cosas que no se dicen en el momento y se prefiere darle un lugar en la vida, en el interior, se han alojado sentimientos dentro del cuerpo:

“Por ejemplo con una cuñada de cuando estaba mala mi mamá, mi mamá ya falleció, estaba mala mi mamá, y no se paraba (inaudible) en el hospital para nada, para verla y esa fue una, la otra de que cuando mi hermano era soltero, llegaba, estaba viviendo con mi mamá, le llevaba azúcar, frijol, blanquillos y cuando se caso mi cuñada lo que hacía era irlo a esperar, a una cuadra, para que ya no le llevara nada a mi mamá” (Participante 7).

La vida adulta demuestra ser una continuación de las otras etapas de la vida, solo que aquí se mezclan situaciones de la infancia y adolescencia, cosas

como soledad, tristezas, corajes, resentimientos, carencias, etc. Asimismo, la circunstancias en las que viven los individuos no son las más saludables, pues todo lo anterior comienza a partir de la historia individual y en base a esta se relaciona el sujeto, y termina por culminarse nuevamente en los individuos, lo que genera un círculo vicioso, donde salen resentimientos, angustia y tristeza y al ser esta la carta de presentación de los participantes, es algo similar lo que se les regresa, por lo que las relaciones afectivas muestran ser una variable a considerar si se toman en cuenta que las emociones no solo viajan en el cuerpo, sino que estas se extrapolan a otros aspectos de la vida.

4.1.10. Familia

A partir de lo anterior, queda claro que las enfermedades pueden ser influenciadas por parte de un igual, aunque también se considera la interacción como una variable permeable en este proceso, pues la familia quien juega un papel importante en el desarrollo de cada individuo es algo imprescindible en este análisis y para esto se debe de considerar lo que menciona el INEGI ¹⁴⁵(2012) en lo referente a la violencia familiar, pues se reporta que 28% de niños entre 6 y 9 años, 9% entre 10 y 13 años y 10% entre 14 y 17 años son tratados con violencia por su familia, lo que afecta al 40% de las familias mexicanas; asimismo, el 45% de mujeres entrevistadas admite golpear a sus hijos y 19% los ofendía cuando los regañaba, mientras que 35% de mujeres son violentadas por sus parejas, esto demuestra la situación familiar que se vive en México.

Así que la familia como órgano regulador de la sociedad representa un choque emocional para los individuos, pues se observa una insatisfacción generalizada como lo muestra la participante 10:

“Para mí me están hartando, vienen los niños, me dejan la casa pero o sea yo lo que pelo es que este, si vienen las esposas de mis hijos, somos 4 mujeres, mi hija, yo y mis dos nueras, y yo digo

¹⁴⁵http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/especiales/revista-inter/revista_num_6/Doctos/RDE_06_Art4.pdf: visitado en 20-11-13

que tener un poco de, pues vamos a dejarle a la señora limpio porque ella mañana se va a trabajar, ellas se lavan las manos y “Vámonos y vámonos”, me dejan la casa pero patas pa arriba, eso es lo que me están hartando (...)Me da como, me da tristeza, con la familia”.

Los aspectos de la infancia que no fueron desarrollados se muestran en el relato anterior, pues si se revisa en el apartado de infancia se observará que los infantes eran integrantes ajenos de las decisiones familiares, pues siguen manteniendo el mismo rol pasivo en su forma de interactuar, por lo que un carácter no desarrollado en ninguna etapa, ubica al individuo ante una situación que requiere la toma de decisiones y expresión de inconformidad para no atentar con la salud física y psicológica. En algunos casos, no pasa más allá de una tristeza, sin embargo, no todos son iguales aun cuando mantienen una constante. También un fallo de cómo es que una familia, o dicho de otra forma, un estilo familiar se extiende y apropia de la vida de la gente, causando algunas veces una dependencia que se extiende por el cuerpo generando ansiedad o preocupación por el bienestar de la familia.

Del mismo modo, se halla una ruptura familiar que se había venido construyendo desde la infancia, pues como se observa en las respuestas hay una separación emocional en cuanto a la familia, pues el sentirse “ajenos”, deja entrever como los participantes han optado por salir de la dinámica familiar, sino en un plano físico, si en lo emocional, con lo que se afirma el supuesto de que no se halla un asidero emocional dentro de la familia, ni en algún elemento social que pueda dar pie a darle un significado a los problemas que se viven; dicha distancia afectiva comparte una relación con el cuerpo y los órganos, dando pie a las emociones que se encuentran en los relatos:

“Mi padre; en general, no siento que, ajeno, me siento ajeno a mi familia” (Participante 13).

A causa del distanciamiento o el sentirse ajeno como lo menciona la persona, no solo es un reflejo de las interacciones familiares, sino de un distanciamiento propio, con los órganos, con una zona, con una columna que se

encuentra detrás de lo que se ve, de manera que el sentimiento se mueve en diversas dimensiones.

Si bien hay quien menciona alegría, las emociones y sentimientos como ira, tristeza, ansiedad, desesperación, estrés y más se hacen presente con mayor fuerza en sus narraciones, por lo que da una ruta de cómo se ha ido desarrollando y cambiando el equilibrio al interior de los órganos y vísceras:

Mucha alegría al verlo y también es estrés (Con su esposo) (...) Le doy sus abrazos en la mañana, y luego cuando se está estresando me quiere pasar su estrés digo <Creo que no puedo llevar tu ritmo> (...) Antes era muy notado que era, me molestaba mucho y lo que hacía, en las actitudes que tenía era aventar las cosas pero me he dado cuenta que no es lo correcto, entonces ya he tratado de eliminar esa conducta, de repente pero ya es muy escasa, estamos hablando de cada mes, alguna vez al mes y si no es posible, sea nula, y este, y bueno la característica que he visto en mi familia, por parte de mi familia materna, que es con la que me crié" (...); con su hijo menciona ser: "A su vez se puede decir que soy muy fastidiosa, me decían que era muy aprensiva en su momento y era muchísimo más, pero ya ha disminuido conforme ha ido creciendo, porque sé que ya se puede valer por sí solo", y con su hija: "Ansiedad y de hecho creo que se quedo con mucha ansiedad, ya que cuando ella se gesto, pues yo con las, o sea siempre he estado muy, con muchas actividades, dentro de todo el día, con eso de llevar a mi hijo a la escuela, le toco una escuela muy lejos por las características que tenía, donde lo iban a apoyar" (Participante 12).

El estrés comienza a dejar de ser un término médico y psicológico para ser usado como moneda de cambio, es decir, la palabra estrés viene a ser parte del estilo de vida de las grandes orbes, por lo que su uso no es limitado a las investigaciones científicas o condiciones laborales, sino que es tan común vivir estresado dentro de la familia que ya no suena como algo alarmante y la población lo adopta como un modo de vivir.

La homogeneidad de las mismas emociones, una y otra vez en los diferentes periodos de vida de los individuos, comienza a dar respuestas del porqué hay semejanzas entre la población que genera un dolor lumbar.

El aprendizaje adquirido en la infancia por parte de los individuos es un modelo de crianza basado en la disfuncionalidad que se repite generación tras generación, pues los modos no son lo mismo pero aun así se continúa con las mismas emociones, pareciera que de algún modo estas se quieren transmitir a los hijos:

“Te digo ya venimos de unos padres ignorantes, nunca supieron expresarnos sus sentimientos hacia nosotros, y a lo mejor yo soy así (...) pero así que te quiero no, o sea no me arriesgo, me da pena, o a lo mejor no es pena, no sé que sea pero no me atrevo a decirle lo que siento de frente, y a ninguno de los 3 me atrevo a decirles que lo quiero”.

Por lo anterior, hay una notoria situación conflictiva con la familia, o mejor dicho, los participantes detallan una historia familiar en el que los problemas han sido cotidianos, dentro de estos participantes, hay quienes han optado por cambiar la situación conflictiva a un estado más equilibrado.

Sin embargo, las relaciones familiares fracturadas en general no dan muestra de que hayan sido sanadas, es decir, no hay una reconciliación con la familia, pero sí se sigue manteniendo una memoria dentro del cuerpo, la cual indica abandono y carencias afectivas, en otros casos violencia física y emocional. Además, no se demuestra significativamente una diferencia entre los patrones de crianza antiguos a los más recientes, dando soporte a lo que se mencionó anteriormente.

En el seno de la familia es donde se viven las experiencias más importantes, pues es donde se enseña a ser de una manera, a amar, comportarse, vivir, desarrollarse y hasta a morir, sin embargo no en todas las familias se logra encontrar una comunicación e interacción equilibrada, es atrevido mencionar que son las menos, pues en la familia siempre está el elemento que provoca discordia, enojo, frustración, tristeza, ansiedad, despersonalización, miedo o indiferencia, aun cuando todo esto se encuentre dentro del núcleo familiar, la tendencia de la sociedad indica el apego, el no alejarse de la familia, por tal motivo el adentrarse a

las interacciones familiares abre una ventana que articula un cuerpo y cruza los de los demás participantes, con sus singularidades pero con su tendencia propia que marca esta población estudiada.

4.1.11. Madre

Los problemas familiares que se ven inmiscuidos en la vida de los participantes hacen recurrir a la historia parental, iniciando por la madre, persona con la que se tiene el primer contacto corporal, así como emocional.

La madre en la cultura mexicana es vista como un símbolo de afectividad por lo hijos, donde la madre era quien guiaba a las hijas en la vida y en los menesteres de ser madre, así como cuidadoras de los hijos menores. Además de eso, la madre es el origen, de donde se vino, así como de un lugar geográfico, por esto, el renegar de la madre, es renegar de lo que se es cada hijo.

A través de los relatos que compartieron los participantes se puede observar que la madre no es excluida de la problemática familiar, sino todo lo contrario, en los relatos de los participantes refieren un punto de ruptura con la madre, que aun cuando no haya habido un conflicto parece ser que el estilo de vida de soledad y sin asidero emocional que bien pudiera haber sido la madre no se relata:

“Siempre me genero la esa emoción de cariño, pero últimamente, no se últimamente nos, la veo, la abrazo, la beso y también no, se que ella igual me quiere mucho, y se lo digo y me lo dice, pero no se siento que hay una, siento que hay una distancia no sé, no sé por qué, pero ya no me, ya no me llevo como me llevaba antes, ya no es la misma convivencia, y no es que haya habido algo, bueno si hay algo yo no lo puedo ver, algo como una, o sea no ha habido riñas o algo así” (Participante

13).

Dentro de la información ejemplificada del relato anterior, se puede identificar una disociación corporal pues lo que vive el cuerpo no es acompañado

por el razonamiento, pues aun cuando se sigue manteniendo el contacto corporal el emocional se encuentra perdido, lo cual debe verse en la relación de los órganos, como los hijos comienzan a tener un desequilibrio con los órganos padres.

El mencionar que unos participantes no sentían amor hacia la madre es algo que requiere de una contextualización temporal, pues esto es más representativo en los participantes que vivieron los modelos de crianza tradicionales, donde la madre tiene más de 5 hijos, y al crecer comienzan con su familia propia y las enseñanzas son compartidas por todos y el tiempo que se dedica es limitado, así como cualquier muestra de cariño, desde la infancia se halla un principio de abandono maternal, lo que llevó a una carencia:

“Oh con mi madre déjame decirte que en mi niñez como te decía tal vez no convivimos mucho, o por lo mismo que no había ese cariño o ese acercamiento como lo hay aquí, a lo mejor hace unos 10, 15 años, que yo valoro mas a mi madre”

Sin embargo es importante hacer notar el cambio que se da y que los mismos participantes aluden que experimentaron en torno a la relación con la madre. A pesar de la relación no funcional con la madre, se subsanó dicha relación, pues donde antes había indiferencia, actualmente hay cariño y armonía, lo que demuestra la existencia de una lealtad hacia la madre, como lo señala la participante 10:

“Incluso yo ya renegaba cuando iba a la escuela, Para que me tuviste, si no me puedes dar ni para un lápiz o cuaderno, para que tuviste tanto hijo, o sea yo me revelaba en contra de ella, y pues claro que una madre ya, con, pues ya de ver que una le reclama y todo eso pues si se sentía mal mi mamá, se ponía hasta a chillar, bueno yo era la única mas canija que le reclamaba, Para que me tuviste si no me dabas lo que yo quería y que esto, y ya pues si pero yo digo que no éramos hijos deseados (...) yo si siento que hubo mucha ignorancia hacia nosotros, ósea no había cariño ni un te quiero, ni un te amo hija, nada, nada, en este, en ese ámbito no crecimos en una amor de padres, porque mi mamá era muy ignorante, a lo mejor fue la ignorancia, porque ella no tuvo escuela, no tuvo nada, pero y tampoco se animo a decirnos que nos quería, que, nada, un cariño

por parte de ella no (...) Este cuando yo vivía con mi mamá, yo viví con ella hasta los 16 años, pero yo la veía indiferente, a lo mejor por lo mismo, porque como ella nunca nos dio, nunca nos dijo un te quiero, un beso, así, entonces yo la veía muy indiferente, en el tiempo que luego ella venía a visitarnos, duraba más tiempo conmigo que con mis 2 hermanos, y este, y entonces yo quería, como que yo le quería dar amor, pero nunca pude, siempre fue resentimiento y la indiferencia de ella (...) Nunca la tomamos así como madre, como no, nunca, nunca, bueno yo sí, en sí, porque justo aquí murió porque yo le quise dar sus mejores días aquí conmigo y allá no la querían, no la tomaban en cuenta y sí, por mi mamá también añoraba mucho por estar aquí conmigo <Llévenme con chela, llévenme con chela>, yo dije pues yo le voy a dar sus últimos días, que sea feliz aquí conmigo, no le voy a dar mucho, pero ya lo poco que le queda que sea feliz y este tranquila”.

Todavía se requiere tomar en cuenta la percepción que se tiene sobre la misma, pues actualmente la definición y explicación de la interacción con la madre indican que hay una tendencia hacia la resolución, en parte por ser una persona afectiva gracias a otorgar enseñanzas, a pesar de que los participantes consideran que actualmente es “buena” su relación con sus madres, también se considera que parte de sus vidas existía un resentimiento, reclamo, enojo o abandono como lo expone la participante 12:

“Más cariño que resentimiento, si había un poco de resentimiento, pero realmente como que el amor lo, lo evadió y ya trabaje esa parte. Este con mi mamá pues sí el amor de mamá pero yo creo que si me sentía algo bastante, más bien ya cuando vino la adolescencia y que la buscaba, volteaba a buscarla como que pues no la encontraba porque creo ella su método fue de poner atención primero al mayor, (...) yo era la más pequeña entonces como que yo veía que no me ponía esa atención, esa intimidación que llegaba a tener con mis hermanos, entonces así como que me empezaba a sentir un poco alejada, eso me provocó así como buscar alguien que me escuchara y pues que bueno encontré a la tía que te digo (...) ella si me escuchaba y todo eso y que llegue en algún momento en el cerebro a pensar que mejor no hubiera tenido esa mamá, y hubiera tenido la otra, pero ahora digo no, mi mamá es mi mamá y la respeto, pero sí, la sentí algo distante en la adolescencia, pero cuando era pequeña sabía que estaba ahí, cuando yo corriera a abrazarla ella tenía que estar ahí”

Como lo expone la participante 12, no solamente ha habido resentimientos hacia la madre, sino una competitividad, pero no es una competitividad con la madre, sino con las hermanas, y es sobretodo por la exigencia de cariño e interés

por parte de la madre, que en mucho de los casos es desproporcionada la atención, por lo que esa competitividad abre nuevos códigos al interior del cuerpo con los que desarrolla su vida la persona. El tener conflicto con la madre es sinónimo de tener conflicto consigo mismo, es por esto que las problemáticas con la madre son las que usualmente se resuelven:

“Como me la paso más con mi mamá, como que me echa o sea, me echa la mano cuidándome a la niña y comprándole así cosas, con ella siento como alegría, me siento bien con ella”.

(Participante 5).

Las emociones hacia la madre son poco claras aun para los entrevistados, sin embargo, los sentimientos que sienten hacia la misma son reclamos en base a la soledad, carencias y poco interés que daban las madres ante la demanda de los hijos, ya que el vivir sin una persona con quien confiar, contar o apoyarse; a causa de recursos económicos bajos, altos índices de natalidad y poco trabajo emocional en la familia, genera una competitividad y sentimientos de soledad, sin embargo esto no es exclusivo de la lumbalgia, pero al conjugarse con la demás historia de vida forman rutas que siguen los cuerpos para desarrollar dicho padecimiento.

4.1.12. Padre

A partir de esta información, el dolor crónico en la zona lumbar empieza a tener una mayor claridad, pues en este punto hay una intersección por la que pasan los participantes de este estudio, al seguir la ruta de la lumbalgia en la figura paterna se halla como un evento por el cual hay unanimidad en la historia de vida de los casos presentados, tal y como se ve en los relatos.

Aun cuando se ha presentado este hallazgo, no se intenta promover la idea determinista de este punto, por lo que se debe de seguir que ruta es la que siguen manteniendo esta población.

Algo que salta a la vista es la vinculación que tiene el padre con las emociones de los participantes, pues usualmente los padres son asociados con la ira, cabe mencionar que si se remite a la teoría de los 5 elementos, la ira corresponde con hígado y vesícula biliar, lo que a su vez se asocia con ligamentos, una parte muy importante en la espalda:

“Fue un poco difícil, porque yo veía la preferencia hacia mi hermana la mayor, hija de él, porque tengo hermanos más mayores que no son hijos de mi papá, como que yo sentía un poco el rechazo de él, y sus cariños de él siempre eran golpes entonces como que no me agradaba mucho que me pegara, porque sentía feo, entonces si como que lo empecé a tener un poco distante, alguna vez se me ocurrió hacer el día del papá un regalito, pero con mis propias manos o sea se lo regale y si lo recibió y todo bien pero ya después vi que lo hecho así por la ventana de su carro, y así como que <¡AAAHHHU!> Es mucho (Inaudible) me quede, sentí que destrozo mi corazoncito pero dije bueno, y aun así yo vi, yo con eso me puse mas alerta a ser muy aplicada y vi que de esa forma yo podía llamar la atención, pero aun así a mi papá no lo logre, siempre la vista era para mi hermana, entonces así como que pues bueno, ya lo trabaje y digo bueno fue la decisión de él no, pero eso me ayudo a mí para crecer. Era de mucho enojo, era de enojo por más que nada, porque prefería más a mi hermana que seguía entonces si se veía mucha diferencia y pues con los demás cuando no me quiso hacer mis XV años (...) Pero realmente ahora sé que es su forma de ser, ya, se lo dejo a él, yo ya no sé y yo prefiero vivir tranquila” (Participante 12).

La desvinculación con el padre da una idea sobre el trato con el que se han relacionado, el pasar de los años y la falta de acercamiento amoroso se conjugan de manera que crea un abismo entre lo que necesitaron los participantes de infantes y su realidad. Esto tiene su explicación dentro de lo que es lo cultural, pues la cultura mexicana, más que nada canciones y películas, donde se exalta el machismo, se puede observar como el contexto social se impregna en los cuerpos. La debilidad se asocia con el mostrar emociones, claro emociones que no sea la ira, por lo que el ser cariñosos con los hijos no estaba contemplado en estos patrones de crianza, por lo que, las carencias afectivas es algo que cruza a los participantes, de modo que existen reclamos hacia el padre, y los estilos de sentir y emocionarse estuvieron en función del padre, aunque hay quienes superaron esto y crearon nuevas formas de interactuar con los hijos:

“Como me hubiera gustado a mí que mi padre me hubiera acariciado, me hubiera apapachado, que de “haber duérmete aquí hijo” cuando menos en su pierna, o que me estuviera aquí abrazando, es algo de lo que carecí en mi niñez (...) mi papa nos enseñó a ser muy fríos, muy vaya unas personas que no expresaban sus sentimientos, (...) a mis hermanos les digo que los quiero, cuando a lo mejor cuando estaba mi papa si yo le dijera a mi hermano que lo quiero puta me va a decir que soy un puto maricon (...) te digo él era muy frio el cabron, venia o el descansaba el sábado o domingo, pero eso si esos días eran para ponerse borracho, yo no tomo, entonces nunca coincidimos” (...) entonces hace poquito que fui, tenía muchas ganas de verlo, y hasta la fecha a veces lo extraño, entonces ese día que lo vi, lo abraze cabron, o sea papa qué bueno que te veo, me da mucho gusto verte, lo salude y vengase viejo, y lo abraze, y o sea, que sintiera a lo mejor con la fuerza, que sintiera el cariño o el amor de hijo, cosa que cuando vivíamos aquí nunca lo hicimos, nunca hubo esa manera de demostrar el cariño con la gente, te digo él era muy frio el cabron (...) te digo que a partir más o menos de unos 15 años que mi papá no está con mi mama, que él decidió hacer su vida por otro lado, las cosas cambiaron, eh nos abrimos totalmente a demostrar nuestro cariño” (Participante 1).

La cultura mexicana una vez más, hace su aparición en los estilos de vida de los participantes, pues la idea del machismo que se ha desarrollado y arraigado en México crea abismos, de modo que aleja los afectos entre hombres, ya sea entre hermanos o padre e hijos, algo que desafortunadamente no se encuentra en la naturaleza de los participantes, pues ellos en su vida solo saben que necesitan un acercamiento amoroso con su progenitor. Cabe mencionar los casos en los que la falta del padre puede llevar a generar un vacío, es decir, un vacío emocional, con el que no se ha tenido contacto, la parte masculina queda sin ser desarrollada en su totalidad, y el reflejo se observa en ligamentos débiles, o en una patología como la lumbalgia:

“Yo tenía un año cuando falleció mi papá, realmente pues yo no lo conocí, es lo que le comentaba a mis compañeras luego, que cuando es el día del papa, a pesar de mi edad y todo, lo añoro porque yo no tuve una caricia de mi papá” (Participante 2).

Asimismo el ser hijos de padres alcohólicos conjuga lo anteriormente dicho, pues es en estos estados donde se acentúa el abandono físico y emocional, la violencia y la ira de los participantes, dando lugar a reclamos no resueltos:

“Cuando el no tomaba si, se iba a trabajar, luego regresaba y ya estaba ahí, pero cuando no, el duraba mucho tomado, se perdía. Estábamos solas mayormente” (Participante 11).

A pesar de que actualmente el participante considera ya no tener conflictos con su padre, parece ser que el registro que tiene la memoria emocional es donde aun reside parte de la construcción de la lumbalgia, pues hechos y eventos que se dieron durante la infancia o adolescencia quedan marcados en una memoria corporal, la emocional y la celular, que sigue activándose frecuentemente en los cuerpos.

También, se expone una carencia afectiva donde faltó afecto, dicho de otra forma, la enseñanza a dar amor por parte de los padres hacia los participantes no tuvo lugar en la infancia, a diferencia de la adolescencia, la cual se complementó con una serie de conflictos en dirección al padre. Los altercados con sus padres han ido de discusiones hasta puntos de alta tensión, pasando por resentimientos:

“Creo que ira, entre ira y, si este, ira (...) En su tiempo se lo exprese, se lo dije, era el hecho de que no estuviera no, era el hecho de que le hiciera daño a mi madre, porque yo lo veía, y se lo dije no, una vez casi nos, estuvimos a punto de llegar a los golpes, tenía como 16 años, y te digo hoy llevamos una buena, una muy buena relación” (Participante 13).

Aun cuando el conflicto se exprese y quede fuera del cuerpo, la memoria corporal parece tener una relación con las emociones, de modo que al alojarse en la memoria su presencia es asociada con la ira, lo que conlleva a un debilitamiento en el hígado y vesícula biliar, así como sus accesorios.

Sin embargo, se puede rastrear otro fenómeno que se da con los padres, el cual es una “desvinculación”, esto lo ejemplifica de mejor manera la participante 14:

“Mi papá ya estaba enfermo, mas enfermo de lo que estaba antes, empiezo yo a pelearme con muchos hermanos, con mi papá me peleaba mucho, porque mi papá es cuando yo empiezo a

conocer más a mi papá, nadie lo conoce como yo, porque yo vivo con él y cuando se muere mi mamá, yo me doy cuenta que mi papá es todo lo que no debe ser un hombre, es misógino, es desobligado, atenido, un macho empedernido, y es feo y pues yo vivo con ese hombre que es mi papá (...) sabemos que tenemos un papá pero pues, compromiso con mi papá no hay (...) mi papá cada día está más deteriorado, demanda más inversión de dinero, y no me alcanza y me encabrona mucho (...) estoy muy cansada físicamente, y emocionalmente estoy tronada porque mi papa es, es mi papá pero, es difícil vivir con un hombre así, porque ahorita a sus 80 años se acabo su cuerpo, a sus 80 años está totalmente deteriorado, y vive enfermo y eso implica muchos cuidados, cuidar un enfermo psiquiátrico y con todas sus enfermedades que tiene es muy cansado y con muchos gastos, pero pues yo hago lo que tengo que hacer (...) He tenido que despersonalizarme de mi papá y verlo como es, un paciente”

Dentro de este apartado se puede observar que el padre también es un punto de conflicto, o un justificante para realizar reclamos, así como con el propio padre, de modo que esta es otra manera de vivir al padre, pues de las diversas maneras que se encuentran en los relatos, esta es muy acercada a la indiferencia, y bajo el supuesto que la indiferencia mata, en este caso es matar un punto importante en la vida de todos los seres humanos, la parte masculina dentro de sí, por lo que el equilibrio interno es roto; los participantes mantienen constantemente al padre dentro de reclamos, que van desde discusiones hasta actitudes.

Con esto se termina de concluir algo que se venía desarrollando dentro de las historias de vida, que es que no existe un asidero emocional en los individuos, no hay un lugar en el cual puedan recurrir ante una crisis existencial, donde llorar, o más básicamente a quien contar un secreto, ya sea una violación, un intento de abuso, el recibir palabras de aceptación o afecto y un modelo a seguir.

4.1.13. Lugar en la familia

A pesar de haber resuelto algunos problemas con la familia, esta ha tomado carne y cuerpo, dentro de los participantes, pues al no poder cambiar lo vivido con su familia pareciera que hay una compensación con su familia actual, tal y como lo exponen los participantes en sus narraciones.

En este postulado se toma como categoría el rol familiar que tienen los participantes en su interacción familiar, así como cual es el punto del cual parten para tomar dicha función. En todos hay cargas que sienten que solo ellos hacen, de las cuales hay las que son complejas y las que pueden ir desde lo más básico:

“La de proveedor” (Participante 8).

Aunque la respuesta sea corta, se puede identificar una actitud dentro de la familia, específicamente como una persona que da. Dentro de los relatos se puede encontrar con frecuencia la referencia hacia sí mismos, o sea el yo; esto quiere decir que los participantes se ponen en el centro de la dinámica familiar. Una dinámica que gira alrededor de ellos, donde los participantes tienen un protagonismo que al parecer no desarrollaron en las primeras etapas de la vida:

“Mi hermano Adrian, pues ese cabron de plano, yo creo que no tenemos vaya una relación así de hermanos, porque pues el wey siempre que voy nunca esta, ese wey no es de que diga voy a ver a mi hermano Felipe y lo voy a saludar ese wey nunca, nunca mueve un dedo con tal de visitar a su familia, y sin embargo yo, yo trato de ser el que, el que los busca, yo busco a Pedro, yo busco a Gonzalo, yo busco a Adrian, yo busco a Nati, yo soy el que siempre esta, o procuro estar en contacto con ellos, aunque ellos no lo hagan conmigo entonces es poca la relación, a penas con mi hermano Pedro hablamos hace unos días (...) hay una relación de mi parte hacia ellos buena, de ellos hacia mi tal vez no mucha”

La referencia hacia ser los personajes quienes mantienen unida la familia es vista como una tarea que están predestinados a llevar a cabo, pues en esta etapa los participantes comienzan a jugar un papel más activo dentro de la familia, como se pudo observar dentro de los fragmentos de las historias de vida, se ven carencias, problemas abandonos, etc. Que marcaron la vida de los individuos, por lo que actualmente, se compensan estos hechos con un comportamiento mas familiar, se comienzan a diluir los limites de responsabilidades familiares y entonces se confunde el papel de los individuos, llevando cargas que muchas veces no les corresponden, o en otros casos, las cargas son exageradas, es decir,

los aspectos emocionales de la familia, sobretodo, son los que intentan cuidar aun cuando estos sean personales y no pueden ser controlados o regulados por los participantes:

“Yo soy como el tutor, el encargado de ahí, proveer a mi esposa y tratar de estar a cargo de las responsabilidades emocionales y económicas y todo”

Además a esto se le puede asumir otra manera, que sería la función que se tiene aparte de ser la cabeza de familia, el protector, y las repercusiones que esto conlleva, pues el pasado se hace presente de modo que la manera de interactuar nace a partir de un sentimiento y por lo mismo la soledad vivida lleva a sentir el compromiso con la familia:

“Ahora si como cabeza, como cabeza de familia, ósea incluso pues yo me considero que para todos, incluso para mis hermanos también, o sea porque a pesar de que, tengo un hermano que es mayor, o sea continuamente me viene a pedir consejos, o una consulta o algo sobre x motivo, o mis sobrinos lo mismo, mi otro hermano el más chico o sea todos, ahí así”

Dentro de esta función se alberga la emoción de enojo y tristeza, emociones que han estado correlacionadas con la adolescencia y el padre y que al parecer comienzan a ser el órgano rector de la carga familiar. Sin embargo, no siempre se pide por excelencia dicho lugar en la familia, sino que en determinadas circunstancias la persona se siente orillada a ocupar un lugar que ha quedado desocupado por “n” razón:

“Pues ahorita soy la cabeza porque ya no tengo a mi esposo (...) pero a partir de que ya no está soy yo la que llevo el mando, llevo el mando y este si me costó trabajo porque yo vivía como, igual como niña, como hija de familia”

Lo anterior demuestra que los estilos de vida se comienzan a ajustar al resto de la población con dolor lumbar, en algunos casos ser la persona que mantiene el arraigo en la familia, ya sea desde jóvenes o de adultos, se observa como esto cruza a todos los entrevistados pues no hubo quien no se refiriera a sí

mismo como uno más en la familia, más bien se hacía referencia a ellos como una persona importante dentro de la familia. Estos participantes demuestran que han tenido y siguen manteniendo una constancia en su forma de interactuar en su familia, muchas veces el papel familiar ha sido impuesto, de modo que con algunos participantes tenían que fungir con la función de madre, es decir, tenían que servir al padre y a los hermanos, sin tomar en cuenta si eran las hermanas mayores o no, así como funciones de esposa que la madre relegaba en ellas. Asimismo pasa con los participantes masculinos, quienes toman el patrón de hombres de la casa, aun cuando no vivan con la familia:

“Soy el único hombre, entonces, siento que soy el hombre de la familia, el que va a continuar con el apellido, pero también ahora he asumido un nuevo rol, de ser la consciencia de mi familia, porque como estoy metido en esto, me preguntan mucho sobre salud, nutrición” (Participante 9).

No obstante, este estilo de relacionarse con la familia es adoptado como un estilo de vida propio y se siga manteniendo a lo largo de sus vidas, sobretodo en el momento de tomar una carga que no les corresponde. Esto demuestra que hay un conflicto el cual no se ha trabajado, es decir, no se ha reconciliado con aquellas faltas afectivas ya mencionadas dentro de la familia, por lo que parte de la vida del participante esta apegada a los otros:

“Soy la primera, porque soy la primera integrante no (...) El ser madre, y seguir adelante porque mientras tengas hijos, siempre haz de cuenta que nunca se te quita la responsabilidad hacia ellos, porque luego viene uno, “Fíjate mamá que esto y el otro”, ¿Necesitas dinero?, “Si”, tengo si, les prestó, y si no, yo veo él, como los puedo ayudar, Llévate un frijol, un aceite, un arroz, y ya después veremos, o sea ese es mí, o sea así como yo me siento, la importancia hacia mis hijos, porque para todo recurren conmigo” (Participante 10).

Así como hay cargas de responsabilidades, existe un efecto similar en la forma de relacionarse intrafamiliarmente, pues el aprendizaje adquirido en el seno familiar no procuraba esto, de modo que la forma de convivir pasa por alto elementos equilibrados como la asertividad, lo que podría hacer que los participantes mantengan un acercamiento sin necesidad de llevar una carga (o su

magnificación) que no les corresponde. Después de haber presentado parte de las narraciones se puede identificar que la actitud con la que se interactúa en la familia es de dar, o sea, siempre estar dando sin recibir, hay un desequilibrio en la forma de relacionarse con los demás, lo que lleva ver sus historias desde la infancia, y se puede encontrar que no hubo un aprendizaje de dar amor, consejos, compañía, etc., lo que hace ver que la propia persona desarrolla nuevas redes de vivir, que no son equilibradas, ya que pasan de un sentimiento de no recibir, a una acción de otorgar a los demás.

Hay un estilo de vida en el que la gente se llena de presiones, obligaciones, responsabilidades, cargas, compensaciones, etc., lo que interfiere con su desarrollo personal, más que nada a nivel emocional, pues en vez de ir al origen parten de carencias y dominancias, pues del origen partieron y del origen debieran de partir.

4.1.14. Hijos

Como característica del grupo es no solo el hecho de llevar una carga familiar, sino que la mayoría tiene hijos, de modo que el tener hijos no es precisamente un detonante, sino que la manera en que se afronte la familia que se comienza a conformar, con esto no se hace referencia al aspecto cognitivo, pues en muchos casos la ansiedad es una variable relacionada con la familia, debido a que la preocupación de solventar una economía estable es algo muy presente en los padres de familia, lo que puede conjugarse con la demás historia del sujeto:

“Yo sé que mi responsabilidad es esta pues traer lo suficiente como para que no falte nada aquí, pero desgraciadamente no traigo lo suficiente, no traigo lo necesario” (participante 1).

Además, los participantes que aun no tienen hijos son los que aun se encuentran en edad reproductiva (véase tabla 8).

Participante 1	2
Participante 2	4 (+Un aborto)
Participante 3	3
Participante 4	3
Participante 5	1
Participante 6	1 hijo
Participante 7	4 hijos
Participante 8	1 hijo
Participante 9	0
Participante 10	3 hijos
Participante 11	3 hijos
Participante 12	2 hijos
Participante 13	0 hijo
Participante 14	0
Tabla 8. Número de hijos que tienen los participantes	

4.1.15. Edad que se presentó la lumbalgia

Pareciera ser que el tener hijos también influye en la construcción de la lumbalgia, pues a pesar de haber sido un dolor agudo, esta se presentó de manera crónica en su vida, siendo la etapa reproductiva la más representativa de esto, como se ve en la tabla 9; ya que la mitad de la muestra menciona haber presentado el primer cuadro de dolor entre los 20 y 30 años, mientras que 4 lo presentaron de los 30 a los 40, uno de los 40 a los 50 y 2 entre los 50 y 60 años.

También se observa una tendencia en cuanto a las edades, pues las personas de mayor edad del estudio presentaron el dolor después a partir de los 33 años, a excepción de un caso, mientras que los participantes mayores de 30 años a partir de los 22 años, y los menores de 30 a la edad de 21, lo que indica

que esta patología comienza a desplegarse cada vez a edades más jóvenes, lo que concuerda con los niveles de alteraciones en el medio ambiente.

También la edad representa como es que la construcción de una sintomatología como un dolor tiene cabida en el cuerpo a tempranas edades, y a partir de los 21 años comienza un peregrinar en la vida de los participantes con la lumbalgia. Hay una construcción que inicio durante la gestación, y que viene a tomar forma en la juventud, lo que demuestra que la plenitud humana empieza a alejarse de sus vidas, de modo que lo crónico viene a presentarse en forma de dolor y específicamente en la espalda baja.

Participante 1	24-25 años
Participante 2	Aproximadamente a los 40 años
Participante 3	61 años
Participante 4	38 años
Participante 5	21-22 años
Participante 6	21-22 años
Participante 7	38-40 años
Participante 8	22 años
Participante 9	22 años
Participante 10	21 años
Participante 11	33 años
Participante 12	25 años
Participante 13	23 años
Participante 14	30 años
Tabla 9. Edad en que se presento la lumbalgia	

4.1.16. Relación órgano, emoción y sabor en la etapa adulta

Para entender la función de la relación de las emociones, sabores y órganos se requiere de recurrir a las narraciones de la muestra; en la cual se revelan los sabores que predominan en su vida actual, así como las emociones y las enfermedades que más frecuentemente padecen.

Los participantes refieren con mayor insistencia el sabor picante:

“Sigue siendo el chile, me mueve” (Participante 14).

Por otra parte, siguen presentando una emoción dominante, tristeza:

*“Pero si hay momentos en los que me siento sola como triste vamos, que veo todo muy solo, quisiera yo salirme donde hubiera gente y todo, esas siento yo que son mis emociones”
(Participante 11).*

Asimismo las enfermedades respiratorias que tiene sus repercusiones en el pulmón:

“Pues siempre fue mi talón de Aquiles o sea las gripas, o sea las vías respiratorias, la gripa me tumbaba (...) nada mas era gripe, o sea era gripe pero me daba temperatura, me daba gripe, me daba calentura, me tumbaba en la cama bastante, unos 4 días, unos 3 días pero eso fue todo, o sea, no tuve ninguna otra, otro padecimiento” (Participante 13).

Con esto se observa que la relación: Picante-Tristeza-Pulmón es la más dominante, el primer hallazgo es la frecuente dominancia del picante, esto deja una huella para el análisis, pues los cuerpos empiezan a enviar mensajes de desequilibrio. Por principio este desequilibrio es equivalente a estar enfermo, pues el pulmón presenta una alteración en su ki, lo que ocasiona inevitablemente que los demás órganos caigan en una carencia o exceso de energía, por lo que los órganos comienzan a verse menguados.

De igual manera, la ira es muy frecuente en sus vidas:

“Enojo, eso sí siempre me encabrono (...) han sido pocas veces, bueno con mi mamá así de hay cabron, ni quien te diga nada, porque me pongo muy intenso” (Participante 8).

Así como el sabor agrio:

“El agrio, el limón” (Participante 7).

La relación indica una referencia hacia la segunda relación, donde el pulmón esta dominando a hígado, de modo que el hígado pone en dilema sus funciones, las cuales incluyen alimentar a los ligamentos de la espalda, por lo que la alteración pone en entredicho la higiene de columna, también da a entender que si el pulmón no está sano, o está debilitado difícilmente puede realizar su función que es oxigenar las células, inhalar el ki del ambiente y desechar el viejo ki, en caso de que no lo haga el ki que debe desecharse bloquea las actividades de los demás órganos, de modo que presentaran déficit de ki. Por lo que el sistema se empieza a comprometer, siendo las enfermedades causa de esto, pero la emoción es algo que viaja al interior, aunque también hay ira, lo que genera aun mas debilidad de ki en hígado y por lo tanto en ligamentos.

Esto se tiene que conjugar con una ruta que sigue la emoción dentro del cuerpo, es decir, si durante la infancia existía tristeza y enojo, es comprensible el porqué de las enfermedades referentes al pulmón, pues es un órgano que ha estado trabajando mayormente pues al vivir con tristeza se le exige al pulmón que funcione aun cuando tenga que gastar el doble de energía por albergar una emoción todo el tiempo, pasando por la adolescencia, en la cual, la dominancia empareja los demás elementos, pues ya se observa que el picante y tristeza acompañan a los participantes en esta etapa así como enfermedades respiratorias. A partir de esto, la energía del pulmón se ve afectada y para seguir funcionando requiere de que se le siga suministrando, ya sea por parte del

estomago o de corazón, y de igual manera el efecto colateral se hace presente en hígado pues la energía que debiera recibir es consumida por la tristeza en pulmón. Sin embargo esta no es la única ruta u órgano que se ha consumido desde la infancia. Otro sabor con gran porcentaje de dominio es el dulce:

“Lo dulce, yo no dejo el dulce, para mi es la dulzura” (Participante 10).

Siendo lo anterior solo la punta de la relación, pues el dulce solo refleja un estado y una alteración, en cuanto a estado se refiere se hace alusión a la ansiedad:

“La ansiedad, si” (Participante 2).

Por lo que las enfermedades repercuten en órganos como el estomago, bazo y páncreas:

“Pues ahorita pura diabetes, y sus repercusiones no que tiene uno” (Participante 10).

En algunos casos la ansiedad es facilitada por la familia, ya sea vista en preocupaciones o en meramente la ansiedad. Esta dominancia empieza comúnmente en los niños, sin embargo para la adolescencia se hace presente en unos casos y en la etapa adulta y vejez se comprueba que esta emoción no abandonó el cuerpo sino que simplemente viajo alrededor y sus consecuencias son vistas corporalmente en una diabetes, gastritis, dolor de garganta, etc., pero a esto se le adhiere una complejidad; como lo es la lumbalgia. La relación que tiene la espalda con el estomago y bazo-páncreas es en la formación y alimentación de los músculos, siendo la espalda una estructura conformada por músculos es aquí donde se observan los efectos prolongados de vivir sin dejar ir emociones.

A su vez, el estomago y bazo-páncreas alojan una emoción, en este caso puede viajar a pulmón o riñones, o en una relación de contradominancia puede ir a hígado, de cualquier manera la estructura de la columna es afectada, pues si no

hay energía que vaya a riñón, proveniente de pulmón o estomago, difícilmente realizara un función como lo es el sostener el cuerpo, pues en estos momentos la estructura de la columna en su totalidad es atentada por el desequilibrio, pues huesos, músculos, ligamentos muestran una deficiencia de ki.

El viaje vuelve a partir a estomago, en el cual es la otra forma de adquirir el ki y si no lo logra, habrá mas ki usado para las funciones orgánicas que el que se asimila, por lo que los nutriente no serán bien absorbidos y es normal que los músculos presentes déficit de nutrición. Para ejemplificar esta ruta en esta etapa, si se consulta la figura 16 se podrá observar como es la dominancia de estos elementos.

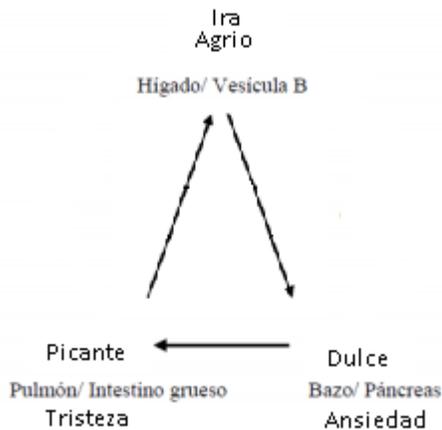


Figura 16. Dominancia de elementos en la etapa adulta.

Además a esto se le tiene que agregar la emoción que genera el padre, se hace referencia a la ira o enojo con el que han vivido un largo tiempo, por lo que el no haber resuelto conflictos con el padre y haber vivido largo tiempo con ello, permite que las emociones generen un desequilibrio, en este caso la ira. Siguiendo con la relación de los 5 elementos, la ira no solamente causa estragos en el hígado, pues dentro de su viaje se halla el corazón y el estomago, siendo el éste ultimo donde se alberga la emoción, debilitando músculos y cerrando una ruta de viaje que incluye al pulmón además, del propio hígado y estomago; no sin dejar de comprometer los demás órganos que se ven afectados por la alteración de energía.

La ira como emoción, es algo que se ha contenido y al no encontrar salida genera su función dentro de cuerpo y es atacarse a sí mismo, por lo que el padecimiento crónico encuentra una respuesta aquí, donde una emoción realiza su función sin discriminar si es contra el propio individuo, poniendo así en riesgo el principio de la vida, la cooperación; y dando iniciación a que los órganos luchan por la energía con que cuentan para realizar sus funciones.

Partiendo del principio de que el cuerpo no está diseñado para almacenar y contener, esto incluye el excremento, los fluidos y las emociones. Y el forzar al cuerpo a que lleve a cabo una función para la que no está hecha es seguir promoviendo un atentado a la armonía interior.

4.1.17. Cuerpo

A continuación, se presentarán narraciones de los participantes donde se puede apreciar cual es el concepto de cuerpo que tienen, de modo que la gran mayoría demuestra que comparten una visión dominante como lo es la cartesiana que pone de un lado lo material y por otro lo emocional. En esta categoría se intenta averiguar cuál es el concepto que se tiene sobre el cuerpo, de modo que se pueda evaluar cual ha sido la relación que han llevado con su propios procesos corporales, así como el porqué han abordado una concepción tal, de manera que se permita relacionar con las categorías anteriores.

Del mismo modo, hay una ignorancia en torno al cuerpo, pues los participantes no tienen claro lo que es su propio cuerpo, por lo que refieren características, por lo que refieren las cosas más comunes como peso o talla y también como lo viven:

“De cuerpo bien, o sea, incluso me siento un poquito pasado de kilo, porque deje de fumar y me fui para arriba pero con el ejercicio logre bajarlos, ósea casi los que me fui para arriba, no todos, pero

si o sea, pesaba yo 62 kilos y deje de fumar y me fui a 67, 67 y medio, pero y afortunadamente logre rebajar 3 kilitos, 4 kilitos, entonces si me considero bien, mi cuerpo bien”(Participante 7).

Sin embargo, algunas concepciones lo ubican dentro del plano material o superficial, es decir, a lo que ven, y no llegan a relacionarlo con lo funcional, los órganos y sistemas, de modo que solo existe una preocupación por lo exterior sin reflexionar que lo que mantiene lo exterior es el interior, y si el exterior presenta obesidad o marcas en la piel es debido a una función malograda por un órgano determinado:

“¿Qué estoy gorda?, A pues yo ahorita ya, así como ahorita me están dando mucho dolores, de quien sabe que tantas cosas, pues ya me siento mal, yo lo considero mal, mi cuerpo, físicamente quizás me veo bien, pero ya moralmente me siento mal, y pues no, yo no le doy a saber a mis hijos para no preocuparlos, pero sí, luego si me siento mal, pero es lo mismo, la misma diabetes, que hace que yo me sienta mal” (Participante 10).

Dada esta documentación, se observa que los paradigmas tradicionales han sido establecidos sin inconvenientes en la población de la tercera edad, que va de la mano con la visión que se desarrolló su generación, de modo que la dualidad entre ellos y cuerpo es establecida por ellos mismos, al hacer mención de su cuerpo como algo transitable y ellos como algo estático en su vida. Hay una percepción de cuerpo como un objeto, es decir, hay una despersonalización, mencionan su cuerpo como si no fueran ellos, sino que es algo que tienen, al despersonalizarse del cuerpo se fractura la persona misma, pues no puede existir un yo sin cuerpo, además el mismo cuerpo habla, ya sea a través de un sabor, un dolor o una enfermedad, pero la parte racional o lo que se ha intentado en llamar racional impide que se atiendan estos mensajes:

“Si es este, como tal, yo lo veo como una, un medio de desplazamiento, que me permite este, entrar a los lugares que yo así lo prefiera, y cumplir con tareas, trabajos, (inaudible) este doy gracias a dios porque estoy completo, no me falta nada, y bien, en general como yo lo veo, me gusta y es muy útil (...)Nunca tuve una cuestión de rechazo, de repudio hacia el cuerpo (...) entonces no tengo como tal una cuestión de rechazo hacia lo que me ha pasado o lo que me

pueda pasar, como que estoy ya consciente de que si hago algo no tengo por qué estar quejándome en el sentido de ¡ha expresarme! Ha maldito cuerpo, algo así no, así yo lo veo”

Con un alejamiento de su cuerpo, se observa también un reduccionismo, es decir, no se cuida el aspecto corporal, donde se sobrepone lo cognitivo y se minimiza al cuerpo al límite de darle un sentido de herramienta del pensamiento y los deseos, de manera que no se han liberado emociones muy añejas y que siguen causando estragos en el cuerpo, a culminación se da como un abandono y consecuencias degenerativas y crónicas:

“Bueno yo siento que ahora ya he engordado más, y es lo que le digo a mi esposo, imagínate ahora ya no ando de allá pa acá como antes, nada más me la paso aquí dentro y nada más cuando vamos al seguro, cuando salimos al tianguis, y eso a veces, porque no siempre voy, y eso es donde yo siento que, vamos, como que se me ha disparado que yo este gorda (...) yo lo siento, porque luego me siento fatigada, entonces sí, como que se me ha descuidado” (Participante 11).

Aun cuando la paciente cae en una desesperación y motivación a cambiar dicha situación, no tiene opciones, o dicho de otra manera, no tiene la atención para hacer caso de los avisos corporales, pues mientras el coraje se ha incrustado en su cuerpo no tiene las herramientas de poder sacar dicha emoción, por lo que se crea un círculo, donde la emoción parece apropiarse cada vez del cuerpo.

Por lo que la lumbalgia es algo que se construye, a partir del concepto de cuerpo que tienen los participantes, así como lo han vivenciado da una explicación de cómo se ha construido, pues un concepto limitado deja claro que la gran mayoría lo deja a la deriva de lo que dicta la modernidad y la ciencia, donde el cuerpo es algo, no es una articulación aun cuando se conciben diversos elementos la integración es vista aun bajo una lente fragmentaria:

“Pues cuerpo es una estructura que esta, es algo que se te dio a la hora de nacer, que es una masa muscular que está contigo, aunque esta el cuerpo, la mente y el espíritu” (Participante 12).

Sin embargo, el dolor lumbar ha servido para que los pacientes tomen conciencia de su cuerpo, de modo que lo permiten escuchar los mensajes de su cuerpo, pues mientras todo este bien, sin problemas se mantiene en el olvido:

“Pues saludable porque no me dolía nada” (Participante 5).

Sin embargo, sienten un desequilibrio propio al momento de experimentar dolor, sin embargo, los estilos de vida acelerados impiden que sea tratado de manera integral, lo que simplemente fomenta un cambio de vida:

“No pues antes yo me creía uff, mira es lo que yo te digo, yo tengo un año que yo no era así, por eso me cae de raro, porque yo no era así, no me dolía ni me daba miedo, fíjate yo antes iba yo a bailar, me iba yo acá en la Hidalgo, en la Alameda, andaba yo bailando, así con amigas que luego tenía y andaba yo bien, bien te digo, sino el dolor y todo eso, y ahora porque, porque no puedo hacer lo mismo te digo” (Participante 3).

Cabe mencionar que dicho cambio de vida, solo es para dejar de hacer y no para hacer, es decir, las personas comienzan a evitar hacer cosas o presentan conductas protectoras que impiden que tengan una vida en movimiento, y no se cambia por hábitos mas saludables, como lo podría ser un cambio de actitud, de acción y de resolver problemas emocionales no concluidos como se ha detallado a lo largo del capítulo, pues se vive bajo el estandarte de lo fácil, rápido y cómodo, pues el dejar de hacer no exige mayor esfuerzo como lo sería el perdonar una violación, un abandono, o un cambio de afrontar la vida.

De este modo se observa como el cuerpo está totalmente fragmentado, pues quien sufre son los participantes, y el cuerpo solo es una causa, un malestar al momento de dejar de funcionar, pues ahora el desplazamiento es más difícil, la imagen deja de tener el prototipo de belleza y comienza a engordar, así como descorporalización, término que refleja de mejor manera la separación entre cuerpo y vida psíquica, pues como mencionan los participantes, lo que duele es “el cuerpo” y lo que ven los demás son ellos, y no un cuerpo.

4.1.18. Tratamientos

Para articular la categoría de cuerpo se debe de complementar con la de tratamientos, pues es en esta manera la forma en que conciben su cuerpo y un padecimiento como la lumbalgia. También el tratamiento es una construcción en el cual se ve la cultura, la sociedad y la familia.

El modelo tradicional es el modelo más usado para tratar los padecimientos, aunque actualmente la manera de tratarse sea más diversa gracias a los modelos alternativos para atender la salud, en parte por los no gratos efectos secundarios, además de ser paliativos, solo en un caso se atendió como un aprendizaje en cuanto a la higiene de columna:

“Me hicieron estudios en el centro médico, y ahí me mandaron a, me checaron, de ahí me mandaron a calzada del hueso a terapias, pero el doctor y la doctora me dijeron que no, que yo los podía hacer en la casa, los ejercicios, la higiene de columna, <Y va tener que estar así de por vida haciendo sus ejercicios>, pero verdaderamente así como me los dejaban, yo no podía hacerlos, se me hacían difícilísimo” (Participante 11)

Específicamente el anestesiar el cuerpo se vuelve parte de un estilo de vida, que exalta el no dolor o mejor dicho, el vivir sin importar lo demás, pues un problema no debe de interrumpir un ritmo acelerado, y debe de limitarse a expresarse cuando los participantes lo quieran, sino ellos mismos pueden realizar la función de un medico, que en la mayoría de casos, mandaría a dormir al cuerpo:

“Cuando me siento así muy mal, que no aguanto ya el dolor si recurro al médico y consumo los medicamentos que me da (...) Con lonol” (Participante 5).

Hay un punto en el cual todos comparten su opinión, siendo el fracaso del modelo biomédico actual, puesto que no hubo quien mencionara que algún medicamento, instrumento o cirugía médica haya dado respuesta a su padecimiento:

“Pues con puros calmantes que no me hacen” (Participante 2).

El aceptar los tratamientos alternativos muestra que abordar sus padecimientos desde otra mirada comienza a resultar importante, esperando que sea más eficaz y que pueda dar resultados esperados:

“Para empezar he ido al doctor, el doctor no pasa de que te haga, o que me da, es medicamentos para el dolor, para desinflamar, inyecciones para el dolor, unas inyecciones (...) para colmo, no son los medicamentos que te van a solucionar la vida en un momento, tiene que llevar un proceso y un proceso, un proceso de 6, 7 días y a duras penas se te anda quitando, si una gripe no te la quita un medicamento, entonces esto peor todavía, entonces he tenido que ir a que me soben, a que me hagan, a parte de la sobada, hay algo que le llaman ventosas (...) duele bien canijo, entonces esa era una de las otras cosas, y de lo último que hice todavía es ir a unas camitas de masaje, unas camitas que tienen rodillas, tienen temperaturas también y creo que eso fue lo último que hice, y eso fue lo último que me ayudo a estar vaya por más tiempo hasta ahora sin ningún problema” (Participante 1).

Usualmente el tratamiento tradicional trabaja a oscuras, con esto se quiere decir que no les han transmitido un diagnóstico donde se identifique la etiología del dolor lumbar, por lo que se comienzan a recetar o autorecetar medicinas para problemas generales sin valorar la lumbalgia como una patología con debidas características individuales:

“Me estuvieron haciendo un tratamiento para ver si era el riñón, pero no, no es, pero me dieron en el seguro diclofenaco y una pomada que me comprara para desinflamar nada más (...) es que luego también tanta medicina te perjudica el estomago (...) pero yo digo que eso afecta tu flora intestinal” (Participante 3).

La población que es de la tercera edad se trata desde una perspectiva tradicional, dando explicación de cómo se ha ido cambiando la perspectiva cartesiana del cuerpo, que aun hoy en día sigue dominando pero se ha dado apertura a demás tratamientos, de los cuales los llamados alternativos como la acupuntura, homeopatía o dejando al cuerpo que trabaje:

*“Ya, antes con homeopatía, ahora ya sin nada (...) Flores de Bach y acupuntura, con el maestro”
(Participante 9).*

Finalmente, se debe de tomar en cuenta la cultura sintetizada del país, en el cual confluyen lo moderno con lo antiguo, pues médicos y curanderos atienden una misma dolencia, de los cuales la descalificación de parte del modelo dominante, es decir, los médicos alópatas desacreditan trabajos ancestrales como la medicina alternativa, herbolaria, acupuntura, etc., y que sin embargo ha sido transmitido por generaciones, por lo cual se viven 2 visiones en el cuerpo, de las cuales la racional es la dominante:

“Ha pues te cuento, que mi mamá era mujer que hoy se que, una mujer muy sabia, era una mujer sabia, ella manejaba lo que era la medicina alternativa herbolaria, y yo menosprecie todo eso, mi mamá te manejaba todo con hierbas, remedios caseros, mucho de lo que dice el maestro mi mamá me lo decía y no la escuchaba y reconozco que mi mamá la buscaba mucha gente que no era de mi familia, iban a pedir consejos y mi mamá me atendía, ella me atendía con infusiones, con cataplasmas y con sus remedios, pero ya cuando yo fui grande ya no la pelaba, me fui con los médicos, y pues con quien me atendía, con medicina alópata” (Participante 14).

Estas nuevas formas de tratarse hacen más de una función en la persona, de modo que, enfatizan el regreso al cuerpo, al tener una actitud humanitaria por poner el dedo sobre las emociones, el interior-exterior, y la memoria corporal. De los relatos se puede evaluar como la cultura se interioriza, de modo que en la sociedad solo hay un modo de vivir valido, el que dicta la ciencia y los poderosos, donde la industria farmacéutica tiene un gran negocio y grandes beneficios económicos, los cuales son gracias a medicamentos contra el dolor.

4.1.19. Proyecto de vida

Para el análisis se toma en cuenta cual es la expectativa que tienen sobre el futuro, es decir, si cuentan con un proyecto de vida, si es que están preparados hacia alguna finalidad, a partir del cuerpo como relacionan el futuro con su situación actual, por lo que la subjetividad que tengan de lo que quieren toma

relevancia, pues es importante saber si consideran la lumbalgia como parte de su vida, fuera de ella o sigue siendo algo ajeno a su racionalidad.

Los proyectos de los participantes no están encaminados a un desarrollo espiritual o corporal, sino en el vivir los últimos días, sin confundir con un proyecto de muerte que requiera, de igual manera, un trabajo para morir como se desea, no hay contemplación de un proyecto personal, sino que expectativas de la vida, así como aceptar lo que la vida otorgue:

“Pues nada mas disfrutar paseando, esa es mi idea y pienso que es ya mi proyecto” (Participante 7).

Ante la respuesta de los participantes, sobre todo los mayores de 40 años no se observa un cambio que indique abordar su lumbalgia desde otra perspectiva, sino que mantiene la misma interacción que con su historia familiar, es decir, el recibir afecto y anhelar cuestiones materiales y económicas:

“No pues ya no, ya estoy grande de edad, que voy a tener un proyecto, pues fíjate que así este pues proyectos ya no, pero pienso conseguir un trabajo algo mejor que no sea de limpieza, y que me pueda superar, pero a lo mejor por mis estudios y mi edad ya no, ya es bien difícil (...) de que yo no tengo ahora sí que ninguna ilusión por progresar imagínate, sin estudios y ya la edad, ya no (...) superarme, ya no tampoco ser alguien en la vida pero si echarle ganas, seguir echando ganas” (Participante 10).

Asimismo, hay ilusiones y expectativas que son fácilmente confundidos, por el espejismo de lo fácil, de lo que la cultura Estadounidense recalca, lo que la invasión de la televisión pretende es imponer una idea ajena en un espacio corporal con tradiciones y memorias diferentes, siempre viendo por los intereses de la elite empresarial:

“Mi sueño es encontrar a un buen hombre, no con dinero pero que le eche ganas, ósea que sea trabajador, que me respete a mí y lo más importante que respete a mi hija, y que la quiera mucho (...) Y nada más quedarme con la niña que tengo ahorita, no tener más hijos con mi pareja y este,

darle todo a mi hija, quererla mucho, me gustaría así ver los festivales que organizan las escuelas, me dedicaría mas a la niña, que no se, que a una carrera, un trabajo, porque por eso quiero un hombre que me, que nos mantenga” (Participante 5).

Con el relato anterior se observa también una confusión que otra forma de vivir es seguir viviendo en el cuerpo de los hijos, pues las expectativas, deseos, planes, gozos, orgullo, etc., no son de los hijos en sí, sino de los padres y madres, de aquellos que quisieron que el hijo tuviera una carrera, que estudiara determinada licenciatura, el más exitoso, que sea lo que no lograron ser los padres, que fuera el más inteligente, el más atractivo aun cuando los genes mexicanos no están hechos para cumplir el concepto de belleza europeo. Todo esto sin trabajar en ello, sin construir a través de un proyecto personal; lo que redundaba en un proyecto ajeno a la vida y propio del egoísmo, del dolor, pues no pasa ni por error en los proyectos el culminar un dolor, que es lumbar, y culminar el código celular y emocional que lo abrió, dando pie a que se siga repitiendo como patrones y herencia.

Sin embargo, en las narraciones de las personas mayores no se menciona la culminación de proyectos, sino todo lo contrario, la ruptura del mismo, por lo que el proyecto de vida es una opción de demostrar el carácter, el cual se ubica dentro del hígado, así como voluntad, que indica un riñón fuerte, por lo que la no culminación demuestra un carácter y voluntad quebrantables, como se ha indicado a lo largo de la historia de vida. Por lo que el construir una vida diferente es primordial, y el que se concluya puede ser crítico para la propia persona:

“Poder conocerme bien, o sea poder conocer quién soy, o sea en realidad, o sea sin mascarar, sin nada, sin pensamientos de otras personas, algo que sea genuino y originario en mi y pues vivir en paz, o sea en equilibrio” (Participante 13).

Pues esto va mas allá de un proyecto, atiende a un cambio de estilos de vida, otra forma de vivir, debido a que el actual estilo ha demostrado ser ineficiente para la vida.

Por otra parte, hay participantes que preparan un proyecto personal en el que se desea trascender lo que han hecho hasta la actualidad, lo que puede ser entendida como oportunidad de poder cambiar la historia de su lumbalgia, pues como característica del mantenimiento de la lumbalgia es no culminar proyectos y mantener dentro del cuerpo alojados emociones y sentimientos. Por lo que el proyecto de vida puede ser un aspecto importante que puede generar nuevas opciones de cooperación dentro del cuerpo:

“Si, de corto plazo es estar trabajando de aquí hasta que termine este año, este porque adquirimos una casa en Querétaro y quiero que se aporte lo mas que se pueda al infonait (...) estoy estudiando acupuntura y ahorita estudio constelaciones también, estoy trabajando conmigo para después poder irme a vivir a Querétaro y poder empezar a trabajar sobre acupuntura y apoyar a mi hijo que tiene unas características especiales y ahora con acupuntura me doy cuenta que todos tenemos algo y siempre hay que estarnos trabajando constantemente, meditar y poder después rentar el departamento donde estoy ahora y la casa y poder hacerme una casa en u bosque y poder vivir ahí tranquilamente, ese es mi proyecto a futuro, aprender meditación (...) que me cobije y que me siga guiando, y donde me ponga voy a estar encimamente”

Como se ha visto, las personas que tienen una lumbalgia y que son personas de la tercera edad, relatan el no haber llegado a cumplir su proyecto de vida, mientras que los jóvenes adultos tienen tiempo de culminar un proyecto. Así como replantear sus expectativas de la vida por un proyecto de vida, que realmente aborde diferentes áreas de la vida y no sea reducido a lo económico y superficial. Todo lo dicho anterior daría nuevas redes de cooperación al interior del cuerpo.

El cuerpo biológico alimentado por una dieta desbalanceada donde no se le dan los nutrientes necesarios y en cambio se le ha llenado de la nueva comida rápida, se hace presa fácil de enfermedades infecciosas llevadas por el aire del centro del DF, un aire que ha sido contaminado por décadas, aspecto que merman la salud de los ciudadanos y aledaños.

Como se ha visto a lo largo de este capítulo, la lumbalgia confluye diferentes ramificaciones de la vida, y es un proceso histórico personal lo que se aloja en el cuerpo, pues desde la gestación de los participantes se rastreó sucesos que propician un desarrollo deficiente, como lo es la alimentación, pues por diversos motivos como lo es no solo la situación económica familiar, sino la situación que vive un país, donde millones de personas mueren de hambre no es de sorprender que los estratos más bajos de la población tengan problemas de salud.

Sin embargo, la cultura de una sociedad que reniega de sí misma y anhela otros estilos de vida como los europeos y estadounidense, entran en un choque al momento de enfrentarse a una memoria corporal, la cual ha sido alimentada en base a lo que crece a su alrededor, tal como lo son los frutos y verduras, que muchas veces quedan en segundo plano ante los viciosos sabores de la carne, así como de la artificialidad, y por artificial se refiere a la coca-cola, frutsi, azúcar glass, cereal descascarillado y desgerminado, etc. Que no otorgan ningún valor nutritivo a un cuerpo malnutrido como el de los mexicanos; y que gracias a la industria alimenticia se compra bajo una falsa necesidad la leche en polvo, que causa más peligros que beneficios para los recién nacidos.

La tradición cultural y la ambigua identidad de los mexicanos promueve que se sigan replicando las maneras de comer, en los que los infantes aprenden a prostituir el paladar por un poco de azúcar refinado, lo que llega a bazo/páncreas y genera un desequilibrio entre lo racional e intuitivo, donde el pensar de más, el ser ansioso comienza a abrir nuevas formas de relación entre los órganos. Así, es lo mismo con el sabor picante, que por tradición debe de comerse, y más aun en grandes proporciones; sin embargo es de considerarse que la poca variabilidad de los alimentos en los pueblos o zonas rurales hay una necesidad de monotonía, donde frijol, tortilla, nopales y mínimamente pastas, pues no se tienen recursos para comprar diversidad.

4.2 Conclusiones

Como se ha visto a lo largo de este capítulo, la lumbalgia confluye diferentes ramificaciones de la vida, y es un proceso histórico personal lo que se aloja en el cuerpo, pues desde la gestación de los participantes se rastreó sucesos que propician un desarrollo deficiente, como lo es la alimentación, pues por diversos motivos como lo es no solo la situación económica familiar, sino la situación que vive un país, donde millones de personas mueren de hambre no es de sorprender que los estratos más bajos de la población tengan problemas de salud.

Sin embargo, la cultura de una sociedad que reniega de sí misma y anhela otros estilos de vida como los europeos y estadounidense, entran en un choque al momento de enfrentarse a una memoria corporal, la cual ha sido alimentada en base a lo que crece a su alrededor, tal como lo son los frutos y verduras, que muchas veces quedan en segundo plano ante los viciosos sabores de la carne, así como de la artificialidad, y por artificial se refiere a la coca-cola, frutsi, azúcar glass, cereal descascarillado y desgerminado, etc. Que no otorgan ningún valor nutritivo a un cuerpo malnutrido como el de los mexicanos; y que gracias a la industria alimenticia se compra bajo una falsa necesidad la leche en polvo, que causa más peligros que beneficios para los recién nacidos.

La tradición cultural y la ambigua identidad de los mexicanos promueve que se sigan replicando las maneras de comer, en los que los infantes aprenden a prostituir el paladar por un poco de azúcar refinado, lo que llega a bazo/páncreas y genera un desequilibrio entre lo racional e intuitivo, donde el pensar de mas, el ser ansioso comienza a abrir nuevas formas de relación entre los órganos. Así, es lo mismo con el sabor picante, que por tradición debe de comerse, y más aun en grandes proporciones; sin embargo es de considerarse que la poca variabilidad de los alimentos en los pueblos o zonas rurales hay una necesidad de monotonía,

donde frijol, tortilla, nopales y mínimamente pastas, pues no se tienen recursos para comprar diversidad.

Posteriormente, la infancia comienza a tornarse como una etapa de dificultades, pues la armonía comienza a ser dejada de lado en los primeros años, lo que demuestra como los estilos de vida dentro de la sociedad moderna atentan aun en la infancia, la alegría es de caducidad pronta, lo que genera niños con reclamos, con resentimientos, y en una constante soledad, reflejo de la dominancia entre ira, ansiedad y tristeza. Entonces la construcción del cuerpo se basa en emociones como las mencionadas y una alimentación con carencias.

Para la adolescencia, la tristeza domina una vida, así como el gasto excesivo de la energía de los pulmones provoca constantes enfermedades en las vías respiratorias, así como el mantenimiento de los reclamos en el cuerpo. La familia comienza ser parte de una interacción desequilibrada, ya que se comienza un flujo de castigos y rebeldía, en parte por el aislamiento social que viven los jóvenes dentro de sus hogares. Asimismo, el formar parte de la economía familiar viene a ser un hoyo de malestares en los individuos, pues aun cuando tienen la obligación de llevar dinero a su casa, las reglas familiares lo reducen a eso, aun proveedor y no a una persona que necesita contacto social. El seguir una ruta emocional da como resultado una explicación de los padecimientos, pues el forzar solamente la tristeza, ira y ansiedad crea mas enfermedades, pues la energía proveniente del ki genético comienza a debilitar los órganos que corresponden a las emociones dichas, pues si anteriormente había enfermedades constantes pero solo de un órgano, en esta etapa se amplían las enfermedades.

Dentro de la etapa adulta se da una culminación de un proceso, en lo que se refiere a las emociones, la infancia era la etapa del desconcierto con una ligera dominancia de tristeza, en la adolescencia se marca claramente la tristeza, como dominante así como la ira y la ansiedad y de igual manera los órganos comienzan un proceso crónico de enfermedades, pues vías respiratorias, garganta y

estomago son los órganos que comienzan a manifestar un constante presencia en la vida individual. Finalmente, en esta etapa adulta, aparte de que se presenta lo mismo que en la adolescencia, se suma el desarrollo de la lumbalgia, pues después de los veinte años se comienza un dolor del cual no se pueden despegar los entrevistados, así que ya no simplemente los órganos se dañan sino que también sus accesorios pues músculos, ligamentos y tendones presentan una pérdida de energía y la ganancia de dolores crónicos, por lo que la ruta quedaría como en la figura 17.



Figura 17. Ruta emocional a través de los órganos y sabores de los participantes con lumbalgia

En donde todo comienza con una tristeza, la cual dirige su camino hacia la ira, de la ira a la ansiedad y finalmente a la tristeza, creando un círculo constante. Desde el punto de vista de los órganos la alta exigencia que presenta el pulmón hace que no le llegue la energía suficiente a hígado/vesícula biliar, y es más amenazante el saber que como se vive enojados en casa con la familia, se le pide a estos órganos que trabajen más, lo mismo con el estomago/bazo-páncreas, lo que hace que el flujo de la energía se estanque en estos 3 elementos.

Sin embargo, es relevante ver la sutileza de la relación pues el dolor lumbar crea un análisis más profundo pues es fácil dejarse llevar con la relación de los órganos, pues importante saber que el cuerpo es un todo, y cada elemento tiene

una repercusión sobre otro y así sucesivamente, por lo que gracias a estas entrevistas se puede observar el principio de vida documentado, pues aun cuando comienza a debilitarse un órgano los demás deben de comenzar a trabajar el doble, para que el sistema (cuerpo) no se destruya, aun cuando el ki genético se gaste con mayor velocidad, acortando la vida de la población.

Si a esto se le suma el rompimiento con el origen, el análisis cobra otra importancia, pues por una parte está el cambio de ubicación de vivienda, pues la población entrevistado mencionó vivir en lugares con mayores niveles de naturaleza y mayor contacto con la tierra, que es el elemento donde se gesta la vida, y notablemente es el elemento que se relaciona con estomago/bazo-páncreas, que generan los músculos, además de la falta de arboles que hay en la ciudad, también demuestra que hace falta mayor contacto con los arboles, que están asociados con hígado/vesícula biliar, y a su vez con ligamentos, lo que redundaría en un dolor lumbar. Por otra parte, el rompimiento con el origen se observa a nivel familiar, pues los participantes presentan problemas con los generadores de la vida, madre y padre, pues de esta manera el enfoque permite ver que la transdimensionalidad de la lumbalgia implica no solo familia, órganos, sabores, emociones y elementos, sino que una relación de vida, pues dichos aspectos no están sueltos, tienen una red de cooperación que es rota actualmente.

No obstante, es importante identificar porque específicamente estos organismos optan por desarrollar este dolor en la espalda. Si se ve la espalda como el pilar del cuerpo, esto es fácilmente relacionado con la función que consideran los participantes que ellos tienen al interior de su familia, pues se ven a sí mismos como el punto clave para que la familia siga siendo una unidad, y que son ellos los que deben de tomar ese lugar aun cuando no les corresponda. Por lo tanto se determina que hay un abandono corporal de años y una carga que llevan acuestas y específicamente en la espalda, por lo que esto da una explicación del porqué los participantes tienen dolor de espalda baja y no otra cosa.

Por otra parte, esto sirve para romper con la visión dominante de los tratamientos alópatas, pues se observa que el cuerpo no es una maquina, en la cual pueda cambiarse los engranes, las piezas o su funcionamiento, y tampoco con darle un calmante para que no “rechine”, por estos motivos los participantes que han tratado su dolor crónico han optado por buscar soluciones en otros métodos, que dicho sea de paso, presentan mayores pronósticos por su forma de concebir al cuerpo, como un cuerpo y no como una máquina.

Como característica adicional de los participantes con lumbalgia que son parte de la población de la tercera edad, refieren que sus proyectos de vida, están estancados, y en otros casos no tienen algún proyecto debido a que consideran que ya no están en edad de, y sienten una frustración de no haber iniciado un proyecto, en otros casos viven un reclamo hacia la familia por exigirles ser parte de otros proyectos y no de uno personal, lo que indica que participantes que estén en edad de generar su proyecto personal sobre cómo vivir, presenta un futuro prometedor, sobretodo si contempla el seguir viviendo con el dolor crónico de espalda o no.

Así, el cuerpo comienza a hacer todo lo posible hasta que la energía se agote, pues al final de las vidas habrá un órgano mas desgastado y otro con menor desgaste, pero al fin y al cabo el equilibrio con el que se nació y fue perdido en los primeros años, perdurará el resto de sus vidas si no se llega a hacer un cambio radical, con radical se hace referencia a la dificultad que implica un cambio den los estilos de vida de la población moderna, pues indica una reestructuración en sus dinámicas familiares, cambio de dieta, resolución de reclamos y armonizar las 5 emociones.

V. DISCUSIÓN

Al inicio de esta investigación, se planteó el objetivo que era identificar que estilo de vida permitía construir un proceso como la lumbalgia, y los hallazgos encontrados aquí se muestra que hay aspectos individuales, familiares y culturales que cruzan las vidas de las personas con dolor lumbar.

De entrada, se observa que las emociones han jugado un papel importante en la construcción de sus enfermedades, pues no hay un fluir que permita liberar las emociones y puedan encontrar una salida de lo corporal; y por el contrario, hay una memoria corporal en el cual quedan registradas. Por lo tanto, si hay un estilo de vida que construye a la lumbalgia en una zona urbanizada, es el que queda marcado en los relatos compartidos por los participantes, además, se debe mencionar que el estilo de vida que han escogido los entrevistados no son saludables, sino que más bien corresponden a estilos tóxicos que terminan por acabar con su calidad de vida¹⁴⁶.

Como se había mencionado en el marco teórico de la visión alópata, White y Panjab¹⁴⁷ al igual que Pope y Novotny¹⁴⁸ la mayoría de las lumbalgias tienen un origen desconocido, sin embargo, cabe mencionar que el origen que se les ha tratado de encontrar es bajo una perspectiva que fragmenta al cuerpo, tal y como se ha hecho desde que Descartes (1596-1650) propuso que el estudio del cuerpo y la mente debían de hacerse por separado¹⁴⁹. Desde entonces esta perspectiva

¹⁴⁶ René Alcaraz González. Óp. Cit., 2012b.

¹⁴⁷ Augustus White y Manohar Panjab. Óp. Cit., 1990.

¹⁴⁸ Malcolm Pope y John Novotny. Óp. Ct., 1993.

¹⁴⁹ Mónica María Novoa Gómez. Óp. Cit., 2002.

ha dominado en el área de la salud en todos los países industrializados, o que se autodenominan “Civilizados”. Aunque el mayor fracaso de descartes se ha encontrado con las enfermedades crónicas y degenerativas¹⁵⁰, dado que no disminuyen, sino que aumentan y se agregan nuevas a los informes estadísticos, es por esto que la investigación aquí realizada indica que al abordar una enfermedad crónica como la lumbalgia es de suma importancia hacerlo desde una perspectiva integral, pues de lo contrario se encontraría como causa algo desconocido, y se seguiría dando pie a los errores cometidos hace más de 400 años.

De acuerdo con Zavala y cols.¹⁵¹ se encontró que la etiología de una muestra no es aplicable a otra, y dados los hallazgos de esta investigación, se puede encontrar similitud con sus resultados sin embargo, se puede ir más allá para saber cómo es que se construye un padecimiento que se vuelve común. Pues aun cuando en este estudio muchos refieren haber tenido tristezas en la infancia por varios motivos, hay una emoción que cruza la etapa de los participantes, de este modo se puede hablar de algo interno que pasa en las personas, y las emociones son inherentes a cada persona, así también la ruta a seguir y como ya se ha mencionado, las características de una cultura que se interioriza en los cuerpos es algo de tomarse en cuenta aquí que en algún otro país, por lo que se debe de seguir una ruta que se traza en parte por la cultura¹⁵².

Dentro del estudio de Pintado, Barneto y Ramos¹⁵³ se mencionan más de 57 causas de lumbalgia, lo que lleva a que sean clasificados a los pacientes con dicho padecimiento pero en este punto se observa que la clasificación solo sirve

¹⁵⁰ Sergio López Ramos. Óp. Cit., 2006.

¹⁵¹ Marco Antonio Zavala González, Rosario Correa De la Cruz, Alberto Popoca Flores y Sergio Eduardo Posada Arévalo. Óp. Cit., 2009.

¹⁵² Sergio López Ramos. Óp. Cit., 1998.

¹⁵³ Pintado Muñoz, Barneto Serrano y Ramos Narvaez. Óp. Cit., 1987.

para tener un marco referencial, pues no hay una congruencia entre clasificación diagnóstica y sus tratamientos pues a los pacientes con dolor lumbar poco les importa que sea aguda, subaguda o crónica pues el estar clasificados no les quitará el dolor.

Por otra parte, los principales modelos de los que habla O'Sullivan¹⁵⁴ hablan desde lo pato-anatómico hasta lo psicosocial, pero lo hacen de una manera fragmentada, pues el autor indica que efectivamente hay una propuesta que toma en cuenta lo biológico y lo psicosocial, pero de una manera desarticulada, donde cada aspecto tiene una causa y un efecto, sin cuestionarse como se interioriza o como lo social cambia relaciones biológicas y cómo algo interiorizado puede viajar al interior, de ser una tristeza a un enojo, pues se toma en cuenta pero no se articula y más cuando la persona es ubicada bajo una mirada científica rigurosa y las intervenciones presentan una rigidez instrumental en cuanto a la conducta de prevención, cuando lo subjetivo hace vivir de manera diferente el dolor vivido. Al respecto, Molina¹⁵⁵ sostiene que el aprendizaje, preferencias, colores, texturas son parte de lo corporal y de esta manera su conjugación dan forma a lo corporal y sus procesos, es por eso que los sabores, órganos y emociones tienen una estrecha relación, pues el cuerpo es una unidad de análisis.

Asimismo, Champin¹⁵⁶, Wheeler, Wipf, Staiger y Deyo¹⁵⁷ mencionan métodos diagnósticos para evaluar el dolor lumbar incluyen maquinaria sofisticada que aun cuando pueden determinar anomalías como hernias discales, enclaustramiento de raíces nerviosas o desviaciones en su curvatura, se ven superados por la lumbalgia, ya que en pocas ocasiones se puede determinar a partir de alguno de estas tecnologías qué es lo que está provocando el dolor, y los

¹⁵⁴ Peter O'Sullivan. Óp. Cit., 2005.

¹⁵⁵ Molina Chicano, Dulce María. Óp. Cit., 2006.

¹⁵⁶ Denisse Champín Michelena. Óp. Cit., 2004.

¹⁵⁷ Stephanie G. Wheeler, Joice E. Wipf, Thomas O. Staiger y Richard A. Deyo. Óp. Cit., 2013.

relatos son fuente fidedigna de estos sucesos, pues los participantes mencionan haber asistido a dependencias de salubridad del gobierno sin respuestas, lo que hace que regresen a sus hogares con resignación de no saber qué es lo que les sucede, y con la idea de que pueda al rato se les pueda pasar el dolor, pero la problemática viene cuando se presenta otra vez o “n” veces a lo largo de 10 o más de 20 años, con un dolor que los ha acompañado hasta este momento.

Pero como menciona López¹⁵⁸, las emociones, no aparecerán en un ultrasonido, rayos x, resonancias magnéticas o cosas por el estilo, debido a que la mirada con la que se debe de observar las enfermedades psicosomáticas es con otros ojos, que vean lo corporal como un proceso que inicia desde la célula, la cual tienen en su repertorio de aprendizaje las emociones de la madre, que comparte una vinculación armoniosa, tal como lo tiene el árbol con la tierra.

De igual manera, las intervenciones realizadas en los pacientes, son variadas dentro de un mismo enfoque, es decir, lo determinista, donde todo se dirige a aspectos fuera del cuerpo, como lo es la aplicación de TENS, la TN, o los medicamentos que solo buscan anestesiar al cuerpo para que no interceda en la vida diaria, es por esto que Guerrero¹⁵⁹ ve en los avances biomédicos nuevas formas de silenciar al cuerpo, de optar por lo fácil y de esta forma se sigue manteniendo la idea añeja que el cuerpo no es más que el depositario de algo más importante, llámese alma, espíritu, mente o razón y exaltando la superioridad de algún elemento de dicha dualidad¹⁶⁰. Además, como lo menciona Aguado¹⁶¹, la imagen corporal es algo ha venido cambiando a lo largo de generaciones, y como muestra las diferencias entre los ancestros prehispánicos y los modernos resignifican diferente lo corporal. Entonces es comprensible que los dolores o

¹⁵⁸ Sergio López Ramos. Óp. Cit., 2013.

¹⁵⁹ Guerrero Benítez, Juan Carlos. Óp. Cit., 2005.

¹⁶⁰ José A. Cecchini Estrada y colbs. Óp. Cit., 1996.

¹⁶¹ José Carlos Aguado Vázquez. Óp. Cit., 2011.

mensajes del cuerpo solo sean un obstáculo para seguir con la vida diaria, con la acumulación de conocimiento, con el desarrollo profesional, con los excesos, la simulación, etc., pues al fin y al cabo el cuerpo tiene fecha de caducidad pero el alma o espíritu, razón o ego es lo que quedara en la historia, en la eternidad o memorias de los seres queridos.

También hay otros tratamientos que se enfocan en el cuerpo, pero como algo que hay que mover o ajustar tal es el caso de la Terapia de manipulación espinal, así como las escuelas de columna o la rehabilitación física se enfocan en lo morfológico que hace el cuerpo, sin que hagan una parada en lo subjetivo del paciente.

Dentro del manejo de la subjetividad del paciente con dolor crónico, se encuentran la terapia psicológica; sin embargo, cabe mencionar que a su vez mantiene dicha fragmentación, pues como lo mencionan Díaz, Landa y Rodríguez¹⁶² se heredan los paradigmas médicos de salud, y de igual manera sus resultados son parciales, aunque disminuyen el dolor en frecuencia e intensidad este sigue presente, pues la fragmentación impide que los resultados sean diferentes. Aunque con los relatos se puede determinar que la parte interna, subjetiva de los propios participantes no tiene relación con su padecimiento, pues dentro de los tratamientos que han llevado ningún participante tomó un tratamiento psicológico, lo que demuestra que los conceptos de salud de la OMS son desconocidos en la Ciudad de México, donde lo social y psicológico no tiene cabida para el gobierno mexicano y sus dependencias de salud.

Los tratamientos para el dolor de espalda baja no son objetivo específico de esta investigación por lo que no se pretende ahondar más en el tema de lo necesario, pues es importante como la visión de las enfermedades son vividas por los pacientes, quienes aceptan un modelo determinista, aun cuando sus necesidades los vuelquen a buscar por otros medios, pues la realidad científica no

¹⁶² Eugenio Díaz González, Patricia Landa Durán y María de Lourdes Rodríguez. Óp. Cit., 2002.

es suficiente para la realidad corporal de la población, quienes no ven un cambio ante tal o cual tratamiento, que realmente son paliativos, pues la cronicidad de los participantes da cuenta de ello, con esto se quiere decir que la realidad en cuanto a los padecimientos psicosomáticos se ha metido a los consultorios sin que se den respuestas. Así es igual con su cuerpo y su forma de tratarse, pues mientras lo mantengan en un concepto de lo ajeno o de lo mecánico y superficial, sus tratamientos estarán en función de la intervención fragmentada y dada la información de los relatos, esto no tiene ningún efecto positivo en la calidad de vida.

Al revisar los elementos que cruzaron a todos los individuos se identifica que las diferencias de género, clases sociales son inexistentes, así como las diferencias de edad, más aún cuando no se conocen, o no viven en una zona específica y por el contrario, la población reside en diferentes lugares de la ciudad de México y sus alrededores, pues se encuentra el mismo proceso en personas de la tercera edad con personas de menos de 30 años, lo que sugiere que hay una ruta que iniciaron los participantes, en general se habla de la gestación. Como lo menciona Herrera¹⁶³ la alimentación se vuelve un elemento importante en el desarrollo personal y en este punto los relatos de los participantes son muestra de ello, pues al ser el primer punto de adquisición de la energía explica cómo es que la energía se vuelve escasa, facilitando la presencia de desequilibrios entre los órganos, pues al momento de haber poca energía los órganos traen lo de afuera hacia adentro¹⁶⁴, es decir, la competitividad, pues los órganos compiten por la poca energía que obtienen de la alimentación, pues es en esos momentos en los que los participantes comienzan a tener un desequilibrio entre emociones, órganos y sabores.

¹⁶³ Irma Herrera Obregón. Óp. Cit., 2012b.

¹⁶⁴ Sergio López Ramos. Óp. Cit., 2013.

La infancia es donde se comienza a gestar un proceso de somatización y el culpable es el colapso cultural reinante¹⁶⁵. A causa de lo dicho, se encuentra que los participantes comienzan a desplazar emociones culturales que habían sido características de la infancia, o más bien que se intentaba sostener como propias de esta etapa, pues la documentación del estudio indica que la infancia, al menos en México, nunca ha estado libre de sufrimiento y lleno de alegría, pues aun cuando la población de mayor edad del estudio indica haber tenido presente una infancia triste y de soledad, cosas que se acentúan en las siguientes etapas; sin embargo, algo importante de la alegría es la vinculación que tenían al momento de vivir en el campo, pues estas memorias parecen cambiar la memoria de los participantes y sus emociones, siendo así que la familia, cultura y ambiente comienzan a tener una disputa por cual es lo que se lleva al interior del sujeto.

Dentro de la adolescencia las cosas son un punto de inflexión para la construcción de lo psicosomático, pues en las líneas anteriores se menciona la disputa cultural, familiar y ambiental por el interior del individuo, el cual termina por rendirse ante la competencia y dominancia de las emociones, sobretodo quien domina esta etapa es la familia, pues con sus prohibiciones, tanto propias como familiares, hay un impedimento de que los individuos conocieran su cuerpo, sus procesos y sus relaciones, lo que ha dejado en la vida sus vidas una pérdida de energía que ha sido ocasión para que se comience a presentar enfermedades crónicas¹⁶⁶.

De igual manera, la convergencia que existe entre la salida del campo a la ciudad y el entrar a la dinámica social urbana es un aspecto relevante que forma parte del estilo de vida de los participantes, donde la economía y factores familiares llevaron a los participantes a abandonar sus lugares de origen por buscar nuevas oportunidades en la ciudad; sin embargo, dentro de su búsqueda

¹⁶⁵ Sergio López Ramos. Óp. Cit., 2002a.

¹⁶⁶ Margarita Rivera Mendoza. *El adolescente y sus procesos corporales II*, México, CEAPAC ediciones, 2011.

por cambiar su economía y formas de vivir se encontraron con otras problemáticas características de la ciudad, tal y como lo son los padecimientos psicosomáticos. Los hallazgos de estos resultados sostienen lo mencionado por Ávila, Salinas y Silverio¹⁶⁷ en cuanto a la problemática que presentan los originarios de otras zonas geográficas como el campo, al trasladarse a vivir en la ciudad; pues las perturbaciones emocionales y orgánicas son evidentes, así como la desintegración familiar, problemas interpersonales y abandono afectivo-emocional que vivieron los participantes.

Pero ha habido un proceso histórico en la vida de la población que permite homogenizar a su población, es a lo que se refiere López¹⁶⁸¹⁶⁹ con lo del diseño cultural, donde la cultura marca la pauta de cómo debe vivirse, y dentro de ello las semejanzas, maneras de vivir, sentir, amar, odiar, emocionarse, etc., y es que aun cuando se vivan en diferentes épocas y espacios lo cultural llega a adentrarse en su vida, de ahí que los entrevistados construyan dolores similares entre ellos, mas no iguales.

Pero el hecho es que la encarnación de lo mencionado anteriormente va mas allá de lo simple, pues se va a la memoria emocional y celular, por lo que un día vuelve a brotar, aun cuando se den calmantes se enderece o se estimulen los sistemas nerviosos la memoria corporal no ha resuelto problemas como lo son los reclamos hacia el padre y su carencia afectiva, el abandono materno y la soledad que vivieron los entrevistados, y es a través de esta historia cuando se cambia lo corporal, se calla la parte afectiva-emocional para dar lugar a un estilo de vida que minimiza los sentimientos, emociones y experiencias a llegar al punto en que se mencionó que hay indiferencia hacia la familia, entonces el mecanismo de defensa se manifiesta en enfermedades, en su trato hacia su medio y se está listo para

¹⁶⁷ ¹⁶⁷ Juana Ávila Aguilar y Felicitas Salinas Anaya. Óp. Cit., 2008.

¹⁶⁸ Sergio López Ramos. Óp. Cit., 1998.

¹⁶⁹ Sergio López Ramos. Óp. Cit., 2002a

entrar en la lógica de la sociedad y su estilo competitivo que se llevará al interior o más bien, que llevaron al interior los individuos y prueba de ello son la historia de enfermedades¹⁷⁰.

Castellanos¹⁷¹ menciona un concepto relevante para entender mejor el dolor lumbar y es el de “Adaptación”. Si se tiene en cuenta que el estandarte de los estilos de vida modernos es el estrés debe de entenderse que si los mecanismos de adaptación para la población que crece en el seno de las ciudades no son eficaces es fácil entenderse que otros sectores poblacionales tengan aun más dificultades para adaptarse, pues hay cuerpos que no tienen en la memoria corporal el concepto de competitividad, pues esta se manifiesta en que el cuerpo vive en condiciones insalubres de contaminación, ante problemáticas a las cuales no se tiene respuesta, ante la falta de alguien a quien recurrir como respuesta a un conflicto, a quien amar sin celar, a quien ayudar sin esperar nada cambio, etc., pues el aprendizaje previo se ve superado por las nuevas circunstancias.

Es entonces donde se comienza a dar un aviso, los mensajes del cuerpo comienzan a darse, pero es cuestión de quien los oye si es que quiere encontrar nuevas formas de vivir sin poner en peligro su salud¹⁷².

Regresando con los resultados encontrados, se observa que hay un proceso que se da no solo en lo superficial o interior, sino que llega a la célula, pues como menciona Camacho¹⁷³, la vida emocional es recordada por la célula, así que los conflictos personales consigo mismos o con otros quedan en la

¹⁷⁰ Sergio López Ramos, Jorge Gonzalo Escobar Torres, Sergio Santamaría Suárez, Gerardo Hurtado Arriaga, Sandra Sanchez Rojas y Viridiana García Alberto. Óp. Cit., 2012.

¹⁷¹ Castellanos Ramírez, Alejandra. Óp. Cit., 2006.

¹⁷² Guerrero Benítez, Juan Carlos. Óp. Cit., 2005.

¹⁷³ Camacho Córtes, Cristina Eugenia. Óp. Cit., 2004.

memoria y no es sino hasta que subsanen cuando la memoria celular abra otras redes de comunicación con otras células, es por eso que la mayoría de los participantes mantienen el dolor lumbar y es precisamente porque no han resuelto problemas con la madre o el padre, de modo que la soledad sigue siendo guardada en la memoria así como las emociones dominantes que tanto daño causan a la salud.

Al mismo tiempo no se debe de pasar por alto cómo la familia es parte de una construcción¹⁷⁴. De modo que las interacciones intrafamiliares de los participantes no eran de los más funcionales, sino que en muchos casos no había esa interacción, pues el tener un padre muerto, alcohólico o distanciado afectivamente fomenta un vacío dentro de la persona, lo que los individuos llamaron soledad no es sino el hecho del distanciamiento con los progenitores. Si no se realiza un trabajo como lo menciona el doctor López Ramos en la mayoría de sus investigaciones, se seguirá repitiendo esta condición, donde los conflictos no resueltos y estilos de vida de los abuelos o ancestros más añejos, se seguirá repitiendo, con las mismas consecuencias que atentan en contra la salud emocional y física de los sujetos. Por lo que estos hallazgos son parcialmente similares a los de Champetier¹⁷⁵, pues la enfermedad relacionada con la familia no es algo concreto y fijado por una teoría tal y como lo sugieren las interacciones familiares de estos participantes.

Todo lo anterior, al articularse en un espacio y tiempo como lo corporal y también lo socio-cultural-histórico, deja poco espacio para la individualidad, que la persona tenga conocimiento de lo que es y no lo que otros quieren o dicen que es, pues esto es evidente en como construyen y dejan de tener un proyecto de vida, al respecto Lara¹⁷⁶ menciona lo siguiente: “Alguien que carece de un proyecto de

¹⁷⁴ Rubio Piña, Santana. Óp. Cit., 2006.

¹⁷⁵ Brigitte Champetier de Ribes. Óp. Cit., 2011.

¹⁷⁶ Jesús Lara Vargas, “Metapsicología de contextos: consideraciones epistemológicas y metodológicas”, en Sergio López Ramos. Óp. Cit., 2012b.

vida, actúa como un todo perdido en el tiempo y el espacio, distinto de aquel que si lo tiene, alguien cuya forma de vida en la alimentación y la salud se aleja de la armonía y el equilibrio en el entorno natural, matizará por completo su trayectoria y comportamiento en el lapso que le toca vivir” (P. 110). Lo cual con la información recabada toma mayor relevancia, pues, da cuenta del porque los proyectos de los participantes no se culminaron, así como el porqué se plantean objetivos ajenos a su realidad, la cual es la de un cuerpo con dolor.

A lo largo de esta tesis se mostró cómo es que la lumbalgia se ha colocado en una problemática en los rincones más evidentes del país, en las conversaciones de las personas, tal vez no sepan el nombre exacto de lo que padecen pero sí saben que tiene una repercusión en sus vidas, en unos casos las cosas son de mayor magnitud e intensidad y en otros es un proceso que apenas comienza a cobrar factura.

Finalmente, el estudio de lo psicosomático y específicamente, la lumbalgia, debe superar modelos causales, multicausales pues no hay una causa en sí, lo que si existe es una construcción que se da a lo largo de un proceso que se tiene su tiempo en la historia de la vida de los individuos y a su vez se interioriza en lo corporal al no tener opciones que fomenten el fluir de las emociones y sus resentimientos, reclamos, odios, etc. Si el dolor lumbar tiene su espacio en la vida es el momento de analizar la historia de vida, pues en las de los participantes de este estudio se observa que su cuerpo no simplemente tiene una analogía con su forma de vivir, pues lleva lo exterior al interior, de modo que si en su vida cotidiana su función dentro de la familia es ubicarse como la persona que la mantiene unida, esta carga que no les es propia la llevan a lo corporal, es decir, la carga recae sobre la espalda, igualmente se debe de tener un enraizamiento en la tierra para poder sobrellevar la carga, cosa que tampoco se cumple pues se rompió el vínculo con su lugar de origen y sus progenitores, sobretodo el padre, así que tampoco se tiene un punto de apoyo, mas si el cuerpo se carga solamente de un lado, como

con los órganos, pues la situación se vuelve peor y la cronicidad se lleva al interior.

La columna es vivida como una zona de choque, donde todo lo relacionado con lo emocional irá a parar ahí, lo que incluye deseos no cumplidos, cosas no dichas, reclamos y resentimientos, etc., por lo que el abandono corporal de la columna se hace presente como un mecanismo para no resolver.

A partir de esta investigación la línea de lo psicosomático y lo emocional exige intervenciones que puedan realmente acoplarse a las necesidades de una sociedad como la mexicana, donde el dolor crónico es parte de la vida diaria de la población como si el padecimiento fuera parte inherente cada individuo

CONCLUSIONES

El objetivo general de esta tesis se cumplió satisfactoriamente, así como los objetivos específicos, lo que demuestra la contribución al campo de la psicología; así esta investigación toma relevancia ya que abre nuevos campos con los que se pueda aplicar a lo laboral, lo clínico, lo social y de la salud. Precisamente, el trabajo de campo requiere de una aproximación que supere lo multidisciplinar y se enfoque a un trabajo transdisciplinario, por lo que el valor de estos resultados aquí documentados representan que para los problemas actuales de la población exige una aproximación que parta de una nueva filosofía, epistemología y teoría.

El modelo científico con el que se aborda la salud, ostenta de gran privilegio en los países que se autodenominan desarrollados, de este modo, quien maneja así como quien da validez a las intervenciones para lograr la salud son quién se beneficia económicamente, de modo que las grandes farmacéuticas llevan un pie adelante en cuanto a la dominancia del sector.

La psicología como la medicina, son parte del grupo que aboga por abordar la salud tanto física como mental desde la objetividad, partiendo desde el mismo paradigma cartesiano que fragmento el cuerpo como su realidad, teniendo como supuesto teórico el que sea más fácil, se da el supuesto que mientras más se subdivide mas respuestas se encontraran a un fenómeno, lo cual conlleva a la atomización o indagar en las células, algo que pueda dar respuestas a problemas complejos como lo es el ser humano.

Por parte de la salud, y en el caso específico de los dolores lumbares, se puede encontrar en la literatura especializada una tendencia de abordar el tema, pues una gran variedad de modelos con los cuales se puede afrontar la lumbalgia,

en los cuales se desencantan por el modelo biomédico, en el cual solo se enfoca al dolor desde lo mecánico o algún fallo en el cuerpo, no obstante hay opciones que intentan englobar lo social y lo psicológico, pero desde una manera lineal, con rezagos teóricos que impiden observar como el cuerpo es una construcción histórica en el cual se encarnan lo social y lo psicológico, de modo que se articulan.

También el concepto que tiene la población sobre el cuerpo tiene repercusiones en su salud, ya que lo ven como algo ajeno y no un propio, pues de esta manera son sus intervenciones, que dicho sea de paso no son más que meros “parches” a la salud, y algunas veces ya ni eso llegan a ser, pues el efecto por lo medicamentoso comienza a tener consecuencias negativas en el estomago y demás órganos. Se puede decir que en la sociedad mexicana se viven dos realidades diferentes entre si, por un lado, se encuentran las instituciones del sector salud y toda su maquina farmacéutica biomédica, mientras que por otro lado hay cuerpos que viven y experimentan por años y en la mayoría de los casos por décadas dolores que expresan una forma de vivir, la cual no es un aspecto principal en el modelo actual de salud y enfermedad, pues se pone mayor énfasis en teorías, metodologías y tecnologías que exponen ser novedosas, y que se gastan millones en su desarrollo, mientras que la población es abandonada cada vez, asi como el mantenimiento de modelos tradicionales que se basan en el funcionamiento y desarrollo de cuerpos de otro tiempo, en donde la problemática principal se limitaba a enfermedades infecciosas y de contagio, sin embargo, la actual problemática se concentra en las crónicas y degenerativas como la lumbalgia, por lo que se debe de poner énfasis principalmente al individuo actual, sus condiciones y sus repercusiones.

Esta disociación entre el cuerpo y sus mensajes con el modo que se trata la salud, muestran que los que pierden son la población que sufre este dolor, pues la demanda es creciente, sobretodo en el IMSS, donde la mayoría parte de regreso a su casa con analgésicos y calmantes para el dolor, por lo que posteriormente, el

cuerpo volverá a mandar mensajes por medio de dolor, lo que demuestra que la solución no ha sido encontrada y el proceso sigue abierto a la incógnita, siendo la resignación de vivir con dolor de ese momento en adelante, con la incertidumbre de en que momento se presentara el dolor.

En lo que respecta al plano psicológico y la forma en que concibe a la salud se encuentran sesgos paradigmáticos, en este caso, la lumbalgia es pobre teóricamente y su investigación tecnológica peor, pues hay una visión de causa-efecto, donde el dolor tiene una repercusión en lo psicológico, de modo que, la unidireccionalidad va en trayectoria de lo biológico a lo psicológico, pues y solo se pueden dar intervenciones enfocadas a que el paciente altere su percepción y promueva conductas saludables, sin opción de poder ver como el cuerpo manda un mensaje de cómo el equilibrio se ha roto. El modelo psicológico mantiene una pasividad en el modelo tradicional de salud, pues se recurre al psicólogo ante la demanda de que el paciente aprenda a apegarse a un programa, o en otros casos, los participantes experimentan prejuicios y burlas por partes de sus familiares quienes les afirman que no están enfermos, sino “locos”.

Algo importante a resaltar entre la psicología y la lumbalgia es que las emociones y cogniciones son consideradas como un producto del cuerpo y no una interacción recíproca, pues ante emociones como la tristeza o el miedo, el funcionamiento del cuerpo cambia, asimismo ante una infección o contusión el estado psicológico es diferente a que si no se sufrieran; es por esto que el campo de la psicología en la salud se ha quedado corto, pues el papel de las emociones en la salud es un tema relevante hoy en día, sobre todo por como se viven las emociones.

Dentro de las historias de vida de los participantes se encuentra una constante, y es que las emociones han sido poco cultivadas, controladas, así como explotadas, todo esto en referencia a que la vida emocional se vuelve difícil de llevar, pues para la población el contar hechos importantes de sus vidas se vio

acompañada de lagrimas y voz entrecortada, esto permite ver que las situaciones no han sido superadas y se sigue dejando asuntos inconclusos, aun cuando sus pensamientos y verbalizaciones mencionen que han perdonado a alguien o que han superado alguna situación; pues es aquí donde la gente se encuentra atorada la mayoría de la población.

A partir de lo anterior se puede observar como se configura un abandono, primariamente emocional, pues se encuentra en las historias a niños tristes, es decir, la tristeza se vuelve crónica, y con la adolescencia se acentúa esta problemática, siendo así, se continua con una vida que no repara en resolver conflictos emocionales, que dicho sea de paso, un estilo de vida moderno que no considera importante lo emocional y premia la competencia, hace difícil que en si la población acepte su tristeza y busque soluciones, pues una vida que experimenta tristeza, ira y ansiedad va a repercutir en la cotidianidad del sujeto.

Así, calidad de vida se vuelve un concepto que se encuentra muy utilizado en la literatura especializada, pues la vida que lleva esta población esta lejos de tener una alta calidad de vida, pues como ya se expuso, la vida emocional se limita a 3 emociones y la situación sentimental no dista mucho de eso, pues los sentimientos de inferioridad, preocupaciones, resentimientos, reclamos, odios y una constante alusión al pasado, genera que los participantes no encuentren una alta calidad de vida, pues a parte de que se vive con dolor físico, esto se encuentra también en el aspecto emocional, y aun mas cuando se halla que dicho dolor emocional se ha gestado desde la infancia y el dolor físico no es mas que una extensión de lo emocional.

La acumulación que pondera la sociedad llega a los estratos mas básicos, pues esto se puede ver en el comportamiento de la población estudiada, debido a que la acumulación excesiva de emociones es un aspecto que exige atención por parte de la psicología, si es que esta quiere ponderarse como una ciencia seria, tiene una responsabilidad con los pacientes crónicos, debido a que otros modelos

se han visto superados, muestra la posibilidad de que los psicólogos tengan una mayor incorporación a los profesionales de salud y términos como integración y multidisciplinar, puedan ser llevados en la practica y no sean exclusivos de la literatura.

Sin embargo, más que tener un modelo que articule varios aspectos, se tiene a profesionales ante un enigma como lo es el cuerpo, con paradigmas que fragmentan al cuerpo, donde cada disciplina estudia el “pedazo” que les toco sin tratar de volver armarlo en conjunto con otras profesiones o con otro marco de referencia que sea holístico, por lo que cada paciente debe de visitar al menos 2 profesionistas de la salud, pues se tiene en efecto una gran variedad de tratamientos como una especie de suerte, pues aunque no se sabe el origen del dolor se valen de todo lo que se les ocurra, sin hacer una reflexión sobre la teoría en la cual se basan, y ni reflexionar de su epistemología pues se corre el riesgo de ser tachado de que lo que se hace no es “ciencia” o en este caso “psicología”; aun cuando el problema vuelve a brotar y se tengan argumentos hacia el paciente, pues se le toma algunas veces como la variable extraña, quien no se apego a las instrucciones, o se le manda mas estudios que la mayoría de ellos no saben para que son y generan frustración ante la impotencia; lo crónico tiene 2 alternativas que son mas claras, la primera que experimentan las personas es aceptar su condición, vivir con el dolor toda su vida e “irla llevando”, mientras la calidad de vida del paciente sigue en un constante deterioro, y como ejemplo se pueden ver las estadísticas que proporciona el IMSS relacionados con el dolor de espalda baja, o resolver el problema, que en la mayoría tiene un trasfondo en su vida, lo cual exige hacerse responsable de su vida y de sus emociones, pues la educación que brinda esta cultura es la de guardarse las cosas, como resentimientos, odios, groserías incluso amor y muestras de afecto.

No obstante, cabe mencionar que el abandono corporal es precisamente lo que se ha desglosado, pues el cuerpo tiene un ciclo interno, así como consume agua y alimentos y posteriormente los desecha, seria de esperarse lo mismo con

las emociones, aunque se observa todo lo contrario, pues hay emociones que han encontrado un lugar en el cuerpo, en él se han alojado por años, como un ejemplo que es muy representativo en esta investigación, es el hecho de que la tristeza encontró acomodo en los pulmones, alterando su funcionamiento y permitiendo que enfermedades como la gripe fueran muy recurrentes a lo largo de sus vidas, estas constantes gripes son una alerta que expone el cuerpo, esto manifiesta que el equilibrio interno se ha roto y los órganos no mantienen una armonía, pues hay una dominancia en cuanto a cuestiones, pero hacer caso a los mensajes del cuerpo se contrapone con la forma en que se vive, pues el ritmo de las grandes urbes exige una cierta rapidez y fomenta el cumplimiento de necesidades creadas, que muchas veces minimizan al cuerpo, tales como los horarios de trabajo excesivos, placeres como sexo, alcohol, café, comida chatarra y las largas y masivas horas de ver televisión sin que haya movimiento corporal, en conjunto con las presiones económicas y de seguridad que se viven en el país es un buen ambiente que propicia el abandono emocional, corporal y de uno mismo.

Pues de este modo surge una necesidad de elaborar nuevos marcos referenciales para la salud, ya que ante las enfermedades que se diagnostican inespecíficas, por estrés o genéticas, y mas aun ante la falta de respuestas, es primordial dar la vuelta a estas perspectivas y dar un cambio radical que vaya desde lo epistemológico hasta una intervención integral. Por lo que, el modelo de los 5 elementos como se ha mostrado en esta investigación puede aportar al estudio de las enfermedades crónicas, así como la posibilidad de poder conjugar diversos matices en un microcosmos; lo que permite ver el proceso de enfermarse, pues no hay una explicación única o global, ya que no se debe a traumatismos, desgaste de huesos o hernias discales, sino que hay una historia compleja detrás, en la cual uno debe de sumergirse para entender como se desarrollo una patología y el porqué se sigue manteniendo; así, el buscar respuestas fuera del cuerpo conlleva a diversas dudas, pues carecen del significado (simbólico) que le da el paciente, debido a eso, la lumbalgia es

catalogada como inespecífica, de ahí que se toma en consideración el retomar al cuerpo, pues es el espacio donde se articula todo y se le da un sentido.

Se partió de esta teoría porque la concepción que se tiene del cuerpo es fuera de la fragmentación, pues no simplemente basta con que conciba los órganos y emociones como una unidad, pues a su vez estos están relacionados con lo que se encuentra afuera, con un microcosmos, de manera que la alimentación, situación familiar y la memoria corporal se articulan en un proceso que tiene manifestaciones en el cuerpo, y posteriormente se vuelvo crónico.

Como base de la investigación se parte de una epistemología diferente, donde no solo lo racional o la mente tienen efectos psicológicos en los individuos, sino que hay una unidad de análisis, donde órganos y emociones se articulan, de modo que los efectos son recíprocos, además de poner énfasis en que las emociones se instalan en el cuerpo para iniciar un viaje en su interior que poco a poco va permeando la salud y como muestra de ello, son las historias de vida de los participantes de esta investigación. Como base de esta tesis se parte de una epistemología diferente, donde no solo lo racional o la mente tienen efectos psicológicos en los individuos, sino que hay una unidad de análisis, donde órganos y emociones se articulan, de modo que los efectos son recíprocos, además de poner énfasis en que las emociones se instalan en el cuerpo para iniciar un viaje en su interior que poco a poco va permeando la salud y como muestra de ello, son las historias de vida de los participantes de esta investigación.

La forma en que se alimentan los cuerpos sostiene la propuesta del abandono corporal, pues la población muestra que desde la infancia empieza este proceso pues hay poco acercamiento hacia la alimentación, lo familiar, lo emocional y como se vive lo laboral antes de ser adultos.

Dentro de la alimentación de los participantes, se toma en cuenta desde antes de nacer, pues dado que al nacer se hereda ki por parte de los padres, los

relatos indican que hay una carencia del ki heredado, pues la mala nutrición de las madres no permitió que se heredara un ki con suficiente energía para que el riñón desarrollara huesos resistentes, además se observó que la inclusión de comidas artificiales viene a concluir cómo el consumo alimenticio es carente de proporcionar suficiente ki adquirido para mantener armonioso el cuerpo, de este modo, la falta de energía se ve reflejada en escasa calidad de vida, por esta forma de alimentación. Asimismo, los participantes concordaron en la separación emocional que han tenido con su familia, aunque para este punto se debe de poner atención en que el asidero emocional es clave para que el desarrollo emocional no afecte la salud física, pues para ellos la tristeza, ira y ansiedad que han experimentado no han encontrado los entrevistados a una persona a quien pudiesen recurrir ante las dificultades que vivieron, lo que demuestra que no tenían apoyo emocional; en parte porque la situación económica de la familia era primordial y exigía la máxima atención, así también por los modelos de crianza que tuvieron sus padres no tenían contemplado lo afectivo y emocional. Posteriormente, la adolescencia es un punto que muestra la dominancia, a nivel nacional se encuentra que los jóvenes han pasado de ser tristes a depresivos, lo que genera que un dejo emocional cree una ruta de vida en función de los padres, quienes, de acuerdo con los relatos, a partir de del deseo de lo que quisieron ser y de los errores que cometieron, hacen de la vida de los hijos suya, es decir, la persona durante dicha etapa esta a limitada por los padres, así, las formas de sentir, de vivir y de se ser son una extensión de os padres, pues las historias de los participantes demuestran tener las mismas carencias afectivas que relataron de sus padres. Lo anterior se explica en como la individualidad es minimizada al grado en que no hay un acercamiento con sus emociones y por consiguiente con el cuerpo. Además, se debe de tomar en cuenta a este abandono, el hecho que las repercusiones tiene trabajar en edades tempranas, como en el caso en que los participantes han construido sus vidas, pues se les ha responsabilizado de asumir cargas familiares, específicamente económicas, de este modo construyen un estilo de vida caracterizado por tener responsabilidades en pro del bienestar de sus familias, aun cuando en un inicio esos hechos eran asumidos de manera poco

gustosa, ya que no eran parte de la expectativa que tenían, asimismo, se debe de incluir a como mujeres por su genero tuvieron que contribuir al trabajo domestico, basado en servir comida a los hermanos y los padres, haciendo de estas diferencias un punto de resentimiento hacia su condición de vida.

Las repercusiones sociales que implica el pertenecer a una población caracterizada por un dolor crónico van de lo económico a lo individual, ya que en lo que se refiere al aspecto laboral, se encuentra en las estadísticas del IMSS que su población asegurada presenta cada vez con mayor insistencia dolor de espalda baja crónico, lo que se refleja en un mayor número de consultas y asimismo en incapacidades laborales, lo que demuestra que la economía nacional puede verse afectada, pues la población laboral exige mayor atención a su salud.

Socialmente la cultura mexicana ha tenido un cambio gradual hasta como se conoce hoy, pues con el Porfiriato se iniciaba un desplazamiento de lo mexicano a lo europeo, y actualmente se comienza a tener estilos cada vez mas similares a los estadounidense, donde la comida y maneras de vestir son uno de los cambios, así que se vive un estilo impropio de la zona geográfica en que se vive, y esto comienza a tener sus repercusiones en la salud.

En lo familiar como en lo social hay elementos que predominan en el cuerpo de los mexicanos, pues en este aspecto se puede observar como es el proceso de enfermar, donde “el otro” toma relevancia gracias a su papel que juega en la vida del individuo, pues son las relaciones interpersonales las cuales pueden hacer que se rompa el equilibrio corporal, aunque también puede ayudar a que lo instaure nuevamente. Así que dentro de la familia se puede rastrear como ha habido una historia llena de abandonos, carencias, conflictos y emociones como tristeza y enojo, que pueden llevar a un individuo a que lo somatice, que lleve sus relaciones familiares de este modo como algo “normal” simplemente porque ha vivido de esa forma por muchos años, lo que desafortunadamente lo lleva a una crisis, pero debido a que el estilo de vida no da espacio para crisis emocionales, se lleva al

interior del cuerpo y es entonces donde podemos observar la construcción de un dolor crónico.

Para la dimensión familiar, se debe de comprender como todo lo anterior culmina con esta dimensión, pues se concluye que el rol que se juega en la familia se lleva simbólicamente a la columna cuya función es la de dar soporte al cuerpo, pues asimismo los participantes perciben que llevan una carga en su situación familiar. Así, la siguiente pregunta surge de la necesidad de la complejidad del cuerpo: ¿Por qué el desorden emocional se instala específicamente en la columna y porque no se instala por ejemplo en rodillas, hombros o en otro nivel de la columna?

La respuesta resulta compleja, pues el interior resignifica la vida y sus experiencias, así los acontecimientos simbólicamente vividos se llevan al interior del cuerpo que comienza a vivir en otra sintonía. Al analizar la historia de vida familiar que han llevado los participantes se encuentra con personas que han tenido carencias afectivas, en mayor medida con el padre, quien siguiendo un patrón de crianza, no demuestra afecto lingüístico o corporal, pues de acuerdo con los entrevistados los padres solían decir que eso era de “maricones”, entonces los participantes hacen alusión a que esta parte de su vida no ha sido llenada, así mismo sucede con las mujeres de la investigación, cuyos padres eran alcohólicos, fallecidos o simplemente no tenían desarrolladas tales habilidades, esto punto es algo constante en las historias de vida aquí presentadas, lo que demuestra que para un cuerpo saludable no todo es físico, ya sea un ambiente o alimentos saludables, sino que la parte emocional y afectiva tienen un rol principal en la lumbalgia, ya que ante tal carencia los participantes han cargado sentimientos de rencor y reclamos, que posteriormente cobran un cuerpo propio.

Las personas al asumir cargas familiares que no les corresponden tiene sus repercusiones en el cuerpo, pues la persona se siente como el engrane que une toda la dinámica familiar, como si no fuera por el la familia se desquebraría y es

algo que no pueden permitir ya que su historia de vida demuestra que es algo que no han llenado en su vida, es decir, la carencia afectiva de la familia los lleva a tratar de solucionarlo a través de “echarse a la espalda a la familia” y es evidente que esta postura no ayuda a resolver el problema, sino que se acrecienta en mayor medida.

Dicho lo anterior, el enraizamiento con el origen es importante, ya sea con la naturaleza o con sus progenitores, la forma de vivir en la sociedad mexicana moderna lo lleva a entrar en una dinámica de conflictos con quien se tenga relación, como con el medio ambiente, o con sus familiares y todo esto se lleva al interior, a los órganos y su forma en que se relacionan. Como se menciona en los resultados, la migración que viven los participantes tiene un fondo social que repercute en su salud psicológica y física, como muestra se tiene por un lado que sus padres eran proveedores de campo, donde el sustento económico y alimenticio de la familia depende de las cosechas; sin embargo, ante una económica nacional que ha dejado de tener interés en el trabajo del campo, surgen situaciones difíciles que orillan a la población a abandonar estas prácticas y sus estilos de vida; como ejemplo se puede encontrar en las historias el fallecimiento del padre de familia y padres adictos al alcohol, esto dificultó la estabilidad económica de las familias de los participantes, repercutiéndoles a ellos mismos.

Como se ha explicado, el cuerpo vive en armonía si el ambiente es armónico, pues el contexto en el cual señalaron nacer y vivir sus primeros años de vida de los participantes, estaba rodeado de mayor contacto con el macrocosmos (naturaleza) ya que vivían cerca de ríos, árboles, tierra, aire limpio, así como por el fuego avivado por leña, lo que indica que aun cuando enfermaban de vías respiratorias, la relación, entre sus órganos aun no pasaba de la relación de intergeneración que propone la teoría taoísta, ya que el equilibrio de su microcosmos con el macrocosmos mantenía un equilibrio, de este modo, se le exige al cuerpo que asimile una realidad que no coincide con la de sus cuerpos.

Así, el cambio de sus relaciones internas esta marcado en primer lugar, por una emoción dominante, para que posteriormente se desquebraje el equilibrio con el macrocosmos dado el cambio de geografía, en este caso a la Ciudad de México. Dentro de este punto hay una compleja profundidad entre la persona y el desarrollo de la lumbalgia.

El riñón se encarga de la producción de huesos, esta asociado al elemento agua, así como es el lugar donde reside el ki, por lo que todos estos elementos en armonía y sin que presenten exceso o carencia, propician estructuras esqueléticas sanas, que no es el caso de los participantes aquí presentados, ya que éstos están disminuidos; pues en primer lugar, se abandonaron los ríos y los mares por zonas metropolitanas donde la cercanía con el agua viene embotellada y a altos precios.

También el abandono de áreas verdes caracterizadas por albergar arboles y una forma de vivir conjuntamente, pues mencionan como los juegos infantiles incluían el trepar arboles; así como la lejanía de las enseñanzas de estos, la cooperación que tienen con las plantas al compartir agua, cosa que es diferente en una entidad como el DF que educa para la competencia y el egoísmo; además, la ira y el hígado que están relacionados con la madera, también tuvieron sus consecuencias, pues a mayor ira mayor esfuerzo hace el hígado, debilitando los ligamentos del cuerpo, incluyendo los de la espalda, ya que el exceso de ira forma parte de cómo viven los participantes, dando lugar a resentimientos con los padres y falta de carácter hacia el proyecto de vida, esto ultimo se concluirá mas adelante.

El otro aspecto que se ve también perjudicado es la tierra; pues el desprendimiento de ella es mas evidente en los ciudadanos, debido a que se mantiene a distancia por el concreto que cubre las ciudades y no permite el contacto con dicho elemento, pero no solo esto resalta a la vista, sino el hecho de que las casas se alejan mas del suelo y se vive o trabaja en edificios altos, lo que

imposibilita que el estomago y bazo-páncreas no encuentren un equilibrio con el macrocosmos, por lo que la ansiedad tiene una alteración, un exceso, dando lugar a preocupaciones y sobreracionalización haciendo que la población, de igual manera, exija mas a estos órganos.

Por lo mencionado, es que el cuerpo moderno de la población mexicana se encuentra enfermo, victima por la forma en que se vive, pero no únicamente se desarrolla una patología, sino que se encuentra gente con gastritis, colitis, desgaste de huesos, cansancio, etc.

Aquí hay una mayor complejidad que tiene como fondo toda una cosmovisión de apropiarse lo que se está afuera, ya sea lo social, familiar o en las relaciones con otros, y el modo en que se viven es un punto importante, ya que al interior se da una articulación que toma cuerpo a lo largo de un espacio y un tiempo.

Lo individual se vive como una zona de choque, lo somatiza, y particularmente se manda a un lugar que no se puede ver ni escuchar hasta que un día hace crisis, pero no una crisis mortal, sino que se vuelve parte de la cotidianidad, donde la persona puede saber que volverá en un determinado tiempo y que mientras no llegue se puede seguir teniendo el mismo estilo de vida alejado de las advertencias del propio cuerpo, hasta que se vuelve un proceso cíclico.

Además, la muestra de este trabajo que tiene un rango de edad mayor de 50 años indica que los proyectos de vida es algo que no se han cumplido, a pesar de que hubo quienes no los tenían definidos, las personas que sí los tenían no los pudieron concretar, por motivos como la familia, el trabajo o cuestiones personales; sin embargo, los participantes de menor edad, siendo jóvenes tienen proyectos de vida que solo un poco de ellos van encaminados a la salud y buena calidad de vida, aquí podría decir que, el cumplimiento de un proyecto de vida que incluya una buena salud, asuma no tener el dolor de espalda baja es un primer

ejercicio para erradicar esta patología, ya que es algo que requiere carácter, pues es algo que se encuentra en el hígado, así como uno de los órganos que más han hecho trabajar los participantes por la ira que han presentado en sus vidas, pero como lo menciona la teoría es asunto de equilibrio, lo que da lugar a un carácter que permita lo mencionado, de este modo se puede hacer un primer acercamiento con las emociones y por ende con el cuerpo, es por esto que asumo que el proyecto de vida es algo que puede dar un cambio en la lumbalgia de los participantes que aun tienen contemplado dicho proyecto.

Conjugar la psicología con la teoría de los 5 elementos fue de suma importancia para la investigación, ya que al considerar la unidad órgano-emoción permitió observar una ruta de viaje de las emociones, en la cual, los participantes tuvieron concordancia, pues las emociones no son estáticas, sino que emprenden un viaje al interior de los órganos causando estragos, o mejor dicho, permea la energía de cada órgano, así la longevidad se hace difícil de alcanzar. Precisamente el saber que una emoción se instala y puede alterar los órganos, facilita la explicación de un padecimiento como la lumbalgia, donde los órganos constantemente se ven expuestos a trabajar el doble, así como apoyar al órgano que se encuentre con una merma de energía, lo que no necesariamente se observara fielmente en el órgano, sino que viaja a alguno de sus accesorios, en este caso se ven afectados los músculos, ligamentos y tendones que dan soporte a la columna y el cuerpo en general.

A manera de desenlace se demuestra que los nuevos procesos de enfermedad-salud no son gracias a elementos de fuera, sino que conlleva a un proceso individual, en el que la persona percibe de una manera su vida social y familiar, y gracias a su subjetividad lo emocional tendrá diferentes matices, es decir, la memoria corporal es diferente en cada individuo lo que da respuesta ante el fracaso del modelo biomédico ante las enfermedades modernas, en el cual, la mayor premisa es tener al cuerpo anestesiado para que no sienta el dolor, no obstante los problemas no resueltos con la familia siguen ahí, y solo es cuestión

de que pase el efecto para que surja el dolor nuevamente. Es por esto que no se han encontrado aun un medicamento, una intervención médica o una maquina que pueda eliminar el dolor de espalda; pues es en el momento en que se rompe el principio de la cooperación entre los órganos cuando la salud marcha mal, es por esto que se debe de propiciar intervenciones que promuevan el equilibrio, tanto orgánico como emocional, que no domine la ira o la tristeza, sino que se vivan las 5 emociones para que se mantenga el equilibrio energético.

Los hallazgos hechos en esta investigación demuestran las carencias en el paradigma cartesiano (y las disciplinas que lo siguen) en cuanto a la investigación de un fenómeno que va creciendo con mayor medida en México que son las enfermedades crónicas-degenerativas, de esta manera, esto puede servir no solo para la psicología, sino que también es de relevancia para las demás ciencias del área de salud que han ostentado por mucho tiempo los paradigmas causalistas.

La psicología como todas las ciencias, no debe presentar un estancamiento, pues si algo se ha demostrado a lo largo de la historia de la ciencia es que siempre hay un constante cambio, en el cual unos paradigmas quedan obsoletos mientras se instauran nuevos, y como ejemplo se puede considerar los aspectos que se tenía sobre la tierra, que se suponía era plana y que era el centro del universo, algo que posteriormente quedo desmentido, asimismo con la idea de que bueno si no era la tierra el centro lo era nuestra galaxia, también quedo desmentido, y con nuevos planteamientos se han alcanzado nuevos resultados que indican que la tierra no es plana sino redonda y que no es estática ni que giran alrededor de si los astros, sino que es un planeta más que gira alrededor de una órbita alrededor del sol, que a su vez es parte de un movimiento universal y lo mismo puede y debe hacerse con la racionalidad, que sostiene que es lo más importante del ser humano y que es a través de esta racionalidad con la cual se puede encontrar los mejores resultados o en otro caso los únicos validos ante la población científica.

Cabe mencionar que uno de los pilares profesionales de la UNAM es la aportación a la propia sociedad mexicana, a través de un servicio, así que ante los problemas que surgen y que no han tenido una respuesta que satisfaga a los individuos, se hace imperante la necesidad de abarcar el fenómeno desde otras perspectivas que puedan explicar un enigma como lo corporal y sus procesos psicosomáticos, tal como se ha hecho con este trabajo y que pueda permitir no solo a los profesionales de la salud sino todo a aquel que esté interesado en regresar a lo único que tienen, su propio cuerpo; y se pueda romper con el estilo de vida vigente, que está llena de deseos mundanos que nunca se acaban.

BIBLIOGRAFÍA

- Ackerknecht, E. H. (2004). Historia de la *medicina psicosomática*. *Ars Médica. Revista de Humanidades* 2, 180-193.
- Aguado, V. J. (2011). Cuerpo humano e imagen corporal. Notas para una antropología de la corporeidad, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de investigaciones antropológicas, Facultad de medicina.
- Allbrook, D. (1957). Movements of the Lumbar spinal Column. *The Bone & Joint Journal*, 39 (2) 339-345.
- Allan, D. B. y Waddell, G. (1989). An historical perspective on low back pain and disability. *Acta Orthp Scand*, 60, 234, 1-23.
- Assendelft, W., Morton, S., Yu, E., Suttorp, M. y Shekelle, P. (2013). Tratamiento de manipulación espinal para el dolor lumbar (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 1. Disponible en: <http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD000447>
- Bartomeu, M. R., Miralles, R.C., Miralles, I.(1996). Dolor de Espalda, Diagnóstico, Enfoque General del Tratamiento. *Rev Soc Esp del Dolor*, 11, 192-200).
- Birabi, b. N., Dienye, P. O. y Ndukwu, G. U. (2012). Prevalence of low back pain among peasant farmers in a rural community in south south Nigeria. *Rural and Remote Health* 12, 1-10.
- Camacho, C. C. (2004). La obesidad: un proceso psicosomático. Tesis de licenciatura, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Campos, G. J. (2011). El problema epistemológico de lo corporal. Dos propuestas explicativas del cuerpo humano, México, CEAPAC ediciones.
- Capra, F. (1992). EL PUNTO CRUCIAL Ciencia, sociedad y cultura naciente. Buenos Aires: Editorial Troquel S. A.

- Casals, M. y Samper, D. (2004). Epidemiología, prevalencia y calidad de vida del dolor crónico no oncológico. Estudio ITACA. *Rev. Soc. Esp. Dolor* 11, 260-269.
- Castellanos, R. A. (2006). Un enfoque holístico sobre la construcción de la dismenorrea. Tesis de licenciatura, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Castillo, L. G. (2007). La gestación y el inicio de la memoria corporal. Tesis de licenciatura, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Cecchini, E. J. (1996). Personalización en la educación física. Tratado de educación personalizada, tomo 19. Madrid, RIALP.
- Champetier, R. B. (2011). Constelar la enfermedad desde las comprensiones de Hellinger y Hamer, España, Gaia ediciones.
- Champin, M. D. (2004). Lumbalgia. *Rev Soc Per Med Inter*, 17(2), 50-56.
- CIE 10 (1994). Trastornos mentales y del comportamiento. Meditor, Madrid.
- Coppes, M. H. (2000). Discogenic low back pain: lumbar spondylodesis revisited. Thesis University Groningen.
- Covarrubias, G. A. (2010). Lumbalgia: Un problema de salud pública. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 33 (1), 106-109.
- Cresta, M. I. (2007). Incidencia de lumbalgia en choferes del transporte urbano de pasajeros de la ciudad del Rosario. Tesina, licenciatura en kinesiología y fisioterapia, universidad abierta interamericana-sede regional rosario-, facultad de medicina y ciencias de la salud.
- Deyo, R. A., Walsh, N. E., Martin, D. C., Schoenfeld, L. S. y Ramamurthy, S. (1990). A Controlled Trial of Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (TENS) and Exercise for Chronic Low Back Pain. *The New England Journal of Medicine* 322, 1627-1634.
- Diagnostico, Tratamiento y Prevención de Lumbalgia Aguda y Crónica en el Primer nivel de atención (2009). México: Secretaria de Salud. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/045_GPC_Lumbalgia/IMSS_045_08_EyR.pdf
- Domínguez, V. M. (2007). Factores de riesgo de mayor frecuencia que causan lumbalgia mecánica aguda y crónica en los pacientes de una unidad de medicina familiar del IMSS de Guadalajara Jalisco. Tesis de Especialidad,

Facultad de Medicina, División de Estudios de Postgrado, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

- Donzelli, S., Di Domenica, E., Cova, A. M., Galletti, R y Giunta, N. (2006). Two different techniques in the rehabilitation treatment of low back pain: a randomized controlled trial. *Eura Medicophys*, 42(3), 205-210.
- Durán, A. N. (2008). En el paradigma de la educación el cuerpo, ¿dónde?. *EDUCAÇÃO & LINGUAGEM*, 17, 21-38.
- Eguiluz, R. L. (2010). La teoría sistémica. Alternativa para investigar el sistema familiar. Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad nacional Autónoma de México, 5ª edición.
- Ebensperger, R. A., Vargas, C. R., Romero, O. C., Romero, M. y Matamala, F. (2008). Efecto microscópico y macroscópico del láser infrarrojo sobre ligamentos de la rodilla en conejos: ¿Extrapolable a humanos? *REMS* 4 (1), 53-56.
- Fabunmi, A. a., Aba, S. O. y Odunaiya (2005). Prevalence of low back pain among peasant farmers in a rural community in South West Nigeria. *African Journal of Medicine & Medical Sciences*, 34, 259-262.
- Flores, M. O. (2006). La dismenorrea como negación de la condición femenina. Tesis de licenciatura , Facultad de estudios superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Fordyce W. E. (1995). Back pain in the workplace. Management of disability in non-specific conditions, Seattle: IASP Press, 5-9.
- Franco, G. B. (2010). Quería que llegar miel a mi vida y la diabetes se hizo presente. Tesis de licenciatura, México, Facultad de estudios superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Frost, H., Klaber, M. J., Moser, J. S. y Fairbank. J. C. (1995). Randomised controlled trial for evaluation of fitness program for patients with chronic low back pain. *Br Med J*, 310, 151-154.
- Gale, G. D., Rothbart, P. J. y Li, Y. (2006). Infrared therapy for chronic low back pain: A randomized, controlled trial. *Pain Res Manag*, 11(3). 193-196.
- García, P. F. y Alcántara, B. S. (2003). Importancia del *ejercicio* físico en el tratamiento del dolor lumbar inespecífico. *Rehabilitación (Madrid)*, 37 (6), 323-332.

- Guerrero, B. J. (2005). El síndrome del intestino irritable. Una aproximación psicosomática. Tesis de licenciatura, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Gutiérrez, C. D. (2008). Enfisema pulmonar: una aproximación psicosomática. Tesis de licenciatura, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Hasselberg, P. D. (1979). *Chiropractic in New Zealand, Report of Commission of Inquiry*. Wellington, New Zealand: Government Printer, 130-1,198.
- Hayden J. A., Tulder M. W. van, Malmivaara, A. y Koes, B. W. (2008). Tratamiento con ejercicios para el dolor lumbar inespecífico (Revisión Cochrane traducida). Disponible en: <http://www.update-software.com>
- Herrera, B. N. (2009). La obesidad: un proceso psicosomático. Tesis de licenciatura, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Herrera, O. I. y Chaparro, A. G. (2010). Una aproximación al proceso órgano-emoción 2. CEAPAC Ediciones, México.
- Hunfeld, J. A., Perquin, C. W., Hazebroek-Kampshreur, A. A., Passchier, J., van Suijlekom-Smit, L. W. y van der Wouden, J. C. (2002). Physically unexplained chronic pain and its impact on children and their families: the mother's perception. *Psychol Psychother* 75, 251–260.
- IMSS (2000). Coordinación de salud en el trabajo. Memoria estadística de salud en el trabajo. México: Dirección de prestaciones medicas.
- Jiménez, N. M. (1988). La familia del paciente crónico: estudio e importancia. *CUPULA* 23, 35-38.
- Kapanji, I. A. (1985). Cuadernos de fisiología articular. Tronco y raquis. Masson, 2ª edición, México.
- León, L. (2008). Las causas de los accidentes en la industria de la construcción: propuesta metodológica y estudio de caso. Tesis para obtener el grado de Maestra en Ciencias en Salud de los Trabajadores, Maestría en Ciencias en Salud de los Trabajadores, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México.
- León, M. L., Jover, J. J., Abásolo, A. L., Loza, S. E., Pérez, N. M. y Redondo, D. M. (2009). Recuperación funcional en la lumbalgia incapacitante: eficacia de una intervención cognitivo-conductual temprana. *Trauma Fundación MAPFRE* 20 (1), 23-28.

- Lolas, S. F. (1984). La perspectiva psicossomática en medicina. Ensayos de aproximación. Editorial Universitaria, 2ª edición, Santiago de Chile.
- Lemos, H. M., Restrepo, O. D. y Richard, L. C. (2008). Revisión crítica del concepto "psicosomático" a la luz del dualismo mente-cuerpo. *Pensamiento psicológico*, 4(10), 137-147.
- López R. S. (1998). *Cuerpo, identidad y psicología*. Plaza y Valdés Editores, México.
- López, R. S. (2002). Lo corporal y lo psicossomático. Reflexiones y aproximaciones I. CEAPAC y Plaza y Valdés, México.
- López, R. S. (2002b). Lo corporal y lo psicossomático. Reflexiones y aproximaciones II. Zendová ediciones, México.
- López, R. S. (2002). Historia del aire y otros olores en la Ciudad de México 1840-1900. CEAPAC y Miguel Ángel Porrúa, México.
- López, V. M., Oviedo, M. A., Guzmán, J. M., Garcia, Z., Ricardez, G., Burillo, M. E. y cols. (2003). Guía clínica para la atención del síndrome doloroso lumbar. *Rev. Med. IMSS*, 41 (SUPL): S123-s130.
- López, R. S. (2006). El cuerpo humano y sus vericuetos. Miguel Ángel Porrúa, México.
- López, R. S. (2007). Una mirada incluyente de los psicólogos de Iztacala. Hacia una nueva construcción de la psicología. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, México.
- López, R. S. (2008). El cuerpo humano, la cultura y la salud. *EDUCAÇÃO & LINGUAGEM*, 17, 39-57.
- López, R. S. (2011). Las primeras explicaciones de lo psicossomático en México. *Mundo Siglo XXI, Revista del CIECAS-IPN*, 7 (25), 65-78.
- López, R. S., Escobar, T. G., Santamaría, S. S., Hurtado, A. G., Sánchez, R. S. y García, A. V. (2012). El cuerpo y las emociones en niños de grados iniciales en una primaria de Hidalgo. *REVISTA CIENTÍFICA ELECTRÓNICA DE PSICOLOGÍA*, 13, 109-114. Disponible en: http://dgsa.uaeh.edu.mx/revista/psicologia/IMG/pdf/Art._6_El_cuerpo_y_la_s_emociones_en_ninos_de_grados_iniciales.pdf
- López, R. S. coordinador (2012). Una formación metodológica en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, México.

- López, R. S. (2012b). Formación de estudiantes en psicología: Una propuesta metodológica. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, México.
- López, R. S. (2013). La construcción de lo corporal y la salud emocional. Editorial Los Reyes, México.
- Lowen, A. (1977). BIOENERGÉTICA. A. Terapia revolucionaria que utiliza el lenguaje del cuerpo para curar los problemas de la mente. Editorial Diana, México.
- Lewandowski, W., Morris, R., Draucker, C. B. y Risko, J. (2007). Chronic pain and the family: Theory-Driven treatment approaches. *Issues in Mental Health Nursing*, 28 (11), 1019-1044.
- Manek NJ, McGregor AJ. Epidemiology of back disorders: prevalence, risk factors and prognosis. *Curr Opin Rheumatol*. 2005;17:134-40.)
- Mares, C. G. y Guevara, B. Y. (2001). Psicología Interconductual Volumen I. AVANCES EN INVESTIGACIÓN BÁSICA. UNAM, Fes Iztacala, México.
- Mares, C. G. y Guevara, B. Y. (2002). Psicología Interconductual Volumen II. AVANCES EN INVESTIGACIÓN TECNOLÓGICA. UNAM, Fes Iztacala, México.
- Martín, U. C. (2004). Valoración médico – legal del dolor lumbar en una población trabajadora. Tesis Doctoral, Universitat de Valencia. Facultad de Medicina
- Medina, R. M. (2008). Hallazgos Radiográficos más Frecuentemente encontrados en Placas Simples de Columna en Pacientes Adultos con Lumbalgia. Tesis UNAM. Facultad de Medicina.
- Medrano, G. R., Varela, H. C., Torre, R. M. y Mendoza, C. R. (2010). Propuesta de modificación del algoritmo europeo de manejo de la lumbalgia inespecífica. *Archivo Médico de Camagüey* 14 (4).
- Medrano, G. R., Varela, H. C., Torre, R. M., Mendoza, C. R. y Acosta, D. Y. (2011). Resultados de la aplicación de la terapia neural en la lumbalgia inespecífica. *Archivo Médico de Camagüey* 15 (1).
- Merskey, H. y Bogduk, N. (1994). International Association for the Study of Pain, IASP Pain Terminology. Classification of Chronic Pain. IASP Press, 209-214.
- Milne S, Welch V, Brosseau L, Saginur M, Shea B, Tugwell P, Wells G. (2001). Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for chronic low back

pain. *Cochrane*, 2. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11406059>

- Miralles, R. C. (2001). Biomecánica de la columna. Spine biomechanics. *Rev Soc Esp Dolor*, 8, 2-8.
- Molina, C. D. (2006). Enfermedades psicósomáticas: la construcción de la varices. Tesis
- Noriega, E. M., Barrón, S. A., Sierra, M. O., Méndez, R. I., Pulido, N. M. y Cruz, F. C. (2005). La polémica sobre las lumbalgias y su relación con el trabajo: estudio retrospectivo en trabajadores con invalidez, *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro* 21(3), 887-897.
- Olivia, H. M. (2009). "Causa lumbalgia mayor número de incapacidad laboral". El Universal, *Dic. 27, Sec. A*.
- Omokhodion FO. Low back pain in a rural community in South West Nigeria. *West Afr J Med*. 2002; 21: 87-90.
- Orts Llorca F. (1972). Anatomía Humana. vol. III. 4.^a ed. Barcelona: Editorial Científico-Médica;. p. 225-30. CITA
- O'Sullivan, P. (2005). Diagnosis and classification of chronic low backpain disorders: Maladaptive movement and motor control impairments as underlying mechanism. *Manuel Therapy* 10, 242-255.
- Palastanga, N., Field, D. y Soames, R. (2007). Anatomía y movimiento humano. Estructura y funcionamiento. Editorial PAIDOTRIBO, España, capítulo 5.
- Pastor, A. (2000). Estudio del morfotipo sagital de la columna y de la extensibilidad de la musculatura isquiosural de jóvenes nadadores de elite Españoles. Tesis Doctoral, Universidad de Murcia, España.
- Pérez, J. M. (2013). La construcción del cáncer de páncreas. Tesis de licenciatura, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Pérez, G. J. (2006) Lumbalgia y ejercicio físico. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte* 6 (24), 230-247.
- Pope, M.H., Novotny, J.E. (1993). Spinal biomechanics. *Journal of Biomechanical Engineering* 115, 569-574.
- Rascón, M. D., Bautista, S. S., Duque, A. y Fresán, O. A. (2012). Estudio comparativo de la personalidad del paciente con dolor lumbar crónico y

sujetos control mediante el uso del Inventario de Temperamento y Carácter. *Rev. Soc. Esp. Dolor*, 9 (2)

Ramírez, G. A. (2001). Incapacidades prolongadas en traumatología y ortopedia (presentación en V resumen de investigación en salud en el trabajo) *Rev. IMSS México*.

Ramírez, M. A. (2004/5). Historia natural de la enfermedad discal y su modificación con las técnicas instrumentadas actuales. *Ciencias y tecnologías* 14. Disponible en: <ftp://tesis.bbtk.ull.es/ccppytec/cp219.pdf>

Ribes, I. E. y López, F. (1985). *Teoría de la conducta: un análisis de campo y paramétrico*. México: Trillas.

Ribes, I. E. (1990). *Psicología general*. México: Trillas.

Romero, B., Silva, M., Da Y Fernández, R. (1998). Salud laboral y fisioterapia preventiva en el dolor de espalda. *Revista Iberoamericana de Fisiología y Kinestesiología*, 1 (3), 151-163.

Rodríguez, J. R., González, M. J. y Miranda, J. (2008). Deficiencias nutricionales y comportamientos inadaptados: un posible nuevo paradigma para la prevención de conductas agresivas. *Psicología y Salud*, 18 (002), 199-206.

Rubinstein, S., van Middelkoop, M., Assendelft, W., de Boer, M., van Tulder, M. (2011). Terapia de manipulación espinal para el dolor lumbar crónico. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2. Art. No.: CD008112. DOI: 10.1002/14651858.CD008112. Disponible en: <http://www.bibliotecacochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%202718575&DocumentID=CD008112>

Rubio, P. S. (2006). *La construcción de la gastritis como enfermedad psicosomática. Cuerpos protestando*. Tesis de licenciatura, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Ruvalcaba, P. G. y Domínguez, T. B. (2009). La terapia psicológica del dolor crónico. *Psicología y Salud*, 19 (2), 247-252.

Saldívar, G. A., Cruz, T. D., Serviere, Z. L., Vázquez, N. F. y Joffre, V. V. (2003). Lumbalgia en trabajadores. *Epidemiología. Rev Med IMSS*, 41 (3), 203-209.

Saldívar, G. A., Joffre, V. V., Barrientos, G. M., Lin, O. D., Vázquez, N. F. y Llanes, C. A. (2010). Factores de riesgo y calidad de vida de los enfermos que

- sufren lumbalgia. *Revista Electrónica Medicina, Salud y Sociedad* 1 (1), 1-25.
- Santiago, P. C. (2007). Lumbalgia. Tesis de especialidad, Facultad de Medicina, Division de Estudios de Postgrado, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Senna, M. K. y Machaly, S. A. (2011). Does Maintained Spinal Manipulation Therapy for Chronic Nonspecific Low Back Pain Result in Better Long-Term Outcome?. *Spine*, 36 (18), 1427-1437.
- Stefani, D., Seidmann, S., Pano, C., Acrich, L. y Bail, P. V. (2003). Los cuidadores familiares de enfermos crónicos: Sentimientos de soledad, aislamiento social y estilos de afrontamiento. *Revista Latinoamericana de Psicología* 35 (001), 55-65.
- Stoudemire, A. y McDaniel, J. (2000). Psychological factors affecting medical conditions. En B. Sadock y V. Sadock (Eds), *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry* (pp. 1765-1774). Philadelphia: Lippincott Williams y Wilkins.
- Taechasubamorn, P., Nopkesorn, T. y Pannarunothai, S. (2011). Prevalence of Low Back Pain among Rice Farmers in a Rural Community in Thailand. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 94(5), 616-621.
- Torres R. B. (2006). Colitis ulcerosa y las emociones. Tesis de licenciatura, Facultad de estudios superiores Iztacala, universidad nacional Autónoma de México, México.
- Torstensen, T. A., Ljunggren, A. E., Meen, H. D., Odland, E. R., Mowinckel, P. y Geijerstam, S. (1998). Efficiency and Costs of Medical Exercise Therapy, Conventional Physiotherapy, and Self-Exercise in Patients With Chronic Low Back Pain: A Pragmatic, Randomized, Single-Blinded, Controlled Trial With 1-Year Follow-Up, *Spine* 23 (23), 2616-2624.
- Vallejo, M. A. (2005). Tratamiento psicológico del dolor crónico. *Boletín de Psicología*, 84, 41-58.
- Valencia, G. J., Torres, L. T., Aldrete, R. M. y Aranda, B. C. (2011). Experiencia del padecimiento en trabajadores con lumbalgia inespecífica crónica derivada de un riesgo de trabajo. *Revista Salud Publica y Nutrición*, 12 (4). Disponible en: <http://www.respyn.uanl.mx/xii/4/articulos/lumbalgia.htm>
- Van Tulder, M. V. (2003). Relajantes musculares para la lumbalgia inespecífica: Una revisión sistemática en el marco de la colaboración Cochrane (Muscle Relaxants for Nonspecific Low Back Pain: A Systematic Review Within the

Framework of the Cochrane Collaboration). *Colaboración Cochrane* 28, 1978.1992.

- Vargas, M. J. y Nogales, O. S. (2011). Lumbalgia inespecífica: Condición emocional y calidad de vida. *Centro Regional de Investigación en Psicología* 5 (1), 41-47.
- Vázquez, C. N. (2007). Proceso Emocional del Desarrollo de la Diabetes. Tesis de licenciatura, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Viladot, V. A. y colaboradores (2001). Lecciones básicas de biomecánica del aparato locomotor. Barcelona, Spinger, capítulo 7.
- Weineck, J. (2004). La anatomía deportiva. España, Barcelona, editorial paidotribo.
- White, A. A. y Panjabi, M. M. (1990). Clinical biomechanics of the spine, second Edition, J. B. Lippincot Company, Philadelphia.
- Zavala, G. M., Correa, C. R., Popoca, F. A. y Posada, A. C. (2009). Lumbalgia en residentes de Comalcalco, Tabasco, México: Prevalencia y factores asociados. *Archivos de Medicina*, 5 (4). Disponible en : <http://www.archivosdemedicina.com/>

ANEXO

HISTORIA DE VIDA (ENTREVISTA)

Ficha de identificación.

- Nacimiento
- Crianza y crecimiento
- Estilo de vida
- Relaciones con otros
- Constelación familiar
- Concepción de la enfermedad
- Creencia Religiosa
- Cuáles han sido los resultados obtenidos en la búsqueda de su salud
- Concepto del cuerpo y de su cuerpo
- Crisis