



- ◆ Trabajo realizado por la Biblioteca Digital de la Universidad CEU-San Pablo
- ◆ Me comprometo a utilizar esta copia privada sin finalidad lucrativa, para fines de investigación y docencia, de acuerdo con el art. 37 de la M.T.R.L.P.I. (Modificación del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual del 7 julio del 2006)

Investigación Sistemática Clínica, Psic Antropológica del Ulcus Gastro duo

CAPITULO I: INTRODUCCION

I

En un tiempo como el nuestro, en que la Psicología procura reclamar para sí el terreno fundante y revolucionario que fecunde todo el quehacer clínico, parece interesante y sugestivo que, desde esta ciencia novel y todavía balbuceante, se procure una visión nueva del ulcus gastroduodenal.

Desde la neurosis gástrica y la distonía neurovegetativa entreverando el largo camino de los trastornos funcionales digestivos, por la epilepsia digestiva, la úlcera por stress y otros muchos cuadros, la patología digestiva ha conseguido abrirse audiencia en el seno de la patología psicósomática, ocupando en la actualidad un puesto de supremacía en la misma, como legítimamente le corresponde.

El tubo digestivo en su alargada extensión sostiene de continuo la recién estrenada valoración que de los factores psíquicos hoy se hace, invitándoles a desempeñar un protagonismo etiológico más cualificado.

Sin embargo, y aun cuando los modernos gastroenterólogos —algunos decididamente incluso—, abren su ciencia a los vientos pujantes de la psicología, un cierto rictus de perplejidad asoma con frecuencia en su semblante al quedar —con razón— un poco defraudados ante lo que tanto habían esperado de las ciencias psicológicas. El problema sigue enmarañado y confuso, pese al esfuerzo continuado de tanto especialismo.

Acaso una de las cuestiones más urgentemente planteadas en el escenario de la moderna medicina sea precisamente esta: la ensambladura entre la psicología y la medicina interna. Obsérvese que he dicho psicología y no psiquiatría ni psicoanálisis, y ello tiene su razón de ser. El problema se hace más protiforme todavía, por intentar cohesionar las últimas disciplinas citadas con la medicina general. Se trata, pues, de no psiquiatrizar, ni psicoanalizar a la gastroenterología. Otra cosa muy distinta es *psicologizar*, aunque esta terminología apenas depurada, continúe sonando mal a los oídos del clínico avezado.

En el fondo, *psicologizar* suena un poco a colonizar, y por ello es lógico que sea repudiado, sobre todo si tenemos en cuenta que fue la clínica y los frutos de su diaria experiencia la que surcó el vasto campo de la medicina en toda su anchura.

Trascendiendo sus fronteras hizo posible la aparición de la psicología clínica, hoy al uso. Resulta obvio, por esto, que los neocolonizados comiencen a reclamar el lugar de los colonizadores, pues fueron aquellos los que possibilitaron el nacimiento de éstos y su posterior configuración.

De aquí que, acaso, sea más oportuno emplear el término de medicina psicológica al de psicologización de la medicina. Es sólo cuestión de matices, se nos dirá, pero matices que resultan necesarios aclarar por su enorme elocuencia. Una cosa es adjetivar la medicina —o si se prefiere, sustantivarla—, con el concurso de la psicología, y otra muy distinta alzaprimar la función de la psicología en perjuicio de la medicina.

En el fondo, esta exigencia nace ante el avance devorador de la técnica —por cierto, tan brillante-

mente desarrollada en estos últimos lustros—, que ha logrado cambiar el rostro de la medicina hasta el extremo de casi imposibilitar su reconocimiento.

Ahora bien, si la medicina se entrega en los brazos exclusivos de estas corrientes psicologicistas, el resultado que obtendremos será más nefasto todavía.

En la jungla desordenada y caótica de la actual psicología es muy fácil perderse. Muchas de las vías de acceso que hoy se nos abren son sólo nuevas técnicas que tal vez pasada la moda y el impacto de su originalidad, podrá quizá demostrarse que no conducían a sitio alguno.

La validez de la experiencia clínica es por eso insustituible. Al clínico corresponderá siempre la crítica desapasionada —esa que no está fundamentada en sentimientos irracionales— de las nuevas técnicas que la psicología vaya ofreciéndole.

El difícil puesto del clínico, como juzgador imparcial de las nuevas realidades a incorporar en el presente, será suficiente y legítimo si pone su probada audacia y tesón al servicio del conocimiento y verificación de aquéllas, *sine ira et studio*. Su misión surge así con la necesidad de lo insustituible. La deformación profesional del psicólogo clínico —como la de cualquier otro profesional— únicamente puede ser contrarrestada por la realidad de los hallazgos que desde los enfermos se nos ofrecen.

El contrapeso selectivo que valide qué técnicas psicológicas son las más convenientes en determinados sectores como, por ejemplo, en la gastroenterología, tendrá que ser aportado por el digestólogo. Lo biopatológico contribuirá a hacer más transparentes las aportaciones de la psicología al verificarlas. La ola de psicologismo cientista que hoy participa de un cierto carácter invasor, romperá su cresta contra las rocas de la realidad médica y clínica, fecundándolas copiosamente.

Estas y otras razones empujaron al autor de la presente investigación, cuyos frutos espero sean juzgados convenientemente. Vaya en solicitud de benevolencia, y por tanto en su disculpa, la mucha bibliografía existente —confusa por su abundancia y paradójica por estar sembrada de conclusiones contradictorias que tan fácilmente se excluyen mutuamente— y el reconocimiento sincero de que no se pretende aquí decir la última palabra que ponga fin a tanta discusión estéril.

Las dificultades, de ordinaria administración en cualquier trabajo de investigación, fueron jalonando nuestro camino. La comprensión que los clínicos con los que colaboré me dispensaron en todo momento, fue el mejor estímulo para mi propia superación.

Desde que mis inquietudes me llevaron, hace siete años, a ocuparme del problema del ulcus gastroduodenal, todo fue aliento inmerecido, que ahora reconozco como indispensable. Mis primeras colaboraciones surgieron en el cálido contacto con el Profesor García Díaz, que en ningún momento dudó abrimme las puertas de su Clínica Quirúrgica Universitaria, en aquellos mis primeros pasos titubeantes.

El tiempo recorrido ha sido lo

suficientemente prolongado para que bastantes de las primeras intuiciones, hoy algo lejanas, hayan sido reformadas en el crisol clínico, mostrándose en este trabajo en forma de conclusiones decantadas.

No podría acabar este primer apartado introductorio sin agradecer desde aquí el ímpetu vivaz y el estímulo perpetuo que para la coronación de esta pequeña empresa encontré en el Profesor Luban-Plozza, eminente psicopsicólogo y Profesor de las Universidades de Heidelberg y Manheim durante mi prolongada estancia en Suiza junto a su compañía. A él se encamina mi respeto y consideración siempre presentes.

Mi agradecimiento también a la *Schweiz Gesellschaft für Psychosomatische Medizin*, a la que tengo el honor de pertenecer y que supo generosamente poner a mi disposición la bibliografía necesaria para llevar a cabo el presente trabajo.

Finalmente quiero dejar aquí constancia de la deuda que como becario he contraído con la Fundación Oriol y Urquijo, al apoyarme en los trabajos de elaboración de esta monografía.

II

El ulcus gastroduodenal supone una larga historia aún no finalizada. Desde que von Bergmann (1) en 1920 comenzase a luchar contra los fáciles diagnósticos, imposibles de comprobación, como las llamadas «neurosis orgánicas», hasta la aplicación en la exploración digestiva de los rayos X, toda su evolución está salpicada de intentos psicológicos más o menos frustrados, que perseguían arrojar una mayor claridad sobre estos problemas.

Más tarde se impuso el criterio funcionalista. El desajuste entre los datos radiológicos negativos y la fenomenología clínica positiva fue solucionado con el concepto intermediario acuñado bajo la denominación de «perturbaciones funcionales» (*Betrieb-störung*).

Luego, aprovechando algunas coincidencias brindadas por ciertos enfermos concretos que han logrado pasar a la historia de la fisiología, se intentó una serie de experiencias encaminadas a demostrar, de una vez para siempre, la relación latente que existía entre las emociones y la secreción del jugo gástrico. Alexis St. Martin, Tom y el caso de Cade y Latarjet, jalonan este gran capítulo de la fisiopatología digestiva. Nos referimos a las experiencias realizadas por Beaumont (2), Carlson y Wolf (3) en enfermos que por diversas circunstancias que no son del caso relatar aquí, presentaban una fistula gástrica.

Al parecer, cada época histórica construye su escenario investigatorio propicio, poniendo de moda determinadas metodologías y técnicas.

La investigación se prolongó más tarde usando sustancias como la atropina y la prostigmina y observando las modificaciones que se operaban en la mucosa gástrica.

Estos métodos fueron simultaneados con el estudio correlativo entre motilidad y secreción gástrica. La observación del peristaltismo se relacionó entonces con estímulos psicógenos de muy distinta significación. La hipnosis, la sugestión, la provocación de sentimientos ansiógenos muy variados (el temor, la ira, la tristeza, etc.)

fueron ensayados. El misterio del funcionamiento gástrico continuó, sin embargo, a pesar de haberse avanzado un poco más.

Desde el campo específicamente psiquiátrico también se realizaron algunos intentos por desvelar las posibles conexiones existentes entre diferentes perturbaciones gástricas y síndromes psiquiátricos, como la demencia precoz, la depresión cíclica endógena, la melancolía, etc. Autores como Griesinger, Alt. (4) y Schröder Vander Kolk, protagonizaron esta etapa, al lado de otros muchos no menos importantes. Acaso la visión actualizada de estos intentos esté hoy en los equivalentes depresivos, tan frecuentemente estudiados.

Un último escalón evolutivo en lo que pudiéramos llamar la prehistoria de la investigación psicológica del ulcus está representada por el psicoanálisis a través de sus famosos representantes, como French (5), Alexander (6) y Sullivan (7), principalmente, que dedicaron, hace ya casi treinta años, numerosos trabajos al respecto. Su éxito no se hizo de esperar y hoy son cientos los que les citan en relación con este y otros temas.

Estudios más polarizados hacia el lado de la comprensión antropológica de la enfermedad, como los de Weizsäcker (8), 1926 y 1927, sobre todo, después de haber sido objeto de bastantes elogios fueron abandonados al olvido, siendo en la actualidad menos conocidos y citados de lo que debieran.

Siguiendo esta línea del recuerdo histórico, puede comprobarse con facilidad el interés que la psicología y la psiquiatría de todos los tiempos han manifestado por el problema del ulcus gastroduodenal.

Sin embargo, la psicogenia del ulcus no ha podido ser probada de un modo fehaciente, lo que no evita que le demos a los factores psíquicos un justo lugar en el ámbito etiológico, puesto que lo que sí se ha evidenciado hasta la saciedad son sus complicaciones. La medicina psicósomática conoce muy bien la trascendencia de lo aquí afirmado.

Ningún autor cree hoy que exista una personalidad específica para el ulceroso; pero cual sea la importancia de los conflictos psíquicos asociados, o el modo en que actúa la constelación de rasgos psíquicos hallados multifactorialmente, sí que son preguntas aún por resolver, cuyas posibles soluciones inquietan de continuo al digestólogo práctico.

III

También desde el lado de la gastroenterología se ha trabajado mucho y bien bajo la presión del anhelo por elicitar cuales sean estos factores que desde la vertiente psicológica parecen dirigir subrepticamente la evolución de la enfermedad.

Antes de continuar, quisiera agradecer desde aquí el esfuerzo del Profesor Nasio de Buenos Aires, quien se ha dedicado de un modo muy penetrante y acertado al estudio apasionado de este problema. Sus importantes investigaciones acerca del «estado preulceroso» por él acuñado, o sobre el papel de las emociones en las digestopatías crónicas (confrontándose los Archivos Internacionales de Gastroenterología, Buenos Aires), nos encaminan hacia una mayor comprensión. Igualmente, el Dr. Jime-

ológica y denal (1)

Por el Dr. AQUILINO M. POLAINO-LORENTE

Profesor encargado de la Cátedra de Psicología Médica de la Universidad de Córdoba.

no Fernández, con quien conversé amistosamente acerca de estas cuestiones, desde la orilla de su abundante quehacer clínico ha logrado formar una imagen realista de estos pacientes en la que no desatiende la necesaria valoración psicológica.

Las citas podrían multiplicarse indefinidamente. Una prueba de lo que aquí afirmamos se encuentra, por ejemplo, rastreando los índices de los tres últimos años de la Revista Española de las enfermedades del aparato digestivo.

Pero esta sensibilización ocurrida en el campo de la patología digestiva, de un tiempo a esta parte, tiene también sus riesgos.

Permitidme finalizar este apartado con una cita del Profesor Nasio, que tal vez sea un poco larga, pero que centra la cuestión de un modo sorprendente, por lo que su inserción en este lugar resulta obligada.

Dice así: «Desde hace más de una década señalamos que cuatro criterios dogmáticos han deformado seriamente el estudio de este problema, impidiendo su mejor conocimiento. El primer dogma es el criterio organicista, al considerar la úlcera péptica como enfermedad y no como una complicación. El segundo criterio es la generalización, al asimilar la úlcera gástrica a la duodenal. El tercero es el criterio unicista, que predomina al tratar de descubrir una causa única o exclusiva de un determinado cuadro morboso y pretender aplicar al estado preulceroso la etiopatogenia bacteriológica o parasitaria comprobable en otras enfermedades. El cuarto es la sobrevaloración del factor péptico (CIH y pepsina) en la patogenia, que ha impedido comprobar la gran importancia del factor motor superior al factor secretorio.

Desgraciadamente, este problema aún persiste y se busca con afán una avitaminosis, una deficiencia glandular o un agente vírico ulcerógeno, resistiéndose a comprender que no es cierto que toda enfermedad responda siempre a una sola causa, ni que la misma debe buscarse en la localización de su lesión anatómica más avanzada o complicada.

Hace unos años venimos luchando contra este criterio clasicista, que llamaríamos rutinario, el cual nos obliga siempre a buscar una causa de los fenómenos naturales o patológicos, y por este camino, evidentemente, no encontraremos los factores y las relaciones que intervienen en la producción de muchas enfermedades crónicas complicadas, como no sólo la úlcera, sino también la hipertensión, la colitis ulcerosa, y otras enfermedades que se caracterizan por su cronicidad y rebeldía, incluyendo el cáncer».

Por todo ello creo oportuno insistir en la importancia de cambiar nuestra visión del problema ulceroso, intentando una aproximación integradora que no podrá ser otra que la enraizada en una antropología realista desde la cual pueda construirse un nuevo modo de entender, diagnosticar y tratar el úlcus gastroduodenal.



La agresividad, responsable de más de un úlcus duodenal.

IV

Parece llegada la hora de integrar los conocimientos médicos —tan distantes por fuerza del especialismo—, en un edificio unitario que intente salvar la crisis profunda que hoy sufre la medicina.

La socialización de la medicina, bajo la forma de una «colectivización de la asistencia médica», como ha sido llamada recientemente por el Profesor Lain Entralgo, acaso sea uno de los puntos nucleares por donde se quebranta el quehacer médico en la actualidad. La división del trabajo médico, traducido en el momento presente como la aplicación de unas técnicas concretas amenaza con deshumanizar la relación médico-paciente.

Hace bien poco asistía en Locarno (Suiza) al Segundo Encuentro Balint. La reunión sólo pretendía —una meta tan audaz como necesaria— el estudio y mejoramiento de estas relaciones entre el médico y los pacientes, pero en el seno de las instituciones hospitalarias. La asistencia de más de 150 médicos formados ya en los grupos Balint (todos ellos internistas que trabajan en hospitales centroeuropeos), pone de manifiesto la enorme preocupación existente.

Reproducimos a continuación los rasgos propios de la medicina actual tal y como han sido apreciados hace muy poco por el profesor Lain (9):

«Los cuatro apartados precedentes y las interrogaciones con que todos ellos terminan nos hacen percibir que la medicina de hoy es *actual* por la obra conjunta —y a veces conflictiva— de cuatro rasgos o notas principales:

1. Su extrema tecnificación instrumental y una peculiar actitud del médico ante ella.

2. La creciente colectivización de la asistencia médica en todos los países del globo.

3. La personalización del enfermo en cuanto tal y, como consecuencia, la resuelta penetración de la noción de persona en el campo de la patología científica.

4. La prevención de la enfermedad, la promoción de la salud y el problema de si es técnicamente posible una mejora de la naturaleza humana».

Para salir al paso de este programa de Lain, el médico general no tiene más remedio que cerrar filas, procurando intercambiar sus conocimientos con los del psicólogo en un diálogo flexible y abierto.

No se olvide que la amenaza de la tecnificación irresponsable invade hasta el campo del psicoanálisis, cuya práctica en muchos casos le lleva a actuar como un técnico más, pues tal vez como un fruto más de la tecnificación sutil y soterrada esté el de la manipulación de la comunicación.

La solución no podrá venir jamás si continuamos enviando al enfermo de un servicio a otro. Entre otras razones, porque al final alguien tendría que encargarse de reunir tanto dato disperso, y porque el enfermo puede quedar confundido ante la dispersión a que ha sido sometido, de modo que habiendo sido visitado por muchos médicos, se encuentra, en verdad, sin ninguno de ellos.

La responsabilidad clínica y terapéutica se diluye así en un anonimato tecnificado —y por esto en cierta manera justificado—, desconocedor de la responsabilidad personal que tan fácilmente se desplaza sobre analítica y los datos emitidos por la máquina. Urge, pues, alzarse como médicos de la persona entera, de la persona total, y construir por esta vía una medicina antropológica que integre los numerosos puntos de vista desde donde se contempla al paciente.

Para hacer realidad esta especie de ilusión apenas esbozada, se precisa asumir el esfuerzo de la complicada y difícil formación en medicina psicosomática.

Por esta vía media se vislumbra además el futuro científico y enriquecedor de la gastroenterología, cuyo horizonte todavía está muy lejos de tener un límite concreto. El esfuerzo será penoso —no existe ningún camino abierto y esculpido hasta sus últimas consecuencias—, y habrá de hacerse además desde la medicina interna. Gordon Allport (10) acertó plenamente al ver en la psicología ame-

ricana y británica uno de los eslabones que más han influido en el desvinciamiento del quehacer clínico. Sus líneas evolutivas arrancan en el fondo de las directrices pragmáticas de Locke, sutilmente ajustadas al behaviorismo, y, en consecuencia, más cercanas a una ciencia fundamentada en la reducción del hombre al esquematismo de los estímulos-respuestas, que a su verdadera comprensión global.

Lo que es preciso adoptar no son técnicas nuevas, más o menos complejas y exclusivistas sino aquel golpe de vista iluminador y aglutinador de todas ellas por concretas que éstas sean, como fue propuesto en lo que va de siglo por autores como Straus (11), Binswanger (12) y von Gebattel (13), entre otros.

La solución de continuidad existentes (como una brecha abierta y sangrante) entre los factores psicológicos, patobiográficos y clínicos en el caso particular de la patología digestiva, no podrá ser cerrada sino a costa de estirpar ese cáncer de la psicología, diagnosticado por Binswanger, consistente en la escisión del mundo en sujeto-objeto.

Es muy probable, que la pequeña mala propaganda que de la Patología Digestiva Psicosomática se ha venido haciendo, reconozca principalmente en esta causa su razón de ser. Si en algo tienen razón estas críticas es la facilidad con que en el caso del úlcus, por ejemplo, hemos aceptado los modelos psicoanalíticos a título teórico y sin ninguna crítica ni comprobación clínica. El otro defecto esencial puede observarse repasando la bibliografía existente. Una vez aceptado el modelo explicativo y técnico que el psicoanálisis ofrece, el internista continúa con el suyo propio —al cual no parece renunciar en la práctica—, sin más puente de unión entre ambos que el citar lo con relativa constancia en sus artículos. La integración de uno y otro sistema no parece haberse producido por ahora.

(Continuará)

(1) Trabajo presentado a la V Reunión de la Sociedad Andaluza de Patología Digestiva (Granada, 6-9 de junio de 1974), que fue premiado con el Primer Accesit y Bandeja de Plata del Premio "Ciudad de Córdoba", 1974.

INVESTIGACION SISTEMATICA CLINICA PSICOLOGICA Y ANTROPOLOGICA DEL ULCUS GASTRODUODENAL

Por el doctor Aquilino M. Polaino-Lorente

De este modo la ósmosis de la interespecialidad ha sido bloqueada sin más intercambio que el de la impermeabilización. Desbloquear esta situación, procurando además aglutinar los distintos haces desde donde se estudian los enfermos, es la única pretensión del autor de estas líneas.

Si el trenzado, que a continuación se expone, de tantas variables resultase un poco flojo o desmadrado, la responsabilidad sería ab-

solutamente nuestra. En cualquier caso, pretendemos dar un paso hacia adelante en la tarea esperanzadora y delicada de construir una medicina tan antigua como nueva: la medicina antropológica. Si este trabajo consiguiera al menos, hacer más abierto el horizonte científico desde donde el gastroenterólogo se enfrenta a diario con el enfermo ulceroso, nuestro esfuerzo no sería baldío, y el autor quedaría ampliamente compensado y agradecido.

suficientemente expresivos los datos recogidos mediante las anteriores vías metodológicas, consideramos oportuno darles una fundamentación más amplia en base a las pruebas testológicas, aun cuando su aplicación aislada no tenga el interés de la exactitud y precisión de las categorías matemáticas.

En la actualidad se discute sobremanera acerca de la conveniencia o no de su aplicación. La comparación entre los datos aportados por la batería testológica y los recogidos por medio de la historia biográfica no consiguen más que agigantar la polémica.

Sin embargo, estas técnicas ofrecen las ventajas (aparte de las aportaciones que se contemplan desde su aplicación) de construir una de las vías primeras que tal vez procuren unir los quehaceres psicológicos y clínicos.

tica. Aunque la tarea necesita aún de posteriores verificaciones, su aportación es otra prueba más que esgrimimos aquí, y que hasta cierto punto consolida nuestras modestas aportaciones.

El nivel de aspiraciones ha sido investigado con un método muy sencillo. Sus resultados se solidarizan con los encontrados en el estudio de la patobiografía. El conflicto del ulceroso se teje en bastantes ocasiones, precisamente alrededor de este punto; aunque una vez desvinculado de su origen pueda hacerse autónomo e invadir otros sectores.

Gran parte de la psicología a realizar en este tipo de enfermos consiste en modificar el modo en que sus aspiraciones pretenden ser alcanzadas, así como el grado de las mismas, por la fuerza y significación con que éstas son vividas. Finalmente, el estudio de los factores depresivos, que según algunos autores suelen estar presentes en todos los casos de úlcus, han sido valorados tras la aplicación del *Beck-Pichot Inventory*, resultando unas conclusiones bastante sugestivas.

Probablemente aquí resida la eficacia alcanzada por el empleo de los psicofármacos en este padecimiento. Su uso indiscriminado y generalizado creemos que es desaconsejable, siendo obligado antes de indicarlos seleccionar muy bien a los pacientes. En este sentido, el *Beck-Pichot Inventory* podría servir como criterio seleccionador.

4. La última vía empleada pudiera adscribirse más bien al campo terapéutico, pues ha surgido en el seno de la psicoterapia a la que fueron sometidos los pacientes. El camino psicoterapéutico es largo y tortuoso; pero es, sin duda, el fundamental para introducirse en la intimidad de los pacientes.

La base de este buceo psicoterápico está en adoptar una postura fenomenológica, que consiga ir hacia las cosas mismas. Se pretende ante todo, y tomando ocasión de ella, describir las esencias, exentas de todo presupuesto sin intentar explicar, especular o suponer, sino más bien interesarse vivamente por lo originario e inmediato.

Sobre esta base de partida podremos hacer intervenir a la intuición, intentando penetrar en lo nuclear de las vivencias que se nos aparecerán como una *Wesensschau* en el sentido de Husserl (14), es decir, como si la comprensión renaciera en mí al estilo de una percepción interna, que diría Max Scheler (15).

Aquí no habría ningún proceso intermediario de tipo racionalizador, y gracias a la no participación de estos procesos, aprehenderemos lo pático del enfermo, lo que da motivo de su vivencia, insertada ésta en la continuidad histórico-vital de la persona (16).

Luego operando reflexivamente, trataremos de buscar el logos del orden estructural vivencial, es decir, abarcaremos el otro anverso, el gnóstico, del paciente.

De este modo —intuición y reflexión—, elegimos «esa tercera vía» necesaria para la comprensión antropológica que podría definirse con von Bayer «como un comprender instituidor de referencias antropológicas que toma como objeto de significación».

Mediante este proceso, se trata de reducir los fenómenos psíqu-

Capítulo II: MATERIAL Y METODO

El resultado de la presente investigación se fundamenta en el estudio, que pretende ser sistemático, de 63 enfermos de úlcus gastroduodenal, realizado en el transcurso de varios años, de modo no interrumpido.

La conjunción buscada entre un número relativamente amplio de variables nos ha forzado a redactar nuestras conclusiones de un modo demasiado sintetizado para el fin que nos proponíamos: brindar al digestólogo unas directrices metodológicas todavía insuficientes y salpicadas de problemas no resueltos con la intención de ampliar, o al menos contribuir a la ampliación del estudio de las enfermedades digestivas.

La procedencia de nuestros enfermos es un poco diversa. Existe aparte del diagnóstico un denominador común: todos ellos fueron enfermos procedentes del medio hospitalario.

Pero ni su nacionalidad, ni el lugar en el que los estudiamos fueron comunes, por lo que advertimos ya desde el comienzo esta dificultad, para que sea tenida en cuenta en el momento de valorar las conclusiones obtenidas. La metodología empleada fue la misma en todos los casos, hecho este que permite una cierta homologación comparativa entre los distintos factores estudiados.

La Tabla I resume la distribución de la casuística, objeto de este trabajo, según la edad y el sexo de los pacientes. En la Tabla II (aparece al final del capítulo III), puede apreciarse la distribución de los pacientes según el diagnóstico, tamaño y localización del úlcus.

Las vías metodológicas usadas para la aproximación al problema se abren en cuatro direcciones (todas ellas correlacionadas), de muy distinta significación y procedencia:

TABLA I

Relación de los enfermos de úlcus gastroduodenal, según edad y sexo

EDAD (años)	SEXO	
	Varones	Hembras
20-30	4	—
30-40	7	3
40-50	18	5
50-60	10	11
Más de 60.	5	—
TOTAL	44	19=63

1. En primer lugar el abordaje desde la orilla de la clínica. Se integran en ella los métodos tradicionales y los recientes, sobre el sustrato de los que pudiéramos ha-

mar la historia clínica tradicional y específica, minuciosamente rea-



En el estudio de estos enfermos hay que fundir su historia vital externa con la íntima y vivencial.

lizada, aglutinando también las pruebas complementarias usadas en estos casos.

En razón de buscar una mayor claridad expositiva hemos reunido nuestra exposición de los datos desvelados en tablas sistematizadas, a las que posteriormente hemos dedicado algunos breves comentarios.

2. Simultáneamente, los enfermos han sido estudiados desde el punto de vista histórico y patobiográfico con el fin de fundir su historia vital externa con la íntima y vivencial. Por esta vía hemos logrado rebasar el límite natural de la historia clínica tradicional, *strictu sensu*, trascendiéndola hasta el área psicosociológica, familiar y laboral, por estar profundamente persuadidos de las implicaciones de estos sectores en el problema del ulceroso. También aquí hemos realizado la exposición de nuestras conclusiones mediante tablas que esperamos faciliten mucho más la comprensión al lector.

3. La investigación psicológica intenta una objetivación precisa dentro del ámbito universal de las diferenciaciones individualizadas, mediante el concurso de pruebas testológicas seleccionadas *ad hoc* para este fin.

A pesar de ser muy extensos y

Para el estudio de la personalidad hemos empleado el test de Rorschach, que en nuestra opinión es el que penetra de modo más exhaustivo en la investigación de aquella.

Los límites forzosos de esta publicación nos eximen de la redacción minuciosa de los datos aportados por esta prueba.

Desde otro punto de vista el test de asociación de palabras de Jung-Bleuler, que también hemos aplicado intenta penetrar en la vertiente simbólica a través de la cual se proyectan los conflictos emocionales y afectivos de los pacientes. Su valoración y eficacia resulta probada a la hora de la orientación introductora en el uso de la psicoterapia.

El esquema corporal y su investigación en los enfermos de úlcus ofrece un interés renovado. Algunas de las conclusiones psicoanalíticas que hoy circulan (bien intencionadamente, incluso en el campo de la medicina interna) pueden ser soslayadas desde el estudio del esquema corporal de estos enfermos.

Una confirmación psicobiológica de los postulados alcanzados la tenemos en la aplicación del E. E. G. en los enfermos de nuestra casuís-

cos suscitados a las esencias de lo que es vivido. El único inconveniente del método viene dado por la posibilidad de influenciar con el propio coeficiente de deformación personal los datos que se puedan obtener. Sin embargo, la reflexión —incorporada al método— salvaguarda la realidad misma del enfermo y, sobre todo, en los resultados terapéuticos obtenidos encontraremos una contrapueba eficiente que avale lo acertado de la metodología. Tomadas estas precauciones se puede lograr obstaculizar cualquier posibilidad de reinterpretar al enfermo según las coordenadas de la subjetividad del psicoterapeuta.

El interés de la metodología usada está, como señala Alonso Fernández (17), en que estos estudios antropológicos aunque no aporten ninguna nota específica a la nosología y al diagnóstico, pueden resultar mucho más valiosos en la esfera del comprender y en el descubrimiento de estructuras antropológicas alteradas que los de la serie nosológicamente específica.

Esta concepción antropológica de la enfermedad —«antroposis» en el sentido binswangeriano— se ha visto ratificada a lo largo de la casuística investigada, puesto que así parece demostrarlo uno de los baremos adoptado (pruebas del M. A. O. y del B. A. O.), como después señalaremos.

Otro objeto de la metodología anteriormente descrita consiste en encontrar la solución terapéutica más eficaz (aparte de estar asociada a las pautas dietéticas y farmacológicas), para estar enfermos ulcerosos, a la vez que desplegar un proceso investigatorio del que más adelante daremos cumplida información.

En síntesis, dos son los aspectos en que se ha concretado la aplicación de esta metodología:

1. El buceo fenomenológico —así como su registro— de las vivencias de los enfermos en el seno de la relación psicoterápica y tomando ocasión de ella.

2. La comprobación de los resultados aportados por ella, con los conseguidos a través del psicodiagnóstico y de la patobiografía con el fin de que sintetizados los que coincidían fundamental o esencialmente, nos permitieran captar los principales radicales de la constelación de la personalidad ulcerosa, a pesar de que no exista un tipo específico de personalidad para esta entidad nosológica.

Una advertencia fundamental, que debe ser tenida en cuenta, nos viene dada por el criterio de Dollard (18) y puede resumirse en las siguientes cuestiones metodológicas:

- considerar al sujeto estudiado como un ejemplar único dentro de su especie cultural;
- reconocer la significación social de sus motivaciones biológicas;
- atender al papel representado por su familia en la transmisión de la mentalidad civilizadora;
- especificación del modo de integración de los factores biológicos en el comportamiento social;
- especificación de las impresiones significativas para el individuo en el período de su infancia y adolescencia;
- enmarcamiento de su situación laboral y social; y
- finalmente, ordenación inteligible de dicho material en el eje biográfico.

Ya veremos cómo algunas de estas enfermedades pueden ser consideradas (sólo hasta cierto punto) como empresas biográficas, cuyo desarrollo y origen en no pocas ocasiones está dependiendo del mismo proceso biográfico (aunque influyan también otros factores

adscritos al campo de lo heredado, constitucional y biológico), debiendo por esto ser contemplada toda la sintomatología desde el horizonte señalado por el marco personal e histórico del propio enfermo.

Si seguimos adoptando estos criterios, podremos al fin satisfacer, en cierta medida, los dos tipos de comprensión patológica acuñados por Jaspers (19): la genética o dinámica y la fenomenológica o estática.

Conseguir esta meta hace forzoso dar cumplimiento a los requisitos recomendados por Thomae (20), que a continuación sintetizamos:

1. Visión completa de las condiciones en que el fenómeno ha sido producido.

2. Ausencia total de prejuicios. Hay que evitar a toda costa el que nos encontraremos con el observado, distanciados de él por un aparato teórico previo que esperamos ver allí confirmado.

3. Evitación, en lo posible, de juicios generales acerca de la biografía a estudiar. Es muy fácil que el médico historiador, a la hora de redactar los principales escollos de la personalidad que está estudiando, introduzca en sus anotaciones juicios generales que no representan con la fiabilidad suficiente la intimidad del otro. Por ello es necesario prescindir de teorías más o menos brillantes, y acercarse a la realidad concreta tal y como ella allí se nos desvela.

4. Analizar y estudiar las variantes del comportamiento del sujeto a lo largo y a lo ancho de las distintas épocas de su vida pasada.

5. Observar y registrar las distintas constantes de su personalidad, en el transcurso de los distintos cambios existenciales operados en su biografía.

6. Asumir las intenciones y proyectos mediante las cuales el sujeto estudiado trata de hacer posible su propia existencia, y contrastar aquéllas con las exigencias y reproches que la sociedad en que está incluido le brindan en ese instante.

7. Que el conjunto de datos así explorados tenga entre sí la pregnancia necesaria para ser más un todo conexo que un mosaico en el que se disuelven anécdotas de una vida intrascendente.

8. Finalmente, procurar que los datos se nos revelen del modo más íntegro posible.

9. Con este modo de proceder, hemos podido constatar a lo largo del empleo de la psicoterapia de raíces antropológicas, aplicada en sesiones individuales, un buen conjunto de categorías estructurales y de la tectónica del proceso de su enfermedad.

Creemos habernos aproximado a dar validez probada a aquellas palabras que ya en 1949 escribiera el Profesor López Ibor (21): «El auténtico ideal de una medicina antropológica consiste en averiguar cuáles son las estructuras del enfermo para así poder integrar ambas vertientes de su enfermedad».

Una última aclaración: La exposición que sigue no toma como punto de partida una teoría, ni representa un orden del material a partir de una imagen total del asunto. Por el contrario, más bien intento desarrollar los diferentes métodos de investigación para hacer ver lo que se muestra con cada uno de ellos. Puede decirse, pues, que el carácter sistemático de este trabajo viene dado por la sistemática de los métodos empleados. Procuramos liberar de este modo el pseudosaber dogmático para fomentar una visión investigadora mucho más abierta que reúna en torno a sí una clara conciencia de los límites de los métodos usados. (Continuad)



En cualquier edad y proceso dérmico

flutenal

Flupamesona

Biohorm

El corticoide dérmico de acción «depot»

Mayor tiempo de permanencia en epidermis.
Más alta concentración de corticoide en el área afectada.
Sin los efectos secundarios de otros corticoides tópicos.

Indicaciones

Eczema (contacto, seborreico, congestivo, etc.), Dermatitis alérgicas, Pruritos inespecíficos, Eritrodermias, Psoriasis, etc.

Presentaciones

Crema y Pomada Flupamesona al 0,3%. Tubos con 30 gramos.

flutenal antibiótico

Suprime la inflamación y el prurito y domina el proceso bacteriano o micótico superpuesto.
Exento de agentes sensibilizantes.

Indicaciones

Piodermitis, Dermatomicosis, Herpes tricofítico o circinado, Eczema micótico, Estreptodermias, Pie de atleta, Intertrigo, Impétigo, Ectima, Liquen simple, Folliculitis estreptocócica o estafilocócica.

Tratamiento de cualquier dermatopatía impetiginizada

Presentaciones

Crema y Pomada Flupamesona al 0,3%, asociada a neomicina y cloroquinaldol. Tubos con 30 gramos.



Biohorm
J. URIACH & Cia., S. A.
Bruch, 49/ Barcelona

Investigación Sistemática Clínica, Psicológica y Antropológica del Ulcus Gastroduodenal

Por el Dr. AQUILINO M. POLAINO-LORENTE

CAPITULO III: INVESTIGACION CLINICA

(Continuación)

A continuación exponemos los resultados obtenidos en nuestra investigación sistemática. Para ahorrar extensión a este trabajo, y con ánimo de no ser a nadie gravoso, hemos ido reuniendo nuestros datos, elaborándolos finalmente en forma de tablas que facilitarán —creemos— su consulta a los interesados.

A esta exposición esquematizada en datos numéricos repletos de asperezas y frialdades, hemos procurado añadir algunos comentarios a fin de hacer fijar la atención del ocupado lector que, embotados sus sentidos por estas cantidades, tal vez no reparan en lo que ellas puedan significar.

También aquí hemos procurado más la claridad y sobriedad que el afán problematizador. Pretendemos sensibilizar al gastroenterólogo sobre todo, para animarle a buscar pacientemente una significación —más valdría escribir transsignificación biológica, como gustó llamar von Uexüll (22)— superadora de cualquier epifenomenismo reduccionista.

Es verdad, que la exposición de estos resultados podría ser valorada a primera vista como algo sistematizado. Tal sistema, sin embargo, encierra en su seno algunas paradojas.

En primer lugar, separar los datos hallados en la investigación clínica, de aquellos otros desprendidos del estudio minucioso de las patografías de nuestros enfermos resulta contradictorio. La historia del enfermo supuso en cualquier caso el comienzo de la clínica. Al ocuparnos de ella en otro capítulo como patografía, de hecho rompemos esta unidad. Sólo pensamos nos es permitido, en razón de hacer posible una mayor comprensión de las conclusiones obtenidas. Además, el modo en que aquí se entiende lo patobiográfico rebasa el campo estricto de las simplonas historias clínicas.

Su intención alcanzó lo psicobiográfico; el entrecruzamiento de lo que se ha dado en llamar por otros autores la «historia vital íntima» y la «historia vital externa».

La referencia a la terminología especial aquí contenida es un dato más que fundamenta el modo, acaso excesivamente cartesiano, en que todavía hoy continuamos ejerciendo la Medicina. También desde el punto de vista cronológico y metodológico, dicha reparación resulta poco menos que artificiosa.

La ciencia necesariamente ha de proceder dividiendo la realidad para aprehenderla, analizarla y obtener conclusiones que puedan hacer posibles las predicciones, punto esencial y básico de esta actividad investigatoria. En el caso de la clínica humana, la realidad se muestra bastante huidiza a estos supuestos racionalistas.

En nuestro caso completo, bastantes de los hallazgos biográficos obtenidos, no proceden de las preguntas formuladas en la primera o segunda consulta que el paciente —un poco ansioso, titubeante e impaciente— nos hiciese. Su salida a

superficie coincidió muchas veces en el momento del tratamiento. Nos referimos obviamente a la psicoterapia.

Esta paradoja no lo es tanto si recordamos que el quehacer médico no se tiende casi nunca sobre su temporalidad lineal ordenada por la cronología horaria.

En la primera consulta, se produce ese encuentro esencial, que por su vitalidad asume e integra, aunque de un modo siempre parcial y relativo, los tres tiempos esenciales del acto médico: la historia-exploración, el diagnóstico y el tratamiento.

Y en cierto modo, algo análogo puede afirmarse de una sesión de psicoterapia. En ésta puede profundizarse un poco más el surco de la historia biográfica, lo que connota simultáneamente, otra posibilidad diagnóstica, al mismo tiempo que se constituye por sí sola en curación.

Desde otro punto de vista, el haber incluido el estudio E. E. G. de nuestros enfermos en el capítulo dedicado a las investigaciones psicostológicas, también podría recibir la merecida crítica.

Ahora bien, las conclusiones a que allí hemos llegado se ensamblan mucho mejor con aquellas otras aportadas por las pruebas testológicas. Aunque desde el sistema de pensamiento organicista, su lugar más oportuno estaría aquí, desde el punto de vista interpretativo, unitario y psicológico, creemos que está muy bien —como contrapeso biológico y realista, frente a los tests psicológicos que tan poca audiencia tienen en la mentalidad del médico general todavía, donde le hemos situado.

Hechas estas advertencias, finalizamos observando que la síntesis de este ensayo se corona realmente en el último capítulo, en el que nos ocupamos de los aspectos antropológicos del ulcus gastroduodenal de una forma sintetizadora, aglutinando los distintos apartados y factores que por el deseo de concesión y transparencia nos atrevimos a desmontar.

A continuación comentamos brevemente algunos aspectos de las tablas, siguiendo la numeración establecida. Comentarios a la tabla II véase al final de este capítulo).

II. 1.—En líneas generales hemos encontrado una mayor proporción del ulcus duodenal que gástrico, aproximadamente casi el doble. De la contemplación de la tabla II se desprende la mayor frecuencia con que aparece esta enfermedad en los varones y en las hembras (44 y 19 casos respectivamente en nuestra casuística).

II. 2.—Otro dato significativo y diferencial entre el ulcus gástrico, y el duodenal viene dado por el tamaño de la lesión evidenciado radiográficamente. Frente a los 16 casos de gran tamaño, hallados en las úlceras gástricas (lo que constituye casi un 70 por ciento), en las duodenales el acento se desplazará a la úlcera de pequeño tamaño (casi un 74 por ciento).

II. 3.—Topográficamente existe también un pequeño matiz diferencial que tiene su importancia. En

la casuística aquí estudiada el lugar preferente sobre el que se asienta la úlcera gástrica es numéricamente casi idéntico, eligiendo perfectamente el cuerpo del estómago o la región pilórica. Sólo hemos encontrado cuatro casos asentados en los límites de la región del juxtacardias, de los cuales se puede evidenciar en dos casos la consistencia de una estenosis pilórica, proyectando radiográficamente la típica imagen en «reloj de arena».

II. 4.—De los seis casos de úlcera duodenal de gran tamaño —bastante y frecuente por cierto—, en tres de ellos pudo demostrarse la asociación de una úlcera gástrica simultáneamente. Después del estudio de la acidez bajo la máxima estimulación histamínica, se obtuvo un MAO comprendido entre los 36 y 38 mEq/h, 1, por lo que se aconsejó el tratamiento quirúrgico.

II. 5.—Las dificultades para develar mediante las técnicas radiográficas el ulcus duodenal de pequeño tamaño, hicieron preciso la necesidad de recurrir a signos radiológicos indirectos.

COMENTARIOS A LA TABLA III (Véase al final de este capítulo)

III. 1.—Una cuestión de suficiente significación, podemos encontrarla en el análisis de la tabla III. El síntoma principal por el que los enfermos consultaron al médico viene dado por el dolor epigástrico más o menos intenso (27 casos), seguido a continuación por molestias gástricas difusas (14 casos), regurgitaciones ácidas (13 casos), náuseas y vómitos (9 casos).

Parece claro que los vómitos no sean los protagonistas que hagan su aparición en la sintomatología del ulcus. Por otra parte en 6 de esos 9 casos el concepto de vómito estaba bastante relativizado. Las náuseas sí suelen ser más permanentes y constantes.

Igual ocurre con la sialorrea, muy frecuente en estos pacientes, que desde el punto de vista del enfermo —tal y como es vivenciada— se confunde fácilmente con los vómitos. De aquí que haya que afinar mucho en el diálogo con el enfermo para diferenciar una u otra posibilidad, sin precipitarse en ambiguas valoraciones faltas de sentido.

III. 2. Gran parte de los 21 enfermos que consultaron al médico después de transcurridos 6 meses ó 1 año de la aparición de sus primeras molestias se reclutaron de aquéllas cuya sintomatología más primitiva se inició por los dolores gástricos.

Todavía hoy puede afirmarse que el dolor sigue siendo uno de los motivos fundamentales —si es que no el principal motivo— por el que el enfermo acude a la consulta. Ello resulta lógico si se interpreta y procura comprender desde el marco hedonista del ambiente cultural, excesivamente sensible a cualquier sensación dolorosa, y demasiado intolerante frente a los propios sentimientos desagradables.

III. 3.—Muy significativo nos resulta el hecho de que seis de las ocho mujeres que consultaron al médico después de haber transcurrido de uno a tres años desde la aparición de su primer síntoma digestivo, fuesen mujeres que durante ese tiempo estuvieron embarazadas, algunas de las cuales llegaron a vivir 2 embarazos consecutivos. El hecho, repito, nos parece significativo por varias razones:

a) En primer lugar porque suele afirmarse con bastante frecuencia en la bibliografía especializada de estos problemas, que el ulcus mejora con el embarazo. Nosotros no hemos encontrado en la pequeña extensión de la muestra estudiada la mejoría descrita por otros autores.

b) Algunas de ellas vivieron su primera sintomatología digestiva como una consecuencia más del embarazo. Hizo falta que éste siguiese su curso hasta llegar el parto, e incluso que pasara un tiempo remontado éste, para que comenzasen a intuir otras posibilidades digestivas.

En la mayoría de los casos no se recurrió al digestólogo, sino después de haber transcurrido un buen espacio de tiempo desde que dieron a luz sus hijos. En otros, el problema que les movilizó hasta el especialista en aparato digestivo apareció después de pasado un segundo embarazo.

Conviene insistir aquí en lo demostrativo que resulta el modo en que el enfermo configura, interpreta y legitima su sintomatología. Prendidas en las modificaciones que el embarazo origina en la mujer gestante —que el vulgo se ha encargado de airear a los cuatro vientos en forma casi de prejuicio universal—, a éstas pacientes no se les ocurrió ni siquiera suponer que si sus molestias eran de tipo gástrico, lo que de un modo inmediato deberían consultar al respectivo especialista.

He aquí un ejemplo demostrativo de por qué hemos de insistir en la pregunta de a qué atribuye el enfermo sus molestias.

III. 4.—Once de los pacientes consultaron al médico tras un período, comprendido entre tres y cinco años, de sufrir algunas molestias digestivas. El fenómeno no nos extraña demasiado. En muchos casos el curso de la úlcera gástrica es intermitente, mejorando en unas estaciones y empeorando en otras. En otros, con mucha frecuencia la úlcera evoluciona de un modo latente sin apenas ninguna sintomatología, o al menos con una sintomatología muda y subclínica. El enfermo apenas le concede importancia, por cuanto sólo de vez en cuando emerge a la superficie algún que otro síntoma menor que, por lo general suele pasar sin transcendencia alguna. Más tarde, el buceo fenomenológico en el eje temporal del enfermo logra desmascarar pequeños jalones o indicios que hablan a favor de la existencia de esta enfermedad.

(Pasa a la pág. 30)

Ulcus Gastroduodenal

(Viene de la pág. 28)

COMENTARIOS A LA TABLA IV (Véase al final de este capítulo)

IV. 1.—La tabla IV refiere de modo impreciso lo que hemos agrupado hoy bajo el título de signos de hiperexcitabilidad vegetativa. El valor que pueda concedérsele siempre será relativo, y ello porque resulta poco menos que utópico intentar una separación radical entre los signos simpaticotónicos y/o vagotónicos.

La frontera entre estas dos regiones solidarias, de nuestra economía se dibuja mejor en la mente del investigador —abstracción racional que le da la posibilidad de existencia como mero ente de razón—, que en la realidad del enfermo, en donde ambas provincias se aglutinan e imbrincan hasta el extremo de imposibilitar cualquier dirección de las mismas por muy sutil que sea el bisturí utilizado para este fin.

Si nos hemos atrevido a diferenciar estos signos, agrupándolos en las dos vertientes que se especifican, es sólo con ánimo de mostrar al lector la sistemática de la investigación realizada. Sólo por esta razón, pensamos nos sea concedida una cierta benevolencia valorativa.

Quedan, pues, recogidas en esta tabla algunos de los signos fundamentales, que más frecuentemente aparecen en estos enfermos, expresados porcentualmente según los resultados obtenidos.

V. 1.1.—El dolor gástrico está lleno de paradojas y contradicciones más prontas para confundir al clínico que para contribuir al esclarecimiento del problema digestivo. Frente a 27 casos en que lo primigenio fue la sensación dolorosa —en cierto modo podría hablarse aquí de sentimiento doloroso, en el sentido de los sentimientos corporales, tal y como lo expresó Max Scheler (23), pero esto nos llevaría muy lejos, introduciendo en el problema ya demasiado complejo, la variable de la corporalidad, por lo que desistimos— en 23 enfermos jamás se pudo comprobar la presencia de este síntoma, o algunos de sus equivalentes.

V. 1.2.—El dolorimiento secundario, las hiperestésias cutáneas engloban un total de 30 casos. Este dato merece ser estudiado con detenimiento. Como ha escrito L. van der Horst, Profesor de Medicina Psicosomática de Amsterdam (24):

«El paciente es una unidad y, no obstante, en el dolor se hace consciente de su cuerpo, perdiendo su unidad natural consigo mismo. El dolor conduce a la reflexión. En el dolor el cuerpo se vuelca hacia el exterior, nos fuerza a renunciar a nuestra unidad del sí mismo», colocándonos en posición con el propio cuerpo, y acentuando nuestra posición excéntrica. Lo mismo puede decirse de cualquier desviación de la normalidad, trátase de perturbaciones del sueño, problemas de habla, fatiga o enfermedad. En esto consiste la tragedia de la enfermedad y del dolor. Destroza el lazo original con el cuerpo, enfrenta al médico con un hombre mutilado en su unidad, y al paciente consigo mismo, frente a la estructura excéntrica; llega a percibir la dualidad de su existencia y anticipa lo que le reserva el futuro, es decir, la pérdida de su cuerpo en el acto de la muerte.»

De aquí que la sintomatología que apenas se insinúa en estos casos pueda recibir una interpretación mucho más profunda y trascendente. Ya veremos, al hablar de la patografía, las conexiones de sentido existentes entre este dato y su

fundación en la arquitectura de un cierto estilo hipocóndrico, que con tanta frecuencia está presente en el perfil personalístico de estos enfermos.

V. 2.1.—Hemos distinguido sólo tres categorías dolorosas, siguiendo el trabajo de Martínez Romero (25).

La mayoría de nuestros enfermos con sensaciones dolorosas se reúnen en la categoría del dolor visceral (Lewis) y referido (Mackenzie). Su significación cuantitativa es la próxima idéntica: 18 y 19 casos respectivamente. En el fondo la calificación trifonte seguida, del dolor ulceroso es un anticipo más, pues como dice el autor citado: «Otro carácter particularísimo del dolor visceral es su referencia a territorios alejados del foco donde se produce el estímulo. Esta referencia se debe a que la viscera estimulada y la zona cutánea proyectada tienen vías aferentes que desembocan en el mismo segmento medular. El dolor de una viscera se proyecta a aquella zona cutánea que corresponde a la metámera en donde ingresan sus vías aferentes. Esto tiene enorme interés didáctico, porque esta especial referencia hace posible muchas veces un diagnóstico de la misma manera que posibilita conocer la viscera afectada basándose en la topografía del dolor. Dato tan valorado por el enfermo y de tan poca significación en patología visceral. Sólo cuando un dolor referido cambia de lugar y se hace directo podemos pensar que la viscera enferma se encuentra próxima y que la lesión ha ido invadiendo sus capas hasta asomarse al peritoneo visceral. (Exteriorización).»

Sin embargo, la distinción puede servir como referencia a la hora de conocer el sintoma doloroso un valor diferencial al servicio del diagnóstico.

«En resumen —continúa el autor citado—, las vísceras pueden expresar su sufrimiento siguiendo estos tres mecanismos:

Dolor propiamente visceral (Lewis).—Equiparable al somático profundo: difuso, persistente, generalmente medial (simpatalgias, plexalgias), acompañado de síntomas de afectación esplácnica (náuseas, vómitos, hipotensión, bradicardia) y, en cambio, sin hiperestesia, rigidez ni referencias. Si se originan en una viscera hueca puede ser intermitente.

Dolor referido (Mackenzie).—Se percibe en una zona alejada del estímulo: es segmentario, más agudo y se acompaña de hiperestesia y de contractura muscular.

Dolor peritoneal (Mosley).—Aunque no es propiamente un dolor visceral es frecuentemente un medio expresivo de su sufrimiento. Se proyecta a la piel suprayacente, excepto cuando la piel está lejos del foco (peritoneo diafragmático).

En lo único que nos apartamos de la interpretación de Martínez Romero es en el escaso valor estadístico que concede al dolor referido. De nuestra casuística no se desprende la constancia de este dolor visceral y sí que existen paradójicamente bastantes casos de dolor referido.

De todas formas estamos plenamente de acuerdo con él, cuando escribe: «El dolor de la u.g.d., es eminentemente visceral, con su cortejo vegetativo angustiante de malestar y malhumor; localizado en la tantas veces aludida vulgarmente «boca del estómago», corresponde, naturalmente, a la irritación del plexo solar y cuyo conocimiento asienta hace tan típica la epigastralgia del ulceroso.»

V. 3.—Lo apuntado en el apartado anterior cobra mayor fuerza

cuando se examina el apartado 3 de la tabla V. El interés por el fenómeno de la irradiación dolorosa no es, pues, baladí, o fruto de un pensamiento prolijo y minucioso. En algún caso la localización del dolor gástrico, a bastante distancia de la viscera ha logrado despistar a más de un digestólogo y cardiólogo avezados.

Esta cuestión ha sido la que nos empujó a estudiarlo de forma sistemática en nuestros pacientes; la confusión con un posible cuadro cardiovascular puede ser facilitada por estos signos, que si se está avisado se resuelven muy fácilmente, llegando al diagnóstico certero.

V. 4.1.—La patocronía álgica ha sido y es, generalmente, un tema al que la medicina no le ha regateado ningún esfuerzo. En el caso concreto de que ahora nos ocupamos, ha llegado a trascender el orden estrictamente científico, formando parte en la actualidad del acervo cultural general. Zunzuegui (26), en su novela «La úlcera», describe magistralmente en varias ocasiones este fenómeno. «Se despertaba a altas horas con la obsesión galopante del ahogo... Empezó sintiendo, dos o tres horas después de las comidas, unos dolores opacos, como lejanos... algunas madrugadas se despertaba agudizado el dolor. Enseguida le entraban deseos de comer algo. Se le fueron exacerbando estos dolores a las horas de la digestión y un abatimiento moral le entregaba ya atado de pies y manos a la enfermedad. Con los primeros brotes de la primavera le empezaron los vómitos de aguas ácidas, que le apretaban el pecho y le dejaban el cielo del paladar como de lija. Unos eructos ácidos le desazonaban.»

Aparte de lo que puede haber de ficción en esta descripción novelística, una buena dosis de realismo se deja transparentar en ella.

Como ha escrito recientemente Martínez-Falero, a propósito del diagnóstico diferencial entre la úlcera digestiva y la duodenal, tomando ocasión de la patocronía álgica, «el dolor en la úlcera gástrica se da preferentemente con el estómago lleno, aumenta al poco de comer y calma cuando se vacía el contenido, otras veces no tiene ritmo definido, es irregular.

El dolor en la úlcera duodenal tiene un ritmo muy característico: dolor-comida-calma-dolor tardío. El dolor en la úlcera duodenal se calma con el estómago lleno.»

V. 4.2.—En nuestra opinión, sin embargo, a la luz de los resultados que hemos obtenido, creemos valga la pena resumir aquí algunas notas concluyentes:

a) El dolor nocturno estaría más en relación con el problema del stress. El gran número de casos en que los hemos encontrado (36 de 63 enfermos), distribuidos por otro lado en una proporción equilibrada en ambos tipos de ulcerosos nos hablan a favor de la existencia de factores stressantes sostenidos de una forma continuada.

Como aquí observaremos, el exceso de catecolaminas que son enviadas al torrente circulatorio para alertar al organismo ante situaciones que demandan una cierta urgencia o un rendimiento excesivo, no acaba de metabolizarse en ese momento, sino que se prolongan —a distintas contracciones— en el tiempo. Después de un día repleto de trabajo, en que la norma fue la situación stressante, las catecolaminas circulantes, al llegar la noche, no se han neutralizado, haciendo sentir su influencia en la secreción gástrica.

b) En la úlcera duodenal la patocronía se inclina por las siguien-

tes formas: «dolor de hambre», epigastralgia, postprandial tardía y recurrencia periódica alimentaria.

c) En la úlcera gástrica las preferencias cronoálgicas tienen un perfil distinto: epigastralgia postprandial próxima, recurrencia intermitente alimentaria y recurrencia no periódica estacionada.

V. 5.—La localización típica del dolor (tabla V, apartado 5) recorre una geografía corporal incierta. Sólo en algunos casos pudimos comprobar cómo los enfermos señalaban su localización con la punta de un dedo.

COMENTARIOS A LA TABLA VI (Véase al final de este capítulo)

VI. 1.—La tabla VI recoge las modificaciones y conaciabilidad del dolor en relación con algunos factores. En la contemplación rápida de la misma se observa la enorme cuantía de los enfermos que usan de alcalinos para calmar así sus molestias. Acaso este modo tan extendido de automedicación sea uno de los factores decisivos por los que retrasan estos enfermos su consulta al médico.

En este punto estamos de acuerdo con lo afirmado por Martínez Romero:

«La clásica epigastralgia tardía del ulceroso, distintivo peculiarísimo de su síndrome, y el alivio inmediato con la ingestión de alimentos se podrían atribuir o a las contracciones musculares de hambre con el estómago vacío, o bien a una excitación de ácido libre, sin neutralizar. El alimento ingerido, por muy ligero que sea, es capaz de actuar sobre ambas cosas y lograr el "food relief", tan típico de la úlcera gastroduodenal.»

De todas formas, la interpretación no puede ser excesiva ni única. A lo largo de este trabajo estamos haciendo notar, de continuo, lo complejo de la enfermedad ulcerosa. Tal vez, en nuestro afán por sensibilizar al médico general, nos estemos excediendo un poco. Me refiero a que nos estamos inclinando más hacia el planteamiento de problemas que a la exposición de sus soluciones.

No está, sin embargo, en las intenciones del autor de esta monografía problematizar de una forma desmedida el fenómeno del ulcus. Si esta fuera la conclusión a la que se llegase, sería muy a pesar nuestro.

COMENTARIOS A LA TABLA VII (Véase el final de este capítulo)

VII. 1.—Las conclusiones que de aquí se desprenden pueden sintetizarse del modo siguiente:

a) Los vómitos son mucho más frecuentes en la úlcera gástrica que en la duodenal (8 y 2 casos, respectivamente). De los 8 casos de ulcus gástrico, seis de ellos correspondían a úlceras localizadas a nivel pilórico.

b) Obsérvese la distinta proporción de hematemesis y melenas en los dos tipos de ulcerosos. Las melenas son mucho más frecuentes en el caso del ulcus duodenal que en el gástrico (aproximadamente el 42 por ciento y el 10 por ciento, respectivamente). Por el contrario, la hematemesis arroja un porcentaje muy acentuado a favor de los casos de ulcus gástrico (30 por ciento), en contra de lo que sucede en el duodenal (12,5 por ciento).

(Continuará)

INVESTIGACION SISTEMATICA CLINICA PSICOLOGICA Y ANTROPOLOGICA DEL ULCUS GASTRODUODENAL

Por el doctor Aquilino M. Polaino-Lorente

(Continuación)

TABLA II

DISTRIBUCION SEGUN SEXO, DIAGNOSTICO, TAMANO Y LOCALIZACION DEL ULCUS

SEXO	TAMANO Y LOCALIZACION RADIOLOGICA							
	GASTRICOS				DUODENALES			
	Gran tamaño		Pequeño tamaño		Gran tamaño		Pequeño tamaño	
	C	P	Y	C	P	Y	Bulbo duodenal	
Hombres	2	6	2	4	1	—	6	23
Mujeres	3	2	1	—	1	1	2	9
TOTALES	5	8	3	4	2	1	8	32 40

C = Cuerpo
P = Píloro
Y = Yuxtacárdias

TABLA III

MOTIVO POR EL QUE CONSULTARON AL MEDICO Y TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE LA APARICION DE LAS PRIMERAS MOLESTIAS HASTA LA PRIMERA CONSULTA

SEXO	Motivo de la primera consulta				Tiempo transcurrido desde el primer síntoma hasta la primera consulta			
	I	II	III	IV	6 meses		Más de	
					1 año	1-3 años	3-5 años	5 años
Hombres	5	7	21	11	15	21	6	2
Mujeres	8	2	6	3	6	8	5	—
TOTALES	13	9	27	14	21	29	11	2

I = Regurgitaciones ácidas.
II = Náuseas y/o vómitos
III = Dolores epigástricos más o menos intensos
IV = Molestias gástricas difusas: sensación de pesadez postmandial, acidez, estreñimiento, etc.

TABLA IV

PROPORCION DE OTROS SIGNOS DE HIPEREXCITABILIDAD VEGETATIVA

Signos catamnésicos	% aproximado
A) SIMPATICOTONICOS	
Sudoración frecuente	43 %
Hiperestesia	28 %
Errección pilomotor	23 %
Oleadas de calor	26 %
Taquicardia	31 %
Sequedad de boca	19 %
Hipertensión	6 %
B) VAGOTONICOS	
Dermografismo	6 %
Frialdad de manos y pies	4 %
Bradycardia	2 %
Slaborrea	2 %
Hipotensión y/o lipotimias	7 %

TABLA V

SISTEMATICA DEL DOLOR ULCEROSO EN NUESTRA CASUISTICA

	N.º de casos
1. Dolor	
1.1. Con dolor como síntoma primario	27
1.2. Con dolorimiento secundario	13
1.3. Sin dolor evidenciado	23
1.4. Hiperestésias cutáneas	17
2. Calidad del dolor	
2.1. Visceral (Lewis)	18
2.2. Referido (Makenzie)	19
2.3. Peritoneal (Mosley)	3
3. Irradiación	
3.1. Extremo inferior de la escápula izquierda	9
3.2. Hombro izquierdo	7
3.3. Otras irradiaciones	3
4. Patocronia	
4.1. Antes de comer (dolor de hambre)	18
4.2. Epigastralgia postprandial tardía	21
4.3. Epigastralgia postprandial próxima	5
4.4. Dolor nocturno	30
4.5. Recurrencia periódica alimentaria	10
4.6. Recurrencia intermitente alimentaria	6
4.7. Recurrencia no periódica estacional	15
5. Localización	
5.1. Puntiforme por debajo del apéndice xipides	8
5.6. Puntiforme. Extremo inferior de la 9.ª costilla derecha	9
5.7. Difuso no irradiado	6

c) La sintomatología psiquiátrica abarca a sólo cinco casos que estaban en tratamiento psiquiátrico por padecer de neurosis de angustia (3 casos) y depresión melancólica (2 casos).

La asociación de neurosis y ulcus tan frecuentemente hallada por otros autores no la hemos sorprendido en nuestra casuística. Sí que hemos encontrado un descenso de la vitalidad en muchos de los enfermos, así como fenómenos regresivos, pero en ambos casos su importancia y profundidad así como su cualidad no nos autorizaron a diagnosticar una neurosis, a excepción de los casos anteriormente referidos.

Respecto del papel que los fenómenos regresivos puedan jugar en el problema ulceroso, remitimos al lector al último capítulo de este trabajo.

COMENTARIOS A LA TABLA VIII (Véase al final de este capítulo)

VIII. De unos años a esta parte se ha dado un gran salto en la investigación de la acidez gástrica, gracias al empleo de nuevas técnicas que han logrado desplazar de un modo definitivo a las anteriores pruebas tradicionales.

Se trata de la determinación en miliequivalente (mEq) de Clh por hora y litro, en la secreción gástrica.

Para no alargar esta exposición, trataremos de exponer el método de un modo sencillo. Entre los autores que más extensión han dedicado al estudio de estas técnicas se encuentran entre nosotros, a Díaz Velázquez (véase sus numerosos artículos en la Revista *Hispania Médica*, años 1971 y 1972), el Profesor García Díaz (*Anales de Medicina de*

Sevilla), el Dr. Pérez Mota (*Rv. Esp. de Pat. Digest.*) y sobre todo, el Dr. Sánchez de la Cuesta y Alarcón en su magnífica monografía publicada en la *Revista Española de Patología Digestiva*, que fue galardonada con el Premio «Ciudad de Córdoba» en 1973. En esta bibliografía sucinta se encuentra la descripción somera de estas técnicas, familiares por otra parte a todos los especialistas del aparato digestivo.

«El procedimiento es así mismo sencillo y, desde luego, más rápido que los quimismos clásicos. La exploración de la fase vagal sólo dura una hora y se prescinde del martirio que para el enfermo suponían las extracciones nocturnas de pretendida significación vagal, aunque nosotros opinamos que el predominio parasimpático en estas condiciones habría de estar forzosamente muy mediatizado por la situación de simpatocómia que la alarma y el stress de toda una noche de sondajes provocaba.

Una vez obtenida la secreción vagal, previa puesta a seco del estómago, y transcurrida una hora en total, se mide el volumen del segregado, se titula el pH y se determinan los mEq, HCl, por hora y litro utilizando el Limossier. Antes de proceder a la segunda fase o de estimulación máxima por la histamina, inyectamos una antihistamínica que ponga a nuestros pacientes a cubierto de los efectos colaterales de la estimulación. Al llegar a este punto y a pesar de las muchas dosis, hemos de hacer notar que en nuestra experimentación global, que abarca varios cientos de casos, jamás hemos tenido que lamentar la más mínima

(Continuará.)

Investigación Sistemática Clínica, Psicológica Antropológica del Ulcus Gastroduodenal

Por el Dr. AQUILINO M. POLAI-
NO-LORENTE

(Continuación)

complicación con el empleo de estas dosis.

Administramos al paciente el equivalente a 0,023 mgrs. de histamina por kilo de peso, practicando las extracciones cada 15 minutos y actuando con cada una de las muestras de igual manera que hacíamos para la vagal. De la suma de las cuatro muestras se obtiene, expresado en miliequivalentes de HCl por hora y litro, la cifra total de la acidez (M. A. O.). La medida total de la acidez se hace, por tanto, multiplicando la cantidad de ácido obtenido en una hora, por el volumen de jugo segregado, operación que se repite en las dos horas que dura la prueba: una de preestímulo o de secreción basal de predominio vagal, y la segunda, expresión de la máxima actividad celular post-histamínica. En otras palabras, y siguiendo la nomenclatura internacional: *Aaximal Acid Output* y *Basal Acid Output*, comúnmente conocidos por las siglas BAO y MAO, los resultados que nosotros hemos obtenido aparecen expuestos en la tabla VIII. La prueba del B. A. O. y del M. A. O. se realizó antes de comenzar el tratamiento psicoterápico.

Hemos llegado a la conclusión de que el B. A. O. suele estar mucho mejor conservado (sus cifras bordean los límites de la normalidad), que el M. A. O. en nuestros enfermos.

Aunque hemos obtenido como valores normales para el B. A. O. los comprendidos entre 1,5 y 3,5 mEq/hl, sin embargo, hemos de advertir que de los 53 enfermos que engruesan en la tabla los valores comprendidos entre 3,5 y 7,5, 30 de ellos rebasan discretamente los límites considerados como normales.

Por el contrario, la prueba del M. A. O. ha sido mucho más reveladora, afectando a un buen número de pacientes, en los que los resultados suministrados por la analítica eran más concluyentes. Baste considerar que para valores relativamente altos (comprendidos entre 27 y 37 mEq) hemos hallado 21 enfermos.

COMENTARIO A LA TABLA IX (Véase al final de este capítulo)

IX. — Esta tabla se nos aparece mucho más sugestiva. En ella se recogen los datos del B. A. O. y el M. A. O., después de haber sometido a los pacientes a tratamiento psicoterápico durante una duración de seis meses. Si se compara con los resultados expresados en la tabla VIII se comprobará fácilmente el desplazamiento hacia la izquierda de las cifras halladas; es decir, se ha operado una disminución de los valores patológicos del M. A. O. y del B. A. O.

En algunos casos (9 casos para el B. A. O. y 24 para el M. A. O.), los enfermos evidenciaron unas cifras completamente normales, no constando por tanto su presencia en dicha tabla.

Algo todavía más sorprendente conseguimos aplicando estas técnicas de laboratorio teniendo sometidos a los pacientes a las técnicas de relajación del entrenamiento autógeno de Schultz-Haacke (27). En

este caso concreto comenzábamos el entrenamiento autógeno, los enfermos lo habían practicado desde hacía bastante tiempo y dominaban la técnica, por lo que aprovechábamos su eficacia máxima durante 15 minutos —antes de la administración histamínica, continuando con ejercicios de relajación hasta la obtención de la última determinación.

Para la prueba del B. A. O. los resultados parecen inmejorables. Sin embargo, el comportamiento del M. A. O. es mucho más reticente, no dejándose influenciar tan fácilmente, e incluso resistiendo a la relajación, como nos sucedió con un caso en que el valor del B. A. O. fue superior al obtenido en circunstancias normales.

Desde nuestra experiencia no conocemos, en el momento presente, las suficientes variables desde las cuales pueda construirse una fundamentación interpretativa legítima de estos resultados, un tanto paradójicos.

Advertimos, sin embargo, que en los pocos casos en que la prueba del M. A. O. no sufrió importantes modificaciones, la relajación no surtió efecto, percibiéndose en los enfermos signos claros de ansiedad, intranquilidad y preocupación, fácilmente verificables.

En este corto número de pacientes, en los que obtuvimos más bien un resultado negativo, tal vez influyera de un modo decisivo y contraproducente la tensión desarrolladora ante el aviso de que no se les iba a practicar esta prueba de laboratorio, a pesar de haber sido efectuada ya anteriormente en otras ocasiones. Por eso concedemos nuestro apoyo a la tesis defendida por Díaz Velázquez al afirmar que «el proceso de secreción gástrica en el hombre, al igual que otras escalas biológicas, es regulado neuro-hormonalmente y goza, por tanto, de acciones o propiedades estimulantes e inhibitorias que, en el hombre específicamente serían, las siguientes:

ACCIONES ESTIMULANTES

- 1.º Acción vagal (cefálica). Estimulación del centro vagal hipotalámico anterior.
- 2.º Gastrina. Dilatación mecánica de los alimentos y estimulación vagal del antro.
- 3.º Intestino. Acción estimulativa. ¿Enterogastrona?
- 4.º Eje córticosuprarrenal. Activación cortical por influjo hipofisario.

ACCIONES INHIBITORIAS

- 1.º Inhibición cortical. Estados de miedo, ansiedad, stress. Simpaticotonías.
- 2.º Inhibición vagal: de tipo central o periférico. Predominios simpáticos.
- 3.º Enterogastrona duodenal.
- 4.º Freno gastrínico por hiperacidificación del antro.
- 5.º Reflejos duodenales vagues inhibitorios.
- 6.º Hipotética existencia de una hormona antral inhibitoria.
- 7.º Supuesta acción inhibitoria del páncreas.

De las distintas acciones recogidas en el esquema del citado autor, nos atreveríamos a hacer responsable de estas paradojas a las

influencias estimulantes ejercidas desde la acción vagal cefálica, así como a las debidas a la acción inhibitoria cortical.

Los resultados positivos hallados en la mayoría de esta casuística —tanto en el M. A. O. como en el B. A. O. mediante el empleo de la psicoterapia y de las técnicas de relajación —las adscribimos a las modificaciones que puedan ejercerse sobre el S. N. V., a través sobre todo de la corteza (por una modificación importante en el campo de la conciencia) y a la modificación del esquema corporal y de los sistemas perceptivos (véase en otro lugar de este trabajo las modificaciones operadas en el esquema corporal en los ulcerosos), que por la acción de la relajación se operan. De todas formas, aún queda mucho por hacer con estas técnicas relativamente nuevas, que tal vez más tarde puedan aportar soluciones muy marcadas.

COMENTARIOS A LA TABLA X (Véase al final de este capítulo)

X. 1. — Entre los diversos criterios que pueden ser adoptados para juzgar de la evolución favorable



En el estudio de estos enfermos hay que fundir su historia vital externa con la íntima y vivencial.

o desfavorable del ulcus nos hemos inclinado a tomar el de la aparición del silencio clínico, a pesar de estar convencidos de su invalidez, al menos tomada en un grado absoluto. Pero a pesar de un cierto carácter de primitividad, desde la perspectiva del enfermo, estamos convencidos de su alcance e implicaciones en la evolución futura. A primera vista resulta obvio que la úlcera gástrica remite más prontamente que la duodenal (véase la tabla X).

El único caso que remitió en el tiempo mínimo de un mes, correspondió a una úlcera gástrica de pequeño tamaño localizada en el cuerpo del estómago. Conviene advertir que el criterio asumido no fue radicalizado, es decir, que a pesar de aparecer el silencio clínico, todos los enfermos tratados si-

guieron asistiendo a las sesiones de psicoterapia, en donde se atendía, además, a reforzar su perseverancia respecto del tratamiento dietético y medicamentoso.

Entre los seis casos de ulcus gástrico en los que apareció este silencio después de seis meses de tratamiento, tres de ellos correspondían a una localización pilórica y los otros tres se localizaban en la región del yuxtacardias; a algunos de los cuales hubo de recomendárseles el tratamiento quirúrgico, usando de la psicoterapia para prepararles a la intervención y continuándose el tratamiento psicoterápico post-intervención.

Obsérvese que la remisión del ulcus duodenal es mucho más lenta. El silencio clínico, de todas formas no es, ni mucho menos, una prueba evidente de curación. Como dice Farreras (28), «el curso de la úlcera duodenal difiere mucho según los casos. Indudablemente muchos «ulcerosos» no sufren molestias manifiestas. Además, de modo análogo a lo que se observa en la úlcera gástrica, en la duodenal pueden igualmente desaparecer del todo las molestias durante largo tiempo y, sin embargo, a pesar de la curación aparente, volverse a

manifestar mucho tiempo después, por transgresiones del régimen, etc. La falta de molestias no equivale, por tanto, a la curación. De todos modos, con un tratamiento apropiado, el pronóstico de muchos casos es benigno.»

Hubo dos casos de ulcerosos gástricos que después de dos meses no remitieron. Las dos estaban localizadas en el píloro.

Sólo ocho de los cuarenta duodenales remitieron después de cuatro meses, ninguno antes de este tiempo, lo que habla a favor de una lentificación en la evolución curativa del ulcus duodenal. De todas formas, en 17 de los 40 casos de ulcus duodenal no había aparecido ningún silencio clínico. Y probablemente, alguno de ellos —no hemos podido seguir el estudio del curso evolutivo de estos casos por

(Viene de la pág. 36)

razones ajenas a nuestra voluntad— hubieron de ser sometidos a tratamiento quirúrgico.

COMENTARIOS A LA TABLA XI (Véase al final de este capítulo)

XI. — Respecto a las recidivas, no sabemos con exactitud cómo interpretar los resultados obtenidos.

Al parecer, suelen ser más frecuentes en el caso del úlcus gástrico. Sin embargo, la extensión de la muestra estudiada, al ser de tan pequeña cuantía no nos permite obtener ninguna conclusión (confróntese tabla XI).

En algún enfermo el problema se intentó por la vía de la intervención quirúrgica, llegando a someterles a tres operaciones consecutivas.

Otro dato al que concederle mayor valor significativo respecto del pronóstico se desprende de esos enfermos en los que no se ha dado, hasta el momento, ninguna recidiva. Asombra un poco el observar que en su mayor parte corresponde a casos en que consultaron al médico; antes de un año deben ir percibiendo molestias gástricas.

Aquí pudiéramos fundamentar lo importante que es consultar precozmente, lo cual acredita decididamente el que se favorezcan las medidas preventivas y educativas, habida cuenta de las posibles y malignas complicaciones del úlcus.

Entre ellas se hace necesario señalar el peligro de perforación (sobre todo en el úlcus de la pared anterior del duodeno), las hemorragias copiosas por corrosión de un vaso (casi exclusivo del úlcus duodenal) y la cancerización.

Tal vez, un detalle de gran importancia a tener en cuenta en el posible programa preventivo, fuera la consideración de las tendencias hipocondríacas existentes en los ulcerosos. Si no se repara en este aspecto, bastantes hipocondríacos no ulcerosos, harían presa en estos programas, degradándolos y haciéndolos ineficaces. Las amenazas del iatrogenismo con ocasión de las divulgaciones, ocupa cada día un lugar de mayor preferencia en la constelación etiológica, tan compleja del presente problema. Lo que pudiera ser un buen remedio preventivo, se transformaría desde el horizonte psicovital de algunos, en el protagonismo etiológico más responsabilizado de la enfermedad hipocondríaca.

TABLA VI

MODIFICACIONES Y COVARIABILIDAD RELACIONAL DEL DOLOR

En relación con	Aumenta	No se modifica	Disminuye
1. La posición supina	—	13	22
2. La toma de alimentos	Salsa	18	6
	Frutas	—	7
3. El uso de alcalinos	Carnes	—	6
	Pescados	—	47
4. Los vómitos	1	4	5
5. Hemorragia (melena y hematemesis)	6	8	20

TABLA VII

ESPECTRO SINTOMATOLOGICO ACOMPARANTE

OTROS SINTOMAS	Número de casos	
	Gástrica	Duodenal
1. Pérdida de peso (muy lentamente)	5	9
2. Lengua roja y húmeda	16	7
3. Anemia microcítica hipocrómica	9	14
4. Hematemesis	7	5
5. Melenas	2	18
6. Vómitos	8	2
7. Abombamiento epigástrico a la inspección	3	1
8. Dolor a la palpación abdominal profunda	15	25
9. Sintomatología psiquiátrica	3	2
10. Siaborrea. Estreñimiento	5	5

TABLA VIII

RESULTADOS OBTENIDOS EN NUESTROS PACIENTES EN LAS PRUEBAS DEL BASALT ACID OUTPUT (B A O) Y DEL MAXIMAL ACID OUTPUT (M A O) ANTES DE INICIAR EL TRATAMIENTO PSICOTERAPICO (1)

	B A O (*)			M A O (*)		
	3,5-7,5	7,5-10,5	Más de 10,5	17-27	27-37	Más de 37
(N.º de pacientes)	53	8	2	38	21	4

(*) Las cifras vienen expresadas en miliequivalentes (mEq) de CIH por hora y litro (mEq/h y l).

(1) Hemos considerado como valores normales: BAO = 1,5 — 3,5 mEq/h. l.
MAO = 14 — 17 mEq/h. l.

TABLA IX

RESULTADOS OBTENIDOS EN NUESTROS PACIENTES EN LAS PRUEBAS DEL BAO Y DEL MAO DESPUES DE SEIS MESES DE TRATAMIENTO PSICOTERAPICO Y EN LA APLICACION DEL METODO DE RELAJACION

	B. A. O. (+)			M. A. O. (+)		
	3,5-7,5	7,5-10,5	Más de 10,5	17-27	27-37	Más de 37
(N.º de pacientes)						
Después de 6 meses de tratamiento psicoterápico.	41	3	—	35	4	—
Tras la aplicación del método de relajación.	27	—	—	31	2	1

(+) Las cifras vienen expresadas en miliequivalentes (mEq) de CIH por hora y litro (mEq/h y l).

TABLA X

APARICION DEL SILENCIO CLINICO EN RELACION CON LA DURACION DEL TRATAMIENTO Y EL DIAGNOSTICO

Diagnóstico	APARICION DEL SILENCIO CLINICO, SEGUN LA DURACION DEL TRATAMIENTO			
	1 mes	2 meses	4 meses	Más de 6 meses
U. Gástrico	1	3	11	6
U. Duodenal	—	—	8	15

TABLA XI

DISTRIBUCION SEGUN DIAGNOSTICO Y NUMERO DE CASOS Y DE RECIDIVAS

Diagnóstico	NUMERO DE RECIDIVAS				
	0	1	2	3	Más de 3
U. Gástrico	19	—	2	1	1
U. Duodenal	36	1	3	—	—

CAPITULO IV

INVESTIGACIONES PSICOTESTOLOGICAS

Agrupamos a continuación un conjunto muy amplio y variado de pruebas psicológicas, con las que hemos intentado objetivar desde esta otra perspectiva los resultados hallados, contrastándolos en los obtenidos según los métodos expuestos ya en otros capítulos de este trabajo.

La selección de estas pruebas específicas se han hecho con el criterio amplio de investigar aquellas áreas que se nos han apuntado como problemáticas y comprometidas con la situación vital del ulceroso. A la vez hemos procurado seleccionar también, de acuerdo a toda la orquestación hermenéutica

que desde el campo del psicoanálisis se venía dando sobre este problema, tratando de comprobar, hasta donde fuese posible, la validez o el esquematismo de tales interpretaciones. El orden expositivo de los resultados hallados es el siguiente:

- IV. 1. Resultados obtenidos tras la aplicación del Rorschach.
- IV. 2. Alteraciones del esquema corporal.
- IV. 3. Estudios electroencefalográficos.
- IV. 4. Prueba de asociación de palabras de Jung-Bleuler.
- IV. 5. Investigaciones de las tendencias depresivas con el Beck-Pichot Inventory.
- IV. 6. Nivel de aspiraciones y tolerancia a la frustración.

(Continuará)

INVESTIGACION SISTEMATICA CLINICA PSICOLOGICA Y ANTROPOLOGICA DEL ULCUS GASTRODUODENAL

Por el doctor Aquilino M. Polaino-Lorente

(Continuación)

IV. 1. RESULTADOS OBTENIDOS TRAS LA APLICACION DEL TEST DE RORSCHACH.

El test de Rorschach a pesar de haberlo aplicado a todos los enfermos, no hemos logrado encontrar un conjunto de rasgos comunes y específicos para justificar un perfil rorschachiano específico del enfermo ulceroso. Puede decirse, pues, que desde un punto de vista general, no consigue dibujar —al menos según nuestra experiencia— una silueta válida de estos sujetos.

Desde el servicio prestado al nivel de cada enfermo en concreto, su utilidad es suficiente, como para que se recomiende su aplicación en aquellos enfermos en los que el clínico presiente u observa la existencia de rasgos conflictivos.

Prodigar su uso hasta el extremo de aplicarlo de forma sistemática a todos los enfermos del ulcus gastroduodenal, no nos parece sea de utilidad, por razones de sobra conocidas, como por ejemplo, dedicación de excesivo tiempo —sobre todo para evaluar e interpretar los protocolos obtenidos durante la prueba—, necesidad de personal especializado, etc.

Donde acaso se muestre más eficiente, y, por tanto, también más recomendada su aplicación, es en aquellos enfermos en los que urge hacer una psicoterapia más profunda y especializada. En estas especiales circunstancias los resultados obtenidos con el test de Rorschach pueden orientarnos sobre el camino psicoterápico a seguir. Sin embargo, y antes de pasar a describir de un modo muy sucinto los principales valores encontrados, conviene advertir que las conclusiones de este test —como las de otros muchos— sólo tienen el carácter de lo indicativo y relativamente aproximativo.

Un modo antipsicológico de practicar la psicología médica con el enfermo ulceroso, sería aquel que diese valor de absolutez al informe emitido por el especialista en Rorschach.

Sucede aquí lo que en las pruebas complementarias, que casi siempre suelen acertar, pero que casi nunca logran diagnosticar por sí solas una enfermedad determinada.

Los rasgos más sobresalientes encontrados en la aplicación de este test en los enfermos estudiados han sido seleccionados según dos criterios diferentes: de un lado atendiendo a su mayor frecuencia en la población estudiada; de otro, por la validez que prestaron al trabajo psicoterápico, que más tarde pudo confirmarlos. Enumeramos a continuación, sólo algunos de los datos seleccionados, en algunos protocolos:

A) Existen numerosas respuestas de defecto que hablan a favor de una agresividad de base, todavía no manifiesta, pero tampoco reprimida.

Fenómenos de shock en las láminas VII y IX, que pudieran interpretarse como «shock al vacío», el cual según Losli-Usteri (29), habría que valorizarlo como una cierta alteración en el tipo de relaciones materno-familiares. Algo así como la vivencia de una falta de amor por parte de la madre que en ocasiones se deja traducir en el contenido, recogido de una forma directa o simbólica.

De hecho, como Bown (30) y otros autores afirman, la lámina VII es al parecer la que mejor cataliza y traduce las relaciones con la madre.

En este punto se puede hablar de una cierta desvitalización defensiva que sustituye muy fácilmente objetos animados por otros inanimados.

Existen pocas respuestas FbF+ y Fb. El bajo número de respuestas F+, considerándolo en relación con las respuestas G, nos autoriza a interpretarlas como un deseo de autoafirmación acompañado de una mala adaptación a la realidad.

La abundancia de respuestas FFb, unidas al aumento de las M y Md, hablan a favor de una importante tendencia a la escrupulosidad.

El tipo vivencial más abundante es el coactivo. El tipo de percepción es por lo general la de G-D-Dd. Existen también muchas respuestas DZw+ y Do+.

El número de respuestas supera en todas las láminas a la media. Su tendencia a la exactitud y a la tenacidad está un poco desorbitada. El tiempo de reacción relativamente corto, unido a lo ordenado de la sucesión y al M % un poco elevado,

son índices de una buena capacidad de sublimación y de una resistencia bastante normal frente a las frustraciones. El número aumentado de respuestas G, relacionado con lo hasta aquí expuesto, puede sugerirnos la existencia de tendencias demasiado ambiciosas.

Así podríamos continuar el desarrollo sistematizado de la media seleccionada de los protocolos, para no alargarnos citaré a continuación sólo algunos de los datos encontrados de mayor relieve según el criterio anteriormente apuntado.

B) Respuestas Hd correspondientes a respuestas D y G unidas a un buen número de respuestas FbF y Fb. Suponen una alteración del estado de ánimo, en el sentido de una gran labilidad que tiñe de carácter depresivo y disfórico los contenidos vivenciales. Por el contenido de ciertas estereotipias añadidas parece estar inclinado a una mayor sensibilidad para captar afectivamente los sucesos negativos, que los positivos, de lo que se deduce una gran predisposición al pesimismo y a una visión muy unilateralizada del mundo.

C) El predominio de respuestas del tipo FbF asociadas a respuestas de carácter DZw puede interpretarse en estos pacientes, en donde las hemos encontrado, como una tendencia a no dejarse sugerir. Sin embargo, en otros, de ese grupo en que el número de las DZw era muy inferior y se acompañaban de muchas respuestas B, la sugestibilidad era mucho mayor, como más tarde se demostró al emplear la persuasión sugestiva en la terapia de relajación. En estos últimos, era frecuente encontrar algunos rasgos de su personalidad a favor de la impulsividad explosiva. Este dato fue posteriormente confrontado con el estudio longitudinal de la historia biográfica de los mismos.

D) Las frecuencias obtenidas en las respuestas D, M y MD sugieren la posibilidad de un buen contacto humano. El interés por el mundo humano, está en estos enfermos desplazados a un lugar excesivamente preferencial.

También puede afirmarse, aun-

que con cierto recelo, que su sentido de la realidad está muy desarrollado. Sin embargo, el conflicto en las relaciones humanas suele surgir con bastante frecuencia. En el test de Rorschach este fenómeno está justificado por un número proporcionalmente bajo de respuestas del tipo FFb.

El ulceroso parece imprimir a sus relaciones con los demás, el mismo grado de exigencias que se traza para consigo mismo, casi siempre excesivamente altas. A ello se añade una profunda inseguridad muy acusada, de la que a continuación tratamos.

E) El examen de Rorschach manifiesta en algunos de estos pacientes, excesivas respuestas de perspectiva en las que constantemente se acentúa su interés —casi preocupación podría decirse— por las áreas centrales de las láminas. Esta búsqueda desproporcionada por la simetría nos desvela la inseguridad de los pacientes, sugiriéndonos una buena dosis de crítica al sujeto y también al objeto.

Hemos hallado asimismo, respuestas abundantes en forma interrogativa, que como fueron interpretadas por Salomón (31), entre otros, nos hablan de la existencia de una inhibición de su agresividad que engendraría una resonancia angustiosa en medida suficiente como para impregnar de ésta tonalidad la totalidad del escenario en que se perfilan sus relaciones interpersonales.

F) El elevado F+% encontrado, asociado al tipo vivencial del sujeto, nos da una aproximación de cómo es vivida la profesión por estos pacientes.

Puede afirmarse que existen dos tipos bien aislados a este respecto.

1. Aquellos cuya tenacidad y exactitud excesivas las ponen al servicio de la profesión. La vida gira en torno a la dedicación profesional, que es vivenciada como el único camino de lograr el elogio y aplauso social a través del exitoso ascenso.

Su extraversion es, hasta cierto punto, un modo más de íntima dependencia, puesto que está motivada desde un deseo radical de afecto. En el fondo de este modo de ser personal subyace una necesidad imperiosa de ser aceptado y querido.

2. Existe otro tipo, en el que la profesión desempeña también un papel de primer rango en la constatación de la vitalidad. Tal vez sus motivaciones sean un poco más saludables, aunque el esfuerzo constantemente expuesto en el juego laboral, no logra diferenciarse demasiado del tipo anteriormente descrito.

Se trata de sujetos, por lo general, más introvertidos, que rinden sus mejores esfuerzos a las posibilidades creativas, viviendo la profesión como el camino exclusivo y lleno de sentido, capaz de auto-realizarse.

Este grupo, bastante abundante, por cierto, entre los ulcerosos estudiados, recluta a intelectuales, profesores y otras profesiones en las que el nivel cultural es muy superior a los sujetos incluidos en el primer tipo antes descrito.

G) La abundancia de respuestas anatómicas en enfermos no influenciados por los estudios de Medicina o Biología, prueban, como Rorschach (32), ya demostró, la existencia de una preocupación muy acusada, casi narcisística, por el propio esquema corporal. Los trabajos de Mahler-Schoenberger (33) y los de Silberpfennig, reafirman esta conclusión.

H) En algunos casos hemos encontrado una adjetivación de tipo cromático en la lámina VIII, sobre todo, que no concuerda con la realidad. Siguiendo las interpretaciones de Merei (34) y Neiger (35), «este fenómeno aparece en personas que simulan sentimientos, y que aparentan una adaptación sentimental que en realidad no poseen. Les gustaría que otros se ligaran a ellos sin que ellos mismo puedan ligarse sentimentalmente».

Sin embargo, este grupo no coincide con aquel otro expuesto en el apartado anterior. Ello demostraría la diversidad de los ulcerosos hipocondríacos, que no pueden superponerse a este otro tipo de personalidad ulcerosa, en que las tendencias simuladoras son tan frecuentes.

Cuando no se atiende a esta advertencia, resulta demasiado sencillo hacer recaer el peso de las tendencias hipocondríacas sobre las actitudes simuladoras, desvirtuándose —y oscureciéndose, por tanto—, la interpretación realista del fenómeno.

I) En quince casos obtuvimos una abundante proporción de respuestas DZwG, sobre todo, en las láminas II, VII y VIII. Se trata de las llamadas «situaciones de presión», según Sjöbring (36), que suponen una situación conflictiva

encronizada. Su valoración última, sin embargo, habrá que hacerla desde la biografía del paciente, pues en otros casos no existe una connotación biográfica, ni siquiera inconsciente, que dé razón suficiente de este tipo de respuestas. Pueden venir muy bien el conocerlas, porque el mayor valor que aportan es el de permitir la localización de la provincia en que se asientan las dificultades ambientales del paciente.

Después de haber seleccionado estos rasgos, la conclusión última nos sugiere algo que tal vez ya conocíamos con anterioridad al uso de esta prueba. El test de Rorschach, acaso sea el más completo —y también el más difícil de valorar e interpretar, por lo que debe reservarse su uso exclusivamente al especialista— y profundo para el estudio de la personalidad, y en cualquier caso uno de los más recomendados, puesto que hasta la actualidad puede afirmarse que es la prueba testológica, sobre la que se han realizado más trabajos de investigación, permitiendo por ello una mayor seguridad en la comparación de los mismos.

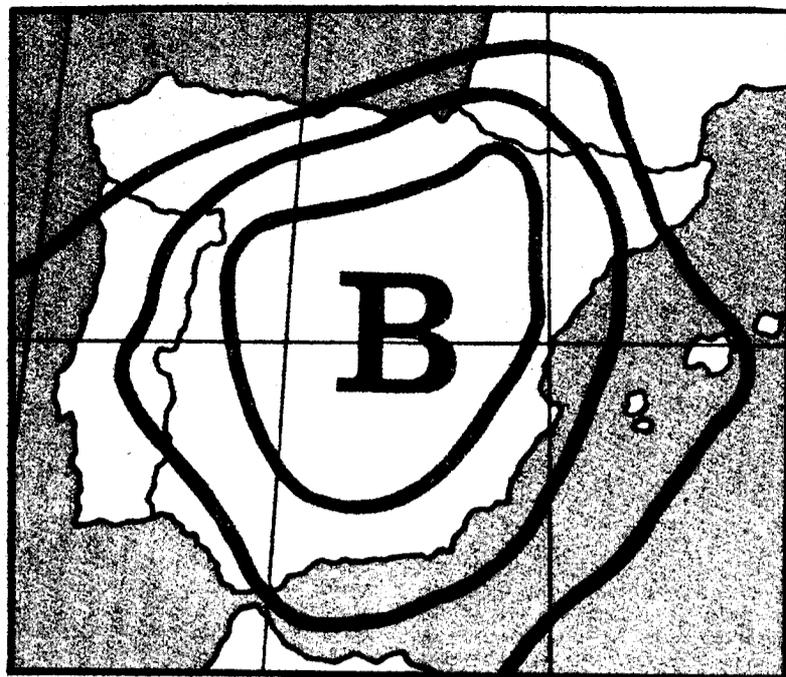
No vendría mal, por esto, que el digestólogo se familiarizase al menos con los informes que desde la psicología clínica se emiten, en este sentido.

Un primer modo de establecer una relación puente entre la medicina interna y la psicología, sería a través del conocimiento por ambas partes de estas técnicas. Es lógico que no se le pida al internista el conocimiento en profundidad, por ejemplo, del test de Rorschach, pero una aproximación, aunque periférica al mismo, siempre sería posible y, además, aconsejable.

Por lo que respecta al psicólogo clínico, si de verdad queremos ser eficaces, habrá que solicitar de él un cierto renunciamiento al empleo en estos informes de excesivos tecnicismos, que en el mejor de los casos, sólo contribuyen a desarrollar —todavía en mayor medida—, las discretas pero casi constantes repugnancias y prejuicios existentes en el especialista en medicina interna.

Es condición necesaria para que marchemos todos en la misma dirección fecundando el ejercicio de la medicina, que cada parte renuncie y se esfuerce —es cuestión de dedicar un tiempo que a corto plazo resultará muy provechoso— por comprender a la otra, comprometiéndose ambos en el mismo afán.

(Continuará)



Bronco-Binotal®

con su triple acción bactericida, secretolítica/expectorante y antitusígena

**erradica la infección
fluidifica las secreciones
facilita la expectoración
calma la tos irritativa**

Presentación:

Envase conteniendo 1 bolsita con 3 g. de Binotal, polvo granulado, y un frasco con la fase líquida (expectorante y antitusígena) para preparar 60 ml. de suspensión.

P. V. P. 170.- Ptas.



INVESTIGACION SISTEMATICA CLINICA PSICOLOGICA Y ANTROPOLOGICA DEL ULCUS GASTRODUODENAL

Por el doctor Aquilino M. Polaino-Lorente

(Continuación)

IV. 2. ALTERACIONES DEL ESQUEMA CORPORAL

El esquema corporal es la noción que tenemos de nuestra conformación física adquirida a lo largo de nuestra vida, desde el aprendizaje en nuestras relaciones con los demás.

Esta perspectiva puede ser muy sugestiva para desde ella adentrarnos en el problema del ulceroso. Los estudios del esquema corporal, que se iniciaron hace ya bastantes años con Alfredo Adler, llegaron a tomar mayor relieve en las investigaciones de Paul Schilder (37).

Pues bien, estas líneas de penetración podrían explicar, como más adelante veremos, ciertas dudas surgidas en el campo del psicoanálisis. Está claro que del estudio del esquema corporal no podemos deducir grandes consecuencias, al menos por hoy, en relación con los problemas que afectan al ulceroso. Sin embargo, parece lógico que exista una relación, o al menos una conexión de sentido entre la capacidad de sentir, la de percibir y la de actuar.

La asociación que se produce entre las impresiones y las vivencias afectivas, tienen su réplica en la percepción de las propias imágenes visuales. Sobre todas ellas se va a montar la noción del yo. De aquí que un autor, como Emilio Mira y López (38), haya llegado a afirmar que nuestro nombre y nuestra imagen corporal son las dos piedras angulares de nuestro yoismo o yoidad, es decir, de la *Ichftigkeit* de los autores de habla alemana.

Bajo las experiencias vividas desde la infancia y las distintas vicisitudes que vertebran nuestra vida, el yo se va conformando a lo largo de una serie de modificaciones.

Precisamente en la huella que va dejando el paso de esas vivencias, se encuentra la base sobre la que se elevará el esquema corporal. Estas modificaciones —siguiendo a Mira— pueden ser resumidas en los siguientes apartados:

— Por los juicios formulados por personas, familiares y amigos, que influyen sobre la vivencia que tenemos de nuestro cuerpo. Este apartado es tanto más interesante aquí, en cuanto que niños que han pasado su primera infancia junto a familiares que padecían de úlcera de estómago, pueden haber sensibilizado su imagen perceptiva, polarizándola más a través de esta viscera.

En este sentido cabría hablar de que en ese primer aprendizaje del esquema corporal algo está ya un

poco trucado. Las miles de atenciones que un enfermo de estómago recibe en su domicilio, los cuidados respecto de la alimentación e incluso la relativa fenomenología descriptiva de sus vivencias dolorosas hecha presente en el ambiente, y que agrían su carácter, pueden ser muy bien internalizadas en los niños de corta edad, tejiendo así como una huella vivida, cuyas resonancias, quizás un día lejano, cuando ingrese en la etapa de la adultez, van a manifestarse. Desde este punto de vista no nos puede extrañar que muchos de los enfermos ulcerosos, como tendremos ocasión de señalar en otra parte de este trabajo, tengan antecedentes familiares ulcerosos.

— Otra modificación que puede influir, es la de la imagen desiderativa del yo físico, es decir, el modelo ideal que del propio cuerpo surge en relación con la primera zona de influencia cultural, del ámbito familiar.

— Un tercer factor es la identificación simbólica de las distintas regiones somáticas que son proyectadas a través de la personalidad. A lo largo de la vida cada región corporal viene a representar una simbología que está muy bien trenzada con sentimientos, deseos, e incluso con la manera específica de estar-en-el-mundo.

Este simbolismo puede reflejar, a cierta distancia, y con la analogía conveniente, la apreciación e incluso la investigación sistemática del origen genético de ese esquema corporal.

— Finalmente, un último factor que también parece decisivo es el de las influencias de ciertos movimientos revalidados en una conducta pragmática, utilitaria, que dejan su paso en zonas muy distintas de nuestra economía; así, evidentemente, profesiones que contribuyen a marcar perímetros corporales muy diferenciados.

Un caso muy demostrativo, al respecto, lo encontramos en los deportistas, donde la vinculación a una especialidad deportiva es muy estrecha con la vivencia que se tiene en este esquema corporal.

El estudio del mismo, aunque parezca muy sugestivo, no es frecuente, sin embargo, en los trabajos de los estudiosos. Podríamos afirmar sin marcar demasiado enfáticamente nuestra aseveración, que hasta el presente ha habido muy pocos autores que hayan trabajado de un modo sistemático en el problema.

Sheldon, lo estudió en relación con los adolescentes-delinquentes. Todo esto desde el punto de vista de la psicología, nos empujó a montar una técnica compleja, difícil y todavía sin la verificación suficiente, pero cuyo campo parece tener un horizonte muy amplio, pa-

ra investigar si el esquema corporal sufre alguna modificación en el caso de los enfermos ulcerosos.

Hemos repasado una minuciosa bibliografía, en la que autores como Smith, Kragh, Nyman o Eberhard, ya se habían dedicado en otros tiempos y bajo aspectos muy diversos al estudio de la imagen corporal.

La metodología por nosotros empleada se reduce a una serie de 18 diapositivas, en que aparecen sujetos mal dibujados, lo que supone un alto nivel de pregnancia, siendo muy difícil profundizar en la descripción.

Se trata fundamentalmente de investigar las percepciones de estos enfermos psicósomáticos, del sí mismo y de los otros, a través de estas diapositivas, tal y como Murphy y Friedman, demostraron respectivamente en los años 1965 y 1961.

La mera exposición de las 18 filmas, se hace en un tiempo límite, concretamente en apenas unos milisegundos de exposición.

El medio ambiente oscurecido y la velocidad a la que se pasan estas diapositivas, representan en cierto modo una experiencia subliminal, ante la cual cada uno de los enfermos va a proyectar sus propias imágenes corporales, ante el estímulo significativo por el paso de la diapositiva. En una segunda vuelta, se proyectan las mismas diapositivas, pero con un tiempo de exposición mucho mayor, que permita a los sujetos la confrontación con los datos descritos, tras la primera proyección.

El análisis diferencial de los resultados hallados entre una y otra proyección nos pueden conducir a estudiar las modificaciones que se operan.

Junto a los 63 enfermos estudiados con este método, hemos procurado un criterio de homologación comparativa con un grupo constituido por 50 estudiantes de la Universidad, todos ellos sanos en la actualidad.

Los puntos en los que nos hemos detenido fundamentalmente en esta investigación, cuyo método no queremos extendernos en describirlo para no hacer demasiado larga la exposición serían los que siguen:

a) *La conducta*: Generalmente se dan como tres formas distintas de respuestas, acerca de las cuales podemos evidenciar el tipo de conducta proyectado:

— El tipo activo, viene representado porque el sujeto describe la lámina que se le presenta, como una forma siempre en movimiento. Así, el enfermo dirá que el sujeto que aparece en la diapositiva está sosteniendo algo, etc.

— Otro tipo, el pasivo, en el que sistemáticamente los sujetos

proyectados son contrastados como configuraciones pasivas de estar descansando o teniendo el propósito de no hacer nada.

— Otra conducta a mitad de camino entre las dos anteriores se manifiesta en respuestas como la siguiente, «el sujeto está tratando de explicar algo», en las que pasividad y actividad se dan cita.

b) *La descripción*: A través de las respuestas que los sujetos nos dan, podemos introducirnos en la intimidad de las percepciones corporales del mismo. Así, por ejemplo, el sujeto en su descripción implica juicios de valor, afirmando que esta figura que aparece en la diapositiva está demasiado gruesa o demasiado delgada; o, por el contrario, emite respuestas que en alguna manera son autodefensivas, en las que se limita a describir con la mayor objetividad posible los perfiles corporales de aquellas representaciones.

También es frecuente que encontremos aquí *respuestas de choque* en que simplemente el sujeto no pasa a describir nada de lo proyectado, racionalizando sus percepciones, al afirmar por sistema que aquello es una diapositiva.

c) *La percepción del sexo*: En este caso parece todavía más sugestivo el resultado obtenido, puesto que no se indica en la representación, si la imagen proyectada es la de un hombre o una mujer, y, sin embargo, algunos sujetos les atribuyen un sexo concreto de varón o de hembra.

En otros casos asistimos a un sentimiento de ambivalencia a nivel perceptivo, manifestado en que el sujeto no sabe definir si el dibujo representado es varón o hembra, participando un poco de las dos opiniones.

En este sentido, durante la primera exposición (aquella que se efectúa en condiciones subliminales), los resultados obtenidos suelen ser más elocuentes, porque el mecanismo de proyección que el sujeto emplea a través del estímulo del otro, está mucho más interiorizado (tal vez a nivel inconsciente), y de alguna manera reproduce sus propias percepciones corporales. En la segunda exposición, el sujeto ya puede criticar sus anteriores percepciones porque se hace a un nivel mucho más consciente.

Los resultados de esta prueba pueden ser enumerados sucintamente como sigue:

a) *Propiedades descriptivas de las autopercepciones*: En este caso encontramos una facilitación disposicional de la corporalidad de

(Pasa a la pág. 36)

ULCUS GASTRODUODENAL

(Viene de la pág. 35)

los sujetos estudiados, mucho más aumentada en los enfermos ulcerosos que en los sujetos normales.

Es muy fácil encontrar en la mayoría de los casos, cómo se hacen interpretaciones descriptivas, muy amplias en su contenido, y casi siempre salpicadas de implicaciones simbólicas autorreferentes.

Este punto podría confirmar valiosamente el número cómputo de enfermos hipocondríacos, encontrados a través de la constelación de rasgos psicopatológicos en el ulceroso.

Existe una gran riqueza de categorías descriptivas, muchas de ellas correspondientes a lo que se pudiera llamar una fenomenología del intracuerpo. Quiere esto decir, que el enfermo ulceroso, detiene su descripción fenomenológica en el «cuerpo de dentro», es decir, en el plano visceral, haciendo poco hincapié, y dando escasa importancia a la morfología externa del mismo, que está quizás tan representada como la otra en las diapositivas proyectadas.

En la serie de las 18 diapositivas, 9 correspondían a representaciones músculo-esqueléticas y viscerales muy esquemáticas, y, sin embargo, se hacían frecuentes comentarios como el siguiente: «parece que tiene un hígado muy grande», o «su estómago está deformado, inflado», u otros que pudieran dar pie a interpretaciones montadas sobre vivencias dolorosas, descarnadas o desvitalizadas.

La riqueza y variabilidad de las descripciones perceptivas, suponen el que láminas muy parecidas sean vistas de modo muy distinto por los sujetos. Que esto pueda suponer una cierta sensibilidad especial en el ulceroso para encarnar sus percepciones, los sentimientos disfóricos o la angustia somatizada es un problema que tal vez con experiencias posteriores pueda ser confirmado o rechazado.

Desde nuestro horizonte investigador, lo único que nos podemos atrever a decir es que esa riqueza descriptiva de la topografía íntima, sólo la hemos encontrado en los enfermos ulcerosos estudiados en una proporción del 47 por ciento, frente al 2 por ciento hallado en la población universitaria tomada como testigo.

En los sujetos tomados como patrón, se encuentran respuestas mucho menos relacionadas con valores estéticos, contrariamente a lo hallado en los ulcerosos, en los que la estética está como presidiendo desde lo profundo todo el fenómeno descriptivo.

Un segundo dato, es la contaminación sexual de la respuesta, cuando los sujetos presentados en las filminas están siempre tomados desde perspectivas desconocedoras, y que nada tienen que ver con ningún tipo de accidente sexual.

La mayoría de los ulcerosos respondieron durante la primera exposición, adscribiendo una sexualidad de carácter femenino a las figuras mostradas.

Esta «mentalización» alzaprimitiva de la feminidad, no tiene demasiado que ver, en nuestra opinión, con lo sustentado por las hipótesis psicoanalíticas.

Me refiero a las descripciones que desde ese campo se hicieron, al afirmar que en todo ulceroso existía un problema de identificación sexual. Desde nuestra experiencia, creemos que la interpretación de estos hechos puede ser confirmada por otro camino.

Como la base de la prueba asienta en los mecanismos de proyección, parece más oportuno buscar la legitimación de estos datos por el lado de la mayor sintonización efectiva de estos enfermos, que dirige su personalidad, a encontrar una réplica reconfortante en la imagen del modelo materno.

Tengase en cuenta además que algunos de los enfermos estudiados habían perdido a su padre, en una temprana edad, y que por tanto existía un cierto bloqueo, una cierta obstaculización, para identificarse con la imagen paterna.

De otro lado, en estas personalidades, a través de los regímenes alimentarios y dietéticos, y de los cuidados que la madre suele poner en las comidas de los enfermos, era mucho más fácil que a través de la conducta alimentaria se identificasen con el patrón materno.

Otra cuestión es la metamorfosis de las percepciones preliminares, encontradas, muchas de ellas inadecuadas y mucho más complejas que las correspondientes en los sujetos normales.

Algunas de las láminas proyectaban figuras humanas incompletas, en las cuales el dibujo se había realizado de una forma incompleta no representándose los extremos distales de los brazos o de las piernas. La mayoría de los ulcerosos completaban las imágenes percibidas, adscribiendo a las extremidades distales la función de estar desarrollando alguna actividad. En estos datos venimos a coincidir con los hallados por Fisher and Cleveland, Williams y Krasnoff.

Lo cual también había sido evidenciado por Murphy: «A manifest conscious complaint about a defect in object relationships in one area, always hides or screams defects in other areas.

When the affected sphere in consciously that of the body image the patient's major difficulties lie either in his personal relationships or in various images of himself. Such is the case with patients who have psychosomatic illnesses.

The earliest patterns of relationship might be those between the limbs and the hollow viscera, as such patterns appear throughout life in connection with the solution of problems concerning masculinity and femininity, activity and passivity. In any case primitive sensory patterns can be regressively reactivated during episodes of stress or when loss of a body part leads to an alteration in the economy of the body ego» (*).

Otra cuestión que aquí se nos desvela y sobre la cual existe una

copiosa literatura esta representada por el problema de la regresión.

Los enfermos ulcerosos suelen conceder menor edad de la que representan los sujetos que aparecen en las diapositivas. Los sujetos son vistos como bastante más jóvenes que la edad que representan, o al menos que la edad atribuida por los sujetos sanos. Este dato se ha confirmado, incluso, durante la segunda exposición cuando cada filmina podía, por un mayor tiempo de observación ser analizada minuciosamente.

Ahora bien, el problema es crítico y exige una exégesis diferenciadora. Se abusó mucho también anteriormente, al hablar de que el ulceroso padecía una regresión primaria; es decir, que su personalidad habría quedado «fijada» a un nivel infantil, en un estadio evolutivo primario no diferenciado. En este sentido se ha llegado a decir con cierto énfasis, que esta fijación se establecería alrededor de la fase oral.

Las interpretaciones, una vez analizadas nuestras conclusiones, no parecen marchar por este camino. Efectivamente, esta regresión, parece evidente. Pero en nuestra opinión se trata más bien de una regresión secundaria. Los últimos estudios de medicina psicosomática han llegado a verificar, que siempre que se produce una enfermedad, se sigue un descenso de la vitalidad, que puede ser mal interpretado como una regresión en sentido psicoanalítico.

En este sentido hablamos aquí de una regresión secundaria, o mejor todavía de un descenso de la vitalidad. Tengamos en cuenta que existe una situación conflictiva internalizada, casi siempre presente en estos enfermos, que podría dar razón hasta donde fuese posible, de esto que se ha dado en llamar regresión.

Alexander manifestó que los ulcerosos organizaban su conflicto con relación con un deseo de protección e independencia, simultáneamente con otro muy contrario, de dependencia. Aunque existe algo de evidente en este planteamiento (consúltense las Tablas XV y XVI de este trabajo), no se encuentran los rasgos necesarios como para hacer de él un fenómeno radical.

Nosotros preferimos no darles un valor excesivo a estas variables psicodinámicas, pues tenemos muy en cuenta que la alimentación del ulceroso —entre otros detalles que no mencionamos en honor de la brevedad— es bien distinta de la del resto de la familia, lo cual puede conducir al enfermo a que se perciba cómo una persona diferente, en cierto modo segregada y marginada del ámbito familiar con el que convive. Las múltiples limitaciones que la aparición de una enfermedad como el ulcus imprime al horizonte existencial de los enfermos, más las vivencias-sentimientos-percepciones que se elevan desde el plano de su corporalidad visceral, no pueden sino deprimir un tanto el nivel de su vitali-

dad, lo que no siempre puede ser interpretado como una regresión.

En segundo lugar, la preparación y elaboración cuidadosa de los alimentos, e incluso el nuevo régimen alimenticio que jalona sus hábitos alimentarios, contribuirían a empujarle a esa vivencia de distinción y patológica diferenciación.

Que el enfermo ulceroso pueda convertirse en el centro de interés de la familia, y que en alguna forma manifieste sus deseos de protección y de dependencia en ese sector (compatibles con otros deseos de independencia, respecto de otras áreas como la profesional, por ejemplo), puede ser valorado hermeneúticamente de forma diversa.

Finalmente, desde este hecho queremos también explicar, y hasta cierto punto criticar lo mucho que se ha insistido en la *personalidad pasivo-dependiente* de estos enfermos, como si fuera una de sus características esenciales.

Esta pasividad, sin embargo, habría que referirla respecto de algo más concreto (no basta con decir que tiene una personalidad pasivo-dependiente), si no queremos ir demasiado lejos, tan lejos que la clínica no pueda suscribir nuestras afirmaciones.

Si tomamos como criterio de pasividad, el que va aparejado con la conducta alimentaria, estaremos todos de acuerdo en convenir, que ello es así. Pero la vida de los enfermos ulcerosos, como la de cualquier ser humano, tiene perspectivas, consideraciones, horizontes muy amplios que no se dejan reducir, de un modo simplicista, a una sola posibilidad interpretativa.

Si tomamos, por ejemplo, el criterio de la actividad profesional, o el de la vivencia del paso del tiempo, o el de la capacidad de respuesta, observaremos que los enfermos ulcerosos, la mayoría de ellos, son activísimos, y terminaríamos forzosamente por concluir que su personalidad es sobre todo activa.

Un dato que habla a favor de lo que aquí hemos dicho, es precisamente el constituido por las reacciones explosivas instantáneas e imprevistas, tan comunes en las conductas de estos enfermos.

Bien es verdad, que este criterio tampoco es válido y tiene una muy difícil interpretación por las tensiones dialécticas existentes en el enfermo de ulcus. No olvidemos que la gran carga de angustia a la que están sometidos, podría dar respuesta a ese perfil de personalidad activa de que venimos hablando.

Los datos que obtenemos siguiendo unas u otras metodologías, nos conducen a conclusiones patológicas y difíciles de sustentar, a no ser que las abonemos de mucho criticismo, y que seamos muy prudentes a la hora de formalizar una conclusión definitiva.

(Continuará)

(*) Citado por Merton H. Friedman en «Body-Image Variability in Peptic Ulcer (a perceptual experiment with identical twins)», en *Arch. Gen. Psychiat.*, Vol. 16, march 1967, págs. 334-343. Agradezco a su autor la comunicación personal que me dirigió sobre estas investigaciones.

INVESTIGACION SISTEMATICA CLINICA PSICOLOGICA Y ANTROPOLOGICA DEL ULCUS GASTRODUODENAL

Por el doctor Aquilino M. Polaino-Lorente

(Continuación)

Todo esto hace imposible el poder encasillar a estos enfermos, en conductas activas o pasivas, o en el modelo de las dificultades para reconocer de una forma ambigua, casi siempre las imágenes correspondientes a su masculinidad o feminidad.

En definitiva, pues, el problema de la identificación, como el de la regresión, continúan unidos en un misterio aún por resolver, que ponen en cuarentena, al menos, las teorías psicoanalíticas hasta ahora imperantes.

Un documento que viene a confirmar en parte lo hasta aquí expuesto, es la correlación que puede establecerse entre las respuestas obtenidas en la prueba de asociación de palabras de Jung-Bleuler y las distintas imágenes corporales evidenciadas en esta prueba.

Si esto se hiciese, probablemente obtendríamos unos índices correlativos que, a nivel simbólico, mostrarían el modo en que el cuerpo es vivido intencionalmente, y en cierto modo explicarían la vinculación, entre unos sentimientos dolorosos, y el sistema de verbalizaciones que siguiendo una vía de asociación pusieran a las claras la relación existente entre uno y otro problema.

Hasta aquí la prueba realizada, pero cuyos datos acaso deban ser interpretados a la luz del pensamiento filosófico representado por Merleau-Ponty (39).

Como escribió este fenomenólogo francés, «el cuerpo no es un mecanismo ciego, un mosaico de consecuencias causales independientes, sino el vehículo de nuestro ser-en-el-mundo, y que nos permite la comprensión del otro.»

Nuestro cuerpo siempre y en todo caso es percibido como totalidad, totalidad que permite el planteamiento ontológico; es decir, el cuerpo deviene así en sinónimo de uno de los radicales más importantes de la existencia personal, y como actuación de ésta. De aquí que gracias al cuerpo se haga comprensible el mundo, ese mundo de los autores alemanes constituido trifrontalmente en *Mitwelt*, *Umwelt* y *Eigenwelt*.

Desde ese compromiso con las cosas, la existencia puede llegar a la plenitud. Su autenticidad le viene precisamente de esa intersubjetividad que se establece entre el hombre y las cosas; pero conviene no olvidar que el modo en que el hombre se relaciona con las cosas, las aprehende y las fecunda

interiorizándolos pasa por el punto cardinal de la corporalidad. De aquí que toda la intersubjetividad esté como embarazada en las mallas de la existencia finita de la corporalidad.

Gracias a los límites que el cuerpo humano nos impone se hace posible la descripción del mundo percibido y gracias a él son también posibles las percepciones.

Cualquier hecho corporal puede hacerse incluso trascendente, desbordando ampliamente el marco de lo ideológico y de lo psicológico. La vivencia del cuerpo en general se limita a la del cuerpo en concreto, es decir, a la de mi cuerpo. La vivencia de mi cuerpo, de este cuerpo propio, que es también objeto de mi conocimiento, resulta que constituye parte importante de mi subjetividad.

Aquí reside el eterno problema del conocimiento del esquema corporal, lo que se me aparece como objeto resulta ser a la vez un sujeto, de tal forma que el hombre no puede escapar, desde el punto de vista de su yo al propio esquema corporal, puente que une la subjetividad con el mundo, a la vez que interfiere la percepción de ese mundo y reciprocamente la percepción del propio esquema corporal.

La vivencia del cuerpo propio va a modelar nuestra aprehensión significativa e intencional de la realidad, tiñéndola de un colorido, cuya calidad hay que buscarla en las propias estructuras corporales. Pero también es verdad que cualquier lesión que se produzca en ese cuerpo, teñirá de una tonalidad patológica la conexión radical y comprometida con el mundo de ese «aquí» y de ese «ahora» concretos.

Por todo esto la subjetividad del ulceroso estará afectada por la propia enfermedad corporal, definiendo e indicando su posición concreta en el mundo y sugiriéndole a través del esquema corporal un modo específico de estar-en-el-mundo (41).

IV. 3. RESULTADOS ELECTROENCEFALOGRAFICOS OBTENIDOS EN LOS ENFERMOS DE NUESTRA CASUISTICA

El estudio electroencefalográfico de los enfermos de ulcus gastroduodenal, probablemente resulte excesivo y tal vez de difícil justificación. La legitimidad de su indicación se ve entorpecida por un buen contingente de obstáculos y dificultades que ponen un acento de duda muy importante en el investigador aún no decidido a su aplicación.

El autor del presente trabajo sufrió una buena dosis de estas incertidumbres preoperatorias. La necesidad clínica, sin embargo, obligaba a seguir buscando datos objetivos que fundamentasen las casi infinitas teorías psicológicas, unido a un potente deseo por conocer lo que de sí pueda dar la aplicación del E. E. G., la decidió al fin a poner en marcha esta línea investigatoria.

El estudio riguroso de los trazados del E. E. G. se ha llevado a cabo aplicando la técnica del análisis de frecuencias. La apreciación del análisis automático resulta obvia, si tenemos en cuenta su simplicidad y el ahorro de esfuerzos supuesto. A ello hay que añadir su extraordinaria precisión basada en el cálculo matemático y analítico.

Aunque el tipo de trazado resultante sea convencional, su significación permite una segura —dentro de la seguridad fundamentada en la probabilidad estadística—, aunque relativa interpretación, que pensamos podrían ampliar y enriquecer otros aspectos investigatorios.

Las maniobras de activación empleadas se redujeron al empleo de la estimulación luminosa de carácter intermitente (se trata de someter al sujeto a libres destellos luminosos de pequeña duración, cuya intensidad es conocida y empleada de acuerdo con el estroboscopio), y de la estimulación sensorial de una manera repentina y violenta.

De este modo pudimos ampliar en su estudio longitudinal el trazado E. E. G., así como aciarar la solución reactiva a estos estímulos.

Una prueba que se nos ha manifestado muy interesante, consistió en la estimulación con las palabras-estímulo de la prueba de Jung-Bleuler, cuyo simbolismo puede evocar aspectos biográficos del enfermo, reprimidos y todavía con actividad conflictiva (véase a este respecto los resultados obtenidos en el mencionado test, en otra parte de este trabajo).

VALORACION DE LOS RESULTADOS

1. De los 63 enfermos sometidos a la investigación E. E. G., sólo 21 de ellos han mostrado discretas alteraciones bioeléctricas, lo que supone que un 66 por ciento de los enfermos de ulcus, desde el punto de vista del trazado serían absolutamente normales.

2. En un 5 por ciento de los casos, ante la estimulación senso-

rial brusca, obtuvimos una ausencia de reacción, lo que pudiera interpretarse como una discreta alteración bioeléctrica.

Su pequeña proporción, y la pequeña extensión de la muestra aconsejan, sin embargo, ser muy prudentes a la hora de su valoración significativa. En un 4 por ciento obtuvimos en esta maniobra de activación una respuesta bioeléctrica demasiado prolongada que habla en el mismo sentido que la anterior.

3. En la prueba de la estimulación eléctrica no pudimos evidenciar, en ningún caso, nada extraordinario. El registro no se modificó en ninguno de los pacientes, cuando de ordinario se manifiestan tras esta maniobra de actividad ciertas respuestas punta-onda, muy frecuentes en los enfermos epilépticos. La ausencia de estas respuestas nos inclinan a pensar en lo inválido del diagnóstico de «epilepsia digestiva».

4. Un ritmo alfa muy menguado obtuvimos en un 10 por ciento de los casos. En unos se caracterizaba por una disminución discontinua (7 por ciento), y resistente a modificarse por la hiperventilación.

En otros (el 36 por ciento), la hiperventilación deja sentir sus efectos y no aparecían los brotes desincronizados.

En el primer caso, la fenomenología bioeléctrica coincidiría con la presencia de una relativa ansiedad, propia de sujetos muy sensibles y emotivos, como demostró Gastaut (42) hace ya algunos años.

También podría explicarse por la existencia de una cierta autooxigenación diferencial vigilante, muy frecuente en hipocondríacos digestivos. De hecho —como más adelante veremos—, la situación hipocondríaca abunda entre los enfermos de ulcus gastroduodenal. Las cenestesias viscerales y las quejas excesivas suelen ser la norma en este grupo. Tal vez se deba en parte a una sensibilidad especial para el dolor, ampliada por las resonancias angustiosas.

La temporalidad subjetiva —la psicológica— está acelerada. El tiempo de reacción es muy escaso, predominando una prisa sin freno, que a pesar de todo no llega a la que habitualmente se encuentra en los estados maniaco e hipomaniaco.

En el segundo caso, la ansiedad no está presente, pero el trazado es frecuente en aquellos sujetos muy sensitivos en que el descontrol agresivo les precipita en res-

(Pasa a la pág. 36)

(Viene de la pág. 34)

puestas bastante evidentes. Suelen ser muy perseverantes en la obtención de sus objetivos, tolerando muy mal las frustraciones.

5. Las posibles anomalías de la personalidad sólo las hemos encontrado en un 4 por ciento de los casos, pudiendo evidenciarse en una discreta identificación del trazado, constituido por ondas theta de 4 a 7 ciclos/seg., que se simultanea con ritmos alfa normales

De los casos que respondieron a la hiperventilación (3 por ciento), sólo en uno de ellos aparecieron estas ondas durante la activación hiperpnéica, lo que tal vez no nos autorice a que hablemos de alteraciones de la personalidad en sentido estricto.

6. Los estímulos usados, cuidadosamente seleccionados según el análisis biográfico del paciente, procedentes del test de asociación de palabras de Jung-Bleuler, desencadenó en el trazado la manifestación de ondas theta en un 8 por ciento de los casos.

La interpretación, aunque incierta y balbuceante, ha recibido la confirmación de otras experiencias clínicas. Su aparición suele estar asociada a la presencia de frustraciones, habiéndose comprobado su aparición por Titega, incluso bajo la aplicación de estímulos sensoriales desencadenantes de conflictos, emitidos por debajo del umbral perceptivo.

Más tarde, en el curso psicoterápico, hemos podido verificar la connotación asociativa y traumática de estos estímulos, así como su despliegue asociativo, de gran importancia para la terapia, por sus efectos dinamizadores.

La profundización en esta técnica —estamos seguros de ello—, arrojará mucha luminosidad sobre los conflictos del ulceroso, en ocasiones tan difíciles de salvar, después incluso de largos meses de psicoterapia.

DISCUSION

Aunque los antecedentes de esta vía de investigación se remontan ya a un apretado número de años, todavía desconocemos hoy la mayor parte de su alcance.

Los hallazgos obtenidos, aunque sugestivos, no se han comprobado sistemáticamente, por lo que su validez no puede ser aún asumida por la clínica. Su especificidad no probada no nos autoriza a la predicción, dada la inmadurez de la novel ciencia de la E. E. G., a pesar de sus muchos logros necesariamente admitidos, no disponiendo por el momento de una criteriología fundamentada en la experiencia. Si a ello añadimos la profusión de conclusiones contradictorias que pueden espigarse, tan fácilmente en una biografía muy

abundante, y el hecho de la dinamicidad cerebral, una nota de pesimismo puede surgir en el ilusionado investigador.

Conviene tener en cuenta que cuando aplicamos un E. E. G., sólo tomamos una muestra de la actividad bioeléctrica en un momento determinado. Parece necesario que se impongan los estudios longitudinales electroencefalográficos, vigilándose las modificaciones sufridas tras el empleo de los fármacos y psicoterapias diversas.

El artefacto que el empleo de toda técnica introduce en la investigación es otra dificultad más, que deberá solucionarse antes de caer en la tentación al cónyulo, de arrojarse en una actitud demasiado fiducial y deshumanizada en los datos suministrados por la máquina exploratoria.

De todas formas, creo que el esfuerzo de este trabajo vale la pena, como lo prueban estas conclusiones, todavía titubeantes, que acabamos de exponer.

IV. 4. PRUEBA DE ASOCIACION DE PALABRAS DE JUNG-BLEULER

La prueba se aplicó según la técnica de Jung-Bleuler (42). Se presentó a los enfermos las cien palabras (que actúan con estímulos verbales), pidiéndoles que respondieran lo más pronto posible con la primera palabra que se les ocurriese. Los resultados obtenidos evidencian unas áreas de conflictos emocionales que se elicitaban sobre todo en veinte de las palabras usadas.

Ante estos estímulos surgen una serie de trastornos asociativos, que en parte proceden de respuestas individualizadas —en las que es difícil reconocer la intervención significativa por el padecimiento ulceroso—, y en parte constituyen algo común a la mayoría de los enfermos de úlcus. Según el contenido de las respuestas más comunes en conexión asociativa con los veinte estímulos seleccionados, hemos construido la tabla XII, que aparece a continuación.

El análisis de las asociaciones verbales contenidas en la tabla, orienta ya, a simple vista acerca de la naturaleza de los conflictos efectivos de estos enfermos, situándonos en un marco más próximo a su intimidad, casi siempre soterrada y tan difícil de aprender.

Como sólo pretendemos abrir nuevos caminos y orientaciones para la investigación sistemática y psicológica del úlcus, renunciamos a extendernos en el análisis pormenorizado de estos tipos de asociaciones.

Mayor interés para el digestólogo —por resultarle más próximo y de una mayor posibilidad comprensiva— creemos puede tener el que nos dediquemos a continuación a señalar algunas de las alteraciones encontradas en esta prueba.

TABLA XII: RESPUESTAS DADAS CON MAYOR FRECUENCIA EN LA VEINTENA DE PALABRAS ESTIMULO QUE HEMOS ENCONTRADO MAS SIGNIFICATIVAS

Palabras-estímulo	Respuestas más frecuentes obtenidas
1. Muerte	Enfermedad, cáncer, úlcera.
2. Amistad	Soledad, alegría, felicidad.
3. Desengaño	La vida, familia, dolor.
4. Familia	Disgusto, hogar.
5. Locura	Temor, miedo, pena, lo que me va a suceder.
6. Mordisco	Úlcera, enfermedad, agujero en el estómago.
7. Hambre	Dolor, asco, necesidad.
8. Médico	Doctor, curandero, salvador.
9. Vientre	Arder, molestia.
10. Desprecio	Tirano, fastidio.
11. Huida	Imposible, separación, vergüenza.
12. Soledad	Yo, amor, necesidad.
13. Incomprensión	Todos, aburrimiento.
14. Cuerpo	Hoyo, enfermo, roto, agujero.
15. Dolor	Pena, compasión (gestos de risa acompañados de silencio).
16. Pérdida	Tristeza, buscar, prisión.
17. Temor	Ahogo, envidia, susto.
18. Envidia	Enfado, disgusto, malestar.
19. Curación	Salud, salvación, vida.
20. Ambición	Trabajo, lucha, audacia.

a) Bloqueo:

Entendemos por respuestas bloqueadas, aquéllas en las que el comportamiento del sujeto, el contenido de la respuesta, y sobre todo, el tiempo de respuesta —hemos considerado normal el tiempo de respuesta, cuando desde que se produce la misión de la palabra-estímulo hasta el momento que se produce la respuesta no sobrepasa la fracción de tres segundos—, valorados conjuntamente, parecen desviarse de lo habitual.

Con este criterio hemos hallado abundantes bloqueos en las respuestas a los estímulos señalados numéricamente en nuestra Tabla con los números 1, 5, 11, 13, 16, 17 y 20.

b) Tiempo de reacción:

Más prolongado en las mujeres que en los hombres, parece estar en relación con el grado de cultura del sujeto.

En muchos casos el fenómeno se debía a una cierta defensa o resistencia del sujeto ante el estímulo, finalizando por dar una respuesta racionalizada (mecanismo de defensa), descriptiva (evasión), o definitoria. En cualquier caso estas respuestas se produjeron antes de veinte segundos de haberse sugerido la palabra-estímulo.

En otros, la interpretación del fenómeno es de carácter muy variado: el sujeto, pasado incluso un minuto de tiempo acaba por no emitir respuesta alguna a contestar con un «no sé», a la vez que refuerza la verbalización con un movimiento de cabeza.

Esta imposibilidad para dar una respuesta después de un tiempo de silencio que pone demasiada distancia entre el examinador y el examinado, no se debe, al menos en nuestra casuística, a que los sujetos no conociesen el significado del estímulo. Más bien, se trata —pensamos— de una inhibición asociativa, orquestada desde algún profundo conflicto, que consigue bloquear el inicio de cualquiera de las respuestas.

El fenómeno ha sido observado en relación con los estímulos números 1, 5, 9, 15, 19.

En estos casos el presentador de la prueba tuvo que intentar recons-

truir el «rapport» una o dos veces a lo largo de su aplicación. En dos casos, los enfermos manifestaron sus deseos de abandonar la prueba, consiguiéndose tras una breve pausa que continuaran adelante.

c) Mecanismo de defensa.

Entre los mecanismos de defensa más frecuentemente utilizados en relación con esta veintena de estímulos hemos observado los que siguen:

- perseveración en las ideas matrices de varias respuestas consecutivas, lo que hablaría a favor de una fijación de la atención ante un estímulo rebasado sólo periféricamente si atendemos además al orden moral cronológico de las mismas.

- repetición de la misma respuesta ante estímulos diferentes. Esto lo interpretamos como fijación de la resistencia y su posterior consolidación en razón de la carga angustiosa ahora dinamizada al contacto del estímulo.
- repetición del estímulo inmediatamente anterior.
- nombramiento de los objetos presentes en la habitación.
- intentos definitorios del estímulo.

d) Otros fenómenos observados:

1. Autorreferencias muy marcadas. Unas veces de forma muy directa y personalizada, apropiándose el estímulo e iniciando una conversación en la que yo protagonizaba y presidía la situación. En otras ocasiones, las autorreferencias son mucho más sutiles, adscribiéndose al ámbito de lo simbólico.

2. Manerismos: enrojecimiento, sudoración profusa, enfado, ataques de tos, y retorcimiento de las manos, signos evidentes de una importante irritación emocional consecutiva a la perforación exploratoria del conflicto.

3. Manifestación «ingenua» de no haber entendido o escuchado suficientemente el estímulo, solicitando la repetición del mismo.

(Continuará.)

INVESTIGACION SISTEMATICA CLINICA PSICOLOGICA Y ANTROPOLOGICA DEL ULCUS GASTRODUODENAL

Por el doctor Aquilino M. Polaino-Loren

(Continuación)

4. Uso de palabras antagónicamente significativas, en relación con el estímulo.

5. Asociaciones realizadas de espaldas al significado del estímulo y a su simbolismo, y en exclusiva relación con la rima asonante o consonante del mismo.

6. Juicios de valor emitidos a través de la adjetivación de los estímulos, neutralizándolos por este procedimiento.

7. Abundancia de respuestas individuales, comprobadas después mediante la consulta de las tablas de frecuencias de Kent-Rosanoff (44).

8. Abuso reiterativo de derivados (disminutivos, aumentativos, peyorativos, etc.), en consonancia con el estímulo.

e) *Prueba de reproducción:*

En ella hemos conseguido un gran número de fracasos, que se repitieron durante varias veces consecutivas, en los que los pacientes no consiguieron reproducir la primera respuesta original.

DISCUSION

Aunque esta prueba hoy esté muy discutida, e incluso olvidada, los resultados obtenidos nos han supuesto una valiosa ayuda. Su desvaloración hasta cierto punto, es, sin embargo razonable. Los autores que invocan su marginación, se apoyan en algunas razones de relativo peso, como las siguientes:

1. La regresión o interrupción en el «rapport», como consecuencia de las tensiones por las que atraviesa el sujeto a lo largo de la administración de la prueba.

2. La imposibilidad de evidenciar el origen de los trastornos emocionales, que aunque sí que son eforados, no llegan a serlo en el grado suficiente como para desvelar también sus raíces más profundas.

3. El insuficiente conocimiento que proporcionan de la personalidad del sujeto.

4. El tiempo y la dedicación que exige su administración así como la necesidad del especialismo para su interpretación posterior.

Aunque estas razones tienen su fundamentación parcial, en nuestra opinión, no debe condenarse todavía su uso. El empleo de la misma ha sido muy beneficioso para nosotros, encontrando las siguientes ventajas:

1. Nosotros la hemos empleado en la primera sesión de psicoterapia. En las sesiones siguientes hemos intentado mejorar y profundizar el rapport transferencial, precisamente a través de ahondar fe-

nomenológicamente en los simbolismos asociativos.

En ninguna de las sesiones posteriores, el uso de este material supuso una amenaza para la relación establecida hasta ese momento, sino que contrariamente ésta resultó beneficiada y enriquecida. También se observó el gran valor que el paciente concedía a esta prueba, suponiendo muchos de ellos que el médico conocía ya suficientemente sus conflictos y que, por tanto, era estúpido continuar negándose a verbalizarlos, alargando así inútilmente el proceso terapéutico.

2. Cuando se trabaja al lado del enfermo con estas pruebas contamos además con la valiosa ayuda para ir esclareciendo la interpretación simbólica de los resultados, aumentando las posibilidades de llegar no sólo a localizar los conflictos, sino incluso a descubrir sus raíces más profundas.

Por esto aconsejamos que esa hermenéutica no se atienda desde el despacho, sólo; sino que estudiándose a solas antes de la sesión psicoterápica, se complementa después en el contacto dialógico con el enfermo.

3. Aunque no hemos obtenido un conocimiento exhaustivo y completo de la personalidad de los pacientes —cosa que por otra parte no pretendíamos con la aplicación de esa prueba—, su ayuda como orientación e introducción al tratamiento de la psicoterapia puede ser calificada de valiosa.

4. Tal vez el acortamiento de las cien palabras-estímulo, pudiera realizarse seleccionando sólo los veinte estímulos más productivos para este tipo de enfermos —como hemos indicado anteriormente—, combinados con algunos otros más «neutrales», de tal forma que no llegaran a rebasar un número aproximado de cincuenta.

De este modo se haría la prueba más corta, ahorrando tiempo al experimentador, y sobre todo, no cansando tanto al paciente. Esperamos poder ofrecer en un futuro próximo una publicación en que estudiemos desde los puntos de vista simbólico, asociativo y crítico, los protocolos recogidos con ocasión de la presente investigación, y que en la actualidad no nos atrevemos todavía a presentarlos por considerarlos insuficientemente estudiados.

IV. 5. INVESTIGACION DE LAS TENDENCIAS DEPRESIVAS CON EL BECK-PICHOT INVENTORY

El *Beck-Inventory* constaba en un principio de 21 apartados encaminados a registrar ciertos síntomas presumibles del padecimiento por el enfermo de un proceso depresivo (45). Luego, Pichot (46) mo-

dificó este cuestionario, añadiendo 12 ítems más, contribuyendo así a indagar además en la angustia de estos pacientes.

En razón de no alargar innecesariamente la aplicación de esta escala, en este trabajo nos hemos limitado a investigación de los diez factores estadísticamente más significativos.

En ningún caso puede afirmarse que sea autorizado el hablar de depresión. A todos los enfermos se les aplicó este inventario, cuyos resultados y porcentajes quedan recogidos en la Tabla XIII. Conviene advertir que en la confección de los porcentajes se ha tenido en cuenta solamente la media de los valores obtenidos en cada ítem, con arreglo a los cuales se han establecido los niveles de significación.

TABLA XIII: IMPORTANCIA ALCANZADA POR LOS DISTINTOS FACTORES ENCONTRADOS AL APLICAR EL BECK-PICHOT INVENTORY EN NUESTROS PACIENTES

Factores del Beck-Pichot Inventory	N.º de Enfermos	Porcentajes
1. Angustia	36	60 %
2. Autoagresión	12	22 %
3. Estado triste del ánimo.	21	43 %
4. Hipocondria	16	26 %
5. Inquietud motora	3	5 %
6. Lentificación vital	41	70 %
7. Pérdida del apetito	5	8 %
8. Pérdida del contacto afectivo.	4	6 %
9. Sentimiento de fracaso	37	62 %
10. Trastornos del sueño	26	43 %

La hipocondria justificaría de este modo la riqueza protéica de la sintomatología somática encontrada en estos enfermos, tal y como se refiere ya en otro lugar de este trabajo.

La pérdida del contacto afectivo está en relación con esa clausura parcial hacia el mundo, que el úlcero realiza cuando se encierra en su existencia problematizada alrededor de la específica lesión ulceroosa.

La lentificación vital resulta sorprendente por su alta frecuencia. Sin embargo, si consideramos la personalidad de los pacientes, y el elenco significativo de los otros factores parecerá más comprensible. La apatía se convierte en estos casos en el refugio seguro —pero también peligroso— contra las inclemencias de sus propios sentimientos, entre los cuales el del propio fracaso, ocupa el lugar probablemente más destacado e importante.

En estos enfermos, más que encontrar rasgos correspondientes a una depresión bien definida —aparte de que en la mayoría de las de-

De la consideración de la Tabla XIII, se deduce que la fenomenología probablemente depresiva a valorar, se dibuja en este tipo de pacientes a través de los rasgos siguientes: angustia, estado de ánimo triste, lentificación vital, sentimiento de fracaso, y trastornos del sueño. El orden de estos factores, en atención a la frecuencia de su aparición, es el que figura en la exposición anterior, ofrece mayor dificultad, la valoración de los trastornos del sueño, ya que el dolor nocturno que apareció en nuestros pacientes, facilitaba las alteraciones del ritmo vigilia-sueño, cuyas resonancias —por las predisposiciones hipocondríacas de los mismos— parecían ser sobrevaloradas y vivenciadas en más importancia de la que debieran.

presiones su atipismo personalizable sea la norma hallada más bien un aspecto factorial que nos inclina a pensar más bien en las resonancias páticas y psíquicas producidas por la enfermedad.

Tal vez lo que en verdad sucede —aparte de que en algún caso la úlcera coincida con una neurosis o un síndrome depresivo como referimos de algunos de nuestros enfermos al comienzo de este trabajo— es que el proceso ulcerooso se monte en bastantes de estos enfermos sobre una constelación de los rasgos psicológicos ya mencionados.

Pero una vez allí, sus efectos vuelven a incidir posiblemente con energía renovada, sobre la psicología de los pacientes. De hecho, entre los cinco factores favorables para poder presumir de una depresión discreta, tres de ellos (la lentificación vital, la angustia y los trastornos del sueño), pueden ser suscritos con mucha probabilidad en casi todas las enfermedades, cualquiera que fuese la naturaleza de las mismas.

(Pasa a la pág. 35)

Los otros dos factores (el sentimiento de fracaso, y el estado triste del ánimo), sí que son más específicos de las depresiones y habrán de ser tenidos en cuenta en el momento de valorar el diagnóstico del paciente, puesto que su pronóstico y evolución pueden marchar asociados paralelamente a la evolución de estos factores.

También las pautas terapéuticas pueden enriquecerse si se tienen en cuenta estos datos. Basta asociar a la medicación tradicional un ansiolítico acompañado de un antidepresivo suave, para que los efectos sean percibidos, casi de inmediato, por el enfermo.

Este modo de proceder influenciaría decisivamente la psicodinámica del cuadro, al modificar entre otras circunstancias, aquella muy importante de la conciencia de enfermedad que el paciente se ha formado.

En resumen, los resultados que ofrece la aplicación del *Beck-Pichot Inventory*, no nos autorizan a pensar en un permanente estado depresivo asociado a la enfermedad ulcerosa, aunque sí que puede resultar prometedor para el despistaje de los estados depresivos y pre-depresivos, y sobre todo para ampliar las indicaciones de los preparados farmacológicos.

IV. 6. NIVEL DE ASPIRACIONES Y TOLERANCIAS A LA FRUSTRACION

Este estudio se ha centrado preferentemente en la relación existente entre el rendimiento real y el marco de referencias presentado al examinado. Se recogen, pues, los datos obtenidos en relación al nivel de aspiraciones sobre todo en función de la dinámica y del nivel de tolerancia a las situaciones frustrantes.

Una exposición más detallada de la metodología usada —por otra parte, muy simple— puede encontrarse en un trabajo del autor (47), al que se remite al lector que esté interesado.

La prueba sólo se aplicó a 48 de los 63 pacientes, porque al no ser un método exploratorio libre de influencias culturales, su uso estaba desaconsejado en aquellos enfermos de un nivel cultural ínfimo.

En realidad su puesta en marcha se debe a que estamos persuadidos de que la persona y su ambiente deben ser considerados como una constelación de factores interdependientes. Sin tener en cuenta esta idea, no se puede entender el comportamiento de la persona, ni hacer predicciones de un modo científico. Resumimos a continuación los resultados encontrados:

1) En la exploración de estos niveles encontramos una dialéctica muy acusada entre esperanza y culpa.

En este trabajo jugaba un papel importante la irrealidad del pronóstico y la realidad de los resultados, en relación con el estímulo referencial propuesto. Esto supone (como piensa Barker, Dembo y Le-

win (48)), que el microproyecto existencial que hace el sujeto al lanzar un pronóstico se vea gratificado (habría una ganancia en la esperanza) por un resultado paralelo o superior, o bien se haga frustrante (el acento aquí vendría desplazado por la vivencia de culpa) por un resultado inferior.

Pero además, ello se hace de un modo experimental, en un intento de en cierto sentido conocerse a sí mismo, por lo que la influencia puede ser todavía mayor: sería el sujeto que trata de autovalorarse en una situación de compromiso y prueba.

Habría que añadir a esto, el que en los estímulos suministrados se simulaba el modelo de competitividad, factor este último que atrataba más aún la situación experimental.

2. El hecho es, que en 30 de nuestros pacientes encontramos un elevado —tal vez demedido— nivel de aspiraciones. Su confrontación fue manifestada en el análisis realizado de las situaciones sociales básicas de donde partieron y las deseadas, y al fin alcanzadas por ellos con el transcurso del tiempo.

Es importante a este respecto, que el desajuste encontrado por nosotros entre el nivel de aspiraciones deseado y el conseguido por nuestros enfermos, arroje la proporción de 30-63. En un trabajo realizado por Wolf (1969) en sujetos sanos, la proporción encontrada era 10-65.

A pesar del desajuste hallado, sin embargo, el nivel socio-económico de partida y el actual varían ostensiblemente. Este conflicto, fruto en ocasiones de un esfuerzo prolongado ante la desproporción habida entre las posibilidades del individuo y sus aspiraciones, parece altamente significativo, la conclusión es, que este nivel de aspiraciones es más elevado en estos enfermos, que en las personas sanas. Con frecuencia, parece no estar en consonancia con sus posibilidades.

3. Otra área de investigación sería la inquietud que opera en el sujeto. Observamos, someramente, cierta inquietud en los sujetos que realizaban la prueba. Inquietud que no es intencional, que no se dirige a una meta concreta; sino que más bien habría que interpretar como una simple expresión de la tensión efectiva a que está sometido el sujeto.

Este comportamiento emocional negativo, va en aumento conforme crece la intensidad de la frustración. Por eso, en los grupos sometidos a altos estímulos, observamos más aumentada esta inquietud.

4. Da la impresión que el candidato a la úlcera, ajeno a su realidad, se lanzase a un maratón cotidiano en el que difícilmente llegará a la meta, a no ser a expensas de perder su salud y disciplinar su cuerpo en demasía.

La inseguridad, nacida de su misma desconfianza la hace pensar que ya ha iniciado un cierto declive existencial, ante el que reacciona con una sobrecarga de esfuerzo desmedido. En otros casos encontramos unos radicales inciertos

de minusvaloración, odio dirigido a sí mismo, etc., que tendían a ser compensados por una agresividad competitiva, en el fondo de la cual existía una vivencia remota de autodestrucción no siempre velada a la conciencia personal.

Hasta tal punto se mantuvieron estos objetivos deseados que en algunos casos, el contenido de su pensamiento se transformó en un rumiar ansioso y automático, ocupador de la atención y desobediente del control racional.

La agresividad en el área de la competitividad se desplaza y generaliza a otras provincias personales. El mecanismo empleado podría ser el de la extrapolación, en virtud del cual se invaden todas las parcelas que constituyen lo unitario del hombre.

Esta invasión generalizada se traduce en una afilada susceptibilidad que hace difícil y problemática por fuerza, cualquier tipo de relaciones interpersonales. El nerviosismo, la irritabilidad y el cansancio vienen así a sobrecargar una ansiedad latente que se procura refrenar con todos los medios posibles.

5. En la valoración de la prueba conviene que tengamos en cuenta otros factores sobreañadidos como, la reanudación de las actividades interrumpidas —la prueba consta de seis etapas—, el factor del cansancio, y el del aprendizaje. Estos factores, aunque no resulten invalidantes de los hallazgos obtenidos, sí que deben ser considerados para no conceder tampoco a esta prueba una valoración absoluta.

6. Los sentimientos de éxito y fracaso están en relación con la definición dada por Lewin (49) sobre aspiración: «Hablamos de aspiración con respecto a una acción, si el resultado de esta acción es considerado como una realización que refleja la propia capacidad; si además se pueden distinguir diferentes grados de dificultad, hablamos de nivel de aspiraciones».

Las condiciones apuntadas en la anterior definición se han visto cumplidas en nuestro trabajo.

7. De este modo, creemos que en estos enfermos se cumple aquello expresado ya en otro trabajo, de que «el *pathos hipocránico* (padecimiento del hombre). El sufrimiento humano coincide con la ansiedad nacida en la refriega de la vida del hombre, ávido de éxitos y ambiciosas aspiraciones.

«Porque la esencia de la enfermedad es biográfica, por eso, también el conocimiento de la enfermedad sólo puede ser biográfico. La adecuabilidad de la forma del conocimiento a la forma del objeto es la que hace que el conocimiento esté sobre la presunción, suposición y afirmación indisciplinada y lo que le presta su verdad. La verdad no se puede tener sin veracidad.»

VON WEIZSACKER, *Pathosophie*, 1956

CAPITULO V: INVESTIGACIONES PATOBIOGRAFICAS

Desde las primeras exposiciones patobiográficas, que con ocasión

del estudio casuístico del reumatismo, fueron publicados por Weis y English (1957), en su libro «*Psychosomatic Medicine*», el método ha sido reconstruido e incorporado en investigaciones muy recientes.

Para los médicos hispanoparlantes, tal descubrimiento no tiene el significado de lo original, por cuanto entre nosotros, el Profesor Lain Entralgo se ocupó en un voluminoso trabajo (que desde su publicación, tomó la forma y el estilo de la medicina clásica), sobre la historia clínica.

De todas formas, conviene recordar con Clauser (50), que «entendemos por biografía médica, primero de un modo totalmente general, un modo de acercamiento a los *hominnes patients* que es común a toda psicoterapia. Pretende ampliar la historia del enfermo a la historia del sufrimiento de la personalidad enferma y profundizar en ella. El método de una tal patobiografía clínica es la anamnesis biográfica».

La historia, no es un puro formalismo, ni la lista más o menos completa que pueda cumplimentarse con las respuestas rápidas y salteadas que la rellenan, ni mucho menos una abstracción ya tradicional en la medicina que ha tomado el camino de dar sentido a una burocracia clínica honrosa y necesaria en cualquier archivo hospitalario.

La historia clínica, aunque recoja los datos necesarios fundamentales de cualquiera que sea el padecimiento, es ante todo la historia de una enfermedad concreta, de un padecimiento concreto, encarnado en una historia personal concreta.

De aquí que la historia clínica lo será en la medida en que sea biografía. Y, biografía, supone ante todo la nota de lo comprensivo, de lo unitario y con sentido. ¿Puede acaso algún hombre tejer su propia historia de espaldas a su biografía? Yendo todavía más lejos. ¿No es al fin historia personal lo que cada uno somos en cualquier momento determinado?

Jaspers supo ver muy bien las cosas, cuando escribió, que «todo historial correcto lleva a la biografía». La biografía no puede ser otra cosa —al menos desde la perspectiva clínica de que ahora estamos tratando—, que ese compromiso biológico con lo realizado. Si desde el punto de vista psicológico parece ser admitido universalmente y sin ninguna repugnancia que bastantes de nuestras motivaciones actuales, tengan su razón de ser en acontecimientos sucedidos durante nuestra vida pasada. ¿Sería excesivo que aquí afirmásemos que algo idéntico sucede con la biografía? Todas nuestras acciones, incluso aquellas inconscientes, dejarán una huella imborrable en nuestra economía. Podría decirse desde aquí parodiando la afirmación pascaliana, que «recuerdos tiene nuestro cuerpo, que no son recordados por nuestra memoria», y casi seguros estamos de que acertaríamos plenamente.

(Continuará)

INVESTIGACION SISTEMATICA CLINICA PSICOLOGICA Y ANTROPOLOGICA DEL ULCUS GASTRODUODENAL

Por el doctor Aquilino M. Polaino-Lorente

(Continuación)

La huella que va dejando lo realizado, lo pensado o lo sentido, no sólo pueden modificar nuestro sustrato biológico, sino que lo van conformando y predisponiendo para que éste pueda asumir el pasado y desde él adentrarse en el futuro. Es más, la futuración misma se condiciona desde la historia biográfica personal, encerrándose en unos límites: los de nuestra libertad situada.

Naturaleza biológica e historia se dan cita para fusionarse así, en la biografía. La vida de muchos hombres importantes —su biografía—, está presidida por la naturaleza biológica desde donde partieron, y aunque en algunos casos tal vez se haga necesario decantar algunos de los caracteres que sus historiadores nos narran, sin embargo, también es preciso admitir la legitimidad de bastantes de ellos.

Y a la inversa también suelen ser verdad estas afirmaciones.

Bastantes de las historias de muchos personajes —la extra-historia, podríamos llamarle, esa que se conoce desde la galería, o aquella que rebasando la propia época hace fortuna cultural entreteniéndolo a los niños en las noches oscuras del invierno— no podrían entenderse sin el concurso del conocimiento a fondo de su naturaleza biológica.

Por esto no creo que se pueda renunciar jamás —a pesar del desarrollo de la cibernética aplicada incluso al diagnóstico—, a la historia clínica.

Acaso algún estudioso avezado en la modernidad pensase que esta cuestión ya está agotada. En tal caso habría que contestarle, con algún autor que en estas cuestiones nada está agotado, a no ser el especialista que la estudió. El método de la descripción biográfica cuando se aplica en su específico sentido, nos conduce hacia la intimidad del paciente revelándonos, no en pocas ocasiones, tantos datos y tan ciertos como muchas de las pruebas hoy al uso, cada vez más complejas y tecnificadas (piénsese, por ejemplo, en los tests, aunque algunos de ellos sean imprescindibles, o mejor aún estudiésemos cómo se originaron éstos, antes de llegar a ser utilizados en la actualidad).

La descripción biográfica (patobiografía) como método antropológico no sólo no está acabado, sino que urge, hoy más que nunca, tal vez, revalorizarlo. Su uso de verdad nos empistaría hacia la antropología médica de la que hoy tanto se habla y tan poco se le tiene en cuenta en la hora de la práctica, gracias entre otros muchos factores, a la socialización de la medicina.

Lo que ocurre es que su uso supone tiempo, paciencia, y una atención continuada para recoger el dato en el momento en que éste surja. Pero el hombre moderno no parece que tenga demasiado tiempo para observar a su enfermo desde el borde del camino.

Aunque a lo largo de este capítulo se expongan muchos datos en forma de tablas, no piense el lector que éstas se concibieron de espaldas al enfermo y que luego no fuese preciso sino ir subrayando los datos que cada enfermo nos proporcionaba. La sistematización de estos datos se hizo a posteriori, y más pensando en la comprensión del lector, que en hacer transparente la realidad siempre enmarcada de los pacientes.

De otra parte, patobiografía y terapia biográfica se dan siempre juntas. ¿Puede acaso alguna psicoterapia, que no sea biográfica existir? La única posibilidad es aquella encerrada en los sistemas teóricos que partiendo de su modelo, parecen intentar grabarlo sobre la patología del enfermo.

Pero a excepción de estos sistemas, en todos los demás casos la psicoterapia no tiene validez si no es personalizada, y ésta no es tal sino en relación con la biografía.

El que los resultados se presenten luego en modelos esquemáticos, que casi no necesitan de comentario alguno, obedece más bien a las verificaciones resultantes de estos factores en el estudio profundo que de la biografía de los pacientes se hizo.

Su desvelación surgió en escenarios muy distintos. En unas ocasiones al historiarles atentamente durante un largo tiempo repartido en varias sesiones. En otras, los datos surgieron sin ni siquiera proponérselo, en el seno de una sesión de psicoterapia.

Hizo falta una labor paciente y continuada, sin ahorrar ningún esfuerzo e ir tomando notas, de tantos fenómenos, en el preciso momento en que surgían, aprehendiéndolos en toda su frescura.

Una vez que el fenómeno se alzaba en la biografía concreta y se dejaba aprehender, tratábamos de encontrarlo en el relieve espeso de otras biografías, por los caminos del difícil buceo fenomenológico.

Así se fue tejiendo esta historia anónima y, sin embargo, personal a la vez, y de alguna forma universal. Sin partir de ningún modelo preestablecido y procurando su configuración y confirmación en el ambiente cálido de nuestra relación con cada nuevo paciente. Fuimos paso a paso, abriéndonos camino en la niebla de la duda, sin prescindir de rectificaciones necesarias y soportando el discreto vértigo de nuestra escalada balbuceante.

Ahora, una vez tejida la historia biográfica del úlcus, en la que se funden los retazos patobiográficos de nuestros pacientes, podemos ofrecer al lector un modelo bastante acabado —dentro de lo inacabado de todo, meta que nos propusimos desde un principio: abrir caminos nuevos o reabrirlos al médico internista—, que tal vez pueda servir a alguno de ayuda en su quehacer clínico. Sin embargo, consideramos necesario advertir que su empleo jamás deberá perseguir adaptar el enfermo al modelo, ni tampoco lo contrario.

Su utilidad fundamental reside, en nuestra opinión, en marcar unos trazos referenciales que sin rigideces, sirvan de guía para poder comprender la intimidad de los enfermos ulcerosos, desde la que se orqueste los rasgos clínicos más específicos resultando éstos comprensibles.

Vayan por delante los siguientes datos encontrados. Con la misión de convertirse en balas trazadoras que señalen los blancos más importantes y nos ahorren munición clínica exploratoria y farmacológica, y lo que es más importante, nos permitan un impacto seguro y acertado, sin tener que dedicar tanto tiempo, factor éste que tanto escasea en todos los profesionales de la medicina.

En lo profundo del problema está presente la significación transbiológica —aunque no puede hacerse sin el concurso de lo biológico— de la enfermedad. Una de las paradojas del hombre, acaso sea esta importancia de su biología que, pudiendo objetivarse a ese nivel biológico en que surge no se agota allí, sino que va más lejos trascendiendo el horizonte en el que nace para perderse en el difícil campo de lo simbólico y significativo.

Desde esta otra perspectiva penetra lo biográfico interrumpiendo en el «aquí» y en el «ahora» del curso vital y cristalizando al fin en la realidad encarnada.

Esta referencia temporo-espacial, y situativa del pathos, como acontecimiento biográfico, constituye el cañamazo sobre el que se fundamentarán los contenidos vivenciales del proceso.

La fusión de la vivencia con la trayectoria vital, plantea cuando menos, cuál sea el sentido de ese último acontecimiento que en el momento presente viene como a desequilibrar la imagen del mundo del enfermo, su *Weltanschauung*.

Y desde el otro polo de la temporalidad, es decir, desde la futuración opcional, el nuevo acontecimiento apenas estrenado impone sus límites o estrecha aquellas posibilidades subjetivas, que en alguna forma han de ser asumidas, si

es que no queremos desgarrar la unidad del todo específicamente individual y único del hombre.

En frase de von Weizsäcker, la historia clínica tiene el valor y ocupa el lugar que le es inherente a las observaciones experimentales y sistemáticas en las ciencias naturales. Es el material inicial positivo al que se pueden enlazar problemas nuevos y todo tipo de conclusiones.

Los comentarios brevísimos que hagamos de las tablas, para ayudar la atención del lector, seguirán la misma numeración que aquellas.

XIV. E. (Confróntese la tabla XIV): Hemos adoptado el criterio del N. S. E. (nivel socioeconómico) en atención a los ingresos económicos, lugar de residencia y status profesional. Aunque el criterio puede ser criticable, sin embargo, la aproximación que descabamos obtener parece evidente.

La vieja y clásica hipótesis de que el ulceroso trataba a toda costa de mejorar su N. S. E., resulta admisible solo parcialmente. Al menos, como se desprende de nuestra limitada casuística parece ser cierto que un buen grupo de los enfermos adscritos al N. S. E. insuficiente, logran trascender su posición, logrando abrirse paso hacia otros niveles más altos.

Pero si examinamos atentamente la tabla, observaremos cómo la mayoría de los enfermos englobados en el N. S. E. medio, permanecen en el mismo nivel.

Acaso podamos comentar también un dato revelador, que quizá no ha sido difundido o comentado suficientemente en otras casuísticas. Se trata de la influencia ejercida por el supuesto conflicto del descenso económico y de status social, tal y como se ha producido en los enfermos del N. S. E. suficiente. Los resultados hablan a favor de un discreto ascenso en el N. S. E. (27 casos), a la vez que permanecen en idéntico nivel, sin ninguna modificación (27 casos) y descienden unos pocos (9 casos) de los 63 enfermos estudiados.

La validez, pues, de las tesis defendidas por algunos, no parecen recibir confirmación en nuestra casuística, ya que coinciden cuantitativamente el número de enfermos que permanecen en idéntico nivel y el de aquellos que mejora.

El estudio atento de las metas conseguidas bajo un criterio exterior y nada subjetivo, no aporta a simple vista ningún dato. Otra cosa muy distinta sería el estudio de este apartado desde la subjetividad

(Pase a la pág. 36)

ULCUS GASTRODUODENAL

(Viene de la pág. 35)

del enfermo. Esta vía de penetración en la cuestión planteada debe ser, sin duda alguna, más enriquecedora y fecunda.

Lo importante para el enfermo de ulcus no es sólo los resultados que sea capaz de conseguir, sino el modo en que vive e interioriza la lucha por la consecución de aquéllos.

Hagamos notar, una vez más,

que el análisis exclusivo de los rendimientos nos dice bien poco. Así, por ejemplo, el que un enfermo no haya logrado modificar su N.S.E., apenas significa nada. Lo que en verdad es significativo es el modo en que su existencia se organiza alrededor de este problema.

En otro lugar de este trabajo volveremos a ocuparnos de esta dificultad, y de su significación trascendente en relación con la psicodinamia del stress psicógeno.

TABLA XIV: VARIACIONES EN EL NIVEL SOCIOECONÓMICO DESDE LA INFANCIA HASTA EL MOMENTO EN QUE SURGE LA ENFERMEDAD.

Posición social iniciada (en la infancia).	Posición social actual (en el momento en que surge la enfermedad).		
	N.S.E. insuficiente	N.S.E. medio	N.S.E. suficiente
N.S.E. insuficiente	23	5	4
N.S.E. medio	29	2	9
N.S.E. suficiente	11	1	4
Totales	63	8	17

N.S.E. = Nivel socioeconómico.

TABLA XV: DISTRIBUCION DE NUESTRA CASUÍSTICA SEGUN LOS FACTORES PROFESIONALES STRESSANTES.

FACTORES	Núm. de casos
1. Situaciones permanentes de desarraigo	6
2. Búsqueda de aprecio y respeto (gratificación), dependiente del rendimiento profesional conseguido	18
3. Situaciones competitivas	15
4. Situaciones frecuentes de desesperanza y soledad	9
5. Situaciones stressantes en el contacto efectivo durante las relaciones interpersonales	21
6. Sentimiento de temor y ansiedad en las relaciones con sus superiores	19
7. Deseos de independencia y, simultáneamente, miedo a perder la dependencia vigente en la actualidad	27
8. Sentimientos de asco y/o repugnancia psíquica durante el trabajo	13

Los factores señalados en los apartados 1 y 4 están interrelacionados entre sí, de forma que la existencia de uno encamina hacia el otro y viceversa.

Lo mismo puede afirmarse de los factores 3, 5 y 6. El juego dinámico entre ellos es tan estrecho, que ambos están implicados en la

situación stressante de fondo. La modificación por la psicoterapia de uno solo de estos factores, supone casi siempre un cambio en los otros dos.

La importancia del factor 2, unida a los restantes factores objeto de esta tabla, vienen a cristalizar

TABLA XVI: OTROS DATOS MOTIVACIONALES Y VIVENCIALES EN RELACION CON LA ACTIVIDAD PROFESIONAL.

SITUACIONES	Núm. de casos
1. Deseos de triunfo basados en un criterio de prestigio profesional o económico	36
2. Situaciones frustrantes al tener que renunciar a otras actividades y satisfacciones	26
3. Insatisfacción ante lo conseguido (por falta de gratificaciones, o por presencia de incomprendiones por parte de los superiores, familiares, etc.)	23
4. Deseos ineficaces de abandonar su tarea	18
5. Importancia ante las exigencias desmedidas para su fuerza	11
6. Tendencia a la agresividad e impulsividad, frecuentemente contenidas, pero no radicalmente dominadas	11
7. Situaciones de resentimiento y hostilidad persistentes	15

en el factor 7, en el que todos ellos se dan cita por diversos caminos.

Aquí fue donde obtuvimos mayor número de casos. Pero adviértase que las vías de ingreso por las que se llega a esta situación son mucho más amplias, de lo que normalmente se afirma en la generalidad de la bibliografía existente, y con su correlación con el espectro factorial restante está tan clara que realmente son interdependientes.

Los tres primeros factores recogidos en la tabla XVI parecen ser los más importantes con relación a las situaciones básicas stressantes. En primer lugar, por la dinamicidad y profundidad de los mismos y en

segundo lugar, por la frecuencia con que han sido encontrados en nuestra casuística.

Si comparamos las cifras en cada uno de estos factores, extraña el corto número de casos obtenidos en el factor 5, en relación con los tres primeros. No parece sino que el ulceroso se fuese distanciando de la realidad, no formando una imagen objetiva de sus posibilidades.

La consecuencia más importante de este alejamiento de la realidad propia, creo se concreta bastante bien en los datos arrojados por los factores conclusivos actuantes en las situaciones 6 y 7.

TABLA XVII: CONSTANCIA DE LA ACTIVIDAD PROFESIONAL Y CAMBIOS LABORALES.

Tiempo máximo de permanencia en una misma ocupación.	Núm. de veces que ha cambiado en su actividad laboral o en su puesto empresarial						
	1-3 años	3-5 años	Más de 5 años	2 años	3-4 a.	4-6 a.	Más de 6 a.
	8	13	23	28	8	5	3

TABLA XVIII: USO Y ABUSO DE ESTIMULANTES.

	Tabaco (1)	Alcohol (2)	Café (3)
Núm. de casos	21	9	17

- (1) Más de una cajetilla de cigarrillos al día.
- (2) Hemos tomado el criterio contenido en A. Polaino-Lorente, «Dimensiones epidemiológicas y psicológicas de los alcoholismos en Sevilla», Secretaria Pública, Universidad de Sevilla, 1972.
- (3) Hemos considerado sólo a aquellos que tomaban más de tres cafés al día.

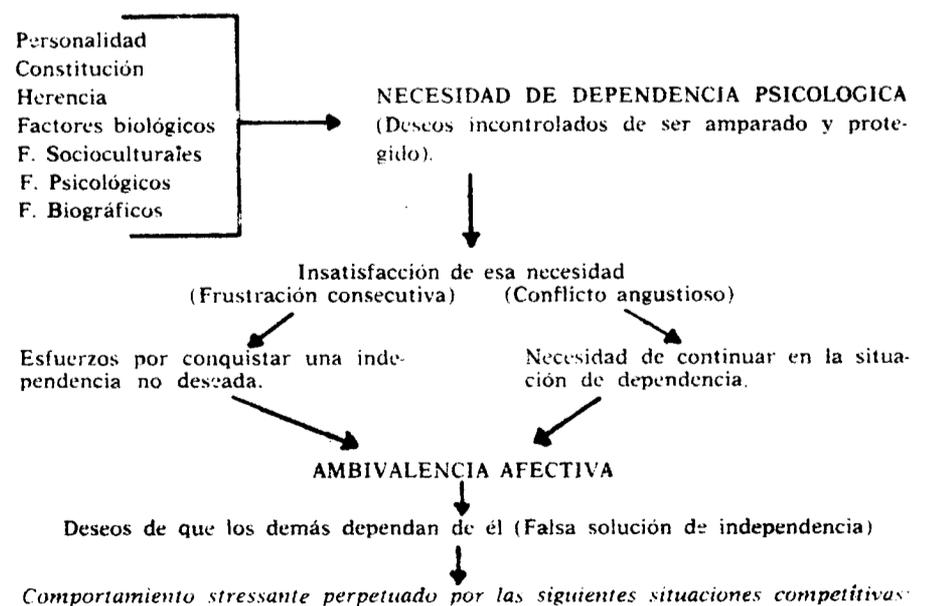
Nos abstenemos de hacer algún comentario a estas tablas, por creerlo innecesario dada la claridad de las mismas.

El conjunto de las tablas hasta aquí reunidas, pueden servir para que nos tracemos un breve esque-

ma del lugar ocupado por el stress psicógeno.

A continuación presentamos dos esquemas del stress psicógeno, contemplándolo respectivamente desde el punto de vista psicodinámico y fisiopatológico.

STRESS PSICOGENO (Psicodinamia)



- Elevado nivel de aspiraciones.
- Escasa tolerancia a las frustraciones.
- Responsabilidad exagerada.
- Sensibilidad aumentada.
- Actividad febril, agresividad, perfeccionismo.
- Hipercríticos, activismo excesivo.

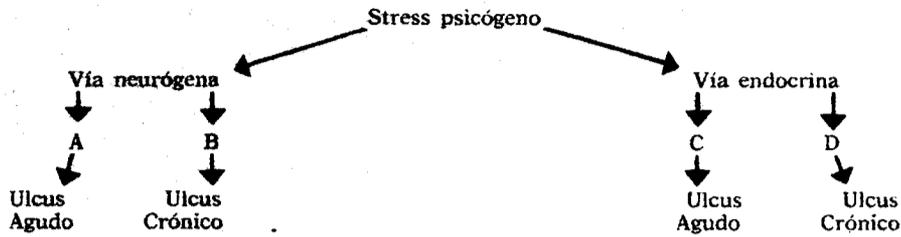
(Continuará)

INVESTIGACION SISTEMATICA CLINICA PSICOLOGIA Y ANTROPOLOGICA DEL ULCUS GASTRODUODENAL

Por el doctor Aquilino M. Polaino-Lore.

(Continuación)

STRESS PSICOGENO (FISIOPATOLOGIA DINAMICA) (1)



A) Mecanismo no sostenido o independientes del stress psicógeno (shock en quemados, intervenciones quirúrgicas) → Hipotálamo A° → Liberación de agentes neurohormonales colinérgicos y adrenérgicos → Corticotrofina de la hipófisis A° → Fusión con la vía endocrina.

B) *Lóbulo Límbico*. Hipotálamo A°, Núcleo Vagal, nervio vagal, hipertono vagal → Hipermotilidad (propulsión acelerada del contenido gástrico acidificado no resistido por el duodeno, para el que no está preparado), Hipersecreción gástrica. (Por el influjo de ACTH, cortisona, catecolaminas y liberación de histamina, que aumenta la secreción clorhidropéptica, abre el *shunts* submucoso y disminuye la vitalidad de la mucosa) → Modificación de la circulación arterial gástrica → Aumento sostenido de las catecolaminas → Vasoconstricción e Isquemia → Aumento de la susceptibilidad de la pared gástrica y disminución de su resistencia.

C) Hipotálamo P°, Hipofisis A° (Neurocrinia) → Hiperacidéz por afecto adrenal (ACTH). Estimulación producción cortisol → Potencia efectos histamínicos sobre la secreción gástrica (a través de la actuación de la acetilcolina sobre las células antrales —gastrina— y por las glándulas fúndicas —secreción clorhidropéptica—) + Alteraciones en la resistencia de la pared por disminución de las defensas parietales y de su capacidad de regeneración.

D) Mecanismo no sostenidos o independizados del stress psicógeno.

(1) El esquema pudiera aplicarse como una hipótesis a comprobar en el caso del ulcerus duodenal. De ninguna manera sirve para el ulcerus gástrico.

La situación de stress sostenido, permite un cierto automatismo neuroendocrino que acaba por liberarse de los factores psíquicos desencadenantes del mismo.

En ocasiones, aunque la psicoterapia consiga algunas modificaciones importantes de la personalidad y de la constelación de factores psicológicos nocivos, sin embargo, el correlato endocrino reproduce un círculo en *feedback*, (véase cualquiera de los dos esquemas adjuntos, en especial el que trata de la psicodinamia del stress), desatendiendo por completo la responsabilidad de aquellos estratos superiores que parcialmente lo produjeron.

Es necesario tener presente esta advertencia para subrayar la importancia del tratamiento médico y psicofarmacológico a pesar de que se asocie oportunamente a algunas medidas psicoterápicas, si es que el caso así lo exige.

No parece pues, conveniente, como pretende la escuela psicoanalítica de Chicago, abandonar estos enfermos al exclusivo tratamiento psicoanalítico. Aparte de que sus indicaciones a veces no sean convenientes, seguirse únicamente esta posibilidad, sólo podrá obtener resultados desalentadores.

En los esquemas adjuntos, aunque aparezcan bajo la supre-

macia del stress psicógeno, entendiéndose sin embargo, que este aparece bajo un significado exclusivamente formal.

De hecho, el compromiso tripartito constituido por la hipersecreción gástrica, la motilidad y las modificaciones circulatorias nos invalidan el que adoptemos una postura que dé demasiada importancia al factor stressante.

Si se repara, por otra parte, en la participación neurógena y endocrina, resultaría obvia esta aclaración. Lo que hemos pretendido aquí —ya sabemos que el esquema es cuando más un modelo hermenéutico de la realidad, pero jamás podrá ser un sustitutivo de la enriquecedora experiencia clínica—, es ante todo la consecución de una mayor transparencia de la patología dinámica, tomando como referencia fundamental al stress psicógeno.

En este punto puede comprobarse fácilmente, lo unitario del hombre enfermo. La psicología en diálogo abierto con la patología acaba por trenzarse y devenir en una antropología médica unitaria capaz de aproximarse más al límite del dar razón del ulcerus gastroduodenal.

Este enfoque antropológico nos satisface bastante, aunque no acabe de despejar la mayor parte de nuestras pequeñas inquietudes.

Tal vez convendría que desde otros puntos de vista (psicofisiológico, anatomopatológico, quirúrgico y sobre todo, clínico), se intentase la misma aproximación antropológica al ulcerus, sólo que cambiando la base de partida.

En mi caso, mi dedicación a la psicología médica hizo imposible una elección más adecuada. La plataforma de la que he partido acaso no fuera la más importante en la encrucijada de este problema concreto, pero de seguro que al menos si que me era la más familiar de todas.

TABLA XIX

CORRELACIONES PATOBIOGRAFICAS ENTRE LAS VIVENCIAS QUE PUDIERON INFLUIR EN LA GENESIS DE LA ENFERMEDAD Y TIEMPO DE LATENCIA. (Comprendido entre aquella y la aparición difusa de la primera sintomatología.)

VIVENCIAS	Reacción instantánea	TIEMPO DE LATENCIA			
		1-6 meses	6-12 meses	Más de 1 año	Más de 3 años
1. Muerte de uno de los padres por cáncer gástrico	2	—	—	1	1
2. Padre con ulcerus gástrico/duodenal	4	1	—	1	2
3. Madre con ulcerus gástrico/duodenal	2	—	1	—	1
4. Padre o madre con otras molestias gástricas	—	—	—	5	3
5. En otros familiares	—	1	1	—	—
6. Casamiento	5	3	—	1	1
7. Exito profesional o fracaso profesional repentinos	3	1	—	—	—
8. Conflictos matrimoniales	4	2	1	—	—

Observando las vivencias en su relación con el tiempo de latencia, se concluye que este tiempo es brevísimo (se desarrollan incluso reacciones instantáneas), en aquellos casos en que el familiar enfermo resulta de una gran proximidad y en el que la enfermedad tiene cierta gravedad. El modelado de la propia enfermedad se haría desde estos factores patogenéticos, que actuarían al modo de las vivencias gravativas facilitando en unos casos, y desencadenando en otros una mayor sensibilidad para este tipo de enfermedades.

Es muy posible que se den estas vivencias a través de mecanismos inconscientes de identificación del niño con sus padres, en virtud de los cuales, elaboren una imagen corporal de esa región afectada, de un modo más próximo a hacerla intervenir frente a cualquier sentimiento desagradable.

Si a ello añadimos los mecanismos de imitación y aprendizaje, tan frecuentes en las primeras edades de la vida, el fenómeno se hace mucho más comprensible.

Las situaciones matrimoniales y conflictivas a este nivel, dan los

resultados más altos de nuestra casuística, sólo equiparable a aquellos otros obtenidos después de la aparición súbita de un éxito o fracaso importante en el sector profesional.

De una u otra forma, podemos concluir con Clauser, que «pueden también, con respecto a su resonancia afectiva y a su coherencia temporal relevante con las dolencias corporales, reivindicar una significación condicional, al menos subordinada para la génesis de la enfermedad».

En estos procesos vivenciales, la conexión entre los mismos y la aparición de la sintomatología, no hemos de verla desde el principio de casualidad, sino más bien intentar comprenderla, observando una cierta conexión de sentido entre ambos.

Sólo hemos incluido aquí, aquellos casos en los que parecía muy claros, lo determinativo, o mejor, lo condicionante entre los conflictos endo y antropopsíquicos a nivel vivencial y la génesis de la enfermedad. Otras posibles reacciones vivenciales divergentes (como las reacciones de descarga, o las reacciones de resis-

(Pasa a la pág. 32)

ULCUS GASTRODUODENAL

(Viene de la pág. 30)

tencia) no han sido incluidas en este estudio por haberlas considerado de menor interés, puesto que en el seno de lo biográfico lo que queríamos mostrar era la ensambladura a lo largo del eje de la temporalidad entre biografía y constelación vivencial, cosa que pensamos ha quedado suficientemente señalada bien como reacción instantánea o como reacción retrasada dentro de unos límites prudentes.

La Tabla XX, recoge los distintos sectores a los que el enfermo atribuye su enfermedad.

De entre ellos, 15 de nuestros enfermos la atribuyen «a los nervios». En el fondo bajo esta ambigüedad terminológica se esconden un mecanismo defensivo para no reconocer las implicaciones afectivas y de la personalidad —en una palabra, psíquicas—, comprometidas en la enfermedad ulcerosa.

Donde el porcentaje arroja la cifra más alta es en relación con las causas hereditarias. La influencia de la herencia parece estar muy arraigada. No es que el enfermo piense que la úlcera pueda heredarse, sino que como

en bastantes casos durante su infancia convivieron con ulcerosos de su familia, la extrapolación en su sistema lógico de autoexplicarse la enfermedad propia, por este mecanismo, les resulta demasiado fácil.

Casi todos ellos se limitaron a señalar sucesos que acaecieron un poco antes de iniciarse los primeros síntomas, coincidentes, por lo general, con antecedentes familiares del padecimiento del estómago (Confróntese lo mostrado en la tabla XXIV).

Las causas restantes se ordenan en el siguiente orden decreciente: familiares, laborales y económicas. También resulta un poco extraño, que se dé tanta importancia a las causas familiares. Probablemente estas influirían a través de ese tipo de herencia especial, constituida por la interiorización por parte del niño de las reglas, normas y costumbres vividas en el seno de su primer entorno.

De no ser así no se explicaría esta frecuencia. Muchos de los enfermos al ser cuestionados sobre una explicación más profunda de su enfermedad, responden con muecas, gestos, o respuestas contradictorias.

TABLA XX: ATRIBUCION DE LA ENFERMEDAD POR PARTE DEL ENFERMO.

CAUSAS	N.º de casos
Familiares	12
Laborales	10
Económicas	6
Hereditarias	42
«A los nervios»	15

TABLA XXI: ESTRUCTURA FAMILIAR.

N.º de hermanos	Lugar que ocupa entre ellos						
	Hijo único	1	2	3-5	6	gemelos	Ultimo
	11	8	7	26	8	3	19

Desde la estructura y composición familiar, sólo hemos obtenido una pequeña conclusión. La mayoría de nuestros enfermos corresponden al mayor de los hijos, seguido de aquellos casos en que el enfermo es el último de la familia. El ser hijo único también parece ser significativo.

Una mayor comprensión puede obtenerse si se consulta la tabla XXII.

En la mayor parte de los casos, como se comprueba examinando esta tabla, los afectos fi-

liales prevalentes suelen ser positivos y normales.

Mayor valor tienen las conductas de los padres, tal y como son calificadas desde sus hijos. Las exigencias paternas, en este sentido, arrojan el más alto porcentaje, desde el cual se salta al otro extremo de la superprotección.

Ambos extremos arrojan cifras muy paralelas. Aunque estos factores, tomados aisladamente, no pueden alcanzar a legitimar ninguna conclusión, al

TABLA XXII: DISTRIBUCION DE LOS ENFERMOS SEGUN LOS SENTIMIENTOS FILIALES PREVALENTES, Y SEGUN CALIFICABAN LA CONDUCTA DE SUS PADRES.

SENTIMIENTOS Y CONDUCTAS	N. de casos
1. Afectos positivos	29
2. Admiración	18
3. Convivencia fría	7
4. Desinterés	5
5. Ambivalencia	9
6. Temor e indiferencia	6
7. Hostilidad	3
8. Compasión	2
9. Desprecio	3
10. Blandura	11
11. Superprotección	19
12. Exigencia	21
13. Repulsa	1
14. Brutalidad	1

menos si que suponen un intento aproximativo al modo del establecimiento de las relaciones familiares, lo que unido a los

otros datos anteriormente expuestos, nos puede dar una idea más correcta del papel que puedan jugar estas relaciones.

TABLA XXIII: SITUACIONES PARENTERALES Y MATRIMONIALES.

N. de casos	PADRE (x)		MADRE (y)		
	Desconocido	Muerto	Padrastra Madrastra	Ausente	Separado
(x)	2	3	4	6	9
(y)	—	5	5	1	9

TABLA XXIV: ANTECEDENTES FAMILIARES DIGESTIVOS.

ANTECEDENTES	PADRE	MADRE	OTROS FAMILIARES
1. Úlcera gástrica	2	2	—
2. Úlcera duodenal	6	2	—
3. Cáncer gástrico	3	1	—
4. Otras molestias	5	3	3

XXIV. Los comentarios a esta tabla los resumimos en los que siguen:

1. La importancia del factor de aprendizaje vivencial e interiorizado respecto del esquema corporal patológico, exhibido por alguno de sus familiares más próximos, con los que el candidato al ulcus se relacionaba intensamente en su primera infancia.

2. Esto nos conduciría al origen peristático y circunstancial de la enfermedad. Nos referimos a los factores genéticos, condicionados extracorporalmente, que actuarían como facilitadores locales, fijando en esa región corporal una atención perceptiva-receptiva de cualquier sensación de malestar.

3. El mecanismo de funcio-

namiento se llevaría a cabo a través de lo que pudiera llamarse pseudoherencia o imitación inconsciente por identificación afectiva con uno de sus progenitores o familiares. Con la representación interiorizada de la imagen parenteral se incorpora también una cierta tendencia a su apropiación corporalizada.

4. Otro argumento que refuerza lo que aquí afirmamos, puede observarse en las reacciones vivenciales instantáneas operadas en algunos de nuestros enfermos tras la muerte de uno de los progenitores a causa de cáncer gástrico, o estudiando los tiempos de latencia en las correlaciones patobiográficas, como se expuso en la tabla XIX.

(Continuará)

INVESTIGACION SISTEMATICA CLINICA PSICOLOGICA Y ANTROPOLOGICA DEL ULCUS GASTRODUODENAL

Por el doctor Aquilino M. Polaino-Lorente

(Continuación)

Garma, en un capítulo de su libro titulado «Aspectos digestivos de la conciencia moral», llega tal vez demasiado lejos en su intento de comprender al ulceroso desde una perspectiva exclusivista y cerrada a cualquier otra hipótesis no coincidente con el modelo psicoanalítico.

Su intento desborda el lugar concreto de la práctica psicoterápica invadiendo el de la lingüística, cuya hermenéutica excede con mucho la oportunidad y el buen sentido.

Dice así: «La palabra *remordimiento*, si se analiza en sus contenidos inconscientes, especifica una de estas fantasías. Esta palabra corresponde a la sensación de un tipo especial de culpa que es la de haber destrozado, en la fantasía del lactante, a la madre y a su pecho mediante mordeduras. Los remordimientos serían la venganza del supero materno, el cual ya no priva al hijo de leche, sino que siguiendo la ley del Talión, frente al hijo que desea morderla, lo muerde por dentro, lo remuerde».

La confusión entre, los niveles semánticos, simbólicos y biológicos no se hace de esperar. La jerga psicoanalítica casi consigue borrar todas las fronteras diferenciadoras de las distintas vertientes de la situación humana enferma.

No nos extrañaríamos si encontrásemos una cierta conexión de sentido entre úlcera y culpabilidad. A lo largo de otros trabajos (57), ya nos ocupamos del problema de fondo, coexistente en la mayoría de los procesos patológicos.

Sin embargo, ampliar el horizonte antropológico del úlcus a costa de ligarlo a la culpabilidad en exclusivo, como pretende Garma, no sólo no consigue extenderlo, sino que origina su efecto contrario: lo empequeñece y minimiza hasta hacer irreconocible el problema ulceroso.

Otros autores adscritos también a la doctrina psicoanalítica en que se formaron, han valorado de un modo muy diferente —partiendo siempre de unas bases psicodinámicas comunes— determinados factores, que desempeñarían una función protagonista en la génesis de la enfermedad.

Piskford (1948), atribuyó a las tendencias agresivas del ulceroso una significación de rango principal. Para él, la agresividad estaría trenzada de rasgos orales y anales, señalando de este modo la vinculación entre aquella y el aparato digestivo. Esta agresividad no encauzada se volvería contra el estómago y duodeno

propios, responsabilizándose en definitiva de su patología.

Otros autores como Szasz (58), conceden más importancia al papel desempeñado por los sentimientos de odio y hostilidad en la génesis del fenómeno ulceroso. En su hipótesis, estos sentimientos serían, los que movilizarían a través de la cadena neuroendocrina, una puesta en marcha del sistema digestivo, que desembriado y sin ningún freno regulador se dispararía en su funcionamiento, hasta el límite del automatismo. La hiperfunción justificaría, por esta vía incluso los dolores nocturnos del ulceroso, pues ni siquiera durante el sueño —al ser sin causa las motivaciones inconscientes— dejarían de sugerirle al aparato digestivo la continuidad desincronizada de sus exageradas secreciones.

Aunque se haga preciso admitir la aportación valiosa, y muy concreta a ciertos aspectos, del psicoanálisis, sin embargo, la generalización y el afán interpretativo de estas técnicas resultan inadmisibles cuando se llevan a un extremo radicalizado.

La polarización unidireccional de sus autores más representativos, imponen a la realidad clínica un modelo demasiado clausurado y rígido, que no acaba de explicar satisfactoriamente el problema, sobre todo por excluir demasiado superficialmente, los datos verificados en la vertiente clínica y biológica. Se necesita, pues, una apertura más amplia que abrazando las distintas polaridades complementarias y perfeccione el conocimiento holístico de la realidad.

De aquí, nuestro esfuerzo por tratar de introducir en la gastroenterología el punto de vista sintético de la antropología. El lector podrá juzgar del alcance y aproximación del objetivo perseguido.

BIBLIOGRAFIA

- (1) BERGMANN, G. V.: Die nervösen Erkrankungen des Magens. Verh. deutsch. Gesell. inn. Med., 36, 168, 1924.
- (2) BEAUMONT, W.: Experiments and observations on the gastric juice and the physiology of digestion. Allen, Plattsburg, 1833.
- (3) WOLF ST, et al.: Human Gastric Function. Oxford University Press, New York, 1944.
- (4) ALT, K.: Ueber das Entstehen von Neurosen und Psychosen auf dem Boden von chronischen Magenkrankheiten. Arch. Psychiat., 24, 403, 1892.
- (5) FRENCH, T. et al.: Experimental observations on psychosomatic mechanisms. I. Gastrointestinal disturbances. Arch. Neurol. Psychiat., 72, 267, 1954.
- (6) ALEXANDER, F.: Treatment of a Case of Peptic Ulcer and Personality Disorder. Psychosom. Med., 9, 320, 1947.

- (7) SULLIVAN, A. J. et al.: Ulcerative Colitis of Psychogenic origin. Yale J. Biol. Med., 4, 779, 1932.
- (8) WEIZSÄCKER, V. V.: Der neurotische Aufbau bei den Magen und Darmkrankungen. Deutsch. med. Woch., 52, 2103, 2150, 1926, y el artículo del mismo título correspondiente a la Verhandl. d. Gesellschaft für Verdauungs und Stoffwechselkr., aparecido en Thieme, Leip., 1927.
- (9) LAÍN ENTRAIGO, P.: La Medicina actual. Seminario y Ediciones, S. A., Madrid, 1973, pág. 31.
- (10) ALLPORT, G. W.: Personality; a psychological interpretation. New York, Holt, 1937.
- (11) STRAUSS, E.: —Vom Sinn der Sinne, 1956. —Psychologie der menschlichen Welt, Springer, Berlin, 1960.
- (12) BINSWANGER, L.: —Der Mensch in der Psychiatrie. Neske, 1957. —Grundformen und Erkenntnis Menschlichen Daseins. Ernst Reinhardt. München, Basel, 1962.
- (13) GERSATTEL, V. V.: Prolegomena zu einer medizinischen Anthropologie. Springer, Berlin, 1954.
- (14) HUSSERL: Vorlesung zur Phänomenologie des inneren Zeitbewusstseins, 1928.
- (15) MAX SCHELER: Wesen und formen der sympathie, Köln, 1926.
- (16) WEINBERG, A. K.: The phenomenological method in its application in Max Scheler, Baltimore, Maryland, 1924.
- (17) ALONSO-FERNÁNDEZ, F.: Fundamentos de la Psiquiatría actual. Paz Montalvo, Madrid, 1968.
- (18) DOLLARD, J.: Criteria for the History, New York, 1935.
- (19) JASPERS, K.: Esencia y crítica de la Psicoterapia, Ed. Fabril, Buenos Aires.
- (20) THMAE, H.: Vita Humana, Beiträge zu einer genetischen Anthropologie, Frankfurt a Main, Athenäum, Verlag, 1969.
- (21) LÓPEZ-IBOR, J. J.: La idea del hombre en la biología moderna, Arbor, t. XVIII, núm. 64, pág. 514, CSIC, 1951.
- (22) UEXKÜLL, J. V.: Umwelt und Innenwelt der Tiere, Berlin, 1921.
- (23) SCHELER, M.: Wesen und Formen d. Sympathie, Frankfurt, 1948.
- (24) VAN DER HORST, L.: Psychosomatic medicine and phenomenological anthropology. Adv. Psychosom. Med., vol. I, págs. 312-316, Karger, Basilea, 1960.
- (25) MARTÍNEZ ROMERO, A.: El sistema nervioso y la úlcera gastroduodenal. Rev. Esp. Ap. Digest., vol. XXIX, n. 1, jul. 1969, págs. 108-128.
- (26) ZUNZUNEGUI, J. A.: La úlcera. Colección Austral, n. 981, Ed. Espasa-Calpe, S. A., Madrid.
- (27) SCHULTZ, J. H.: Das autogene Training Konzentratione Selbstenspannung, George Thieme Verlag-Stuttgart, 1931.
- (28) FARRERAS-DOMARUS, V.: Medicina Interna, págs. 63 y ss.
- (29) LOOSLI-USTERI, M.: Le test de Rorschach. Internat. Zeitschr. für Erziehungswissenschaft (Otto Müller, Salzburg), vol. 5. —Praktisches Handbuch des Rorschach-Test, Hans Huber, Berna, 1961.
- (30) BROWN, F.: An Exploratory study of Dynamic Factors in the Content of the Rorschach Protocol. Journal of Projective Techniques, vol. 17, 1953, págs. 251-279.
- (31) SALOMON, F.: Diagnostic des mécanismes de défense dans le Rorschach-test. Rorschachiana V, págs. 286-296, Hans Huber, Berna, 1959.
- (32) RORSCHACH, H.: Gesammelte Aufsätze, zusammengestellt und herausgegeben von K. W. Bash. Hans Huber, Berna, 1965.
- (33) MAHLER-SCHOENBERGER, M. UND SILBERPENNING, I.: Der Rorschach'sche Formdeutversuch als Hilfsmittel zum Verständnis der Psychologie Hirnkrankhe. Schw. Arch. f. Neur. u. Psych., vol. 40, 1937, págs. 302-327.
- (34) MERIVI, F.: Der Aufforderungscharakter der Rorschach-Tafeln, Magyar Psych. Szemle, 1947, n. 3 v 4.
- (35) NEIGER, S.: Spezifische Reaktion uns besondere Phänomene im Rorschach. Versuch, 2. Auf. Institut f. Psychodiagnostik und angewandte Psychologie, Innsbruck, 1953.
- (36) SJÖBRING, H.: Psychic Energy and Mental Insufficiency. Upsala Läkarförenings, 1922, págs. 163-215.
- (37) SCHILDER, P.: The Body Image. Ed. Norton, New York, 1940.
- (38) MIRA Y LÓPEZ, E.: Psicología experimental. Ed. Kapelusz, S. A. Buenos Aires, 1955, págs. 157-166.
- (39) MERLEAU-PONTY: La Estructure du comportement, 4. ed., P. U. F. 1960.
- (40) UEXKÜLL, J. V.: Ob. cit.
- (41) BOSS, M.: Psicoanálisis y analítica existencial. Ed. Científico-Médica, 1958.
- (42) GASTAUT, H.: Re. Neurol. 21, 287-997, 1951.
- (43) JUNG, C. G.: Studies in Word Association. Dodd, Mead and Company, New York, 1918.
- (44) KENT, G. H., y ROSANOFF, A.: A study of association in insanity. Amer. J. Insanity, 67, 37-96, 1910.
- (45) BECK, A., and col.: An Inventory for Measuring Depression. Arch. Gen. Psych. 4: 561, 1961.
- (46) PICHOT, P.: Die Quantifizierung der Angst, en Angst. Psychische und somatische Aspekte, Verlag Hans Huber, Bern und Stuttgart, 1967.
- (47) POLAINO-LORENTE, A., y col.: Rev. Psic. Gen. Aplic. n. 114-115, págs. 87-117, Madrid, 1972.
- (48) DEMBO, Barker, and K. LEWING: Studies in tipological and vector psychology: II, Frustration and regression. University Iowa. Stud. Child Welfare, 18, n. 1.
- (49) LEWIN, K.: Dynamic Theory of personality. Mc. Graw-Hill, N. Y. 1935.
- (50) CLAUSER, G.: Lehrbuch der Biographischen analyse, George Thieme Verlag Stuttgart, 1963.
- (51) ROF CARBALLO, J.: Urdimbre afectiva y enfermedad. Ed. Paz Montalvo Madrid, 1960.
- (52) SPITZ, R. A.: Anaclitic depression, en Psucho. Study of the child, International Universities Press, V. 2., pág. 313, N. Y. 1946. — Discussion of Dr. Bowlly's paper, en Psych. study of the child, vol. 15, pág. 85, 1960.
- (53) GARMA, A.: Psicoanálisis de los ulcerosos. Paidós, Buenos Aires, 1969.
- (54) ALEXANDER, F.: The influence of Psychologic Factors upon Gastrointestinal Disturbances. A symposium. Psycho. Quart. III, 1934, 501.
- (55) SCHWIDDER, W.: «Die Bedeutung psychischer Faktoren in der Aetiologie der Ulcuskrankheit. Psyche (Heidelberg) 5, 561, 1951.
- (56) LUBAN-PIOZZA, B.: Der psychosomatisch Kranke in der Praxis, J. F. Lehmanns Verlag, Págs. 61-62, München, 1973.
- (57) POLAINO-LORENTE, A.: La culpa en el modelo antropológico freudiano. Estudios Gieneses, marzo, 1974.
- (58) SZAZS, T. S.: Factors in the Pathogenesis of Peptic Ulcer, Psychosom. Med. II, 300, 1949.