

For Rainer Fuchs
This will be part of a book
on gastroenterology... I hope.
It was written rather finished
in 1986.
Jorge

PSICOLOGIA Y GASTROENTEROLOGIA

Dr. Jorge Silva García

INTRODUCCION:

Es de todos conocida la influencia significativa de los factores psíquicos en la fisiología y la patología del ser humano, hecho "aceptado y aplicado por todos los médicos, hasta nuestros días" (Jinich: 1980 p. 223); pero en el campo de la psicología prevaleció hasta 1941, el concepto del hombre como un ser biológico y psíquico.

Fromm inició sus estudios de lo psicológico y lo social desde 1931 y en 1941 aparece el primero de una serie de sus libros y artículos en que demuestra la gran importancia de lo social en el devenir del hombre. A partir de entonces se fortifica y establece el concepto del ser humano vivo como una entidad bio-psico-social (Weiner et al: 1957, Mirsky: 1958 y Jinich: op. cit. p. 233). Se dice "ser humano vivo" puesto que para un segmento considerable de la población mundial, al morir, el alma se separa del cuerpo: en tanto para otros, la muerte es el fin natural y definitivo del individuo.

Nuestro ser biológico nos exige vivir. Para saciar su hambre, su sed y sus otras necesidades biológicas, primarias, el hombre "necesita trabajar y producir; su trabajo es siempre una actividad con



creta y específica, en el seno de una sociedad y de un sistema económico también específico" (Fromm: 1941 p. 17 ss., Ackerman: 1958). Se puede afirmar que el hombre establece su manera de ganarse la vida (modos de producción) y ésta modela su sociedad y su cultura, que influyen poderosamente sobre su estilo de vida. Dice Sigerist (1946, p. 11 s.): "La religión, la filosofía, la educación, las condiciones sociales y económicas (todo aquello que determina la actitud del hombre hacia la vida) ejercerán también gran influencia en la disposición individual a la enfermedad".

Nacemos con una herencia genética propia, tomada de cada uno de nuestros progenitores, tan única y específica como nuestras huellas digitales; somos educados dentro de normas y principios que nos permiten funcionar dentro de la familia y en el grupo o subgrupo social al que pertenecemos, todo ello dentro del contexto histórico, político, social y económico existente. Esta educación favorece el aflorar de ciertas tendencias creativas unas y/o destructivas otras. Es importante comprender que mucho de lo que se reprime y se mantiene inconsciente para nosotros (creativo o destructivo) está condicionado por las normas de la sociedad en que vivimos (Fromm: 1967).

No sabemos con toda precisión por qué algunos grupos escogieron una vida sedentaria y otros la de cazadores nómadas; lo que sí



sabemos es que la manera de ganarse el sustento determinó su organización social y que ello impone los métodos de educación de los hijos y no como piensa Erikson (1957: p.p. 98-160) y los freudianos, que el método de educación de los hijos determina el estilo de la vida del grupo.

Hoy en día, el término Medicina Psicosomática se mantiene por tradición histórica. Sabiendo que el ser humano debe ser conceptualizado desde la perspectiva bio-psico-social se impone el retomar el estudio del hombre enfermo, y esforzarnos por combatir la idea de estudiar las enfermedades únicamente como orgánicas o psicológicas. El médico que es un buen clínico, se interesa por conocer a sus enfermos en tanto individuos (Jinich: 1980 pp. 233 s.s. y 243 s.s.), dentro del contexto social en que viven y de entender sus problemas y conflictos intra e interpersonales, además de realizar un examen médico meticuloso. La tendencia social actual de enajenar al individuo mediante la manipulación a través de la propaganda comercial y política, tornarlo cosa que consume y fundando su prestigio en el dinero y lo que posee, es opuesta a la humanización de la medicina.

Una tendencia social actual consiste en uniformar al individuo, encajonarlo en la masa humana dentro de una "mismidad" que no es equivalente a igualdad. "La idea de que todos los hombres fueron



creados iguales implica que todos tienen el mismo derecho fundamental de ser considerados un fin para sí mismos y no un medio... condición (esencial) para el desarrollo de todo aquello que es peculiar en cada hombre" (Fromm: 1947 p. 74). Y agrega Fromm (1956 pp. 14 ss.): "Significa que esas diferencias que distinguen a cada individuo, deben ser respetadas; si bien es verdad que todos somos uno con el otro, también es verdad que cada uno de nosotros es una entidad única y ningún ser humano debe ser medio para los fines de otro. La sociedad capitalista contemporánea ha transformado el significado de igualdad al hacerlo equiparable con la igualdad de los autómatas, de seres que han perdido su individualidad. La igualdad se define hoy en día como 'mismidad' en vez de 'unicidad' (ser únicos), (énfasis en el texto).

Conviene que el médico, el gastroenterólogo, conozca, aunque en forma breve, aspectos del desarrollo psicológico (normal y patológico) del ser humano, si ha de estudiar a sus enfermos como entidades bio-psico-sociales; como individuos que padecen y no se limita al abordaje exclusivo de la enfermedad que los aqueja.

BASES PSICOLÓGICAS TEÓRICAS*

La unidad psicológica mínima es la trinidad genética de madre-

*Las bases teóricas que sigo y he seguido en lo fundamental corresponden a las enseñanzas del psicoanálisis humanista del Dr. Erich Fromm, aunque no siempre señale citas específicas.



padre-hija o hijo. Es verdad que conocemos bastante de un sujeto con verlo y dialogar con él acerca de su acontecer, más aún si es tamos interesados en saber cómo y quién es. Hay un aforismo humanista acuñado por Terencio, Nihil humanum a mihi alienum puto (nada humano es ajeno a mí) que se basa en el hecho de que en tanto somos seres humanos, hay algo semejante en todos nosotros y ello nos permite un conocimiento parcial del otro desde el primer momento. Pero, si deseamos conocer aspectos más específicos de él, necesitamos saber de la interrelación de sus padres entre sí y de cada uno de ellos con el interesado y de éste con ellos, además de hechos detallados de su vida actual.

No debemos perder de vista que madre y padre constituyen un binomio indisoluble aunque la relación se hubiese reducido al acto engendrador. La dicotomía masculino-femenino es una de varias "polaridades existenciales complementarias" (otras son: vida-muerte; -finito-infinito) ante la cual cada individuo tiene que llegar a una respuesta-solución ineludible, puesto que no se trata de escoger uno u otro, sino de conciliar opuestos. Cada ser vive con una disposición consciente e inconsciente hacia el sexo opuesto y tal actitud se refleja en cada momento de nuestra vida. Debemos tener presente el indisoluble binomio madre-padre (aunque sólo uno de ellos viva con los hijos, porque la conducta de uno de ellos implica de modo implícito o explícito la solidaridad, el resentimiento o



la complicidad del otro (Silva: 1975); porque la armonía o la disarmonía la propician ambos. Vemos con frecuencia que uno de los progenitores nada efectivo o eficiente realiza para contrarrestar la conducta psicopatógena del otro, por temor, pasividad y/o sumisión.

Sabemos que la madre juega un papel primordial en el desarrollo psicológico de los hijos (Balint, A.: 1939; Fromm 1970 b) y sabemos que la fijación pre-genital a ella es de un alto valor nocivo (Fromm: 1964), al grado de poder bloquear la posible interrelación amorosa y creativa padre-hijo; pero cuando ha existido tal relación, el bloqueo que la madre ejerce es sólo parcial y algo valioso de dicho esfuerzo queda en el hijo.

Aunque parezca teleológico, la clínica nos demuestra que el ser humano lucha por sobrevivir hasta en condiciones por demás adversas, aun en aquellas que se antojan imposibles. Fromm (1964) señala que el "narcisismo benigno" de todo ser humano es aquella fuerza psíquica, enraizada en su biología, que lo lleva a cuidar de su vida.

La calidad de vida en salud o en enfermedad psíquica revelados por la capacidad para confrontar stress, frustraciones... va a depender del ambiente en que se nace: facilitante o no facilitantes (Winnicott: 1965 y Guntrip: 1968). El nuevo ser requiere de un amor maternalizante (de la madre o de quien la sustituye) que a la



vez le da amor y alegría de vivir, le permite su libertad para crecer y desarrollar su imaginación creativa, su curiosidad, su independencia y su capacidad visomotora (Fromm: 1956). Bowlby (1969) indica lo mismo usando otras palabras: el niño tiene dos necesidades básicas: su necesidad de apego (attachment), y de libertad (autonomía). Se señalan las dos ideas, porque se complementan de una manera didáctica adecuada.

El proceso normal de crecimiento y maduración requiere del modelo de amor entre los padres, el que éstos sepan darse lo mejor de sí mismos de modo habitual y en que ambos, dentro de los límites objetivos impuestos por sus ocupaciones, sean copartícipes y corresponsables de la buena marcha del hogar. Ellos deben ser una autoridad racional (Fromm: 1941 p. 164 s.s.), reflexiva, ponderada, el "rey razonable" de "El Principito" de Saint-Exupery, en la relación con sus hijos. La autoridad racional de los padres es indispensable para sus hijos tanto como guía y norma, como para ayudar al niño a sentirse seguro, sabiendo que hay límites precisos de lo que puede y no puede hacer. Presenta otra ventaja: la actitud ponderada y reflexiva de madre y padre permite el diálogo franco, llano con los hijos; admite todo tipo de preguntas e indagaciones; admite la crítica y, al hacerlo, se abre un intercambio de ideas que mejoran la interrelación padres-hijos existente o a que se precisen aquellas áreas de desacuerdo o disidencia que no imposibilitan el convivio.



Lo opuesto a la autoridad racional de los padres, es la autoridad irracional, el autoritarismo de éstos que no admite ni réplica ni crítica alguna.

Madre y Padre "contagian" a sus hijos con su angustia y sus rencores, así como son modelos de ternura y amor; todo ello se comunica, aún en ausencia de expresiones explícitas, porque desde neonatos somos sensibles al talante de nuestros padres y la "atmósfera" que generan, sobre todo por la expresión de sus ojos (Lichtenberg: 1981).

No hay duda alguna que todo ser humano tiene la capacidad potencial para construir o destruir, para desarrollar su amor a la vida y a lo vivo o bien seguir el camino de lo muerto, su afinidad a los objetos, a cosificar y cosificarse. El camino que la mayoría de los niños siguen es el aprendido en el seno de su familia. Tanto Ackerman (1958) como Cohen et al (1984) señalan que en la psicopatología de los hijos podemos apreciar la de los padres, sin que esto excluya aquellos aspectos en que participa la sociedad que moldea a la familia, ni aquellos rasgos individuales que reflejan la genética heredada.

Nacemos de una manera accidental y es accidental el día de nuestra muerte. Somos vida consciente de nuestro existir y el miedo más intenso para nosotros, los seres humanos, es el dejar de ser (por psicosis o muerte) y el quedarnos solos, aislados de los demás (Fromm:



1941 y 1951. Silva: 1981 y 1985), Bien dice Martín Buber (1942) - que somos en nosotros mismos y en los otros: es "el ser en cuya dialógica, en cuyo 'estar-dos-en-reciproca-presencia' se realiza y se reconoce cada vez en el encuentro del 'uno' con el 'otro'". (op. cit. p. 150 s.).

Deberíamos nacer en un "ambiente facilitante" donde permee la autoridad racional y la relación amorosa entre nuestros padres, de ellos hacia nosotros y de nosotros hacia ellos; no hay duda que los estímulos negativos o productores de confusión interna podrán ser ventilados en el diálogo racional con nuestros padres y es consecuente que así nunca nos sentiremos abandonados ni aislados, aunque estemos a solas. Habremos aprendido que el amor a nosotros mismos y nuestro amor a los demás, a la vida y a lo vivo, impide el miedo a la soledad. Es entonces cuando resulta comprensible, que en el proceso de maduración psicológica y de nuestra individuación creciente, pasamos del triángulo original madre-padre-hijo a constituirmos en nuestro propio triángulo: ser "yo" mi propia madre, mi propio padre e hijo de mí mismo; las riendas de mi autoridad están en mis manos, puedo asumir la plena responsabilidad de mis decisiones y enfrentar los riesgos y las consecuencias inherentes sin justificación alguna, ni responsabilizar a alguien más... luego una evidencia de haber madurado y haber alcanzado un grado óptimo de individuación radica en ya no inculpar a alguien para justificar el curso adverso de nues-



tra vida. Estamos conscientes de que nuestra verdad corresponde a los conocimientos de nuestra época y por lo tanto, es necesario saber decidir, actuar y entender que el camino elegido puede estar equivocado, sin que por ello lo abandonemos, hasta que circunstancias, hechos o mejores razonamientos, nos llevan a cambiarlo. La duda (de omnibus est dubitandum) no debe paralizar la acción, pero excluye las decisiones impulsivas, no meditadas.

La posibilidad de patología psicológica se inicia desde el nacimiento en un ambiente adverso, no facilitante. El neonato nace preparado para interactuar con su madre en un diálogo perceptual-motor-afectivo: responde de inmediato a su aceptación o rechazo, lo cual percibe desde que es tomado en brazos, le canturrean o le musitan, dado que está presto para responder selectiva y afectivamente a las frecuencias del sonido de la voz humana y es capaz de enfocar su mirada en objetos situados a 20 cms. de distancia (Stern: 1977, citado por Lichtenberg; 1981), distancia habitual entre los ojos de la madre y los del hijo cuando lo amamanta o lo alimenta en brazos con botella. Los autores citados consideran que la teoría freudiana de la etapa oral, está sobrevalorada porque la criatura puede ser distraida y dejan de mamar por estímulos visuales o auditivos, aparte de sus requerimientos esenciales en estímulos térmicos, propiocetivos y kinestésicos. Lichtenberg (op. cit.), indica que la idea tradicional del niño "encerrado" en su narcisismo primario del



cual sólo emerge para satisfacer pulsiones instintivas principalmente orales, no puede sostenerse a la luz de la multitud de estudios realizados en recién nacidos a partir de 1960 y agrega que los de Traverthen (1974,1977) sugieren "que el neonato inicia su vida con respuestas que siguen un patrón diferente, sea que el estímulo provenga de un ser humano o de un objeto inanimado" como por ejemplo un juguete suspendido pero a su alcance (op. cit.).

El error de Freud fue describir boca y ano como órganos naturalmente sexualizados. En su escrito "El concepto psicoanalítico de oralidad", Sandler y Dare (1970), hacen una revisión minuciosa de este aspecto de la literatura psicoanalítica y señalan: "El punto que queremos establecer es que lo que se describe como oral, no siempre refleja deseos orales subyacentes desde la perspectiva psicodinámica... El sólo hecho de que una disfunción involucre la función oral no impone una psicopatología que represente un resurgir de tendencias infantiles orales ni que tal disfunción se originó desde la temprana infancia; por lo contrario, algunos impulsos y fantasías orales, sexuales o agresivas, se pueden manifestar en la disfunción de otros órganos que no tienen una relación directa con la boca" (p. 215).

El recién nacido es "incapaz de construir fantasías que involucren su relación con otros (en particular a sus padres), por el tiempo considerable que se requiere para aprender a diferencias entre lo que pertenece al 'yo propio' (self) y lo que pertenece al mundo externo; es



por ello, que aunque por ejemplo resulte tentador el considerar que la fantasía de retornar al pecho materno hubiese surgido durante la etapa de la alimentación al pecho, nos parece apropiado pensar que dicha fantasía tuvo su origen en una etapa posterior de la infancia, si bien su formación pudo ser predispuesta por experiencias psicobiológicas tempranas. En otras palabras, nos encontramos en un desacuerdo profundo con aquellos psicoanalistas quienes están prestos a percibir y explicar toda experiencia tardía como la repetición o la persistencia de supuestas fantasías orales tempranas... Por otro lado, estaríamos de acuerdo por ejemplo, que las experiencias de frustración de los primeros meses de la vida puedan inducir a una perspectiva amarga y pesimista de la vida y que la elaboración de las fantasías de ser cuidado y alimentado se desarrollan más tarde como consecuencia de renovadas experiencias de frustración" (p,218).

El ambiente no facilitante plantea el problema muy grave al impedir el desarrollo adecuado del "yo propio" (self) de la criatura, quien requiere de lo necesario para sentirse amado, deseado y de saber que puede confiar en su madre primero y en su padre poco después, si éste participa en los cuidados indispensables del neonato. Guntrip (1968 p. 87 s.s.) al igual que Fromm, enfatiza el miedo intenso y la angustia del pequeño ante seres quienes ni se relacionan, ni socializan con el cariño que él requiere; no se siente nutrido por ellos y se retira de la realidad externa, distorsionando



o inhibiendo el desarrollo de su "yo propio" (self) con una tendencia poderosa al retraimiento y a la pasividad, cuando no a la desconfianza y a la desesperanza o al resentimiento y a la regresión a veces desmedida.

Lo que se quiere enfatizar con lo anterior es que el devenir de las áreas erógenas indicadas por Freud y luego por Abraham (1977: pp. 370-418) no determinan el carácter subsecuente del sujeto, ni determinan la orientación de las fuerzas psíquicas que lo motivan. Lo importante y significativo para la formación del carácter individual, es el tipo de relación interpersonal que se establece desde la más tierna infancia, dentro de las pautas del grupo social y de la familia y que "programa" por así decirlo, el modelo ulterior de socialización (que incluye la relación con otros seres vivos y la naturaleza) y cómo asimila los objetos, las cosas. Fromm (1947, 1959) define el carácter del individuo como "aquella forma relativamente permanente en que es canalizada la energía humana en los procesos de asimilación y de socialización" (énfasis en el texto); considera que ningún carácter aparece "puro" en sujeto alguno, sino siempre son mezclas de diferentes caracteres con el predominio de uno de ellos que refleja la manera habitual y preferente en que actúa el sujeto. Considera que el carácter sustituye, en el ser humano, el instinto de los animales y nos permite actuar con rapidez y de modo no pensado, "automático" en aquellas con-



diciones que así lo requieren.

Parece oportuno recalcar algunos hechos: "Cuando Freud indica el concepto dinámico del carácter, no habla de éste en términos de describir únicamente algún rasgo o tendencia, sino que él se refiere a un sistema organizado, a una estructura casi permanente de las pasiones que rigen al sujeto. Sólo los grandes dramaturgos como Shakespeare o los grandes novelistas como Dostoievsky, Balzac... describen el carácter en este sentido dinámico", (Fromm: 1979 p. 54 s.s.). Así, el sujeto con carácter receptivo (oral pasivo de Freud) puede ser descrito, en sentido simbólico, como una "boca abierta" quien espera que alguien lo "alimente" en lo material, lo emocional y lo intelectual, por ser básicamente pasivo y dependiente; una persona de carácter explotador (oral activo, demandante) es quien miente de manera habitual o evita todo gesto de recoger la cuenta y deja que sea el otro quien la pague. Del carácter atesorador (anal) dos ejemplos clásicos son: el personaje central de "La casa de Bernarda Alba" de Federico García Lorca y Ebenezer Scrooge de Dickens.

Como se ve, la orientación del carácter determina en gran medida cómo se va a actuar, a sentir y a pensar "espontáneamente"*, puesto

*Debe considerarse que una es la espontaneidad "programada" desde nuestra infancia y otra es aquella nueva espontaneidad resultante del proceso de maduración e individuación, en que la reflexión y el esfuerzo por nutrir esta nueva tendencia, juegan un papel esencial.



que no sólo respondemos de manera reflexiva a situaciones reales; luego el carácter permite que una persona actúe de manera consistente e inclusive de una manera que parece "razonable" y constituye la base para su adaptación a su grupo social.

El carácter siempre presenta dos aspectos que Fromm (1947: p. 114 s.s.), designa como "positivos" o "negativos"; estos últimos son los únicos susceptibles de cambios dinámicos importantes, hasta de cambios dinámicos radicales ante acontecimientos diversos, portentosos algunos y otros, los nimios de la vida cotidiana, pero que caen en un terreno propicio que despierta y aviva la respuesta responsable propia (como lo muestra la lectura de la autobiografía de Malcolm X). Estos acontecimientos implican siempre un proceso de re-educación, de re-valoración o la disposición necesaria para que el cambio se pueda establecer si podemos o queremos percibirlos, porque con demasiada frecuencia nuestra atención selecciona los estímulos de manera inadecuada para nuestra progresión y entonces los utilizamos para justificar nuestra manera de ser e inclusive para darnos licencia para adoptar actitudes regresivas. Por ejemplo; todo aquello que nos muestra lo frágil de nuestras vidas (como la enfermedad), puede servir de acicate a nuestra fortaleza, integridad, valentía moral y tezón esforzado por vivir mejor, en tanto aún tenemos vida... o pueden servir para acobardarnos, hacernos más dependientes, exigentes y pueriles o bien, los utilizamos para seguir aparentando lo que no somos: autosuficientes cuando quere



mos ser dependientes; esforzados cuando somos flojos; valientes cuando en realidad estamos acobardados y por miedo no hacemos lo que se impone.

Fromm (1941 y 1947) describe tres tipos básicos de orientación del carácter, que él designa como improductivos por no alcanzar su plena maduración e individuación:

1.- Carácter receptivo (semejante al oral pasivo de Freud):

Caracterizado, en su aspecto negativo, por una actitud dependiente, pasiva; busca quien lo ame y lo cuide, sin iniciativa ni opinión propia; no puede ser autoafirmativo. Por ello se entrega a quien le dice amarlo aunque ello no resulte cierto y con frecuencia es sujeto de abusos. Puede ser parasitario, acobardado y crédulo, sin sentido de realidad. En las relaciones humanas suele ser masoquista, dispuesto a ser la "cosa" de otro con tal de no ser repudiado y menos aún, quedar solo. En lo sexual puede aceptar sumisamente todo, hasta lo abyecto y sórdido, sin orgullo ni dignidad alguna, dependiendo del grado extremo de sus aspectos negativos y la ausencia significativa de aspectos positivos en su caracterología. En su aspecto positivo, el receptivo puede ser aceptante, dedicado, modesto, encantador, adaptable, idealista, sensible y atento; tiende a ser optimista y confiado.



II.- Carácter explotador (oral-agresivo):

En sus aspectos negativos: siendo dependiente exige, demanda y hasta arrebató lo que requiere, abusando de quien lo permita; por ello resulta agresivo, egocéntrico, presuntuoso, prepotente. Teme la soledad y no sabe ser independiente, por lo cual busca a quien dominar y explotar, para de esa manera apoyarse en él: lo necesita tanto que nunca lo destruye. En las relaciones humanas suele ser cáustico, arrogante, impulsivo, oportunista, inconsistente, pueril, seductor y sádico. En lo sexual, al igual que en el caso anterior, puede llegar al sadismo extremo, viviendo a su pareja como "cosa", objeto de uso y abuso. En sus aspectos positivos, suele ser activo, con iniciativa, capaz de exigir lo necesario, digno, espontáneo, confiado en sí mismo y atractivo en su forma de ser.

III.- Carácter atesorador (anal):

En sus aspectos negativos: suelen ser parsimoniosos, tercos, obstinados y metódicos. Su seguridad radica en poseer y retener a personas y objetos por lo cual suelen ser coleccionistas y atesoradores avaros y tacaños, quienes difícilmente se desprenden de algo. Suelen ser egoístas, suspicaces, fríos, letárgicos o inertes, pedantes, posesivos; en lo social, desconfiados y reticentes y pueden llegar a ser fanáticos de sus ideas o creencias. No creen en lo nuevo o que algo nuevo pueda ocurrir, por lo que



son muy conservadores en lo religioso, lo político y lo social. En general son incapaces de amar por su desconfianza y en la relación de pareja, dan lo menos posible aunque demandan todo. En sus aspectos positivos, son prácticos, cuidadosos de su economía, reservados; pacientes y cautelosos, tenaces y firmes e imperturbables; ordenados y metódicos, y capaces de lealtad,

Señalé con anterioridad que no hay una persona con carácter "puro", sino que habitualmente somos una mezcla con predominio de alguno de ellos; resulta consiguiente que el masoquista presente rasgos sádicos y el sádico, rasgos de masoquista y ambos, algunos rasgos atesoradores. Lo mismo se observa en el atesorador quien puede presentar rasgos masoquistas y sádicos en grados variables.

Se han descrito los rasgos sobresalientes de los aspectos negativos y positivos de tres orientaciones del carácter; pero debe enfatizarse una forma extrema de socialización negativa: la relación simbiótica (Fromm: 1947 p. 107-112) en que ambas personas abandonan toda idea de independencia e individuación; están atados el uno al otro, como si uno se hubiesen tragado al otro y los aterroriza la sola posibilidad de ser abandonados por su pareja.

La intensidad y la deformación de la simbiosis es variable, co



mo varía quien es el personaje dominante de la pareja y no es infrecuente que el dominio oscile de uno a otro, en un péndulo trágico. Suele tratar de justificar su relación intraparasitaria con innumerables racionalizaciones que a pocos engañan, (salvo si el observador vive el mismo tipo de relación) y llaman "amor", "lealtad", "compromiso objetivo" a su simbiosis.

IV.- Carácter productivo (Fromm: 1947):

Es interesante hacer notar que el psicoanálisis y la psicología se dedicaron a descripciones clínicas exhaustivas y precisas de los aspectos no productivos de los tres caracteres ya descritos. El carácter productivo corresponde al "carácter genital" de Freud y ha permanecido un concepto vago y abstracto. El lo definió como la estructura del carácter de una persona en quien la libido oral y anal han perdido su posición dominante y ahora funciona bajo la supremacía de su sexualidad genital, cuyo objetivo es la unión sexual con un miembro del sexo opuesto, es decir, es el individuo capaz de funcionar bien tanto en lo sexual como en lo social (op cit. 83). Para el psicoanálisis humanista, el carácter productivo representa el transformar los aspectos negativos de la orientación del carácter, en sus aspectos positivos o en el predominio ostensible de estos últimos. Son excepcionales los seres que desde que nacen desarrollan los aspectos positivos de manera predominante, algunos por factores ge



néticos favorables y otros, por ser el producto de la unión de padres amorosos, creativos y respetuosos de sus hijos.

Ser productivos es la capacidad de desarrollar las potencialidades que nos son propias, recreando y vivificando las percepciones del mundo que nos rodea mediante el uso activo y espontáneo de nuestra potencia psíquica global.

Productivo es quien ve la realidad como es: es quien es capaz de estar a solas porque nunca está solo; lo rodean los recuerdos de sus seres queridos vivos o muertos y siempre hay alguna actividad significativa que llevar a cabo: leer, oír música, alguna actividad artística, artesanal. . . Productivo es quien sabe amarse y amar a los demás; es quien es libre para alguna actividad y objetivo definido. Agrega Fromm (op. cit. p. 91); "Si bien es cierto que la productividad del ser humano puede crear cosas materiales, obras de arte y sistemas de pensamiento, el objetivo más importante de su productividad es el propio ser humano" (énfasis en el texto), mediante su amor y su reflexión. Su amor le permite romper el muro que lo separa del otro y conocerlo, y su reflexión le permite penetrar la superficie y aprehender lo esencial de lo que lo rodea. "La productividad creadora y amorosa es una aptitud alcanzable por todo ser humano." (Ibid. p. 85. Énfasis en el texto).

El carácter productivo implica otro hecho: todo ser humano pre



senta remanentes embrionarios del sexo opuesto y desde la perspectiva psicológica, mujeres y hombres son iguales en cuanto a su esencia humana (aunque existan diferencias anatómicas, fisiológicas y patológicas) y por lo tanto, el ser humano normal, productivo, acepta su bisexualidad esencial en que el elemento masculino se manifiesta como hacer y pensar y el elemento femenino como ser y sentir (Guntrip op. cit. pp. 249-265); estas cuatro cualidades deben estar presentes en toda persona madura, en la plenitud de su individuación amorosa, creativa y productiva.

En "El Arte de Amar" Fromm (1956) expresa ~~de~~ manera clara y bella el amor de que puede ser capaz todo ser humano que se esfuerce en lograrlo. De hecho los tres logros más elevados del espíritu humano que imponen disciplina, un esfuerzo incesante y la capacidad de enfrentar el miedo y la angustia inherentes a todo proceso de individuación son: la capacidad de amar al prójimo y a sí mismo; la capacidad de ser libre para un objetivo definido y la capacidad de ser feliz. Nadie nos lo puede impedir puesto que son logros absolutamente individuales, que podemos compartir pero, insistimos, nadie nos los puede dar y nadie nos los puede impedir.

No podemos olvidar los factores heredados por el nuevo ser, ni que éstos pueden constituir obstáculos serios en la relación madre-hijo como por ejemplo la atresia esofágica congénita que, además de favo



recer el destete temprano, impone a la criatura una serie de consecuencias psicológicas que se reflejan en la disminución de su vitalidad e intencionalidad, en el sentido de que parece carecer de una motivación para vivir y para adquirir capacidades que le permiten sentirse competente y eficiente (Lichtenberg: 1981. p. 8). Sabemos que hay niños más demandantes y exigentes que otros (Mirsky: 1958 p. 299), como también sabemos que hay madres más intolerantes e irritables que otras. El llanto del niño puede provocar el ataque violento de uno de los padres que lo traumatiza seriamente (Kempe et al: 1962: McHenny et al: 1963) o puede evocar el cariño que lo tranquiliza. Otro ejemplo es el niño hiperactivo con algún daño cerebral mínimo. La debilidad congénita del "yo propio" (self) de un niño facilita su marginación, en cuyo caso se desarrollará tímido y aislado; en tanto un "self" más fuerte lo puede llevar a luchar por lo que requiere o a rebelarse hasta agresivamente.

René Dubos (1961: p. 36) señala: "Cualesquiera que haya sido el origen de la vida, el mantenerla requiere que todo ser viviente logre la aptitud y la adaptabilidad necesarias al medio ambiente en que se desarrollan", es decir, generalmente nos adaptamos a nuestro medio ambiente mediante mecanismos de defensa para nuestra sobrevivencia, pero el equilibrio puede ser frágil e impreparado para el arribo brusco de eventos dolorosos que se vivan como una amenaza. Weisman (1956: p. 2) nos dice: "El concepto de Selye de que toda enfermedad representa un-



esfuerzo del organismo para adaptarse a diversos tipos de stress,... implican que el ser humano se encuentra en un estado de desequilibrio continuo y en el constante esfuerzo consecuente por llegar a algún acomodo con dicho stress, sea de origen externo o interno" físico-químico o psicológico. Agrega Dubos (op. cit, p. 112): "En la mayoría de los casos, el efecto producido por cualesquier estímulo se ve condicionado por la historia biológica y social del grupo además de las experiencias (psíquicas) previas de cada individuo"... y enfatiza lo anterior, diciendo: "El medio ambiente no sólo puede definirse en términos de las características intrínsecas de microbios, venenos, radiaciones, traumas y stresses diversos a que se ve expuesto el individuo en un momento dado, estamos obligados a incluir también los fenómenos que lo han afectado en el pasado. El hombre puede en verdad decir, como aquel viejo guerrero griego del poema de Tennyson, 'Soy una parte de todo lo que he vivido' (p. 112)... queda implícito en las enseñanzas de Hipócrates que tanto la salud como la enfermedad caen bajo el control de las leyes de la naturaleza y reflejan la influencia ejercida por el medio ambiente y por el estilo de vida que hemos vivido" (p. 118).

Basta ver el panorama social, político y económico en que vivimos, para constatar que lo hacemos de un mundo primordialmente sado-masoquista, en que prevalecen la violencia (que va desde guerras a la violencia social: asaltos a mano armada, asesinatos y crueldad



por la crueldad misma...), la hipocresía, el desamor y la conciencia de manada. Otra "característica sobresaliente de nuestra civilización es la rapidez con que [la tecnología] cambia todo nuestro estilo de vida sin preocuparse por los efectos nocivos de tales cambios a largo plazo. El ser humano es capaz de adaptarse a casi todo, pero toda adaptación requiere de un tiempo prolongado que hoy en día nos es negado por la velocidad creciente con que se precipitan dichos cambios" (Dubos: op. cit, 140).

El niño para sobrevivir, necesita adaptarse al ambiente familiar al que va aceptando como "lo normal", aunque éste le ocasione traumas brutales (fracturas y quemaduras diversas), crueldades físicas (golpes, maltratos, gritos), crueldad psíquica (abandono, rechazo, desamor, ridiculización, mentiras, engaños. . .) o viva en un ámbito de amor, ternura, respeto y dignidad. Su medio familiar puede ser de escasez extrema o de abundancia exagerada, con toda la gama intermedia. Si el niño se percatase con crítica objetiva de lo negativo de su entorno, del extremo en que éste resulta no-facilitante, se moriría o caería en la desesperanza más profunda, como lo vemos en el Síndrome del Marasmo Hospitalario. Estos ambientes desfavorables van estructurando los aspectos negativos de su orientación de carácter.

ALGUNAS CONSIDERACIONES ACERCA DE LOS PADECIMIENTOS GASTROENTEROLÓGICOS.



TRASTORNOS FUNCIONALES DEL TUBO DIGESTIVO:

Jinich y Ramos (1957: p. 487) encontraron, que en el 37% de 942 enfermos estudiados se llegó al "diagnóstico de trastornos funcionales digestivos": en tanto Almy (1973 p. 3) señala el 50%. Agregan Jinich y Ramos (Ibid p. 484) "Al hablar de trastornos funcionales del tubo digestivo, nosotros nos referimos a alteraciones fisiológicas. . . que tienen expresión clínica y para los que no encontramos . . . alteración orgánica que las origina ni cambios anatómicos que se hayan desarrollado como consecuencia. . . no tomamos en cuenta cualquier alteración funcional asintomática. . . nos interesan solamente las que se traducen por sintomatología, por enfermedad. . . los síntomas se deben a cambios reales en el funcionamiento del tubo digestivo. . . Por otra parte, no es rara la coexistencia de lesiones orgánicas con trastornos funcionales digestivos, pero sin conexión causal entre unos y otros. . . Para terminar el análisis de la definición, obsérvese que en ella se excluyen aquellos casos en que los trastornos funcionales conducen al desarrollo de lesiones orgánicas".

"El gastroenterólogo está obligado a tomar en cuenta la etiología psicológica que constituye, en el 92% de los casos funcionales, el factor causal más importante, sea sola o combinada con otros fac"



tores (Jinich y Ramos : op. cit, 490). "El fracaso en reconocer que las reacciones al stress general pueden ser elementos significativos en cualquier padecimiento, sean cuales fueren sus características o su pronóstico, nos ha llevado a la distinción frecuentemente estéril entre padecimientos funcionales y orgánicos" (Almy: op. cit. p. 3), cuando la designación de "funcional" lleva al médico al descuido, en el examen y exploración que realiza, por restarle importancia a lo que no es manifiestamente orgánico.

Cuando los sentimientos que nos embargan no encuentran expresión por estar reprimidos o porque tememos expresarlos; cuando no tenemos consciencia de los conflictos que nos devastan, y eludimos esa toma de consciencia que nos llevaría a cambios radicales en nuestro estilo de vida, tales crisis se somatizan y dichos procesos encuentran expresión perturbando funciones vitales. Cannon y Selye plantean que dicha disfunción puede llegar a la "etapa de agotamiento": (Cobb; 1950 p. 92 s) y producir lesiones orgánicas. Sabemos que es así, aunque el desarrollo actual de la neurociencia no permite describir con exactitud ni precisión los mecanismos de tales procesos.

TRASTORNOS DE LA INGESTA DE ALIMENTOS;

No hay duda de la influencia de los padres y de la conflictiva que suscitan en los casos de obesidad, bulimia y la mal designada ano



rexia nervosa*; pero el incremento reciente de los dos últimos muestra, asimismo, que las tendencias sociales actuales juegan un papel de suma importancia, al sobrevalorar el cuerpo muy delgado de la mujer, prácticamente sin senos ni caderas. Al mismo tiempo, no debemos olvidar que coexisten condiciones genéticas, además de caracterológicas, que propician el que sólo una de las hijas sea quien resulte afectada. Se dice hijas, porque la bulimia y la anorexia nervosa prevalecen en la mujer (Halmi et al: 1981; Strangler y Printz: 1980; Bruch: 1978; Palazzoli: 1978). Por su claro origen bio-psico-social, cada enferma deberá ser estudiada como un caso específico para determinar el valor prevaleciente de cada factor sin olvidar el conjunto. Hoy en día se considera que es del todo preferible utilizar la terapia familiar en caso de anorexia nervosa (Bruch op. cit. Palazzoli op. cit.), y en los de bulimia (Harrison et al: 1984 Tohen M.: 1985); la terapia de grupo es preferible en los obesos, sin que se excluya en los 3 casos la posibilidad simultánea de la psicoterapia individual.

La caracterología de estas pacientes es básicamente receptiva (oral pasiva): dependientes, pasivas, sumisas, manipulables, sin criterio propio ni autoafirmación... sin que se excluyan elementos

*"Anorexia significa sin apetito y ese no es el problema de estas enfermas con mucho apetito y aunque preocupadas frenéticamente con la comida y el comer, consideran la disciplina de negarse a comer como la más elevada de las virtudes y el comer, como una permisividad vergonzosa". (Bruch: 1978 p. XI).



de las otras dos orientaciones improductivas de carácter (explotadores y atesoradores), y si bien el conflicto intrafamiliar esencial es con la madre, no cabe duda de la complicidad del padre o su ineficiencia para constituirse en fuente de apoyo y de amor para su hija enferma.

La Dra. Palazzoli (1978 p. 45 s.s.) nos dice: "Me encuentro totalmente de acuerdo con Anna Freud, cuando sostiene que los trastornos psicológicos de la alimentación en la infancia, preparan el camino para los padecimientos neuróticos del estómago y del apetito del adulto... Sin embargo, mis propios estudios de la patología en la estructuración de nuestra imagen corporal a través de las experiencias alimentarias, me llevan a tomar en cuenta otros síndromes psicológicos. Percibimos que muchos trastornos del estómago y del apetito del adulto son síndromes en los que no juegan papel alguno los trastornos infantiles descritos por Anna Freud: (Enfasis en el texto). Los enfermos de anorexia "no pueden confiar en que sus propias sensaciones les digan cuándo es tiempo para comer, ni cuándo deben dejar de comer; viven con el temor continuo de estar sin control alguno (de haber comido demasiado o muy poco). Sus historias clínicas indican, con cierta frecuencia, que estos temores emergen por primera vez cuando se alejan de su hogar y de la rutina regularizada de alimentación, para acudir a alguna universidad lejana, a campamentos-escuela o cuando algo cambia en el régimen hogareño"...



Con toda razón Bruch enfatiza que es un error presuponer que el organismo humano conoce sus propias sensaciones corporales y la naturaleza de sus "instintos", cuando en realidad requiere de un proceso de aprendizaje, desde la infancia, para reconocer sus requerimientos corporales y la manera apropiada para satisfacerlos. Esto se ha comprobado con controles adecuados".

No se pueden desconocer las fantasías de embarazo por vía oral, ni las múltiples motivaciones al fellatio o al cunni lingtus, como no se puede ignorar las veces que se ha encontrado que los síndromes de obesidad, bulimia o anorexia nervosa, reflejan una pugna entre la enferma y las normas familiares generalmente impuestas por la madre, con la aceptación sumisa o la complicidad del padre.

ENFERMEDAD PEPTICA.

La aparición de síntomas de enfermedad péptica requiere de la influencia de los siguientes tres factores:

- 1.- Biológicos: Son congénitos, y los autores destacan: ser de tipo sanguíneo 0; incremento en la masa gástrica de células secretoras de pepsinógeno, cuya capacidad hipersecretora se evidencia en la sangre y en la orina.
- 2.- Psicológicos: No existen conflictos típicos para cuadro no



sológico alguno; lo que a continuación se plantea sirve, sin embargo, como una guía muy general que ayude en la indagación psicológica del gastroenterólogo. Los autores revisados* destacan los aspectos negativos de la orientación de carácter receptivo y del explotador y sobre todo el conflicto dependencia-independencia. Las variaciones encontradas son inherentes a la orientación del carácter del enfermo, puesto que los de carácter receptivo manifiestan en forma pasiva su dependencia, en tanto que los de carácter explotador lo hacen en forma demandante, exigente y hasta agresiva; pero en ambos tipos de carácter, la dependencia los lleva a someterse a todo, con tal de no perder el apoyo de la persona, entidad o institución que necesitan a fin de no quedar solos, aislados, vulnerables e indefensos. Pueden "entender" que esa asociación ha dejado de ser conveniente o pertinente, pero es tan grande su necesidad, que estando dispuestos hasta a la pérdida de su dignidad y de su autorrespeto.

Se debe entender que al hablar de dependencia nos referimos a un fenómeno psíquico multideterminado, que puede llegar a ser muy intenso. Generalmente representa un elemento clave (si bien inconsciente, desconocido para el sujeto) de la estructura del carácter, de tal manera que todo aquello que la amenace, sacude la estructura.

*Alexander; 1946; Margolin; 1951; Weissman; 1956; Weiner et al; 1957; Mirsky; 1958; Porter et al; 1958; Kim et al; 1967; Mittelmann y Wolf; 1972; Almy; 1973; Jerzy; 1975; Hertz y Rosenbaun; 1977; Jinich; 1973 y 1980,



La dependencia viene siendo como un puntal indispensable, una parte vital del ser sin la cual todo carece de importancia y la perspectiva vital se presenta desolada, negra. Se puede depender de la tierra (del terruño) del clan o grupo social, de una institución o entidad laboral, de la familia, del binomio madre-padre (aunque significativamente más de la madre) o del cónyuge... Aunque conscientemente neguemos tal dependencia, el hecho es que ante la posibilidad de perderla, muchos enfermamos.

Con frecuencia la dependencia evoca sentimientos ambiguos, una parte importante de los cuales es el resentimiento, precisamente por el miedo de perder la dependencia. Aunque diversos autores hablan de regresión a etapas orales, tales expresiones deben verse tan sólo como un símbolo de supervivencia.

3.- Sociales: Debemos estar conscientes de que la sociedad es contraria al proceso de individuación, porque la tendencia es controlar y manipular "masas" con fines políticos y económicos.

Resulta consecuente que se estimula la dependencia del individuo y no su independencia; por ello resienten los cambios radicales del ámbito social acostumbrado, como por ejemplo, su ingreso al servicio militar obligatorio (Weiner et al: 1957); pérdida del empleo o disminución del ingreso económico real por inflación o recesión; confrontar la incertidumbre del futuro como en



aquellos casos de exilio obligado o voluntario; terminar un ciclo de entrenamiento o trabajo; la pérdida de seres y de bienes que se consideran esenciales; las catástrofes naturales y sus consecuencias sobre el sujeto.

Ninguno de estos tres factores, por sí solos, son motivo suficiente para producir la enfermedad péptica: se requiere que confluayan los tres con una causa precipitante, variable en cada caso.

La investigación prospectiva de Weiner et al: (op. cit.) resulta ilustrativa: escogieron a 120 sujetos entre un grupo de 2073 reclutas; 63 mostraron ser hipersecretores de pepsinógeno y 57 hiposecretores. Sometieron a los 120 a pruebas psicológicas y a una evaluación psiquiátrica, además de los exámenes médicos y de gabinete pertinentes. De los 63 hipersecretores, 9 desarrollaron úlcera duodenal y los 9 pertenecen al 5% de los hipersecretores con valores mas elevados; presentaban las siguientes características psicológicas (p. 8): "intensas necesidades orales (inconscientes), con deseos de ser alimentados, de ser apoyados por alguien y en busca de un contacto corporal. Cuando sus deseos se ven frustrados, surge un rencor intenso que no expresan por temor a perder su fuente de satisfacciones". Los rasgos descritos corresponden a sujetos con carácter receptivo manifestando su dependencia pasiva y el resentimiento tanto suprimido (control consciente) como reprimido (mecanis



mo inconsciente), cuando su dependencia se ve frustrada. Este trabajo (Weiner et al), no permite caracterizar a los sujetos con carácter explotador predominante; como carece de los detalles necesarios para explicar por qué sólo 9 de los 63 hipersecretores enfermaron. ¿Qué facilitó la adaptación al servicio militar de los restantes 54 reclutas?. Es cierto que los nueve que enfermaron reunieron los tres factores (bio-psico-sociales) indicados y que al retirarlos del servicio fueron mejorando. Debemos aceptar que aún sabemos poco, pero lo poco que sabemos nos puede guiar en la comprensión inicial de los que padecen enfermedad péptica.

No debemos olvidar que persona alguna presenta una orientación, de carácter puro; todos presentamos alguna combinación de las tres primeras orientaciones descritas (receptivas, explotadora y atesoradora), con predominio de alguna de las tres. En el carácter productivo encontramos el desarrollo óptimo de los aspectos positivos de las tres anteriores.

SINDROME DE COLON IRRITABLE, COLITIS MUCOSA;

Wangel y Deller (1965 p. 69) indican: "El término 'síndrome de colon irritable' incluye un cierto número de disfunciones del colon en que no puede demostrarse evidencia alguna de un proceso orgánico. Los pacientes que sufren este síndrome pueden dividirse en dos grupos: los que padecen de colon espástico se quejan de dolor



como síntoma principal y además presentan constipación que puede alternar con diarrea o con períodos de hábitos intestinales normales; y los pacientes con diarrea funcional como síntoma principal, la padecen en forma constante o intermitente, acompañada de poco o ningún dolor".

Almy (1951 p. 61 s.s. y 67) muestra que existen patrones de motilidad alterada del sigmoides, ambos acompañados de congestión de la mucosa: el primero produce un aumento del tono muscular y/o de las contracciones hasta espasmo oclusivo (p. 63) asociados a la manifestación explícita de hostilidad o agresión; el otro patron muestra disminución del tono muscular y/o de las contracciones, asociadas con una conducta explícita que simboliza desesperanza y derrota. Agrega (p. 65 s.), que el enfermo con constipación espástica se encuentra generalmente tenso, con una hostilidad apenas oculta y con un talante que sugiere su determinación inflexible de resolver sus problemas (Coping Mode); en ellos, la proctoscopia muestra con frecuencia la oclusión del colon por espasmo y hay aumento simultáneo de las contracciones ondulares aunque no son propulsivas sino 're-tentivas' (estos enfermos presentan rasgos predominantes de un carácter explotador). El paciente con diarrea funcional (p. 66) habitualmente habla con voz suave y presenta una actitud de culpa aunque con una contracorriente de rencor muy reprimido y como alguien quien se siente inadecuado para manejar sus problemas ('Weeping



Mode¹¹). El lumen del sigmoides se encuentra muy distendido y en el laboratorio, al expresar su desesperanza con un llanto elocuente, se correlacionan con la abolición de las contracciones ondulares (carácter predominantemente receptivo).

Existe otra serie de hechos interesantes en cuanto a la constipación: Avery y Godding (1972), señalan los problemas familiares y las tensiones de negocios como factores precipitantes, así como hábitos adquiridos, como la tendencia al uso habitual de laxantes o purgantes que tienden a disminuir la actividad normal del colon; formándose un círculo vicioso no siempre fácil de romper; indican, que no resulta claro por qué algunos enfermos se niegan a responder a los signos claramente indicativos de la necesidad de evacuar el intestino. Hemos encontrado que ello ocurrió en un paciente quien sólo en base a ser tozudo y recalcitrante, rebelde y opositor ante su madre, lograba bloquear la actitud dominante, intrusiva y muy agresiva de ésta. Esta guerra madre-hijo se desarrolló en todas las áreas, no sólo durante la "enseñanza" del control de esfínteres. Cuando logró objetivar el grado de su "autodestructividad defensiva" y que ello no era ya necesario para mostrar su independencia, pudo normalizar, entre otros hechos, su ritmo de evacuaciones intestinales.

David Ker^hsenobitch (1986) indica como es frecuente la constipación en jóvenes que se ponen a dietas de adelgazamiento inadecuadas.



cuadas. Al ingerir pocos alimentos, el colon pierde su estímulo natural. Basta incluir en su dieta un alto contenido de fibras vegetales o aquellos que dejan amplios residuos, para que se normalice su función intestinal.

Por ultimo no debemos olvidar que el ejercicio es un factor de gran importancia a este respecto; de hecho, entre otros factores, resulta una causa importante de constipación en enfermos con psicosis depresiva o con depresión intensa.

En una editorial importante, Almy (1980), resume la literatura vigente y concluye: que la contracción repetitiva del área rectosignoidea encontrada por Whitehead et al (1980), no es distintiva del síndrome del colon irritable, como no lo son las características psicológicas que menciona, por encontrarse también en pacientes con otros padecimientos. Sin embargo, se muestra esperanzado por el "reconocimiento del número creciente de neurotransmisores comunes al cerebro y a los intestinos ("gut") que incluyen la serotonina, encefalina y la sustancia P, así como el descubrimiento de estas sustancias en las neuronas internunciales dentro del plexo mientérico lo que nos muestra la verdadera complejidad de los mecanismos que controlan la motilidad intestinal". Y, agrega: "Sobre todo disfruto la incipiente a la vez que creciente alianza entre psicólogos experimentales, sociólogos y neurobiólogos, que augura nuestro avan



ce rápido en la comprensión y manejo de estos padecimientos". No hay duda que para conocer al ser humano en su aspecto integral, debemos estudiarlo desde todas las perspectivas: biológicas, psicológicas y sociales y no desde abordos unilaterales.

COLITIS ULCEROSA O ULCERATIVA:

La etiología de este padecimiento sigue siendo un misterio y se señalan los siguientes factores contribuyentes mas probables: infecciones, autoinmunidad alérgica, problemas psicológicos, deficiencias en la nutrición y defectos enzimáticos. Se trata de un padecimiento grave que puede llegar a ser letal.

Shorter et al (1972), enfatizan el factor inmunológico, indicando procesos que puedan afectar la mucosa intestinal desde recién nacidos. Se apoyan en que el tejido linfoide intestinal constituye un órgano central de este tipo de primer orden (p. 1024); entienden que es necesario continuar las investigaciones en esta área, para obtener datos más precisos y poder implantar métodos curativos exitosos.

La mayor parte de la literatura examinada se refiere a los aspectos psicológicos: Melitta Sperling (1946) presenta al estudio y tratamiento de niños afectados. Los casos clínicos que des--



cribe resultan interesantes porque plantean cierta problemática general común, si bien las variantes, en cada caso específico son de consideración. En ningún momento aclara por qué este padecimiento es más frecuente entre los blancos que entre los no-blancos; entre judíos que entre no judíos (tampoco lo señalan Mendeloff et al: 1970; Wright: (1970)), ni a qué grupo étnico pertenecen sus pequeños enfermos; como tampoco aclara que la problemática psíquica que describe, se puede encontrar también en sujetos que no padecen colitis ulcerosa.

Sperling (p. 324 s.s.), concluye que las madres de sus pacientes sometieron a éstos a intensas frustraciones desde una edad temprana, porque ellas evidenciaban fuertes impulsos destructivos (sádicos; carácter explotador) inconscientes hacia sus hijos, con el deseo reprimido de deshacerse de su criatura: justifican su deseo con la idea expresada, de que el niño estaría mejor atendido fuera de casa. No hay duda alguna de que un niño con colitis ulcerosa con diarrea con sangre, puede constituir un serio problema de manejo dentro del hogar; como no hay duda (y la autora lo demuestra), que la paciencia, el deseo de entender al niño enfermo y el cariño, pueden ayudar a resolver el problema de manejo. Sperling precisa que resulta comprensible que los enfermitos reaccionen con dependencia hostil hacia su madre rechazante, al mismo tiempo que manifiestan la necesidad de fijarse a actitudes regresivas de recién nacido con "rasgos orales muy intensos y con tendencias sádicas"; recalca que resulta muy ilustrativo el hecho de que los niños se muestran absor



tos en su padecimiento y en la lucha por mantener su dependencia, sea de manera agresiva (aspecto negativo del carácter explotador) o bien adoptando actitudes de sumisión y complacencia (aspectos negativos del carácter receptivo). Sperling nada dice del binomio madre-padre. Entendemos que, dada la estructura social actual, en que la mayor parte de las tareas domésticas (si no es que todas), recaen en la madre y es ella quien cubre todas nuestras necesidades biológicas primordiales (comida, ropa limpia, etc.); resulta comprensible que la atención de los hijos se centre en ella, por lo cual la psicoterapia de la madre resulta benéfica para el pequeño enfermo.

Paulley (1950) confirma, en adultos enfermos, algunos de los rasgos receptivos y explotadores indicados (p. 567 s.): "Son enfermos exageradamente dependientes de sus padres y controlados por éstos, especialmente por la madre, al grado de que asombra la alta frecuencia con que acuden a consulta acompañados por ella". Paulley describe además, los rasgos de carácter atesorador de estos enfermos: son querellosos y su ira aparece como un resentimiento sordo y prolongado, rencoroso, con tendencia a cavilar largo rato acerca de hechos reales o imaginarios que viven como insultos o rechazos. Generalmente son remilgosos, atildados, excesivamente pulcros con tendencia a la misofobia (temor a contagios y gérmenes), parsimoniosos y hasta solemnes, sin sentido del humor, gazmoños, hipócritas en su falsa modestia y habitualmente son descritos por



sus madres como hijos modelo. Tienden a no poder expresar sus sentimientos por lo que parecen fríos y distantes y evidencian su inmadurez emocional".

Engel (1955), abunda en los rasgos atesoradores de estos enfermos y los describe como obsesivos y compulsivos, sin que el cuadro llegue a constituirse en una neurosis de obsesión-compulsión. En psicoterapia, aparecen los siguientes rasgos atesoradores: evitan el empleo de palabras "sucias" aunque unos cuantos pueden presentarse sucios, desaliñados y descuidados. Los enfermos se muestran preocupados con las heces fecales; son muy sensibles a cualesquier actitud de rechazo o de hostilidad y se mantienen distantes y altivos, fríos y hasta soberbios y prepotentes... mas, siempre dependientes, con escasa capacidad tanto para tolerar la frustración, como para asumir responsabilidades. Señala (p. 233), que es muy poco probable encontrar entre los enfermos de colitis ulcerosa, a alguien que hubiese alcanzado mucho éxito económico-social antes de la aparición de sus síntomas.

Engel señala aspectos negativos del carácter receptivo que también presentan estos enfermos: algunos dedican mucho esfuerzo en evitar el repudio, por lo que se muestran conciliadores, sumisos, respetuosos y atentos, conformistas y hasta seductores; presentan (p. 234) una fijación extrema a su madre al grado de apoyarse en



esta persona clave para todo consejo y orientación, porque temer asumir iniciativas o formular planes de acción independiente.

Es consecuente que tienden a depender mucho del médico y cuando ello ocurre, resulta benéfico para el devenir de su padecimiento; pero hay quienes sólo establecen una relación superficial, en cuyo caso el pronóstico del tratamiento resulta dudoso o negativo. Si el paciente rompe la relación dependiente, hay una recaída de sus síntomas.

Engel (p. 235 s.s.) señala que en las madres predominan rasgos atesoradores y sádicos-explotadores, en sus aspectos negativos. Resulta interesante su descripción porque muestra la imagen diferente que de ellas tienen las hijas y los hijos, dada la rivalidad que se suscita entre los padres e hijos del mismo sexo y los elementos del diferente estilo de relación entre sexos opuestos. Las hijas viven a la madre como imponente, dominante, quien ejerce un control estricto y avasallador; los hijos la experimentan en su papel de mártir, con quienes ellos están en sintonía (con las necesidades, angustias y sentimientos de culpa de ellas). Ellos se someten dócil, pasiva y obedientemente a ellas, hasta a sus comunicaciones no-verbales.

Engels confirma el papel secundario del padre en la familia de estos enfermos (en realidad, este fenómeno es frecuente en la



sociedad actual). Las hijas presentan al padre como bondadoso pero pasivo y usualmente lo viyen ineficaz pero de quien se sienten encariñadas. Señalan, con cierta frecuencia y en son de queja, que él no las protegió de las agresiones de la madre. Los hijos lo describen como un ser brutal, punitivo, amenazante, vulgar y muy "macho".

Las madres han sido entrevistadas por varios observadores, quienes las describen como mujeres rígidas, inconsistentes, quienes a veces son muy permisivas y en otras, dominantes en exceso, ambiguas y carentes de las cualidades de maternalidad. Indican que carecen de datos directos acerca de los padres y sus datos indirectos señalan que entre los padres se encuentran alcohólicos y hombres inhibidos y tímidos, algunos seres excéntricos, otros con tendencias obsesiva-compulsivas y hasta psicóticos.

Lo anterior configura un binomio madre-padre en que se complementan la dureza y rigidez, (predominantemente atesoradora), con la debilidad del otro (predominantemente receptivo); ambos carentes de rasgos de maternalidad y de paternidad. Resulta evidente que los hijos nacen en un ambiente no-facilitante y confirma la necesidad de conocer (y de ser posible, objetivar) la relación de las hijas o hijos con madre y padre, de estos entre sí y cada uno de ellos con su hija o hijo, porque la trinidad lógica conforma la unidad psicológica mínima.



En 1961, Engel describe un trabajo muy interesante sobre colitis ulcerativa, donde toca el tema de la impotencia psicológica (o desvalidez) y el de la desesperanza como concomitantes significativos del síndrome (p. 326). Este es un aspecto psicológico de máxima importancia, que no debe ser olvidado en la indagación médica.

Karush et al (1969), señalan la necesidad de que la psicoterapia sea de apoyo, de catarsis y de sugerencias, que ayuden al enfermo a ser autoafirmativo, a encontrar soluciones constructivas a su situación vital desfavorable, a cambiar la calidad de sus relaciones personales y, sobre todo a tratar de vencer sus reacciones inadecuadas a la pérdida o a la amenaza de perder aquel de quien depende.

MacMahon et al (1973) nos orientan, al hacer estudios psicológicos comparativos entre enfermos con colitis ulcerativa y sus hermanos sanos. que cada ser humano es individual con sus propias características genéticas y establecen relaciones interpersonales específicas con sus padres, sus hermanos y sus congéneres. En el seno de una misma familia, algunos hijos reaccionan con sumisión y otros con rebeldía (la experiencia clínica nos enseña que algu nos establecen buenas relaciones interpersonales intra o extrafa miliares que los ayudan en su proceso de maduración e individua ción). El estudio es importante puesto que implica la necesidad



de estudiar a cada enfermo como individuo y a no limitarnos a investigar su enfermedad. Con toda razón expresó el cardiólogo Osler (Dubos: 1959, p. 123 S.): "Es mucho más importante conocer qué clase de persona padece una enfermedad, que saber únicamente qué tipo de enfermedad padece el paciente".

DESVALIDEZ Y DESESPERANZA

En la literatura gastroenterológica revisada hay trabajos que si bien no se refieren directamente a la gastroenterología, resultan sugestivos y estimulantes en nuestra comprensión del ser humano y la intensidad de su dependencia.

Schmale (1958), señala la probable relación entre quienes presentan reacciones depresivas de intensidad variable ante una separación dolorosa y la aparición de síntomas de enfermedades diversas, no sólo gastroenterológicas. Aún la fantaseada pérdida de una persona muy significativa, puede inducir una sensación de desvalidez o de impotencia psicológica (helplessness) y/o de desesperanza. Recalca que con cierta frecuencia carece de precisión la relación causa-efecto, sin aclarar que el efecto puede resultar tardío. El psicoanálisis nos ha enseñado que si una causa no presenta relación inmediata con el efecto, es por la interferencia de los mecanismos psicológicos de defensa del individuo,



que mantienen inconscientes los hechos que tienden el puente de enlace; nos enseña que con el tiempo, paciencia, nuestro interés persistente y la confianza que llegamos a merecer de nuestro paciente, podremos trascender las defensas y enlazar causa y efecto con mayor claridad.

TRATAMIENTO:

ABORDE INICIAL: Al abordar el médico a sus pacientes, es importante que no olvide que la psique es dinámica, nunca estática y que en el ser humano siempre están presentes dos tipos de motivaciones expresadas en la totalidad de su ser y de su quehacer, por lo que se transmiten en su comunicación sea ésta verbal o no verbal:

- 1.- Motivaciones conscientes*: Son aquellas de las cuales tenemos conocimiento; revelan intencionalidad, propósito, objetivos; revelan estados de ánimo, tanto los que queremos mostrar como algunos que queremos ocultar; se manifiestan en nuestras actividades sean éstas voluntarias o realizadas en contra de nuestra voluntad, pero que nos sentimos obligados (por deber, por compromiso...) a lle-

*De modo sistemático se ha escrito consciente e inconsciente con sc porque así lo escribe el Diccionario de la Real Academia Española que define consciente: "Que siente, piensa, quiere y obra con conocimiento de lo que hace". En tanto que conciencia (sólo con C) "Conocimiento interior del bien que debemos hacer y de el mal que debemos evitar".



var a cabo. Nuestra comunicación verbal es predominantemente consciente.

2.- Motivaciones inconscientes: Son aquellas que desconocemos; son el fruto de todo aquello que hemos reprimido por ser contrarios a los requerimientos de la sociedad en que vivimos, inusuales en el seno familiar y que hemos tenido que ocultar, ignorar, para poder sobrevivir desde neonatos, a través de nuestra infancia y que perduran hasta nuestra edad adulta. Aquello de lo que somos inconscientes, oculta lo mejor y lo peor de nuestro ser (no sólo lo peor como lo pensó Freud, quien consideró que la liberación de las fuerzas del Id, eran contrarias a la sociedad y a la cultura y por ello debían sublimarse por necesidad). Reprimimos nuestras tendencias destructivas y nuestras tendencias constructivas; reprimimos nuestro anhelo de libertad e independencia, nuestra capacidad de amar, de ternura, tolerancia y humildad, aunque hablamos de todo ello, pero sólo de dientes para afuera; inclusive reprimimos nuestra religiosidad en nombre de la vida, seamos o no teístas, pertenezcamos o no a una religión organizada; reprimimos nuestro anhelo de Ser lo que está a nuestro alcance en potencia y lo sustituimos por Tener.

Son inconscientes los mecanismos de defensa que nos permi



ten sobrevivir en ambientes no-facilitantes, porque debemos ignorar todo aquello que nos amenace, como la soledad, el aislamiento, el ostracismo en el grupo familiar y en el social, que se vive como un dejar de ser.

Parte de nuestra comunicación verbal (como lo mostró Freud (1901), en su obra "Psicopatología de la vida cotidiana"), y una parte considerable de nuestra comunicación no verbal es inconsciente.

Para conocer la vida interior de nuestros enfermos, es necesario abordarlos con toda sencillez, con interés humano y objetividad; es comunicar nuestra necesidad de saber quiénes son y cómo viven para así poder conocerlos y ayudarlos. Son contados los casos que se rehusan; otros inician sus relatos con titubeos, presentando un esquema muy general que podremos ir rellenando con preguntas pertinentes conforme nos demos la ocasión en consultas sucesivas; aún otros están prestos para volcar sus pesares, angustias y conflictos. A todos ellos les precisaremos, con anterioridad, el tiempo que disponemos para ellos y les pediremos su paciencia para irlos conociendo poco a poco.

En todo momento debemos recordar que la "verdad" a la cual llegaremos con nuestros enfermos, es una "verdad dialógica", en consen



so, común para los dos. Nuestra verdad (como médicos) carece de valor en tanto no es compartida plenamente por el enfermo; así podremos comenzar a objetivar y valorar la situación actual sin sentimentalismos, explicaciones irracionales, ni justificaciones y buscar con ellos las opciones racionales posibles.

Siempre es pertinente preguntar si ha habido algún evento significativo o algún cambio importante en su vida, anterior a la aparición de su sintomatología (no pretendemos construir un determinado causa-efecto; pretendemos conocer aquellos factores "estresantes", coadyuvantes del proceso de enfermedad: divorcio separación, pérdida del empleo, muerte de algún ser querido...).

Además de lo anterior, en nuestra indagación debemos preguntar tres sucesos esenciales:

- 1.- Que nos relaten un día promedio común y corriente, señalando la hora habitual de levantarse (sabemos que nuestras actividades varían día con día, por ello pedimos un día promedio).
- 2.- Que nos relaten un domingo o día promedio de descanso, comenzando por la hora habitual a que se levantan.
- 3.- Pedimos que nos relaten tres recuerdos de su infancia, los que ellos escojan libremente. Con frecuencia



preguntan si deseamos recuerdos agradables o desagradables e insistiremos que ellos relaten los que ellos deseen.

De estos tres sucesos, nos interesa tanto lo que dicen, con qué talante lo dicen, así como lo que omiten; a quién mencionan y a quién olvidan. Lo que omiten y a quiénes olvidan es importante, porque nos permite ir vislumbrando las áreas conflictivas del paciente; esto conduce la indagación de lo que vamos conociendo a lo que aún nos es desconocido.

Ejemplo: A principios de 1984 se internó un joven ingeniero en el Instituto Nacional de la Nutrición Dr. Salvador Zubirán, cuyos diagnósticos fueron:

1.- "Enfermedad ácido-péptica:

- a) Úlcera duodenal
 - Historia de sangrado (sic)
- b) Úlcera gástrica
 - Cicatrizada
- c) Investigar gastrinoma

II.- "Neurosis de ansiedad"

J.A. es un hombre joven, suspicaz a la vez que amable y coopera



dor. Estuvo tenso y nervioso durante la entrevista. Nos relata que se graduó de ingeniero civil en 1976 y viajó al extranjero, donde obtuvo su Maestría. No aceptó un puesto en el Departamento del D.F., porque sus hermanos mayores le ofrecieron uno en su compañía constructora, donde sigue trabajando. "La gente cree que no he hecho méritos porque estoy con mis hermanos. Es uno el chícharo; yo me he sentido explotado porque me prometieron hacerme socio y no han cumplido; dicen que el negocio va mal". Al graduarse, sus hermanos le ofrecieron un trabajo de medio tiempo con un sueldo de \$3000.00 al mes, por lo que buscó trabajo en otra compañía donde le pagarían \$5000.00; sus hermanos le igualaron el sueldo y trabajó con ellos. Niega sentir miedo de no trabajar con sus hermanos; alega que siempre lo han atraído con el señuelo de hacerlo socio, lo cual nunca ha ocurrido.

A la fecha de su encame, recibe un sueldo promedio de cien mil pesos mensuales libres de impuesto y tiene un horario flexible de trabajo: de 9:30 ó 10:00 a 15:00 y de 18:30 ó 19:00 hasta las 22:00 hrs. Antes de su enfermedad comenzó a trabajar los domingos, en la misma compañía, para aumentar sus ingresos.

Es el tercero de 4 varones; sus dos hermanos son 15 y 13 años mayores que él y son dueños de la constructora.



Tuvo relaciones sexuales pre-matrimoniales con su esposa y dice estar muy contento con ella quien es "cariñosa, suave y muy apasionada... Me tranquilizo cuando ella está conmigo". A preguntas directas, nos aclara que ella padece "ardor vaginal" a la penetración antes y después de su parto. Sólo vive el producto de su segundo parto y el niño tiene 5 meses de edad en el momento de su encame.

Nada nos relató de sus padres.

Acontecer de un día común y corriente:

"Como a las 8:00 u 8:30 a.m. me levanto, juego con el bebé, desayunamos juntos, me baño, me voy a trabajar. Regreso, como, me duermo una siesta y me voy a trabajar. El horario ha sido muy cómodo; lo que me afecta son los problemas y disgustos que tengo con los obreros, no las horas de trabajo. Regreso a mi casa, veo la televisión, cenamos y nos dormimos. Cuando llego, el bebé ya está dormido".

Acontecer de un día de descanso:

"Me levanto a las 10:00 ó 10:30 a.m., a las 12:00 me iba a las ventas y regresaba como a las 18:00 ó 19:00 hrs. Soy el único que está en ventas."



Recuerdos infantiles:

1.- "Me caí de un triciclo"

2.- "Me gustaba andar en bicicleta pero nunca me compraron una porque yo vivía en Insurgentes y era muy peligroso; pero el fin de semana andaba con mis primos que vivían (en una zona residencial)... Mi mamá me llevaba a Chapultepec a andar en bicicleta".

3.- "De chicos mi papá consentía a mi hermano menor. Yo le decía que por qué lo consentía, él decía que porque yo era muy bravo y me defendía solo y en cambio él era débil. El es dos años menor que yo".

Aspectos Psicodinámicos:

J.A. es un individuo tenso y muy angustiado que sólo atribuye su conflictiva a sus problemas de trabajo (es supervisor de construcción), por la irresponsabilidad e incumplimiento de los obreros. ¿Cómo puede controlar una obra presentándose de las 9:30 ó 10:00 hrs. hasta las 15:00 hrs? ¿Cómo se permite dormir una siesta tan prolongada?. Lo primero sugiere irresponsabilidad y probable resentimiento y lo segundo parece una fuga de la realidad.

Es indudable su resentimiento contra sus dos hermanos mayores porque no lo han hecho socio y la manipulación de estos resulta evidente (de acuerdo con el relato de J. A.). ¿Por qué



trabaja con ellos? ¿Qué sentido tuvo el hacer la Maestría que no aplica?, Comprobó que puede obtener mejores ingresos trabajando con extraños... ¿Por qué no busca trabajo fuera de la compañía?. El se justifica, diciendo que no se va porque un día lo harán socio (?); su horario es cómodo (!) y ha podido construir su casa (ésto parece implicar pasividad y dependencia).

A ello se agrega que las relaciones sexuales con su esposa parecen no muy satisfactorias y el ardor vaginal que ella padece parece indicar que ella no se excita; no es probable que ella sea tan apasionada como él dice. El relato de su día común y corriente, en tanto omite hablar de su esposa, implica alguna conflictiva psicológica con ella. Como lo relató, parecería que desayuna con su hijo y éste es el único centro actual de su vida. Ahora que en el relato de su día de descanso ni menciona a su esposa ni a su hijo. Hay mucho que aclarar de su relación intrafamiliar, al parecer no muy grata, la cual, de modo indirecto, puede estimular su pasividad, su dependencia y su resentimiento, además de que implica temor a una confrontación directa con su esposa y parece que no se atreve a aclarar lo necesario con valentía moral.

El primer recuerdo de su infancia sugiere inseguridad y soledad; sugiere ausencia de apoyo y ayuda. (Hay que recordar que ésta es su perspectiva actual y no necesariamente representa la reali-



dad pasada).

El segundo recuerdo sugiere a un sujeto insatisfecho con lo que sus padres le pudieron dar; parece justificar que no tuviese bicicleta propia, pero hasta el momento actual, sólo lo parece. Sugiere que su madre era la única quien se ocupaba un poco de él, al llevarlo a Chapultepec a pasear en bicicleta.

En el tercer recuerdo parece inculpar al padre de favoritismos e implica cierta burla del padre hacia él, porque nada de su historia actual habla de un hombre valiente capaz de defenderse sólo.

Se debe tomar nota del hecho de que en los recuerdos infantiles que relató no hace mención alguna de sus dos hermanos mayores y que parece favorecer a su madre e inculpar al padre. Resulta claro que éstos datos deben ser revisados y ampliados al mismo tiempo que se vaya ahondando en la verdadera relación con su esposa, tan ausente en los relatos de su vida cotidiana y dominical.

Esta entrevista implica que se trata de un hombre con una orientación de carácter básicamente receptivo (pasividad, dependencia, probable cobardía moral, sin esfuerzo autoafirmativo aparente), con rasgos de carácter explotador (exigente y demandante de ser socio, sin realizar un trabajo consistente, responsable, ni esforzado),



quien parece estar poco en relación con su esposa y sólo juega con su hijo. Sus rasgos de carácter atesorador no son aparentes por ahora, si es que los tiene.

El material obtenido, en esta entrevista de una hora, no nos permite afirmaciones más precisas, sólo ideas, sugerencias e implicaciones probables. Entrevistas sucesivas permitirían una mayor precisión y la posibilidad de rectificar o de ratificar los datos. *

Se debe aclarar que si bien el material descrito requirió una entrevista de una hora aproximadamente, no es necesario obtenerlo todo de una sola vez; se puede ir obteniendo en consultas sucesivas.

Por lo anterior, resulta evidente que al principio nada se puede ni se debe afirmar de los conflictos esenciales del enfermo; comenzamos a conocerlo y podemos tener la paciencia necesaria para ir incrementando nuestros conocimientos. Podemos inquirir, aclarar, sugerir, plantear nuestros pensamientos para intercambiar ideas y juntos buscar aquello que sea válido para los dos. En este proceso vamos objetivando situaciones, desvaneciendo mistificaciones irraciona

*Nosotros nos auxiliamos con el relato de sus sueños repetitivos, otros sueños y pesadillas evocados, para ir confirmando lentamente nuestra valoración. Este material no se incluye, porque la comprensión de los sueños constituye un trabajo aparte y requiere instrucción detallada.



les y se irán precisando conflictos y problemas, permitiendo así que aparezcan nuevas opciones probables... o serán de tal magnitud las defensas que se cierran todas nuestras vías de indagación; en este caso será preciso solicitar una interconsulta (con el permiso necesario del enfermo), para que gastroenterólogo y psicoterapeuta puedan discutir amplia y suficientemente la nueva información recabada.

PSICOTERAPIA:

La psicoterapia es siempre conveniente y es el coadyuvante del tratamiento médico indicado.

El aborde inicial es ya un principio del diálogo humano, psicoterapéutico, que se amplia en las consultas sucesivas hasta que el cuadro global de las experiencias existenciales del enfermo se vayan haciendo aparentes. Desde el aborde inicial, el gastroenterólogo tiene a su alcance tres posibilidades psicoterapéuticas:

- 1.- La catarsis: es la expresión de sentimientos hasta entonces reprimidos o controlados, que el enfermo no ha exteriorizado con persona alguna; es poder confiar nuestros sentimientos y compartirlos en un acto que tranquiliza y conforta. Lo usual es que sea una expresión con llanto o



con ira; el cuidado que se debe tener es que el médico; como ser humano, se permita a sí mismo sentir, si dichas manifestaciones parecen genuinas o contienen elementos de manipulación: las llamadas "lágrimas de cocodrilo" que sirven para obtener ventajas (como algunas lágrimas con motivo de un exámen escolar o académico o para seducir). Si nos lo permitimos, podremos aprender a distinguir el llanto genuino de dolor o congoja, del llanto superficial, manipulador y/o seductor. La ira también puede ser genuina, porque el enfermo ha comprendido algo importante, o puede ser artificial y utilizada para intimidar al médico o para manipularlo.

Hay un hecho que debe recordarse: toda expresión de ira, coraje, rencor o resentimiento ocultan sentimientos de impotencia psicológica y/o miedo. Frente a cualesquier arrebatos de ira, resulta importante buscar el miedo o la impotencia psicológica subyacente, lo cual resultará ilustrativo. La indignación es un proceso diferente, puesto que expresa el desacuerdo personal contra algún hecho o acto no-ético, inmoral.

2.- El apoyo: Se basa en la confianza paulatina que el enfermo nos otorga y representa la aceptación de la autoridad racional del médico. El apoyo que brindamos y que conquistamos con nuestro interés humano, nuestra objetividad profesional



y nuestra paciencia, es de gran importancia para el enfermo, quien puede así no sentirse solo, aislado, encerrado en sus propias tribulaciones. Este elemento de solidaridad no debe menospreciarse, puesto que la confianza que se nos otorga, es fuente de fé y de esperanza (hemos visto los efectos nocivos del desaliento y de la desesperanza). El ser humano necesita la fé racional y la esperanza para poder enfrentar las múltiples vicisitudes de la vida actual; son estímulos psicológicos de enorme importancia que no deben ser minimizados. El apoyo que brindamos por la confianza que merecemos, la podemos medir hasta cierto punto, por el cuidado con que siguen nuestras indicaciones. Si no siguen nuestra prescripción, es importante indagar los motivos posibles, con paciencia y objetividad,

No podemos olvidar que prevalecen en nuestra sociedad (y no sólo en la mexicana), los aspectos negativos de los caracteres receptivo y explotador, por lo que las tendencias masoquistas y sádicas son frecuentes; ello puede inducir al médico a adoptar actitudes autoritarias, dictatoriales, no humanitarias, ni de comprensión ni de tolerancia. El resultado puede parecer adecuado en algunos casos, pero a la larga, el propio médico pierde sus opciones al desarrollo óptimo



de sus potencialidades y, de manera inconsciente, llevará esta misma actitud autoritaria a su hogar; seguirá estimulando el autoritarismo dictatorial en vez de promulgar la autoridad racional, única solución para el caos sea personal o social.

3.- La manipulación del ambiente: Consiste en la intervención del médico ante la familia de su enfermo y otras figuras significativas del entorno de éste (profesores, entrenador...) para lograr su apoyo, su comprensión y su participación en los objetivos de la terapia. El conocer a estas personas significativas resulta importante, puesto que nos permite rectificar o ratificar la impresión que tenemos de las experiencias existenciales de nuestro enfermo. Esta intervención siempre debe contar con la presencia del interesado para evitar suspicacias y malos entendidos. Nuestro compromiso es siempre con el enfermo, aunque ello no debe impedir nuestra objetividad, lo que nos puede llevar a rectificar nuestras impresiones, cuando ello se imponga.

Lisansky y Shochet (1967) proponen otra metodología para el abordaje psicoterapéutico de los enfermos que resulta interesante y cuya lectura es de sugerirse. Lo importante no es cuál metodología



conviene o resulte mejor, lo indispensable es contar con una metodología cuyas bondades podamos explorar y constatar, lo que nos permite tener una base firme, sobre la cual podemos efectuar las modificaciones que la experiencia nos vaya imponiendo.

Propriety of the Erich Fromm Document Center. For personal use only. Citation or publication of material prohibited without express written permission of the copyright holder.

Eigentum des Erich Fromm Dokumentationszentrums. Nutzung nur für persönliche Zwecke. Veröffentlichungen – auch von Teilen – bedürfen der schriftlichen Erlaubnis des Rechteinhabers.



BIBLIOGRAFIA

- 1.- Abraham, Karl. (1927): "Selected paper on psychoanalysis"
The Hogarth Press. Fifth impression
1954. London.
- 2.- Ackerman, Nathan, (1958): "The psychodynamics of family life:
Basic Books, Inc. N.Y.
- 3.- Alexander, Franz, (1946): "The proceedings of the Third Psychotherapy Council". Institute for
Psychoanalysis. Chicago.p.p. 20-68.
- 4.- Almy, Thomas. (1951): "Experimental studies on the irritable
colon". American Journal of Medicine. Vol. 10 p.p. 60-67.
- 5.- Almy, Thomas. (1973): "The gastrointestinal tract in man
under stress", en Sleisenger, M.H.
y Fordtran, J.S. "Gastrointestinal
Disease". W.B., Saunders, Philadelphia. p. 3-12.
- 6.- Almy, Thomas, (1980): "The irritable bowel syndrome: back
to square one". Digestive Diseases
and Sciences. Vol. 25 No. 6 p.p.
401-403.
- 7.- Avery, F.J. y Godding,
E.W. Editors (1972): "Management of constipation"
Blackwell Scientific Publications.
Oxford.
- 8.- Balint, Alice (1939): "Love of mother and mother- love!"
International Journal of Psycho-analysis. Vol. 30. 1949, p.p. 251-259.
- 9.- Bowlby, John (1969): "Attachment and Loss"
Vol. I. Basic Books Inc., Publishers.
New York.
- 10.- Bruch, Hilde (1978): "The golden cage: the enigma of anorexia
nervosa". Harvard University
Press. Cambridge. Mass.
- 11.- Brugmann, Annemarie
(1985): "Comunicación personal: Un caso de
anorexia nervosa"
- 12.- Buber, Martin (1942): "¿Qué es el hombre?". Brevario. Fon



FROMM-Online

- do de Cultura Económica. Ocatava re-impresión. 1974. México.
- 13.- Cobb, Stanley (1950): "Emotions and medicine", W.W. Norton and Co. Inc. N.Y.
- 14.- Cohen, Rebeca, et al (1984): "Parenthood: a psychodynamic perspective". The Guilford Press. N.Y.
- 15.- Dubos, René (1961): "Mirage of health". Anchor Books. Doubleday and Co., Inc. N.Y.
- 16.- Engel, G.L. (1955): "Studies of ulcerative colitis III: The nature of the psychologic processes", American Journal of Medicine. Vol. 19 p.p. 231-256.
- 17.- Engel, G.L. (1961): "Biologic and psychologic features of the ulcerative colitis patient". Gastroenterology Vol. 40 No. 2 p.p. 313-322.
- 18.- Feldman, Fred et al. (1967): "Psychiatric study of a consecutive series of 19 patients with regional ileitis". British Medical Journal. Vol. 4 p.p. 711-714
- 19.- Freud, Sigmund (1901): "The psychopathology of everyday life" Standard Edition Vol. VI. The Hogarth Press. First impression 1960. London.
- 20.- Freud, Sigmund. (1905): "Three essays on the theory of sexuality". Standard Edition, Vol. VII p. p. 125-230. The Hogarth Press. First Edition. 1953. London
- 21.- Freud, Sigmund (1908): "Character and anal erotism", Standard Edition, Vol. IX. The Hogarth Press. 1959. London
- 22.- Fromm, Erich. (1941): "Escape from freedom. Rinehart and Co., Inc, N.Y.
- 23.- Fromm, Erich. (1947): "Man for Himself" Rinehart and Co. Inc, N.Y.
- 24.- Fromm. Erich (1951): "The forgotten language". Rinehart



- and Co. Inc. N.Y.
- 25.- Fromm, Erich. (1955): "The sane society". Rinehart and Co. Inc. N.Y.
- 26.- Fromm, Erich, (1956). — "The art of loving". Harper & Brothers, Publishers, N.Y.
- 27.- Fromm, Erich. (1964): "The heart of man". Harper & Row, Publishers. N.Y.
- 29.- Fromm, Erich. (1967): "Conciencia y sociedad industrial" en "La sociedad industrial contemporánea. Recopilado por Siglo XXI Editores, S.A. México p.p. 1-15.
- 30.- Fromm, Erich. (1970): "The crisis of psychoanalysis" Holt Rinehart and Winston. N.Y.
- 31.- Fromm, Erich. (1970 b): "The Oedipus Complex: comments on the case of little Hans" en "the Crisis of Psychoanalysis". Holt, Rinehart & Winston. N.Y. p.p. 69-78.
- 31.- Fromm, Erich. (1979): "Greatness and limitations of Freud's thought". Harper & Row, Publishers'. N.Y. 1980.
- 32.- Guntrip, Harry. (1968): "Schizoid phenomena, object-relations and the self". The Hogarth Press, Third impression. 1977.
- 33.- Halmi, K.A. et al (1981): "Binge-eating and vomiting: a survey of a college population". Psychological Medicine Vol. II p.p. 697-706.
- 34.- Harrison, G.P. y James I. (1984): "New hope for binge-eaters" Harper & Row, Inc. N.Y.
- 35.- Herts, D.G. y Rosenbaum, M. (1977): "Gastrointestinal disorders" en "Psychosomatic Medicine" editado por Wittkower, E.D. y Warnes, H., Harper & Row. N.Y.
- 36.- Hislop, I.G. (1971): "Psychological significance of the irritable colon syndrome". Gut. Vol. 12 p.p. 452-457.



- 37.- Jerzy, George B. (1975): "Gastric Mucus and mucosal injury" Mayo Clinic Proceedings Vol. 50 p. p. 530-531.
- 38.- Jinich, Horacio. (1973): "Factores psicosociales en la etiología de la úlcera péptica en mujeres". Gaceta de México. Vol. 105, No. 3 p.p. 269-277.
- 39.- Jinich, Horacio. (1980): "Aspectos psicológicos de las enfermedades digestivas", en Villalobos P. Jesús, "Gastroenterología". Vol. 1, Editor Francisco Méndez Oteo. 1a. edición, México.
- 40.- Jinich, H. y Ramos C. (1957): "Trastornos funcionales del tubo digestivo". Revista de Investigaciones Clínicas. Vol. 9 p.p. 483-503, México.
- 41.- Karush, A. et al (1969): "The response to psychotherapy in chronic ulcerative colitis: II factors arising from the therapeutic situation" Psychosomatic Medicine Vol. XXXI No. 3 p.p. 201-206.
- 42.- Kempe, H., et al. (1962): "The battered child syndrome". J.A. M.A. Vol. 181 No. 1 p.p. 105-112.
- 43.- Kersenobich, David. (1986): "Comunicación Personal".
- 44.- Kim, Y.S., et al. (1967): "Cell proliferation during the development of stress erosions in mouse stomach". Nature Vol. 215, p.p. 1180-1181.
- 45.- Kohut, Heinz, (1979): "The two analyses of Mr. Z". International Journal of Psycho-analysis. Vol. 60 No. 3 p.p. 7-27.
- 46.- Lawdenslager, M.L. et al. (1983): "Coping and inmunosuppression: inescapable but not escapable shock suppress lymphocyte proliferation". Science Vol. 221. p.p. 568-570.
- 47.- Lavenkron, Steven. (1978): "The best little girl in the world". Contemporary Books Inc. Chicago.



- 48.- Lichtenberg, Joseph. (1971); "The development of the sense of self", Journal of the American Psycho-analytic Assn. Vol. 23 p.p. 453-484.
(1975):
- 49.- Lichtenberg, Joseph. (1975): "Factors in the development of the sense of objects" Journal of the American Psycho-analytic Assn. Vol. 27 p.p. 375-386.
- 50.- Lichtenberg, Joseph. (1975): "Implications for psychoanalytic theory of research on the neonate" International Review of Psychoanalysis Vol. 8 p. 35-52.
- 51.- Lichtenberg, Joseph. (1983): "Psychoanalysis and infant research". The Analytic Press. London.
- 52.- Lipkin, Mack. (1969): "Functional or organic: a pointless question" Annals of Internal Medicine. Vol. 71 No. 5 p.p. 1013-1017.
- 53.- Lisansky E.T. Y Shochet B.R. (1967): "Comprehensive medical diagnosis for internist: a modification of the associative anamnesis of Deutsch". Medical Clinics of North America. Vol. 51, No. 6 p.p. 1381-1397.
- 54.- Lisker, R. et al. (1984): "Deficiencia de lactasa y el síndrome de colon irritable" Revista de investigaciones Clínicas (México), Vol. 36 p.p. 21-22.
- 55.- Margolin, Sydney, (1951): "The behavior of the stomach during psychoanalysis", Psychoanalytic Quarterly. Vol. 20 p.p. 349-369.
- 56.- Mc Henny, T., et al (1963): "Unsuspected trauma with multiple skeletal injuries during infancy and childhood". Pediatrics Vol. 31 No. 6 p.p. 903-908.
- 57.- Mc Mahon, A. et al (1973): "Personality differences between inflammatory bowel disease patients and their healthy sibilings". Psychosomatic Medicine Vol. 35 No. 2 p.p. 91-103.



- 58.- Mendeloff, A., et al. (1970) "Illness experience and life stresses in patients with irritable colon and with ulcerative colitis". The New England Journal of Medicine Vol. 282 No. 1 p.p. 14-17.
- 59.- Mirsky, A.J. (1958): "Physiologic, Psychologic and Social determinants in the etiology of duodenal ulcer". American Journal of Digestive Disease Vol. 3 No. 4 p.p. 285-314.
- 60.- Mittelmann, B. y Wolff, H. (1972): "Emotions and gastrointestinal function". en "Psychosomatic classics" S. Krager A.G. Basilea p.p. 109-139.
- 61.- Palazzoli, Mara (1978): "Self-starvation" Jason Aronson, N.Y.
- 62.- Paulley, J.W. (1950): "Ulcerative colitis: a study of 173 cases", Gastroenterology Vol. 16 No. 3 p.p. 566-576.
- 63.- Philips, John (1984): "Eve: the history of an idea: Harper & Row, Publishers, San Francisco.
- 64.- Porter, R.W. et al (1958): "Some experimental observations on gastrointestinal lesions in behaviorally conditioned monkeys". Psychosomatic Medicine. Vol. XX No. 5. p. 379-394.
- 65.- Rees, W.D. y Lutkins, S.G. (1967) "Mortality of bereavement". British Medical Journal Vol. 4 p.p. 13-16.
- 66.- Sandler, J. y Dare C. (1970). "The psychoanalytic concept of orality" Journal of Psychosomatica Research. Vol. 14 p.p. 211-222.
- 67.- Schale, Arthur. (1958): "Relationship of separation and depression to disease" Psychosomatic Medicine Vol. XX No. 4 p.p. 259-277
- 68.- Shorter, R.G. et al (1972): "A working hypothesis for the etiology and pathogenesis of non-specific inflammatory bowel disease", Di



- gestive Diseases, Vol, 17 No, 11, p, p. 1024-1032.
- 69.- Sigerist, H.E. (1946): "Civilización y Enfermedad" Fondo de Cultura Económica, México.
- 70.- Silva, Jorge. (1981): "Erich Fromm: problemas centrales del hombre: idolatria, soledad, amor" Thesis, Nueva Revista de Filosofía y Letras. Año III No. 8 p.p. 12-14 U.N.A.M. México.
- 71.- Silva, Jorge. (1985): "Hombre y enfermedad", Pendiente de publicación.
- 72.- Sperling, Melitta (1946): "Psychoanalytic study of ulcerative colitis in children" Psychoanalytic Quarterly. Vol. 15, p.p. 302-329.
- 73.- Stern, D. (1977): "The first relationship" Harvard University Press, Cambridge, Mass.
- 74.- Stine L. y Luy, A. (1952): "The effect of psychoanalysis on the cause of peptic ulcer: a preliminary report", Gastroenterology Vol. 21 No. 2 p.p. 185-211.
- 75.- Stout, C y Snyder R. (1969): "Ulcerative colitis-like lesions in Siamang Gibbons". Gastroenterology Vol. 57 No. 3 p.p. 356-361.
- 76.- Strangler, R.y Printz A. (1980). "DSM-III: psychiatric diagnosis in a university population" American Journal of Psychiatry. Vol. 137 p. p. 937-940.
- 77.- Tohen, Marcela (1985): "Comunicación preliminar personal de una investigación sobre bulimia".
- 78.- Trevarthen, C. (1974): "Consersation with a two-month-old" New Scientist. Vol. 62 p. 230.
- 79.- Trevarthen, C. (1977): "Descriptive analysis of infant communicative behavior" en "Studies in Mother-Infant interaction" Academic Press, London p.p. 227-270.



- 80.- Wangel A. y Deller D. (1965): "Intestinal motility in man: III mechanism of constipation and diarrhea with particular reference to the irritable colon syndrome". Gastroenterology Vol. 48 No. 1 p.p. 69-84.
- 81.- Weiner, H., et al, (1957): "Etiology of duodenal ulcer: I relation of specific psychological characteristics to rate of gastric secretion (serum pepsinogen)", Psychosomatic Medicine. Vol. XIX No. 1. p.p. 1-10.
- 82.- Weissman, Avery, (1956): "A study of the psychodynamics of ~~psychosomatic~~ duodenal ulcer exacerbation". Psychosomatic Medicine. Vol. XVIII p. p. 2-42.
- 83.- Whitehead, W., et al, (1980): "Irritable bowel syndrome: physiological and psychological differences between diarrhea predominant and constipation-predominant patients". Digestive Diseases and Sciences. Vol. 25 No. 6 p.p. 404-413.
- 84.- Whybrow, P., et al, (1968): "Regional ileitis and psychiatric disorder", Psychosomatic Medicine Vol. XXX No. 2 p.p. 209-221.
- 85.- Winnicott, D. (1965): "The maturational process and the facilitating environment", The Hogarth Press. Third impression 1976 London.
- 86.- Wright, Ralph (1970): "Ulcerative colitis", Gastroenterology, Vol. 58 No. 6 p.p. 875-897.

