



UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA

Facultad de Psicología y Relaciones Humanas

Tesis de Grado

Funcionamiento Afectivo en Pacientes con Enfermedades Autoinmunes

Presentada por

Isabel Gasperini

Título a obtener

Licenciatura en Psicología

Directora de Tesis

Lic. Mónica Czerlowski

Junio: 2012

Agradecimientos

Quiero agradecer a todas las personas que me ayudaron para llegar a este momento.

A mis amores, Leandro y Micaela por comprender mis tiempos.

A Pablo, por acompañarme y apoyarme en todos mis proyectos.

A mi madre, por estar en cada paso de mi vida.

Un agradecimiento especial para mis tutoras.

Lic. Mónica Czerlowski ¡gracias por estar siempre!, por haberme enseñado, acompañado y aconsejado, hasta último momento.

Lic. Mirta Pagola, gracias por estar pendiente, por el compromiso.

Le agradezco especialmente a la Dra. Carmen Lessa (Jefa del Servicio de Inmunología del Hospital Durand) por aceptarme y por la confianza brindada.

¡Gracias!

A Daniela Reyes, María Laura Campana, María Laura Giménez, Marta Lauriola, María Fernanda Reyes y Valeria Alonso por ayudarme con las correcciones.

A María Cecilia Rocca mi amiga, hermana, por apoyarme hasta el final.

A Mirta Cervellini por la amistad que nos une y por haber sido el nexo para que este trabajo se lleve a cabo.

Al Lic. Ángel Elgier, por guiarme en el anteproyecto.

A la profesora Adriana Wiater, por contestar mis dudas.

A la Dra. Elida Santos, por supervisar mis notas.

Al Lic. Marcelo Pérez, le agradezco su consideración.

A mis amigas y compañeras de estudio, Roxana Illobre, Ana María Vázquez, gracias por haber compartido cada momento.

Sin dudas esta investigación, la que me propuse, busqué, esperé y logré alcanzar, fue una experiencia maravillosa, que me generó muchísimas expectativas y me brindó más de lo que esperaba. Pasé por muchos momentos buenos y no tantos. Se hizo largo el camino pero llegó a su fin; o al comienzo de esta nueva etapa en mi vida.

INDICE

RESUMEN	5
INTRODUCCIÓN.....	8
CAPÍTULO I : AUTOINMUNIDAD.....	11
Inmunología	11
Concepto.....	11
Sistema Inmune	11
Enfermedades Autoinmunes	14
CAPÍTULO II: CONCEPCIONES EN PSICOSOMATICA	22
Evolución del concepto	22
¿Qué significa el término "psicosomático"?	23
Enfermedad somática y su relación con el vínculo temprano	25
CAPÍTULO III: PROCESAMIENTO DEL AFECTO.....	28
¿De qué hablamos cuando hablamos de Afecto?	28
Mecanismos de defensa.....	29
CAPÍTULO IV: ALEXITIMIA	32
Definición	32
Rasgos esenciales	34
Rasgos accesorios	34
Alexitimia y factores socioculturales	35
Alexitimia y mecanismos de defensa.....	36

CAPÍTULO V: METODOLOGÍA.....	37
Introducción	37
El problema de la investigación	37
Diseño de la investigación	38
Selección de la muestra	38
Recolección de Datos.....	39
Instrumentos para la recolección de datos	39
CAPÍTULO VI: ANALISIS DE LOS RESULTADOS.....	46
Caso N° 1: Patricia	46
Caso N° 2: Norma	55
Caso N° 3: Marta	67
Caso N°4 Claudia	78
Caso N° 5 Susana	88
Datos socioculturales y su relación con la Alexitimia	99
Relaciones entre Mecanismos de defensa, Enunciados Identificatorios y Enfermedad autoinmune.....	100
CONCLUSIONES.....	101
DISCUSIÓN	103
BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA.....	104
ANEXO	107

RESUMEN

Nuestro sistema inmune nos protege contra diferentes enfermedades, posee la capacidad de diferenciar antígenos propios de los extraños. Cuando aparecen fallas en este mecanismo de reconocimiento, se producen trastornos que pueden conducir a enfermedades autoinmunes, tales como, Lupus Eritematoso Sistémico, Artritis Reumatoidea, Esclerodermia y otras.

Las personas que padecen estas enfermedades consideradas psicósomáticas, presentan Alexitimia (Sivak & Wiater 2006) conocida literalmente como la imposibilidad de verbalizar afectos. Unlik & Czerlowski (2002) sostienen que además pueden coexistir distintas maneras de procesarlos.

La presente investigación tiene como objetivo principal abordar el estudio del funcionamiento afectivo en pacientes con enfermedades autoinmunes.

Es un trabajo no experimental de corte longitudinal. Se basa en la teoría psicoanalítica. Toma en cuenta tres categorías centrales: hechos vitales, funcionamiento afectivo, enfermedad autoinmune.

La población estudiada está integrada por 5 personas de sexo femenino entre 41-62 años; con diagnóstico de enfermedad autoinmune, que concurren para su atención a un hospital, ubicado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Como instrumento de análisis se utiliza un cuestionario semidirigido para revelar datos significativos de la historia vital.

Se evalúa el funcionamiento afectivo a través del instrumento de procesamiento afectivo. (Ulnik & Czerlowski et al).

Para analizar la presencia o ausencia de alexitimia se utiliza la escala de alexitimia. (UBA) de Casullo, Wiater y Maristany (1997).

Se obtiene como resultado que los integrantes de la muestra tienen en común historias de vida con hechos significativamente dolorosos, que preceden cronológicamente a la aparición de la enfermedad autoinmune.

Se observa además, que el modo de funcionamiento afectivo de estas personas está signado por la utilización de mecanismos de defensa con marcado predominio de los denominados negadores, tales como: desmentida, negación y supresión del afecto.

Con respecto a los niveles de alexitimia, podemos afirmar que existe prevalencia de la misma en pacientes con enfermedades autoinmunes.

Palabras claves: Hechos vitales-Funcionamiento Afectivo-Enfermedad Autoinmune

Abstract

Our immune system protects us against various diseases, it has the ability to distinguish self antigens from foreign ones, when failures occur in this recognition mechanism, there are conditions that can lead to autoimmune diseases such as systemic erythematosus lupus, rheumatoid arthritis, scleroderma and others.

The people who suffer from these illnesses considered psychosomatic, have Alexithymia (Sivak & Wiater 2006) known literally as the inability to verbalize feelings. Unlik & Czerlowski (2002) argue that different ways to process these feelings may coexist.

This research aims to address the study of primary affective functioning in patients with autoimmune diseases.

The present research concerns a longitudinal non- experimental study. It is based on the psychoanalytic theory. It takes into account three main categories, life events, affective functioning, and autoimmune disease.

The study population consists of 5 female people between 41-62 years old with a diagnosis of autoimmune disease, who are assisted in a hospital located in the Autonomous City of Buenos Aires.

As an analytical tool, a semi-guided questionnaire is used to reveal a significant data on the life history.

Affective functioning is assessed through the instrument of emotional processing (Ulnik & Czerlowski et al).

To analyze the presence or absence of alexithymia, alexithymia Scale (UBA) is used Casullo, Wiater and Maristany (1997).

As a result, it is obtained that the sample members have in common life histories with significantly painful facts, chronologically preceding the onset of autoimmune disease.

It is also noticed that the affective mode of these people is marked by the use of defense mechanisms with marked predominance of denial, and suppression of affection.

With respect to levels of alexithymia, it can be said that there is prevalence of such in patients with autoimmune diseases.

Keywords: Life Events - Affective Performance-Autoimmune Disease

*“Si nada nos salva de la muerte,
al menos que el amor
nos salve de la vida”*

Pablo Neruda (1904 - 1973)

INTRODUCCIÓN

En general la población posee un amplio desconocimiento sobre las enfermedades autoinmunes. En realidad es una enfermedad grave y discapacitante. En algunos casos puede acabar con la vida del paciente.

En nuestro país actualmente existen más de tres millones de personas que no pueden acceder a un diagnóstico certero, por falta de especialistas o por falta de cobertura en sus tratamientos. Por este motivo los pacientes deambulan consultando a médicos de diferentes especialidades realizando infinidad de tratamientos antes de ser diagnosticados como enfermos autoinmunes.

Si bien la etiología de las enfermedades autoinmunes aún es desconocida, se cree que existe una predisposición genética, unida al efecto de algunos microorganismos (Virus, bacterias, etc.). Son consideradas autoinmunes: la Artritis reumatoidea, Lupus Eritematoso Sistémico, Esclerosis múltiple, Tiroiditis de Hashimoto, Síndrome de Sjögren, Enfermedad de Crohn, Esclerodermia. (Roitt, 1990).

Según las investigaciones relacionadas con el tema, los pacientes que padecen enfermedades autoinmunes son alexitímicos.

La alexitimia es considerada literalmente, como la dificultad de verbalizar afectos. Este concepto fue introducido para explicar estudios realizados en pacientes con enfermedades somáticas (Sivak, 2006). El supuesto, es que aquellas personas con poca capacidad para poder tramitar los afectos desencadenantes de situaciones vitales son más proclives a la posibilidad de padecer trastornos psicósomáticos.

En esta investigación adherimos a esta postura, pero también consideramos como otros autores (Unlik & Czerlowski, 2002) que en un mismo paciente pueden darse conjuntamente una pobre capacidad para expresar ciertos afectos, como si tuvieran una alexitimia focalizada, junto con la posibilidad de nominar otros. Además de la coexistencia de distintas maneras de procesar los afectos.

La temática del presente trabajo aborda el estudio del funcionamiento afectivo en pacientes con enfermedades autoinmunes, para lo cual tomamos en cuenta tres categorías: hechos vitales, funcionamiento afectivo, enfermedad autoinmune. Estas categorías son analizadas a través del discurso del paciente entrevistado y de la presencia o ausencia de alexitimia. Esta investigación es cualitativa de carácter exploratorio.

Se trabaja con una población de pacientes ya diagnosticados con las enfermedades anteriormente mencionadas, que concurren para su atención al Servicio de Inmunología de un Hospital, ubicado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Hemos seleccionado el tema de la presente investigación porque no se han encontrado interrelaciones entre las categorías, en trabajos anteriores relacionados con la enfermedad autoinmune. Lo que implica que se ha estudiado poco.

Creemos que es relevante para la comunidad científica en general debido a que no existe mucha bibliografía sobre el tema. Y en particular creemos, que es importante para los profesionales dedicados a la salud mental que trabajan en el área de las enfermedades psicosomáticas.

Teniendo en cuenta que algunas de las enfermedades autoinmunes forman parte de las enfermedades raras y poco frecuentes recientemente sancionadas por ley (26.689), creemos que podría ser útil para contribuir con la Asociación de Enfermedades Autoinmunes que tiene la imperiosa necesidad de ampliar y profundizar el estudio en todos los campos relacionados a estas enfermedades, para que exista más prevención y diagnóstico precoz.

Además podríamos ayudar a la población en general, ya que tal vez podamos contribuir al desarrollo de tratamientos específicos que posibiliten superar las dificultades psicológicas que traen aparejadas estas enfermedades en la vida de las personas.

Haciendo un recorrido por los antecedentes relacionados con el tema en materia de investigación podemos mencionar las realizadas en: India, (Fernández, T. y col.1989), Suiza (Smith y col.1995), Italia (Porcelli y col, 1995) Y Alemania, Hartmann, (1995 citado en Sivak&Wiater, 2006).Éstas indican que los pacientes con enfermedad de Crohn, artritis reumatoidea y colitis ulcerosa presentan niveles más altos de alexitimia, que la muestra control.

La artritis reumatoidea y los trastornos gastroenterológicos, están considerados cómo las enfermedades psicosomáticas más frecuentes presentadas en pacientes con altos niveles de alexitimia. Así lo reveló un estudio comparativo realizado en pacientes con estos trastornos, y sin ellos; efectuado en la ciudad de Buenos Aires. (Sivak&Wiater et al).

Unlik & Czerlowski (2002) sostienen que: “No hay una sino varias modalidades de procesamiento del afecto en pacientes con patologías somáticas”. Cuestionan la idea que la “personalidad psicosomática” es una sola. Que se puede definir su característica solamente a través del estudio de la expresión del afecto. Porque hay otras variables, como por ejemplo los enunciados identificatorios, que juegan un papel muy importante”. (p.133).

Esta investigación pretende contribuir con la mirada interdisciplinaria que debemos tener del paciente como profesionales de la salud mental. Creemos que ésta no depende de las teorías a las que adhiera cada miembro de la comunidad científica.

El abrir interrogantes entre la historia de vida del sujeto y su enfermedad permite no olvidarnos de considerar al ser humano de la forma más integradora y unificante posible.

CAPÍTULO I: AUTOINMUNIDAD

Inmunología

Concepto

Los seres humanos vivimos en un medio que posibilita el contacto con una importante variedad de agentes infecciosos, tales como virus, hongos, parásitos y bacterias, estos al multiplicarse sin ningún control, producirían daños en nuestro organismo, causando múltiples enfermedades que conducirían a la muerte, sino mediara una respuesta defensiva. “Son estos mecanismos de defensa, los que pueden instaurar un estado de inmunidad (del latín: inmunitas, libre o exento de) contra la infección y cuyo estudio es el objetivo de la disciplina denominada inmunología”. (Roitt, 1994, p.13).

Sistema Inmune

Nuestro sistema inmune está formado por mediadores solubles (en su mayoría moléculas proteicas) y células, que forman parte de la sangre y se organizan en tejidos y órganos linfoides, que actúan respondiendo de manera coordinada y colectiva frente a la invasión de sustancias extrañas.

Ióvine &Selva (1985) refieren que las reacciones inmunológicas pueden ser mediadas directamente por células. Casi siempre linfocitos o por factores humorales (anticuerpos).

Esta respuesta inmunológica es efectuada por el sistema inmune (células, moléculas y órganos linfoides) y puede ser natural o adquirida.

Inmunidad Natural

Este tipo de inmunidad es inespecífica y se ejerce a través de las barreras naturales que poseen los organismos vivos (piel, secreciones de la glándulas sudoríparas, sebáceas, membranas mucosas de la boca, faringe, tracto urinario) .Es decir cuando un microorganismo ingresa al cuerpo humano, la forma más sencilla de combatir la infección es impedir su entrada. Como primera línea de defensa se encuentra la piel.

La mayor parte de las bacterias que entran en contacto con la misma no sobreviven mucho tiempo debido a la acción inhibitoria directa del ácido láctico y los ácidos grasos de las secreciones sudorípara, sebácea y el ph. ácido que generan. (Roitt, 1994).

Con respecto a las otras líneas defensivas se encuentran las membranas mucosas que gracias a la secreción del moco evitan la adherencia de las bacterias a las células epiteliales .Los microbios al quedar atrapados son eliminados por la tos y el estornudo.

También debemos mencionar la acción higienizante de las lágrimas, la saliva y la orina.

Además del poder bactericida del jugo gástrico, el semen y la leche materna. (Roitt, 1994)

Inmunidad Adquirida

Es aquella que el organismo desarrolla frente a la exposición de diversas sustancias (antígenos) induciendo a la formación de una defensa específica (anticuerpos) contra las misma, evitando así diferentes enfermedades.

Antígenos

Se denomina antígeno a toda sustancia capaz de producir la formación de anticuerpos o provocar la formación de células sensibilizadas a dichos antígenos. (Ióvine, 1985).

Anticuerpos:

Los anticuerpos son inmunoglobulinas específicas para cada antígeno, y son sintetizadas por un subtipo de linfocitos denominado B. (Roitt , 1994)

El sistema inmune específico, elimina la sustancia extraña, a través de los mecanismos de la inmunidad adquirida, cada encuentro con el antígeno extraño, incrementa la defensa posibilitando respuestas más amplias y rápidas, “recuerda”, es decir se produce una memoria inmunológica.

La respuesta inmune es una respuesta colectiva y coordinada de células, moléculas y órganos linfoides.

Autoanticuerpos

El concepto de inmunidad en sus orígenes implicaba un proceso defensivo contra la invasión de agentes extraños. Desde que se demostrara la existencia de autoanticuerpos productores de enfermedades hemolíticas debió modificarse la concepción primitiva. (Ióvine, 1985). No siempre un agente extraño genera una respuesta inmune, para esto se deben cumplir ciertos requisitos que veremos a continuación.

Mecanismo de tolerancia

“Los linfocitos reconocen antígenos extraños por medio de la complementariedad de la estructura entre el receptor linfocitario y la molécula extraña.”El sistema inmune ha desarrollado un mecanismo de tolerancia tal que le hacen no responder a sus propios antígenos (Brostoff.J1991, p.4.1). El sistema inmune es capaz de reconocer antígenos extraños y propios (self), los linfocitos tienen la función de responder a muchos antígenos extraños pero no responden normalmente a los autoantígenos, es decir a las sustancias antigénicas del propio individuo. Ésta falta de respuesta inmunológica se

llama tolerancia. La tolerancia a lo propio implica un aprendizaje que realizan los linfocitos de cada individuo.

Cuando aparecen fallas en el mecanismo anteriormente mencionado, se producen trastornos en el sistema inmunitario, que pueden desencadenar una enfermedad autoinmune, este desajuste en el organismo, puede afectar solo a un tejido, a un órgano o a varios.

Los órganos y tejidos más afectados, habitualmente, son: la piel, los músculos, las articulaciones, los glóbulos rojos, otros componentes de la sangre, el sistema renal y algunas glándulas como el páncreas o la tiroides. (Fainboin, 2005).

Enfermedades Autoinmunes

Son un conjunto de enfermedades que pueden afectar a casi todos los órganos humanos, y sistemas nervioso, piel, gastrointestinal, endocrino.

Etiología

Es desconocida, pero se sabe, que participan diversos factores, incluyendo factores genéticos, ambientales, hormonales, inmunológicos. (Gómez, 2008).

Clasificación:

- Sistémicas o no específicas de órgano

Afectan a una gran cantidad de órganos, y se asocian a muchos autoanticuerpos. Y a la hiperactividad de los linfocitos B, se caracterizan por la presencia de autoanticuerpos frente a antígenos que se localizan dentro de la célula (anticuerpos antinucleares).

Lupus

Artritis

Esclerodermia

- Específicas de órgano

Los autoanticuerpos se dirigen hacia un órgano determinado, o a un tipo celular perteneciente a un solo órgano .A modo de ejemplo:

Tiroiditis de Hashimoto: afecta a la glándula tiroides.

Enfermedad de Crohn: afecta al intestino.

- Otro grupo de enfermedades que comparte características de los otros dos grupos por eso no se puede incluir ni en las sistémicas, ni en las específicas de órgano.

La cirrosis biliar primaria, el síndrome de Sjögren, hepatitis autoinmune.

Prevalencia de acuerdo al sexo

“En conjunto, las enfermedades autoinmunes atacan tres veces más a las mujeres que a los hombres. Algunas enfermedades tienen una incidencia aún mayor en las mujeres. De hecho, de los 50 millones de estadounidenses que conviven con enfermedades autoinmunes, 30 millones de personas son mujeres, según algunas estimaciones.

Las enfermedades autoinmunes se encuentran entre las diez principales causas de muerte de las mujeres menores de 65 años en los EE.UU. Además, estas enfermedades representan la cuarta causa más importante de discapacidad.

Los diferentes grupos étnicos son más susceptibles a ciertas enfermedades autoinmunes. Por ejemplo, en los grupos étnicos afroamericanos, hispanos, asiáticos e indígenas norteamericanos, las mujeres tienen de dos a tres veces más probabilidades de

desarrollar la enfermedad que las mujeres caucásicas. 9 de cada 10 personas que padecen lupus son mujeres”. (American autoimmune related diseases association 2005).

Tabla I Ratios Mujer: Hombre en enfermedades autoinmunes	
Tiroiditis de Hashimoto	10:1
Lupus eritematoso sistémico	9:1
Síndrome Sjögren	9:1
Síndrome secundario antifosfolípido	9:1
Cirrosis biliar primaria	9:1
Hepatitis autoinmune	8:1
Enfermedad de Graves	7:1
Esclerodermia	3:1
Artritis reumatoidea	2,5:1
Síndrome primario antifosfolípido	2:1
Púrpura trombocitopénica autoinmune	2:1
Esclerosis múltiple	2:1
Miastenia gravis	2:1

(American autoimmune related diseases association [AARDA], 2005)

A continuación desarrollaremos las características de las enfermedades que más encontramos en nuestra población.

Tiroiditis de Hashimoto:

Se produce una inflamación de la glándula tiroides, el mal funcionamiento, suele ocasionar hipotiroidismo. (Brostoff , 1991)

Artritis Reumatoidea

Es una enfermedad que presenta inflamación localizada en las articulaciones. (Muñecas, dedos, rodillas, tobillos, etc.) y en los tejidos próximos; aunque también pueda afectar a algún órgano. Ocasiona mucha rigidez y dolor puede producir fiebre. Con el tiempo se deforman la zona articular afectada. Además puede ocasionar inflamación en los vasos (vasculitis) y lesiones o úlceras en las piernas. También provoca sequedad de la piel y las mucosas (síndrome de Sjögren).

Otros órganos afectados pueden ser corazón y pulmones, debido a la inflamación de la pleura. Es una enfermedad frecuente 1 de cada diez personas la padecen tres veces más común en mujeres que en hombres .Al comienzo suele ocurrir tras la menarca y antes de la menopausia (Brostoff J, 1991).

Síndrome de Sjögren

Afecta a las glándulas que producen las lágrimas y la saliva lo cual acaba ocasionando sequedad en la boca, ojos y en general en todas las o mucosas.

La descripción original del oftalmólogo sueco Heinrich Sjögren era que los pacientes con artritis padecían sequedad ocular o bucal luego se demostró, eran del tipo reumatoide.

Existen tres tipos

1. Síndrome de Sjögren primario: sequedad de mucosas
2. Síndrome de Sjögren secundario se asocia a: lupus Eritematoso sistémico, Esclerodermia, Polimiositis o cirrosis biliar primaria.
3. Síndrome de Sjögren con Artritis reumatoidea. (Brostoff, 1994)

Lupus Eritematoso Sistémico (LES)

El lupus es una enfermedad autoinmune de mujeres jóvenes (preponderancia femenina en un 90%), no órgano- específica. Es sistémica es decir puede afectar especialmente la piel, las articulaciones, la sangre y los riñones, y otros órganos (Brostoff J, 1991).

Manifestaciones Clínicas

“La gran diversidad de órganos que bien de forma aislada o simultánea, pueden ser afectados en el LES, es la causa de sus numerosas y dispares manifestaciones clínicas .Por tal motivo por ser una enfermedad que evoluciona a brotes, no existe un cuadro clínico característico ni regularidad alguna en cuanto a la presentación de la enfermedad”. (Gómez ,2008.p 214)

El estrés emocional y físico, el embarazo, diversos fármacos, las infecciones intercurrentes y la luz ultravioleta de la radiación solar pueden implicarse como factores desencadenantes de un brote, o del inicio de la sintomatología clínica del LES.

Entre las manifestaciones generales inespecíficas más frecuentes del LES, se destacan la fiebre, anorexia y astenia. El paciente también suele sufrir fatiga .Además, en la mitad de los pacientes, suele aparecer una erupción en las

mejillas y en el puente nasal en forma de mariposa (puede empeorar con la luz solar y afectar a otras zonas del cuerpo).

Según la Asociación Lupus Argentina, se distinguen tres tipos de lupus: El discorde, sistémico y el inducido por drogas.

El Lupus discorde

Se limita a la piel, pudiendo aparecer una erupción en cara, nuca y pericráneo. Aproximadamente el 10% de los pacientes con lupus discoide puede derivar en sistémico. Pudiendo afectar a casi cualquier órgano o sistema del cuerpo, no existiendo prevención ni evitación para que esto suceda.

El Lupus sistémico

Es la forma más severa en la que se manifiesta la enfermedad, afecta a varios órganos y sistemas, puede ser la piel, riñones, articulaciones, sangre o los pulmones. No es habitual encontrar dos personas que padezcan de este tipo de enfermedad y cursen con los mismos síntomas. Estos se pueden manifestar por períodos cortos o largos de tiempo.

Lupus inducido por drogas: se manifiesta luego del uso de medicación recetada para otras enfermedades, tales como la hipertensión y enfermedades cardiovasculares.

Tabla de síntomas

Síntomas	
Dolores articulares (artralgias),	90%
Fiebre más de 38°C	95%
Artritis (articulaciones hinchadas)	90%
Fatiga prolongada o extrema	81%
Erupciones en la piel	74%
Anemia	71%
Compromiso renal	50 %
Dolor en el pecho al respirar(pleuresía)	45%
Erupción en forma de mariposa en las mejillas y en nariz	42%
Sensibilidad a la luz (fotosensibilidad)	30%
Pérdida de cabellos	27%
Problemas en la coagulación de la sangre	20%
Síndrome de Raynaud (cambio de color en los dedos por efecto del frío)	17%
Convulsiones o ataques	15%
Ulceras en boca o nariz	12%

(Asociación Lupus Argentina [ALUA] ,1982)

Esclerodermia

Es un término a un signo físico de engrosamiento de la piel y su fijación a los tejidos subcutáneo. Denota también la enfermedad o síndrome, (esclerosis sistémica progresiva). “Al igual que todas las enfermedades del tejido conjuntivo, las mujeres son

más susceptibles que los hombres, comenzando en la mayoría de los casos en la cuarta década de la vida.” (Brostoff, 1994, p.6.9).

Síntomas

Despigmentación, hoyuelos en el pulpejo de los dedos. (Sensibles y dolorosos).

La esclerodermia afecta varios sistemas.

Sistema vascular: fenómeno de Raynaud y enfermedad de Raynaud, lesiones vasculopatía.

Aparato digestivo: reflujo esofágico, diarrea, dilatación intestinal.

Sistema músculo esquelético: Tendinitis, contracturas.

Aparato cardiorrespiratorio, sistema nervioso, renal. (Brostoff, 1991).

El síndrome de Raynaud

Consiste en la combinación de cirrosis biliar primaria y esclerodermia; se encuentra frecuentemente asociado a otras enfermedades autoinmunes constituyendo un síndrome autoinmune múltiple. La importancia de conocer esta patología radica en la posibilidad de realizar un diagnóstico precoz de cirrosis biliar primaria la cual marcará el pronóstico del paciente. (Brostoff, 1991).

CAPÍTULO II: CONCEPCIONES EN PSICOSOMATICA

Evolución del concepto

Con el fin de poder comprender el significado del término enfermedad Psicosomática, realizaremos una breve reseña histórica de la evolución del concepto de enfermedad y su relación con la psiquis.

En el año 157 A.C. Galeno, médico romano, concebía a la enfermedad como un desorden de la naturaleza.

En el año 350 A.C. “Platón afirma que un error extendido entre los hombres es el de querer emprender separadamente la curación del cuerpo y la del espíritu. Esta postura la retomó y reelaboró el hilemorfismo de Aristóteles, según el cual, cuerpo y alma formarían una sola sustancia”. (Otero, 2004,p.1).

Según Laín Entralgo el cristianismo¹ amplió la mirada del hombre hacia la espiritualidad, y la forma de tratar al enfermo, a pesar de esto para ellos la enfermedad era solo una alteración corporal.

En 1648, Thomas Sydenham² “Si vio, claramente el papel fundamental de la personalidad y de la biografía del enfermo entre las características de las enfermedades crónicas, sin embargo cuando trataba de explicarlas, atendió únicamente a su vertiente física”. (Otero, et al.p.2).

En 1818, el psiquiatra alemán Heinroth utiliza por primera vez el término psicossomático.

¹ Siglo I-V

² Médico inglés 1624-1689

En 1837 Nasse y Jacobi ³fundamentaron en un artículo la teoría de la medicina somatopsíquica. Es decir ellos se consideraban médicos somáticos, la medicina debía tener un carácter integrador, considerando además del cuerpo, el psiquismo del enfermo. (Lolas, 1984).

Es en el siglo XX, cuando se concibe, que el término enfermedad puede referirse a una lesión anatómoclínica, o una dimensión integral de la persona teniendo en cuenta los aspectos psicológicos del individuo.

Ésta última teoría holística y dinámica se acerca a la teoría psicosomática. Convirtiéndose en un tema de interés en medicina. (Kaplan & Sadoc, 1987).

La medicina psicosomática existió a lo largo de la historia, pero a partir de Freud aparecen las primeras teorías que reconocen que existen factores emocionales que inciden en el origen de la enfermedad. (Laín Entralgo, 1950). Es decir el psicoanálisis freudiano propuso el primer modelo etiológico para explicar síntomas corporales. (Lolas, 1984, p 25).

A continuación haremos referencia a las diferentes concepciones teóricas expresadas por autores de orientación psicoanalítica.

¿Qué significa el término psicosomático”?

“Que afecta a la psique o que implica o da lugar a una acción de la psique sobre el cuerpo o al contrario”⁴.

Algunos autores cuando se refieren a enfermedades psicosomáticas, nombran la dificultad de definir el límite entre las orgánicas puras y las que no lo son, incluyendo dentro de esta clasificación a las neurosis. (Békei, 1986).

³ Médicos alemanes
⁴ Real Academia Española

Freud expresa en su obra “primeras publicaciones psicoanalíticas” lo siguiente:

“Si se considera el mecanismo de las dos neurosis (se refiere a la conversión histérica y de angustia) se dilucidan unos puntos de vista que hacen aparecer a la neurosis de angustia directamente como el correspondiente somático de la histeria. Aquí como allí, acumulación de excitación (en lo cual quizá tenga su fundamento la ya descrita semejanza entre los síntomas); aquí como allí, una insuficiencia psíquica a consecuencia de la cual se producen unos procesos somáticos anormales. Aquí como allí, en vez de un procesamiento psíquico interviene una desviación de la excitación hacia lo somático; la diferencia reside meramente en que la excitación en cuyo desplazamiento se exterioriza la neurosis es puramente somática en la neurosis de angustia (la excitación sexual somática) mientras que en la histeria es psíquica (provocada por un conflicto)”. (Freud, 1895, P.114).

Freud nombra a la psiquis como afectada .Esta afección, provocada por un conflicto se traduce en síntomas corporales, relacionando de esta manera la psiquis y el soma o cuerpo.

Otros autores refieren que: “No es cuestión de mente y de cuerpo, sino de Psique y soma interrelacionados, donde la mente es como algo que florece al borde del funcionamiento somático”. (Winnicott, 1949, p.1197).

Es decir la mente no forma una entidad separada dentro del individuo, y no llega a constituirse una unidad hasta el momento que el “psiquesoma” o cuerpo logra atravesar de una manera eficaz las etapas del desarrollo infantil.

La psique representa la imaginación, los sentimientos .Todo lo que involucra a los aspectos psíquicos, que van de manera interrelacionada. Evolucionando hacia una integración del desarrollo del individuo. (Winnicott, et al).

Al demostrar está integración, podríamos decir que la enfermedad afecta al ser humano en su totalidad.

Podríamos decir que el término psicósomático, (Pedinelli, 1992), se relaciona con enfermedades que evolucionan con la interacción de factores psicológicos, tales como,

mecanismos de defensa y rasgos de personalidad. Es decir estos pacientes tendrían un pensamiento dirigido a lo concreto, presentando problemáticas identificatorias y dificultades para resolver conflictos.

Poco a poco fue cambiando la concepción de personalidad psicósomática, que proponían algunos investigadores, surgiendo la necesidad de profundizar el conocimiento de los mecanismos de defensa y modos de pensamiento. (Sivak&Waiter, 2006).

Enfermedad somática y su relación con el vínculo temprano

El bebé cuando nace debe ser amado tal cual es, incluyendo su forma y funciones somáticas y eso debe traducirse en cuidados corporales. Dichos cuidados toman lo que originariamente es físico o fisiológico y le suman una participación emocional. De este modo, la psique habita el cuerpo y la piel será su membrana limitante. (Winnicott, et al).

El bebé, experimenta una fusión con el cuerpo materno, ya que existe la fantasía de que el cuerpo y la psique de la madre son una prolongación de sí mismo, es decir, no realiza una distinción bien definida entre él y el Otro.

Si el proceso de diferenciación y todo lo que implica fracasara, entonces la ilusión de unión y separación permanecerá, y por ende habrá una imposibilidad de sentir su cuerpo, su estado afectivo y su pensamiento (McDougall, 1996). Es en este fracaso donde se inscribe el síntoma psicósomático.

El individuo no siente diferenciación entre su cuerpo y el de su madre, este “cuerpo para dos” (McDougall, et al) no le permitiría reconocer sus propios pensamientos y sentimientos, esto implicaría no reconocer los signos de sufrimiento que puede mostrar ese cuerpo ya que existiría una escisión entre psique y soma.

“Esa fusión con la madre trae como consecuencia el camino hacia las adicciones, la droga el tabaco, el alcohol, la bulimia, la dependencia de los medicamentos, todos son

ejemplos de un objeto tomado como sustituto materno y que demuestran un “proceso patológico transicional”. (McDougall, et al p.400).

El individuo vive con angustia la separación, así como la fusión, ya que siente perder sus límites corporales.

Sus fantasías y sueños son muy pobres debido que temen perderse en ellos. Sienten temor de enfrentar las propias emociones que se expresan a través de la enfermedad.

En su vida adulta, estos individuos son denominados “normópatas” ya que tienen un funcionamiento bastante adaptado y de alguna forma estable, sin embargo, pueden presentar conductas adictivas, relaciones poco profundas, se resalta que “aún siendo profundamente desgraciados, tratan de encontrar refugio tras un muro de “pseudonormalidad” para intentar protegerse de toda toma de consciencia de su “vivencia afectiva” (McDougall, et al). Frente al conjunto de síntomas que preceden a una enfermedad, la psiquis se niega a reconocer el sufrimiento, mientras que el soma se prepara para combatirla.

Si bien hay diferencia entre los síntomas que se relacionan con el mundo externo como son los que tiene que ver con afecciones de la piel, respiración, sistema alimentario, etc.; y los que se relacionan con nuestro interior, como son los síntomas cardíacos e inmunológicos. “Estamos en presencia de procesos biológicos arcaicos cuyo objetivo es adaptar, o conservar las fuerzas de la vida”. (McDougall, 1974.p 404).

Chiozza (1993) en su obra sobre el significado inconsciente de las enfermedades por autoinmunidad hace referencia a los vínculos parentales.

Afirma que, las situaciones conflictiva referidas a las diferencias de origen, (étnicas, religiosas etc.) generadas entre los padres que forman una pareja, causarían efectos perjudiciales en sus hijos. El hijo producto de la unión de los mismos, representa esas diferencias. Sus padres lo rechazan a tal punto que cualquier característica que provenga de sus abuelos es prohibida, constituyendo así un ideal del yo conflictivo.

Tal como lo expresa el autor anteriormente mencionado. “Desde el punto de vista metapsicológico, se ha constituido un ideal del yo con dos mandatos inconciliables,

correspondientes a proyectos del padre y de la madre que son contradictorios entre sí”. Esto resulta intolerable para ese hijo que se encuentra en la disyuntiva de identificarse, con uno o con otro de sus padres, entonces se produce una identidad alternante. Es decir por momentos rechaza lo propio como si fuera ajeno.

La convivencia cotidiana de ese hijo con su familia de origen resulta intolerable, actualizando el conflicto anteriormente mencionado. Estableciendo de esta manera las condiciones necesarias para constituir la enfermedad autoinmune. (Chiozza, 1993, p.248)

CAPÍTULO III: PROCESAMIENTO DEL AFECTO

Las teorías psicoanalíticas que se relacionan con las enfermedades psicosomáticas nombran al afecto como un componente esencial de las mismas, por esto creemos importantes para nuestro estudio nombrar algunas nociones al respecto.

¿De qué hablamos cuando hablamos de Afecto?

Del latín. *Affectus*: Cada una de las pasiones del ánimo, como la ira, el amor, el cariño, el odio, etc. ⁵

Sabemos que nosotros expresamos lo que sentimos a través del cuerpo, nos ruborizamos frente a la vergüenza o se acelera nuestro ritmo cardíaco frente al peligro. Esta evidencia no es más que la expresión de las emociones. Incluimos al afecto dentro de las mismas. Es decir “Los afectos y sentimientos corresponden a procesos de descarga cuyas exteriorizaciones últimas se perciben como sensaciones”. (Freud, 1915, p.174).

Estas descargas configuran un proceso que incluye descargas motoras y sensaciones de placer y displacer. (Freud, 1916).

Otros Autores (Chiozza, 1986) definen al afecto como una especie de “bisagra” que se encuentra entre lo psíquico y lo somático. Vale decir el límite entre el “cuerpo y psique” (McDougall, 2004, p.388). Hemos nombrado en el capítulo anterior (II) la importancia que tiene la manera en que esa madre procesa los estados afectivos de su hijo y como se relaciona esto con la patología psicosomática (McDougall, et al).

⁵ Real Academia Española

Si pensamos en la relación madre-hijo, automáticamente nos remitimos al nacimiento. “El acto de nacimiento es por lo demás la primera vivencia de angustia y en consecuencia la fuente y el modelo del afecto de angustia”. (Freud, 1900, p.403).

Esta angustia proviene de la primera reacción frente al peligro .Y así en lo sucesivo se reproducirá la misma reacción. Pero ya no como la primera. Sino “siguiendo una imagen preexistente, es decir un recuerdo de situaciones traumáticas de la infancia. Esta “señal de peligro” (Freud, 1925, p.127) que obligará al yo a utilizar mecanismos de defensa inconscientes.

Nombraremos algunos de los mecanismos que juegan un papel importante para el desarrollo de esta investigación.

Mecanismos de defensa

Al: Abwehr mechanismus

Son operaciones automáticas que realiza la parte inconsciente del yo para defenderse de las pulsiones, o mejor dicho de los posibles peligros que la satisfacción de estas podría generar⁶.

Represión

Operación por medio de la cual el sujeto intenta mantener en el inconsciente representaciones (imágenes, pensamientos, recuerdos) ligadas a la pulsión.

Ésta por ser susceptible de procurar placer, en caso de satisfacerse provocaría displacer en virtud de otras exigencias.

⁶ Valls,J(Ed)(1995) Diccionario freudiano España

Negación

La negación supone un levantamiento de la represión es decir una imagen o un pensamiento reprimido, inconsciente aparece en la consciencia solo bajo la condición de ser negado. Esto sin embargo no implica una aceptación de lo reprimido.

Así podemos observarlo en un fragmento analítico.

“Ahora Ud. pensará que quiero decir algo ofensivo, pero realmente no tengo ese propósito”. (Freud, 1925, p.253).

Supresión del afecto

En el sentido estricto es un mecanismo conciente que tiende a suprimir una idea o un afecto .Es decir en el caso de la supresión del afecto, es inhibido, abolido.

Desmentida

Mecanismo utilizado ante una realidad que le resulta intolerable, retirando las investiduras del polo perceptual, consigue no percibir no acusar recibo de su percepción. No es absoluta porque en parte lo que se quiere desmentir es percibido.

Mecanismos proyectivos

Mecanismo psíquico, caracterizado por la percepción en el mundo exterior de los procesamientos psíquicos interiores. Pueden ser estados afectivos, la proyección se vale de leyes de la asociación, como la analogía (lluvia, lágrimas).El sujeto expulsa de sí y localiza en otra persona, cualidades, deseos, sentimientos que no reconoce o que rechaza de sí mismo.

Elaboración secundaria

Procedimiento mediante el cual el sujeto, intenta dar una explicación coherente desde el punto de vista lógico, a una actitud, un acto, un sentimiento, cuyos motivos verdaderos no percibe.

Fijación

Es designado como el modo de inscripción de ciertos contenidos representativos (experiencias, Imago, fantasías), que persisten en el inconsciente en forma inalterada y a los cuales permanece ligada la pulsión.

Conversión

Mecanismo de formación de síntomas que interviene en la histeria de conversión, es el pasaje de un conflicto psíquico a síntomas somáticos como tentativa de resolución del mismo.

CAPÍTULO IV: ALEXITIMIA

Definición

El concepto de Alexitimia A: sin/ Lexi: palabra Thimos: emoción/afecto. Se refiere a un trastorno cognitivo afectivo por el cual las personas no pueden expresar sus emociones. Sifneos (1972 citado en Sivak & Wiater, 2006).

Historia de la Alexitimia

1895	Freud	Diferencia entre psiconeurosis y neurosis actuales (neurosis de angustia, neurastenia e hipocondría).
1924	Firenczi	Pacientes en los que se hallaba fantasía investida de afecto. Modelo defensivo –represión del material psíquico y supresión del afecto-.
1933	Zilboorg	Modelo: regresión a estados de indiferenciación psique – soma, negación y represión.
1948	Ruesch	“Personalidad infantil”: insuficiencia de capacidad comunicacional, restricción de la fantasía, dependencia objetal, conducta social hiperadaptada.
1949	McLean	Conexión inadecuada entre sistema límbico y neocórtex.
1958	Shands	“Pacientes difíciles”: Dificultad de describir sentimientos, escaso uso de “yo”. Determinaciones culturales.
1963	Marty	“Pensamiento operatorio”, reduplicación proyectiva. Modelo deficitario.
1969	Silfneos Nemiah	“Alexitimia”. Modelos neurobiológicos, psicodinámicos y culturales.
1979	Krystal	Alexitimia como trastorno cognitivo afectivo y relacional.
1988	Taylor	Escala TAS.

Lolas (1989 citado en Sivak & Wiater et al)

Sifneos postuló, en 1988, dos tipos de alexitimia: una primaria y otra secundaria.

La alexitimia primaria, de origen biológico, sería un defecto estructural neuroanatómico o una deficiencia neurobiológica causado por factores hereditarios, que producirían una interrupción en la comunicación entre el sistema límbico y el neocórtex. Además también estaría relacionada con el funcionamiento de los hemisferios cerebrales sería el caso de una inadecuada comunicación entre el hemisferio izquierdo (que se encarga de la elaboración y expresión del lenguaje articulado) y el hemisferio derecho (que modula las emociones y le proporciona al lenguaje los aspectos prosódicos de la entonación).

La alexitimia secundaria se originaría por situaciones traumáticas vividas durante la infancia o por traumas en la edad adulta, por ejemplo pasar por experiencias de guerra, ser víctima de secuestros, etcétera.

La alexitimia es considerada una dimensión psicológica que puede existir en los individuos sin la presencia de algún desorden orgánico. Pero si se desencadena una enfermedad somática, podría estar acompañada por la presencia de alexitimia durante el proceso, el desenvolvimiento y la recuperación de la enfermedad. (Sifneos, 1970 Citado en Sivak & Wiater, 2006).

Según Krystal, (1979) la Alexitimia es una alteración de la personalidad constituida por tres elementos.

- El cognitivo
- El afectivo
- Las relaciones interpersonales

El trastorno cognitivo se relaciona con el pensamiento operatorio, Los sujetos “utilizan los símbolos como signos, sin creatividad y sin integrarlos en un contexto personal” (Sivak, 2006).

El trastorno afectivo se refiere a la dificultad de verbalizar emociones, diferenciar sensaciones corporales y acciones impulsivas.

Por último las dificultades para establecer relaciones interpersonales son provocadas por la falta de empatía. (Sivak et al).

Retamales, (1989 citado en Sivak & Wiater, 2006) describe que la alexitimia presenta rasgos “esenciales y accesorios”.

Rasgos esenciales

- Pensamiento simbólico reducido o ausente: es utilitario, minucioso y está centrado en los detalles del entorno, referido a acontecimientos externos sin que el sujeto exprese sus sentimientos, tensiones, deseos y motivaciones.
- Limitada capacidad de fantasear: inhibición de la fantasía como realizadora de deseo, que les impide la representación de sus impulsos o la simbolización de las tensiones como paso previo a la actuación.
- Dificultad para expresar sus propios sentimientos con palabras: el término alexitimia se refiere a este aspecto. Por ser personas que tienen muy poco contacto con su realidad psíquica, se encuentran limitada para diferenciar estados emocionales, así como también para localizar sensaciones y experiencias corporales, por lo que expresan sus demandas en términos físicos, manifestándose incapacitados para verbalizar.(Sivak & Wiater et al, p.27)

Rasgos accesorios

- Alto grado de conformismo social. Son personas aparentemente bien adaptadas se trataría de una pseudonormalidad (McDougall, 1987), es decir muy dependientes de lo social y sus normas demostrando mucha rigidez en su comportamiento, como si fuera mecánico, sobreadaptado. (Lieberman, 1982).

- Poca empatía, y capacidad pobre para relacionarse con los demás. Son personas que tienen relaciones inmaduras que los llevan a ser dependientes o aislarse, tratando de no tener contacto con otras personas.
- Rasgos impulsivos, exagerada reacción ante el conflicto, como ataques de llanto enojos; debido a su incapacidad para elaborarlo. (Krystal, 1979).
- Personalidad inmadura se encuentran los introvertidos, pasivos-agresivos, pasivos-dependientes. (Ruesch, 1948).
- “Resistencia a la psicoterapia tradicional: por la incapacidad de relacionar los trastornos fisiológicos con sus conflictos y como consecuencia de su incapacidad para simbolizar” (p.28).

Krystal (1979) nombra a la alexitimia como producto de un trauma psíquico infantil o de una regresión afectiva y cognitiva, impidiendo el desarrollo del afecto.

Estos individuos en la vida adulta, además de ser alexitimicos, manifestarían anhedonia .Definida como la incapacidad para experimentar satisfacción y placer.

Alexitimia y factores socioculturales

Otero, (2004) hace referencia a una serie de investigaciones que permiten relacionar la incidencia de los factores socioculturales y el constructo alexitimia .Afirma que: “Respecto al nivel educativo y socioeconómico, Borens y cols. (1977) destacan que los pacientes psicósomáticos de clase socioeconómica baja tienen menos respuestas afectivas, menos fantasía y más dificultad para la expresión verbal. Los autores concluyen que la alexitimia es un fenómeno asociado con el origen social y el grado de sofisticación del paciente. Smith (1983) llega a la misma conclusión. Pierloot y Vinck (1977), por el contrario, encuentran una débil correlación negativa (estadísticamente no significativa) entre puntuaciones en alexitimia y nivel educativo y socioeconómico.

Mendelson (1982), Keltikangas-Järvinen (1985) y Joukamaa y cols. (1996) “no encuentran ninguna relación entre alexitimia y una clase social determinada”. (p.12).

Alexitimia y mecanismos de defensa

Los estudios realizados en base a la relación entre los mecanismos de defensa y la alexitimia refieren que “las personas alexitímicas tienden a utilizar estilos de defensa inmaduros como la negación, la evitación y la externalización. Kuchenhoff (1993) ha vinculado la alexitimia con el concepto “negación primitiva “, definida en términos de exclusión radical de la experiencia subjetiva de aquellos pensamientos y afectos altamente estresante.

También se ha postulado que este tipo de negación guarda cierta similitud con el concepto de represión original freudiano” (Páez & Casullo, 2000, p.31).

CAPÍTULO V: METODOLOGÍA

Introducción

Nuestro trabajo tiene como base la teoría psicoanalítica.

Nuestro instrumento de elección es la entrevista, por ser considerada una de las herramientas más eficaces, poderosas y analíticas (López & Deslauriers, 2011) que posee el método científico.

En nuestro proceso de estudio la entrevista no debe ser considerada solamente como una técnica de investigación cualitativa, es la más adecuada por estar íntimamente vinculada con la problemática que esta investigación persigue.

Tomando como base las propias palabras de las personas para poder establecer, a partir de la historia de vida de los pacientes, relaciones, conclusiones y abrir interrogantes través del análisis inductivo -deductivo que permite el método elegido.

El problema de la investigación

Objetivo general

Analizar el funcionamiento afectivo en pacientes con enfermedades autoinmunes

Objetivos específicos

- Establecer correlaciones entre hechos vitales, procesamiento del afecto y enfermedad autoinmune.

- Analizar mecanismos de defensa y enunciados identificatorios en el discurso de los pacientes.
- Establecer la presencia o ausencia de alexitimia.
- Establecer relación entre el puntaje de la escala de alexitimia y la evidencia en el discurso de pensamiento operatorio.
- Establecer relaciones entre variables socioculturales y alexitimia.

El tipo de investigación es exploratoria, en la cual no se aplica hipótesis porque no se trata de probar o no un fenómeno, sino de elaborar un análisis que permita, cumplir con los objetivos nombrados, anteriormente y poder plantear interrogantes.

Diseño de la investigación

La investigación para este estudio es no experimental de corte longitudinal.

Selección de la muestra

Participan del estudio 5 personas de sexo femenino entre 41-62 años, con diagnósticos de enfermedades autoinmunes; que concurren para su tratamiento de manera ambulatoria al Servicio de Inmunología del Hospital Durand, correspondiente a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

En conocimiento y conformidad con la jefa de la Unidad de Inmunología y con previa autorización del comité de Docencia e Investigación del Hospital, se procede a la selección de los participantes de la muestra. Esta selección se realiza al azar, por la psicóloga que pertenece al Servicio.

Sólo son seleccionadas las persona con enfermedad autoinmune comprobada. Estos ingresan a un dispositivo donde realizan tratamientos terapéuticos: grupales e individuales. Consultando además al médico especialista.

El equipo de profesionales que integran el servicio de Inmunología trabaja de manera interdisciplinaria, atendiendo a las personas en forma integral.

Recolección de Datos

Se utilizan métodos cuantitativos y cualitativos.

Instrumentos para la recolección de datos

Se realiza un cuestionario semidirigido para revelar datos significativos de la historia vital: enfermedad actual, historia familiar, actitud frente a la enfermedad, niñez, hábitos higiénicos, vida sexual, historia somática, trabajos, cambios de residencia y sueños.

Toda la información de las entrevistas la obtendremos en forma oral a través de grabaciones, que son transcritas de manera literal.

Estas entrevistas tienen como finalidad analizar los hechos vitales de las personas.

“Consideramos hecho vital a cualquier suceso de la vida deseable o indeseable, que exija al sujeto un grado sustancial de cambio o adaptación o le provoque angustia u otros afectos a un nivel cuantitativo tal que dificulte su procesamiento psíquico.

Para algunos sujetos el hecho vital puede ser un hecho banal que encadenado con otros hechos de su historia adquiere una significación especial y tiene una incidencia traumática.

El conjunto de los hechos vitales puede abarcar tanto los que son para el promedio de los individuos como los que lo son para un sujeto en particular.” (Ulnik & Czerlowski, 2004).

Para medir el funcionamiento afectivo se utiliza el Instrumento de análisis de Procesamiento afectivo de Ulnik & Czerlowski, et al. Quiénes desarrollaron la validación del mismo.

Los autores anteriormente mencionados, describen una categoría denominada Funcionamiento Afectivo integrado por las siguientes variables:

- A) Expresión del afecto
- B) Procesamiento del afecto
- C) Enunciados identificatorios

A) Expresión del afecto

Definimos el afecto como un proceso de descarga motriz secretoria o vasomotriz, la clave de cuya inervación se encuentra en las representaciones del inconsciente, que provoca una alteración interna del cuerpo, sin alteración del mundo exterior. Sus exteriorizaciones últimas se perciben como sensaciones o sentimientos.

B) Procesamiento del afecto

Utilizamos el término procesamiento a partir de los trabajos de Freud en los que se refiere a la falta de procesamiento psíquico de la tensión sexual somática en las neurosis actuales. Analizamos los mecanismos por los cuales un afecto o un incremento de excitación producido como consecuencia de un hecho vital es procesada por elaboración, evacuación o utilizando mecanismos de defensa.

Elaboración:

El afecto resulta ligado a cadenas de representaciones adquiriendo de este modo una significación particular para el sujeto y resultando atenuada su carga de excitación. La elaboración favorece el normal funcionamiento del proceso secundario ya que conduce a la reflexión, a levantar represiones y a la emergencia de recuerdos infantiles otorgando nuevo sentido al hecho vital.

Evacuación:

Descarga verbal y/o motriz frente a un hecho vital que genera un incremento de afecto. Se incluyen las acciones tanto voluntarias como involuntarias. Abarca un amplio espectro que va desde la emisión espontánea de lágrimas a la acción vengativa.

Mecanismos de defensa:

Nos referimos a todos aquellos mecanismos inconscientes que tienden a evitar el desarrollo de un afecto displacentero, consecuencia de la incociabilidad de una representación con el yo. Preservan al yo de un peligro pulsional, pero a costa de su empobrecimiento.

Los clasificamos en:

- Mecanismos negadores:

Negación, supresión del afecto, desmentida, represión, mecanismos proyectivos, elaboración secundaria, otros (conversión, formación reactiva).

- Negación:

Procedimiento en virtud del cual el sujeto, a pesar de formular sus deseos, pensamientos o sentimientos hasta entonces reprimidos, sigue defendiéndose negando que le pertenezcan.

- Supresión del afecto:

Se produce cuando el paciente expresa en forma voluntaria y consciente su deseo de no pensar o no hablar sobre determinada situación. Este mecanismo puede recaer sobre el pensamiento que va a desencadenar un afecto o sobre el

afecto mismo. A diferencia de la negación el paciente reconoce que está evitando pensar o sentir porque carece de la capacidad necesaria para soportarlo.

– Desmentida:

Apunta a la percepción de la realidad externa, a diferencia de la represión que apunta contra la demanda pulsional. No implica una anulación de la percepción como ocurre en el rechazo psicótico, sino una acción sumamente enérgica para mantener renegada una percepción traumatizante para el yo. Lo que se rechaza son las consecuencias que dicha percepción provoca sobre una creencia previa que se quiere mantener, generando la escisión del yo. La negación y la afirmación coexisten en un mismo plano sin contradicción ni angustia.

– Represión:

Defensa por medio de la cual el paciente intenta rechazar o mantener en el inconsciente las representaciones ligadas a la pulsión que de satisfacerse, generarían el peligro de provocar displacer en virtud, de las exigencias del, yo, super yo y de la realidad.

La inferimos a partir de las formaciones del inconsciente que son indicios del retorno de lo reprimido, a saber: lapsus, síntomas neuróticos, sueños o chiste. La variable operacionalizada se refiere de este modo a la represión secundaria.

– Mecanismos proyectivos:

Son una serie de mecanismos entre los cuales la proyección es uno de los componentes principales, siendo ésta la operación por medio de la cual el sujeto expulsa fuera de sí y localiza en el otro (persona o cosa), cualidades sentimientos , deseos , que no reconoce o que rechaza de sí mismo.

– Elaboración secundaria:

Término acuñado por Freud para referirse a la última etapa del trabajo del sueño. Responde a la necesidad de dar una fachada racional y coherente al contenido manifiesto del sueño y sirve a los fines de la censura.

C) Enunciados identificatorios

Son aquellos enunciados que dicen lo que el yo es, lo que tiene (los objetos que posee), lo que va a llegar a ser y lo que va a llegar a tener. Proviene del Otro, como ideales, normas o principios a cumplir que definen la identidad.

No son una forma de procesamiento del afecto sino una forma en que el yo se reconoce. Dichos enunciados refieren lo que hace el yo con su propia imagen, proyectos e ideales y lo que sucede con su identidad cuando tiene que enfrentar un hecho vital crítico desencadenante de afectos.

Diferenciamos Enunciados identificatorios que son producto de una regresión narcisista y otro que son expresión de procesos de sobreadaptación.

Son enunciados a predominio de sobreadaptación, los que se manifiestan en el terreno del hacer o el tener. Proponer al sujeto un ideal a cumplir para obtener el amor de los demás.

Son enunciados a predominio narcisista se refiriere a la identidad o al estado del sujeto cuando quedan anclados a imágenes que representan al cuerpo o a sus sensaciones.

Del juego de fuerzas entre el hecho vital, la intensidad del afecto desencadenado, su posterior procesamiento y el reestablecimiento o no de la identidad cuestionada podría depender el desarrollo de una enfermedad autoinmune.

Para medir la presencia de niveles de alexitimia se utiliza la Escala de Alexitimia (UBA) de Casullo, Wiater y Maristany (1997), quienes desarrollaron la adaptación a partir de la TAS (Toronto Alexithymia Scale).

Las bases instrumentales para la realización de estudios cuantitativos de las 5 dimensiones que definen a este constructo son:

- Dificultad para explicar o describir sentimientos.
- Dificultad para diferenciar sentimientos de sensaciones corporales.
- Falta de capacidad introspectiva.

- Tendencia al conformismo social.
- Empobrecimiento de la capacidad para fantasear.

Este instrumento consta de 26 frases con 3 opciones de respuesta, según frecuencia (5.3.1), mediante las cuales se evalúa cada una de las 5 dimensiones mencionadas.

La administración puede hacerse en forma grupal o individual. El examinador debe asegurarse de que la ha (han) comprendido. Al respecto es conveniente contestar juntos el primer ítem.

Si el paciente tiene buena comprensión lectora, continúa solo la tarea. Una vez finalizada la administración se procede a su evaluación teniendo presentes que hay ítems directos e inversos a los que se les asigna los valores 5,3 o 1, si son directos y 1, 3 o 5 si son inversos (en ambos casos, de izquierda a derecha. Los ítems inversos son :1-5-6-9-11-12-13-15-16-18-21-24. Se obtiene un puntaje bruto o directo Total, sumando los valores asignados a cada uno de los reactivos o ítems.

Ese puntaje directo Total se transforma en un puntaje transformado T, el que supone un valor promedio de 50 y una desviación estándar de 10.

Se considera indicador de alexitimia al puntaje igual o mayor que un valor T de 65, y un nivel leve de alexitimia al puntaje T de 60 A 65.

Un valor T igual o inferior a un puntaje 35 se interpreta como indicativo de baja presencia del constructo que se está evaluando.

Variables socioculturales

Se toman en cuenta estas variables, en los fenómenos estudiados.

- Edad, sexo, nacionalidad. Nivel socio-cultural (bajo, medio o alto, según la escala utilizada por Casullo, M. en su estudio sobre alexitimia).
- Marginación social: pertenencia a una minoría social o a un grupo de bajo nivel socioeconómico.

- Aislamiento social: carencia de pertenencia a grupos sociales: soledad reclusión, vagabundeo.

CAPÍTULO VI: ANALISIS DE LOS RESULTADOS

Caso N° 1: Patricia

- Presentación: Patricia.
- Paciente: 45 años, argentina, separada, 2 hijos.
- Ocupación: comerciante.
- Nivel sociocultural: medio, secundario completo.
- No presenta aislamiento social, ni marginación.

Como primeros síntomas, presenta dolores articulares muy fuertes, le diagnostican Artritis reumatoidea, Síndrome de Sjögren, Raynaud. Lupus eritematoso sistémico Tiroiditis de Hashimoto. Actualmente se atiende en el Hospital Durand.

Historia de Vida

Patricia es hija de padres extranjeros. Su padre portugués y su madre italiana.

El padre llega al país, desde niño y la madre ya adolescente, luego de la segunda Guerra mundial.

Se crean conflictos entre ambas familias, es decir los abuelos paternos rechazan a la madre de Patricia por considerarla una inmigrante, de baja condición social, según ella misma refiere la relación entre las familias era medio “Montescos y Capuletos.”

Ella cuando nace presenta problemas de deglución, lo cual le provoca dificultades para asimilar los alimentos, refiere que le trae vómitos “repulsión a la leche” y dolores

abdominales. Es importante consignar que estos dolores la acompañan a lo largo de su vida.

El vínculo que une a sus padres es conflictivo manteniendo entre ellos una relación violenta y agresiva.

Durante su infancia, la madre de Patricia no fue una figura de contención para ella, sino todo lo contrario mantuvo un vínculo cargado de situaciones de violencia y amenaza, repitiéndole constantemente ¡te voy a matar!

Su padre autoritario ejercía el sojuzgamiento hacia sus hijos, sobre todo hacia su hermano, al que insultaba frecuentemente. Hecho que mortificaba a Patricia, acrecentando su rebeldía y oposición.

Patricia a los 9 años sufre una violación por parte de su hermano, hecho que recuerda muchos años después. Según ella refiere gracias a unos talleres vivenciales que realiza en su vida adulta.

Su infancia y adolescencia, estuvo signada por la prohibición, y la violencia. Estaba prohibido desde usar chupete, hasta hablar de ciertas cosas como la sexualidad. Su padre tampoco permitía que ella saliera con sus amigas. A pesar de esto Patricia a los 14 años se revela escapándose, para encontrarse con su primer novio, con el que se casa a los 22 años.

Al año de convivencia con su marido queda embarazada y al poco tiempo descubre que tiene un embarazo ectópico. Y como consecuencia deben realizarle una operación de ovarios. Situación que le genera temor y angustia frente a la imposibilidad de tener hijos, lo que la motiva a buscar otro embarazo. Así nace su primer hijo, cuando Patricia tiene 24 años. Su hijo no presenta dificultades. Sólo refiere que es alérgico.

A los 27 años, nace su segundo hijo, que a partir de los 5 meses comienza a presentar fiebre y bajo peso.

Patricia preocupada se encarga de llevarlo a distintos especialistas, deambulando por diferentes hospitales sin arribar a un diagnóstico certero. Esta situación se prolonga en el tiempo, igual que su temor y angustia que se acrecienta por las recurrentes

internaciones de su hijo, quien a la edad de 4 años llega a un segundo grado de desnutrición, provocada por la enfermedad que padece.

Patricia cuidó de su hijo, sin recibir ayuda de nadie. Lo que implicó estar muchas horas en el hospital sin ningún relevo. Estas vivencias, a las que Patricia refiere como “horas luz de Hospital”, se presentan como los hechos más significativos de su historia. A los que ella le atribuye el origen de la enfermedad autoinmune que padece, cuyos síntomas comienzan en esta etapa de su vida.

Patricia empieza a sentir dolores articulares muy fuertes, le diagnostican artritis reumatoidea.

Finalmente cuando su hijo cumple 6 años los médicos encuentran que la causa de su malestar es un cuadro de fibrosis quística.

Luego paulatinamente la salud de su hijo se estabiliza pudiendo controlar todos los síntomas.

La relación de Patricia con su marido es violenta recibiendo agresiones permanentes sobre todo cuando él está alcoholizado. Debido a ésta situación decide poner fin a su matrimonio. Separándose a los 37 años.

Actualmente, Patricia tiene 42 años, trabaja como vendedora .Pudo formar una nueva pareja. Convive con sus padres, y sus hijos.

Debido a que el papá sufrió un ACV debe asistirlo permanente. A pesar de no tolerar la convivencia Patricia asegura no poder independizarse, por falta de recursos económicos.

Patricia refiere que su enfermedad se debe a los momentos que vivió con el padecimiento de su hijo.

Quisiera curarse para seguir al lado de sus hijos y su pareja.

Gráfico que presenta la relación entre los hechos vitales de Patricia y su enfermedad Autoinmune.

Edad	Hechos Vitales	Síntomas Somáticos
0-2 años 1/2	Nacimiento. Presenta dificultades para alimentarse.	Problemas deglutorios. Cierre incompleto de píloro. Posee una vértebra de transición.
2 años 1/2	Operación de garganta, nariz y oído.	Fiebre elevada y convulsiones.
4 o 5 años	Le prohíben usar chupete. Recuerda sacárselo a otros nenes.	Siente mucho frío, se le congelan las manos.
9 años	Violación (por parte de su hermano).	Dolor abdominal, vómitos.
13 años	Refiere: "Cuando me indispuse me asusté"	Menarca.
14 años	Sale con su primer novio. El padre le pega por no cuidar a su abuela.	Dolor abdominal.
15 años	Le prohíben salir a bailar con sus amigas.	Dolor abdominal.
16 años	Vive situaciones de acoso sexual, en la vía pública.	Se queda muda. Llanto.
22 años	Se casa.	
23 años	Pierde su primer embarazo.	Embarazo ectópico .La operan de los ovarios y le extirpan una trompa de Falopio.
24 años	Nace su 1° hijo N. Alérgico.	13 hs .trabajo de parto. Cesárea
27 años	Nace 2° hijo R, a los cinco meses comienza a comer poco, y con grandes deposiciones.	Cesárea.
27 1/2 -	Deambula por los hospitales	Siente dolores abdominales.

30 años	internando al hijo cada 15 días, debido a espasmos bronquiales y convulsiones. Los médicos no saben lo que tiene. Situación que la angustia.	Inflamación.
31 años	Interna a su hijo R, con segundo grado de desnutrición.	Dolores articulares en todo el cuerpo. Tiene dificultades para deglutir alimentos.
	Patricia recibe el diagnóstico de Artritis reumatoidea.	
32 años	Recibe el diagnóstico de Síndrome de Sjögren. Síndrome de Raynaud.	Malestar en los ojos, inflamación.
	Lupus eritematoso Sistémico	Se le congelan las manos.
33 años	Logran diagnosticar a su hijo R (6 años y ½). Sufre de enfermedad fibroquística del páncreas.	Dolores abdominales.
37 años	Divorcio. (marido alcohólico)	Golpes, empujones, gritos insultos.
40 años	Forma una nueva pareja. Cuando discuten y se enoja con su novio, la internan en el hospital.	Siente dolores abdominales
45 años	Su salud se encuentra estable.	Citomegalovirus, Mononucleosis.

Análisis del Instrumento de Procesamiento Afectivo

Caso N° 1 : Patricia

Análisis del discurso del paciente obtenido durante la entrevista.

A fin de facilitar la búsqueda, se indica entre paréntesis la página donde se encuentra la variable estudiada (anexo)

Variable A) Expresión de Afecto: sí, se encuentran los siguientes

“¡Y a mí me asustaba!”(4). “Y yo me crié con mucho pánico”. (9) Yo creo que no hacia cagadas por temor. (9). “Me acuerdo que cuando me indispuse me asuste” (10) “Mirá yo estaba muy enojada. Era porque mi papá no me dejaba

salir”. (10) “¡Yo estaba muy enojada con mi papá!”(12). “Yo lloraba porque vivía asustada” (14) ¡Te parte el alma! (19)

Variable B) Procesamiento del Afecto

B.1) Elaboración: no se encuentran

B.2) Evacuación: no se encuentran conductas evacuativas.

B.2.a) Descarga Verbal: sí, se encuentran los siguientes:

“¡Que esto que, el otro!” (2) (7) (11).”Eh” (3) (7) (14) (15) (19). “Ah”! (6) (7) (10),”Hijo de puta” (13), Ahí (13) “Horas luz de hospital” (16) (17) (19)

B.2.b) Descarga Motriz: sí, se encuentran las siguientes:

Risa (4) Hace gestos (14) Se toca el cabello (17)

B.3) Mecanismos de Defensa: sí, se encuentran los siguientes:

a) Negación:

“No sé”. (6) (7) “Todas cosas que no les doy bolilla”. (7) “¡Nada!, seguir como hasta ahora con mi vida, mis hijos, mi pareja. Yo me siento muy bien”. (19)

b) Supresión del afecto: no se encuentran.

c) Desmentida:

“Tiene perdida de estabilidad, por decirte, pero...es independiente dos por tres se hace pis pero...” (1). Se autodenomina una persona muy positiva, pero es la negatividad en persona. (2).”Casi, casi, ¡bien la antítesis!”(4). “Eh...yo tuve, tengo, una hermano mayor” (7) “¡Justo me quedo muda! y le grito” (13). “Y otra vez a los empujones. Pero Siempre cuando estaba alcoholizado.”

d) Represión:

“Y bueno mi abuela tuvo 13 hijos”.

e) Mecanismos proyectivos:

“Yo tengo, una hora o dos horas para hacer terapia con ella Porque ella lo que necesita es hacer terapia”. (2)

f) Elaboración Secundaria:

“Todas estas angustias le dieron arterioesclerosis.”(6) “Primero me resisto bastante a las autoridades creo que tiene que ver con el abuso de poder de mi papá”. (9) “Yo creo que por eso siempre fui tan miedosa, tan así que... ¡viste toda chiquitita!”(9). (14). “Bueno me divorcié Hicimos un trato justo, yo me quede con mis hijos y él se quedó con una casa y con los dos autos.”(14) “¿Cómo podía ser que yo tuviera artritis? Entonces les digo: - bueno que fueron las horas luz de hospital”. (16) “Pero yo creo que empiezo con la artritis por las horas luz de hospital, de cuidar a mi hijo R, todo lo que viví con su enfermedad” (19).

g) Otros:

Conversión:

“Para no ser presa fácil, y esto me pasó y yo después de ahí siempre...yo fui...que me dolía mucho la panza, me dolía la panza” (12). “Alguien dice algo Y me desarme en una angustia que me ahogaba.” (13). “No podía tragar no comía y yo siempre fui muy flaquita, recuerdo que lo que más me dolía era la panza con la batata me retorció de los gases, si todo lo que comía me caía mal y me hacia doler la panza. Es más cuando tengo enojos, también, cuando me pelee con C, fui a parar al hospital”. (17).

Fijación:

Entonces es como que después de ese momento siempre fui muy alborotada de hacer quilombo”. (12).

Variable C) Enunciados Identificatorios

C.1) Con predominio a Regresión Narcisista:

“Soy hija de madre vieja y me dijo” (7). “Era muy varonera .Eh...si era muy mimada, muy malcriada, muy manipuladora” (6). “Yo siempre fui muy enferma, siempre delicada” (8). Yo siempre tenía mucho frío, Ya te digo muy_maricono era la palabra”. (8) “Todo el mundo decía que yo era adoptada”. (9). “Yo era muy rebelde” (10) “Entonces yo muy cocorita” (11). “Yo siempre fui el barrilete de mi hermano” (12).

C.2) Con predominio a Sobreadaptación:

“Como hacen todas las familias una vez con la del marido otra vez con la de la mujer”. (4). “El hijo no querido siempre lo sabe” (7). “Tengo más problemas que los Pérez García” (7) ¡Porque estaba mal!, entonces usar chupete ¡estaba mal! (9). “Soy muy Antiviolenca”. (9) “¡Porque las mujeres no salen!” (10).’O se estudia, o se tiene novio”. (11).

C.3) Otros

Test de alexitimia : Resultado

Caso N° 1 : Patricia

Puntaje obtenido en el test de alexitimia: **66** (Indica presencia de alexitimia)

Relación entre el puntaje de la escala de Alexitimia y la evidencia en el discurso de pensamiento operatorio

A continuación se transcriben fragmentos del discurso que evidencian la presencia de pensamiento operatorio .Con el fin de facilitar la búsqueda se consigna entre paréntesis la página de la entrevista (anexo).

Lenguaje operatorio

P:- No, mi papá, tenía un camión de reparto de pan y alfajores y bueno más o menos cuando tenía 8 o 9 años, eh...fuimos a buscar alfajores con mi hermano. Y mi hermano dice:- me enseñaron algo, me contaron algo no sé cómo fue,

entonces me penetra, sin moverse. Entonces es como que después de ese momento, siempre fui muy alborotada de hacer quilombo ¡Acá estoy! (Pág. 12).

“Llegué porque allá en Morón no había...Llegué Con artritis Reumatoidea, y la artritis a mí se me despierta cuando R tiene entre tres o cuatro años. ¡Que estuvo muy mal! Cuando el salía de su crisis, yo ¡unos dolores!, que el pelo que se me mueva así (se toca el cabello) ¡me dolía! (Pág.17)

“Entre al Garrahan, cuando tenía 4 años y medio, parecía un chico de Biafra Tenía segundo grado de desnutrición, era un desastre de persona .R al año pesaba 7 kilos. (Pág.16)

E:-¿Como duerme de noche?

P:-Yo creo que dejo de pertenecer a este mundo, porque vos podés entrar, salir, moverme la cama, yo no me entero ¡de nada, de nada! (pág18).

E: ¿Recuerda algún sueño?

P: -No, no sueño nada. (pág18)

Caso N° 2: Norma

- Presentación: Norma
- Paciente de 52 años, argentina, casada 3 hijos.
- Ocupación: ama de casa.
- Nivel sociocultural: nivel medio. (Secundario completo).
- No presenta aislamiento social, ni marginación.

Como primeros síntomas siente dolor abdominal, y presenta manchas rosadas en el vientre y hematomas, concurre al hospital de Merlo, luego es derivada al Hospital de Cínicas y le diagnostican esclerodermia. Actualmente se atiende en el servicio de Inmunología del Hospital.

Historia de vida

Los padres de Norma son argentinos y estuvieron casados durante cincuenta años, a pesar de la oposición de ambas familias.

Los abuelos maternos de religión judía (ortodoxos), no aceptaban que su hija (la mamá de Norma) se casara con un hombre católico (el papá de Norma). No obstante, la unión se lleva a cabo y para esto la mamá se convierte al catolicismo, hecho que suscita profundas diferencias entre ambas familias generando la incomunicación del abuelo materno de Norma, con el padre de la misma.

Siguiendo con su familia de origen, la misma está conformada por tres hermanos con los cuales no se relaciona, dos mujeres y un varón, que sufre síndrome de down.

Al poco tiempo de nacer Norma. Aproximadamente a los 6 meses, la mamá se enferma y permanece internada quedando la niña al cuidado de su abuela materna y de una tía (madre reciente) que la alimenta a pecho.

Norma recuerda que ambas le decían a su madre “porque a vos, ya se te secó la teta”. Haciendo referencia a la imposibilidad de amantar a su hija.

Cuando Norma cumple 1 año regresa con su madre a su hogar. Ésta, no se ofrece como una madre dadora de afecto .La mamá de Norma, no es una madre presente, se dedica exclusivamente al hijo. (Síndrome de down) .No representando para Norma la madre que hubiera querido tener .Así como lo menciona diciendo: “mi mamá no me daba cinco de bolilla”.

Esta figura de madre contenedora y afectuosa la encuentra en su abuela materna, a la que nos referiremos más adelante.

Cuando Norma recuerda su niñez afirma que tuvo “muchas rarezas”. Por ejemplo comenta que a los 6 años presiente la muerte de un vecino y recuerda: “tuve una vivencia muy fea por lo cual yo había levantado temperatura”. Luego sufre una crisis nerviosa. Los padres la llevan al médico, quien le da una medicación tranquilizante.

Al día siguiente tal como Norma lo había relatado, el vecino muere. Los vecinos la apodan “la brujita”. Por esto consultan al psicólogo pero no hace tratamiento.

Sus padres mantienen una relación agresiva, su padre ejerce violencia física y verbal hacia Norma y su madre (una mujer sumisa, pasiva y dominada).

Norma ha sufrido situaciones muy dolorosas en su niñez, relata dos hechos muy significativos que se relacionan con el vínculo que sostiene con su padre.

El padre le pega con un cinturón, lastimándola con la hebilla, ella se escapa escondiéndose debajo de la mesa y del miedo se hace pis encima.

A los 9 años Norma es abusada por su padre, situación que le causa pánico y temor, no le cuenta a nadie lo sucedido. Manteniendo el secreto durante muchos años.

Al padre le gustaba reunirse con amigos, y beber hasta perder el control. Una noche borracho, luego de una de esas reuniones, escucha el llanto de Norma, según ella refiere el padre trata de “calmarla” sumergiéndola en un tacho con 300 litros de agua, situación que angustia y atemoriza a Norma; quien corre a pedir ayuda a su abuela materna (que se encontraba en una habitación contigua) .La abuela alcoholizada, no le presta atención, tratándola de mentirosa .Norma sola y desamparada, permanece en un rincón a oscuras toda la noche.

Norma minimiza las situaciones que vive. Refiriéndose al padre como una persona que no la golpea con frecuencia .Pero se muestra muy violento cuando lo hace.

Las reuniones que realizaba el padre, las hacía en la casa de la abuela materna .En una visita Norma descubre que su padre tiene otra mujer, comprueba que éste le es infiel a su madre y que su abuela paterna es cómplice de esa situación.

Norma recuerda que a los 14 años, pierde el respeto que sentía hacia su padre.El día que Norma cumple 15 años, fallece la (abuela materna), que es “como una madre para ella”, situación que no pudo resolver, llegando a emocionarse hasta las lágrimas cuando la recuerda. A raíz de este hecho Norma nunca más festejó su cumpleaños.

La relación con su padre durante su adolescencia se vuelve intolerante, cargada de violencia, agresión y prohibiciones, como por ejemplo el sexo es considerado un tema tabú .Norma crece con total desconocimiento de su cuerpo, no habla con su madre ni con familiares, nadie le explica.

Norma decide irse de la casa, donde vivía con su familia (Tucumán). Viaja a Rio Negro y se instala en la casa de una tía; quien es dueña de un supermercado, donde comienza a trabajar Norma.

Al poco tiempo ambas se pelean “a los gritos y a los golpes” a tal punto que la tía es internada en un hospital.

Norma relata que le dice a la tía: “Yo ya venía maltratada de un lugar y cuando salí de mi casa, me prometí, que nunca más, una persona me iba a faltar el respeto y vos no vas a ser la excepción”.

Norma luego de la terrible pelea con su tía, se va rumbo a Bs. As. Durante un tiempo convive con una tía que reside en Capital.

Norma una vez instalada, consigue trabajo, vendiendo cursos de inglés, hasta que conoce al que hoy es su marido y comienzan una relación de noviazgo.

Norma se da cuenta que la tía con la que convive, tiene problemas con su marido, por la presencia de ella en la casa. La tía en una pelea, recibe golpes de su marido, quién le exige, que eche a Norma de la casa. Esta situación provoca nuevamente la huída de Norma; quien utiliza estos mecanismos como vía de escape a situaciones conflictivas.

Norma a los 18 años viaja a Pinamar ocultándole a su padre y a su tía, la presencia de su novio. Comienza a convivir con su pareja. Y de esta unión nacen 6 hijos, de los cuales solo viven 3.

Norma sufre la pérdida de sus hijos, situación que ella refiere “como muy dura” y “que hace lo que puede”. Norma construye una coraza frente al dolor. Estos hechos aparecen en su vida cuando Norma cumple 19 años. Momento en el cual sufre un embarazo complicado. Se cae accidentalmente de una escalera. Ésta caída produce una fisura de la bolsa gestacional. Norma es internada en un hospital por el término de 2 meses. Luego nace su primer hijo, (varón) sin complicaciones.

A los 21 años, nace su segundo hijo varón; prematuro (8 meses) también sin complicaciones.

Cuando Norma tiene 24 años, vuelve con su familia a Buenos Aires. Logran comprar un terreno, y una casa pre moldeada. A su vez sacan un préstamo bancario. El país entra en una fuerte crisis económica. Norma y su familia pierden “todo”, menos el auto que consiguen vender. Con el dinero que obtienen de la venta, compran un terreno en Merlo; un lugar descampado y solitario. Debido a problemas económicos por falta de trabajo solo pueden construir una casilla para vivir.

A los 27 años Norma vuelve a quedar embarazada, el parto se presenta con complicaciones, lo cual obliga a Norma a permanecer internada 20 días en el hospital. Este embarazo llega casi a término. Su hija muere antes de nacer.

Cuando Norma tiene 29 años, queda nuevamente embarazada su hija nace prematura (29 semanas), muere a los 5 días, Norma no sabe la causa de la muerte de sus hijas. Cree que puede deberse a la prematurez.

A los 31 años Norma queda embarazada de su 5° hijo. Un varón que nace prematuro de 32 semanas, con muchas complicaciones; tantas que al año muere de encefalitis aguda. Esto suscita angustia y malestar en toda su familia causando una grave crisis.

Su esposo desbordado por la grave situación, intenta suicidarse tirándose debajo de un tren. Norma logra buscar ayuda para evitar este episodio. Ella relata que siente mucho enojo, y hasta puede ser agresiva, pero que no puede llorar, frente a la muerte de su hijo.

A los 37 años queda embarazada por 6ª vez, si bien sufre complicaciones durante la gestación, está llega a término, y nace su último hijo, un varón.

A los cinco meses de vida el bebé sufre un cuadro similar al de encefalitis aguda pero logra superarlo y crecer sin dificultades.

Norma, comienza a pensar en ella y se propone terminar sus estudios secundarios, logrando recibirse e ingresar a la carrera de Ingeniería Química.

Norma aprueba el ingreso a la universidad Tecnológica y realiza el primer año de la carrera. Vive esta época de estudiante con mucho entusiasmo y dedicación. Esta etapa no dura demasiado tiempo ya que termina abandonando por cansancio, estrés y falta de tiempo para cuidar a sus hijos.

Norma comienza a ayudar a su marido, quien trabaja en la herrería que ambos tienen como negocio familiar, ella refiere que solo pudo hacer este trabajo durante un tiempo porque le demandaba mucho esfuerzo físico.

Norma sigue estudiando realizando cursos de corta duración que despertaron su interés. (Neurolingüística, Coaching).

También realiza talleres vivenciales para comprender lo que le pasa. Cree que concurriendo a estos talleres no tiene que hablar con nadie y que es sólo para conocerse a sí misma. Se opone a realizar tratamientos psicológicos.

Norma a los 50 años presenta la aparición de hematomas en su cuerpo Tiene dificultad para deglutir alimentos, inflamación intestinal y dolores .Siente preocupación por estos síntomas y concurre para la consulta a diferentes especialistas.

A los 51 años le diagnostican esclerodermia.

Norma no asume que tiene una enfermedad, no se atreve a nombrarla prefiere llamarla “problema”. Siente que existe una Norma que lo puede todo y otra que no puede nada. Tiene como proyecto instalar un negocio junto a su hijo, para pensar en otra cosa, según sus palabras: “Poner algo así con bombos y platillos, algo que me entusiasme y me saque de este estado”.

Gráfico que presenta la relación entre los hechos vitales de Norma y su enfermedad Autoinmune

<i>Edad</i>	<i>Hechos Vitales</i>	<i>Síntomas Somáticos</i>
6 meses al año.	La separan de su madre, porque ésta debe ser hospitalizada. Es alimentada a pecho por su tía.	
6 años	Sueña que se muere un vecino, que ella quiere mucho.	Fiebre muy alta. Crisis nerviosa, la calman con medicación.
6-9 años	El padre la golpea fuertemente con un cinturón.	Hematomas
	El padre intenta ahogarla sumergiéndola en un tanque de agua.	Siente pánico (sensación de ahogo)
	El padre alcoholizado, se pelea con su madre, Norma siente mucho miedo. Se esconde.	Se hace pis encima
9 años	Sufre una violación. (Su padre alcoholizado, intenta sacarle la ropa).	Pánico. (sensación de ahogo)

15 años	Muere la abuela más querida, el día de su cumpleaños de 15.	Llanto
16 años	Se pelea con la tía con la cual convive. Sufre una golpiza.	Hematomas.
19 años	A los cinco meses de su 1° embarazo se cae de una escalera. Permanece internada dos meses.	Fisura de bolsa gestacional
19 años 1/2	Nace su primer hijo varón. Parto normal.	
21 años	2° Embarazo, Nace su segundo hijo varón	
	Ochomesino. Parto prematuro.	
27 años	3° embarazo (mujer) internación de más de 20 días .Llega a término, pero muere en el útero. Parto prematuro (29 semanas)	Dificultades en el embarazo.
29 años	4° embarazo (mujer) prematura, muere a los 5 días .Parto prematuro	
31 años	5° embarazo, (varón) con muchas dificultades, nace prematuro. (32 semanas) Muere al año de vida, por una encefalitis aguda. Supuestamente no puede tener más hijos.	Siente ahogos.
		Cuello del útero mutilado.
37 años	6° embarazo y nacimiento de su último hijo, (varón) a los cinco meses presenta un cuadro similar al de encefalitis aguda.	
	Parto Normal.	

40 años o más	Decide terminar el secundario. Logra ingresar a la facultad, no termina sus estudios por falta de tiempo para el cuidar a sus hijos.	Cansancio, estrés.
50 años	Presenta preocupación por las manchas que ve en su cuerpo, consulta con especialistas.	Manchas rosadas y picazón en la piel (hematomas). Dificultades para deglutir alimentos.
51 años	Se le diagnostica esclerodermia.	Hematomas inflamación intestinal, Dolores. Dificultades para deglutir alimentos.

Análisis del Instrumento de Procesamiento Afectivo

Caso N° 2: Norma

Análisis del discurso del paciente obtenido durante la entrevista.

A fin de facilitar la búsqueda, se indica entre paréntesis la página donde se encuentra la variable estudiada.

Variable A) Expresión de Afecto: sí, se encuentran los siguientes:

“Del miedo me hice pis encima” (2).” “Una vivencia muy fea, ¡Muy fuerte!” (10). “Pero así a los gritos ¡Desaforada! ¡Asustada!”(10)”. Esa fue mi primera emoción con alguien” (13). ¡Ay qué vergüenza! (13) porque yo vivía enojada. (17). “En ese momento me enojaba” (23). Me enojaba (24).

Variable B) Procesamiento del Afecto : sí, se encuentran los siguientes

B.1) Elaboración: no se encuentra

B.2) Evacuación:

“Entonces, ¡yo salto! como que me quiero defender de esa situación” (3). “¡Me escapé de eso!”(14).”Esa situación sumada a las peleas con mi papá, hizo que tomara la decisión de irme de mi casa” (14)” ¡Que me va a venir a maltratar! .Y me fui a prepara mi bolso para irme” (14) –“¡No pero como te vas a ir así! , ¡No quedáte tranquila!, va a estar todo bien. Y ella le contó a mi papá y mi papá vino y le dije que... me iba a Pinamar.”(19).

B.2.a) Descarga Verbal:

Mmm, (6) ¡Ah! (9,13). Pero así a los gritos (10) Blablá (13)

B.2.b) Descarga Motriz:

Gestos (2). Risa (4, 11, 12, 14, 15). Lágrimas (9)

B.3) Mecanismos de Defensa: sí, se encuentran los siguientes

B.3.a) Negación:

“No, es una persona muy sana” (1) “Yo no sé qué edad tenía,” (2) “¡No lo podía entender!”(4) “Yo no le daba importancia a eso”. (11). Con una ignorancia absoluta

“¡No! es algo que mi cabeza no tiene aceptación.”(17) “Va a estar todo bien” (21).

B.3.b) Supresión del afecto:

“Primero que me cuesta decirle enfermedad” (27) “No quiero ni imaginarme” (28) Hay cosas que no quiero compartir, hay cosas tan dolorosas. (28)

B.3.c) Desmentida:

“Él me golpeaba, no con frecuencia” (2). “Mi abuelo a pesar de esas peleas, como ¡no te acepto! Con mi papá, tenía cosas ¡muy positivas!”(6). “Yo me quede embarazada sin saber que me podía quedar, con una ignorancia absoluta. Por ahí no le preste atención” (12). “Con él tampoco, obviamente, pero sí” (18). “También a los cinco meses casi presenta un cuadro similar al que había vivido M”. (20) “Yo trataba de contenerlo hasta donde podía, pero yo estaba demasiado inmersa en mi dolor en ese momento, como para estar pendiente de cómo estaba

viviéndolo él”. (21) “No soy de fumar demasiado, fumo” (22). “Yo no tenía problema porque a mí me gusta leer y estudiar, lo que sí me sentía insegura en química” (23)- “No, eso me había empezado” (26).

B.3.d) Represión

“Pero él...” (4). No me acuerdo el nombre (6), (11) “Porque cuando ellas hablaban así... (12).” ¿Recuerda algún sueño? P:- No, no suelo, cuando era chica tenía pesadillas con el mar, con cosas así (27)

B.3.e) Mecanismos proyectivos: no se encuentran

B.3.f) Elaboración Secundaria:

“Seguramente esa cosa que dice la gente hay que calmarla con agua. Y me metió en un tacho de agua de 300 litros” (2). “Supongo que porque era muy chica y alguna cosa que lo haya molestado, que yo lloraba.”(2). “Yo me quede embarazada sin saber que me podía quedar, con una ignorancia absoluta. Por ahí no le preste atención” (12)

B.3.g) Otros

Variable C) Enunciados Identificatorios

C.1) Con predominio a Regresión Narcisista:

“Yo veía cosas en las personas que no me gustaban, yo me sentía tan observadora” (6) “Yo fui una niña muy...tuve muchas rarezas, vaya a saber cómo interpretaba yo las cosas.”(8)”Porque yo vivía enojada (17). “Yo soy muy abierta (29)

C.2) Con predominio a Sobreadaptación:

“Yo era la rebelde de la casa” (6). “Me construí muy dura, muy armada, muy estructurada” (18). “Yo creo que me fui armando con todo lo que yo pude” (18). “Yo pueda encontrar algo bueno dentro mío es como que yo no.”(22). “Yo soy muy dura, como me fui endureciendo” (22). “Y era Norma ponerse todas las corazas habidas y por haber, al rato saber que tenía que encontrarme con mamá” (21). “Nosotros éramos como muy heavy, muy pesados, muy locos” (28).

C.3) Otros

Fijación:

“Yo siempre le tuve pánico al agua” (2). “Es el día de hoy que no soporto salir de mi casa sin haber hecho la cama” (7). “Después de esa vez, no festeje más mi cumpleaños” (9)

Conversión:

“Una vivencia muy fea, ¡Muy fuerte! Por la cual yo había levantado temperatura” (10).

Disociación:

“No sé adentro mío, una Norma que todo lo puede y una que no puede nada” (28).

“Que le puedo ofrecer yo de alimento a mi cuerpo” (28).

Test de alexitimia: Resultados

Caso N° 2: Norma

Puntaje obtenido en el test de alexitimia: **72** (Indica presencia de alexitimia).

Se encuentra evidencia de alexitimia en el discurso de pensamiento operatorio.

A continuación se transcriben fragmentos de la entrevista .Con el fin de facilitar la búsqueda se consigna entre paréntesis la página de la entrevista (anexo).

Lenguaje operatorio

“Nació como a los 19, pero mi mente en ese sentido era muy ignorante” (pág12).

“Tuvimos 6, pero tenemos 3 hijos con vida y 3 niños que murieron .Hay una nena la primera o sea en el 86, se murió en la panza, la sacaron sin vida en la panza; faltaba un poquito para terminar, inclusive yo estaba internada, pero ya venía con algunas dificultades. Después a los dos años me volví a quedar embarazada, fue otra nena que vivió 5 días nació el 24 de Octubre y murió el 29 de Octubre. La primera murió el 16 de junio. H... ¡Sí! fue el mismo día que

cumple años mi papá, el mismo día que murió Borges, y después la otra nena, murió esa madrugada, se cortó la luz, fue acá también” (pág.19).

“Algo así entonces me llama la maestra (se ríe), después pude hablarlo con ellos cuando murió M, pero ya tenían 12...13 años y estaban viviendo otra cosa. De todos modos nosotros estuvimos con M, con una muerte cerebral durante 7 días y enfrentar eso era fortalecerte en todo porque, por ejemplo mi mamá llegó el día que murió M. (Pág. 21).

“¿Recuerda algún sueño?

P:- No, no suelo, cuando era chica tenía pesadillas con el mar, con cosas así (Pág.27)

“Ahora estoy averiguando, tengo un libro gordo de petete, que tiene cosas de biología de química y que se yo me he remontado a todo lo que tiene que ver con las células relacionarlas con la parte enzimática a ver cómo funcionan y relacionarla con las vitaminas a ver que le puedo ofrecer yo de alimento a mi cuerpo, como para ayudarlo. (pág. 28).

Caso N° 3: Marta

- Presentación Marta
- Paciente 62 años, argentina, separada 2 hijos.
- Ocupación: empleada textil.
- Nivel sociocultural: bajo (primario)
- No presenta aislamiento social, ni marginación

Como primeros síntomas siente dolores en las manos, hinchazón, rigidez lo cual indica un diagnóstico de Artritis reumatoide. Sumado a esto aparecen síntomas de picazón en las piernas y úlceras, producto de una vasculitis asociada. Actualmente se atiende en el Hospital Durand.

Historia de vida

Actualmente Marta es la única integrante de su familia de origen, debido a que sus padres y hermana fallecieron, hace algunos años.

Los padres eran extranjeros de nacionalidad paraguaya, y su hermana argentina, nacida en Formosa. El resto de su familia, primos y tíos, vive allí, todavía. En cambio, sus abuelos maternos residen en Paraguay, junto con un hermanastro (hijo del primer matrimonio de la madre).

Comenzaremos con la historia de Marta a partir de su nacimiento.

Su familia vive en Formosa, hasta que viaja a Buenos Aires y se instala en la localidad de Rodríguez, durante un tiempo.

Sus padres viven en una condición muy humilde, alquilan para vivir un garage compartiendo el mismo, con otras personas.

Cuando nace Marta, la madre no concurre al hospital siendo asistida en su domicilio por una vecina, que la ayuda en el momento del parto.

Marta refiere con respecto a su nacimiento que es una hija no deseada y que su madre quiso abortarla, varias veces, pero no lo logró.

No recuerda muchos momentos, referidos a su niñez, solo comenta que sus padres no tenían una buena relación, se peleaban y se insultaban .Refiere que su madre “la despreciaba” y se lo demostraba delante de todos.

La madre de Marta fue una mujer dominante, que ejerció su poder frente a todos los miembros de su familia.

La relación de Marta con su hermana fue distante gracias a que la madre se encargó de separarlas. Esta rivalidad parece, surgir por la preferencia que sentía el padre hacia Marta, generando celos y conflictos entre las hermanas.

Cuando Marta cumple 15 años, se mudan a Rafael Castillo, debido a la compra de un terreno, donde el padre de Marta construye su primera vivienda.

Marta recuerda que en su adolescencia toda era prohibido y censurado, sobre todo el sexo que era tomado como algo “asqueroso”, según las palabras de su madre.

Marta llega a sentir miedo frente a la sexualidad .Era tal su desconocimiento, debido a la falta de información, que cuando tiene su menarca, refiere vivir un tremendo episodio, sufriendo una “hemorragia impresionante”.

Con respecto a su escolaridad, Marta termina nivel primario, pero no quiere seguir el secundario .Frente a esta situación la madre la obliga a trabajar. Y ésta consigue un puesto como administrativa en un comercio de venta de lana.

A los 17 años tiene su primer novio, al que conoce a través de su hermana, por haber sido también el novio ella. Según Marta refiere, su hermana no lo quería, sólo lo usaba para que la acompañe a bailar .Marta comienza una relación con él, basada en la “lastima”.

La madre de Marta durante su noviazgo la controla permanentemente. Esta situación la incomoda, ya que se siente vigilada y con falta de intimidad, porque a su novio solo puede darle un beso a escondidas.

Marta, al poco tiempo es operada de apéndice por un médico amigo del novio.

A los 22 años se casa y viaja a Salta a conocer a la familia de su esposo.

Durante la fiesta, una tía (que viene desde Paraguay), habla con Marta sobre la virginidad, preparándola para la noche de bodas. Según ella refiere: “Me habló con todo el amor del mundo”. Este “consejo” que recibe de su tía reafirma aún más, la mala relación que tiene con su madre, ya que para ella la tía representa (en ese momento) una figura materna, comprensiva y contenedora.

Marta relata que su noche de bodas, no fue como ella esperaba, como se la habían contado. Al preguntarle al marido sobre esto, él le dice que en la operación de apéndice ella perdió su virginidad y que es un favor que le pidió a su amigo (médico que la operó). Marta se resigna a esta situación, comenta además no haber sentido nunca placer sexual al lado de su marido. Reconoce que ella no lo ama, que se casó por qué estaba todo preparado (invitaciones, fiesta).

La relación continúa y Marta quiere ser madre, pero su marido no quiere tener hijos. Frente a esto Marta comienza a tomar pastillas anticonceptivas. Pero como su deseo es tener hijos, lo engaña evitando tomarlas. De esta forma nacen su primer hijo cuando ella tiene 23 años. Menciona que el embarazo fue maravilloso sin complicaciones.

La relación con su pareja entra en crisis, Marta relata un episodio de agresión. Cuando ella está embarazada de tres meses (2º embarazo), recibe golpes de su marido de los que se defiende para no perder a su hijo.

Cuando Marta tiene 26 años nace su segundo hijo, (una niña). Ella relata, que sus hijos fueron alimentados a pecho durante varios meses.

Marta y su familia viven en la casa que el padre edificó para ella, conviven un tiempo solos hasta que su suegra se va a vivir con ellos porque la desalojan de la casa donde

vive. Marta, frente a esta situación, le pide a su padre que construya una habitación y un baño para que su suegra tenga más independencia.

Mientras tanto surgen problemas económicos, su marido trabaja poco, esto irrita a Marta que no soporta verlo sin hacer nada. Éste hace un curso y se recibe de gasista matriculado, comienza a trabajar haciendo planos, por los que recibe dinero. Pero no termina sus trabajos, lo que motiva que la gente vaya a reclamar y a quejarse acusándolo de estafador.

El marido se queda sin trabajo e hipoteca la casa para comprar un taxi. La relación de pareja va de mal en peor. Marta se entera que su marido comienza a salir con otras mujeres, hasta que un día en presencia de su suegra, su esposo le confiesa que tiene una vida paralela, con una hija y una mujer a la que ama.

Marta, llora como lo hace frecuentemente cuando tiene un problema. Esta noticia la angustia a tal punto que necesita tomar antidepresivos para poder tranquilizarse. Parece ser una medicación que usa habitualmente.

A pesar de la infidelidad Marta y su esposo continúan viviendo juntos. Marta para vengarse empieza a salir con un vecino, un hombre casado con el que se ve a escondidas. El marido de Marta al verla con mejor ánimo, más contenta comienza a sospechar, y ella le cuenta que tiene otra pareja.

El marido celoso y arrepentido le pide perdón, sin embargo la relación se torna cada vez más conflictiva.

Marta relata que vive otro episodio de mucha violencia. Una noche Marta por consejo de una amiga le saca dinero a su marido del pantalón, éste al darse cuenta la quiere ahorcar la golpea fuertemente, a tal punto que cuando la madre de Marta la ve en ese estado, hace la denuncia.

El marido de Marta es detenido por un tiempo .Al salir de la cárcel vuelve con su familia, pero a los dos meses se va definitivamente. Marta hace la denuncia por abandono de hogar .Separándose definitivamente de su marido cuando ella tiene 32 años.

Sus hijos no vuelven a ver a su padre. La madre de Marta, la ayuda a levantar la hipoteca y a poner una verdulería que termina fundiendo. A pesar de esto Marta demuestra tener recursos para desenvolverse en el medio social donde vive, puede buscar trabajo y encontrarlo sin dificultad, resuelve muy bien esta situación logrando la independencia económica que necesita para mantener a sus hijos. Es así como se anota en la Municipalidad de Morón y consigue trabajo en una Clínica; luego comienza como cadete hasta llegar a ser secretaria de gerencia en una compañía química.

Marta separada se queda sola con sus hijos, ya que su suegra se va a vivir a Salta.

Pierde de esta manera toda comunicación con la familia de su marido.

Una noche volviendo de su trabajo sufre un robo que la atemoriza, a tal punto que decide alquilar la casa donde vive y con ese dinero irse a un lugar más céntrico ya que residía en la zona más periférica de Morón. Para esto necesita una garantía y recurre a su madre y a su hermana pero ambas le niegan la ayuda. Esto provoca el alejamiento de Marta, quien enojada por la situación, no vuelve a verlas. Manteniendo únicamente contacto con su papá, quien a escondidas le presta la escritura de la casa.

El padre se muestra como un padre preocupado por su hija, a la que acompaña con afecto. Demostrando ser un sostén en los momentos más importantes de su vida.

Marta reconoce que su padre era una persona muy trabajadora, quien a pesar de ser analfabeto hizo todo lo que pudo, ya que trabajó para dejarles una casa a cada hija.

Marta a los 42 años aproximadamente comienza con dolores articulares, inflamación en la manos, le diagnostican Artritis reumatoidea.

Durante el alejamiento de su familia Marta se entera que su hermana está enferma de cáncer, esto produce un acercamiento y una recomposición de la relación entre ellas.

Marta acompaña a su hermana hasta el último día de su vida. Ella muere cuando Marta tiene 46 años.

En el término de pocos años sufre pérdidas muy significativas. Cuando Marta tiene 49 años muere su padre, y cinco años después su madre.

Marta, se siente sola y desamparada por la muerte de sus familiares más cercanos extraña a sus primos y tíos con los cuales mantiene una comunicación periódica. Ambos residen en Paraguay y en Formosa.

La relación de Marta con sus hijos es de dependencia .Uno de ellos sigue viviendo con ella, a pesar de tener 39 años.

Con la hija tiene una mala relación, se entera que está embarazada y que lleva una vida desorganizada.

A los 51 años Marta es abuela. Su hija y su nieto se van a vivir con ella, situación que perdura por cinco años.

Marta cuida a su nieto como si fuera su hijo. Cuando éste tiene cinco años el padre biológico se lo lleva a vivir con él, dejando a Marta con una angustia terrible, que no puede superar. Actualmente logra ver a su nieto esporádicamente.

Marta a los 61 años busca desesperadamente a su hermanastro, al que ella no conoce personalmente. Logra dar con él y quedan en encontrarse algún día.

Actualmente, Marta tiene 62 años y cree que el origen de su enfermedad se debe a los momentos de angustia que vivió en su vida. Qué esto que padece es una forma de agredirse .Espera que encuentren un medicamento que cure su enfermedad.

Gráfico que presenta la relación entre los hechos vitales de Marta y su enfermedad Autoinmune.

<i>Edad</i>	<i>Hechos Vitales</i>	<i>Síntomas Somáticos</i>
0 meses - 15 años	La madre durante el embarazo quiere abortarla.	
15 años	Se muda de Capital a Pcia.	
	Cambia de escuela.	
	Menarca.	Fuerte hemorragia
16 años	Abandona los estudios comienza a trabajar.	
17 años	Se pone de novia con el ex novio de la hermana .La operan del apéndice.	Infección Urinaria.
22 años	Se casa con su 1° novio.	
23 años	Tomaba pastillas anticonceptivas.	Sube de peso.
	Dejo de tomarlas, el marido no quería tener hijos y ella le mintió y quedó embarazada. Tuvo su 1° hijo.	
26 años	También le mintió al marido y tuvo otra hija. Sufre muchísimo. Cesárea.	
30 años	El marido le dice que tiene una hija con otra mujer (a la que ama).	Se deprime.
	Marta, al poco tiempo comienza una relación con un hombre casado. Relación que mantiene en secreto.	Toma antidepresivos.
32 años	El marido le pega, la quiere ahorcar. Va preso por dos meses. Vuelve a su casa y después hace abandono de hogar. Marta hace la denuncia.	

33-42 años	Separada con sus hijos de 6 y 9 años, se queda sin trabajo, tiene la casa hipotecada.	Sufre de inflamación y dolores en las manos.
	Se aleja de su madre y su hermana.	
	Rompe con su relación de pareja	
	Consulta al médico.	
43 años	Logra conseguir trabajo , levantar la hipoteca , y mantener a sus hijos .Consulta a un especialista (reumatólogo)	Nódulos en las manos
		Osteoporosis avanzada
46 años	Se reconcilia con su hermana. Al poco tiempo ella fallece por un cáncer de mama.	
49 años	Trabaja cuidando enfermos.	
	El padre muere a los 84 años.	
51 años	Recibe una orden de desalojo. Se desespera. Nace su nieto y se va a vivir con ella.	Artritis reumatoidea
54 años	Muere su madre con 84 años.	
56 años	Su nieto se va de la casa. Lo extraña, situación que le provoca angustia.	Se desmaya
57 años	Consulta a varios médicos.	
58 años	Diagnóstico de vasculitis.	Prurito, picazón en las pierna .Se le hacen ronchas y úlceras.
61 años	Busca desesperadamente a su hermanastro.	
62 años	Vuelve a tener contacto con su nieto al que ve esporádicamente.	

Análisis del Instrumento de Procesamiento Afectivo

Caso N° 3: Marta

Análisis del discurso del paciente obtenido durante la entrevista.

A fin de facilitar la búsqueda, se indica entre paréntesis la página donde se encuentra la variable estudiada.

Variable A) Expresión de Afecto:

“Y yo me quede helada” (6). “Fue tremendo lo mío” (9). “Yo le tenía miedo”. (10) “Siempre con ese temor de decir me está espiando” (10) “¡Sufrí muchísimo!” (13) “Casi me muero” (16). “Entonces ahí me desesperé” (16). “Ese es el dolor más grande que tengo nada de lo que me sucedió en la vida me duele tanto como F”. (16) “Yo me quede con el vacío de F”. (17) “Y me siento mal” (21).

Variable B) Procesamiento del Afecto

B.1) Elaboración: no se encuentra

B.2) Evacuación:

“Me arrinconó contra la pared y justo arriba de la pared tenía un cuadro de nuestro casamiento y lo saqué y se lo estrellé” (15)

B.2.a) Descarga Verbal:

¡Ah! (6, 8,9) ¡O sea! (10)

B.2.b) Descarga Motriz:

Llora (3, 4, 8, 10, 16, 17,18) “Señala el brazo (4). Se ríe (13)

B.3) Mecanismos de Defensa:

B.3.a) Negación:

¡No sé lo que voy a encontrar! (2). Ahora yo no sé (7). Yo no sé.

¡Qué sé yo! (9). No sé más nada de mi niñez (9). Yo veía que algo no pasó (10).
“No es que sea un trabajo denigrante” (13). “No importa vamos a salir de esto”
(16). “Pero bueno, no sé” (19). No lo sé (20). No entiendo (20).

B.3.b) Supresión del afecto: no se encuentra

B.3.c) Desmentida:

“Recibí una pequeña ayuda; no ayuda ni monetaria” (2) “daba vuelta la cara, me
ponía la cara” (4) “Era una persona más humilde, pero no.” (8)

B.3.d) Represión:

“No, no, no me acuerdo” (3). “Acá vamos para ubicarlo a tu hijo” (7) “¡No sé
que más le puedo decir!” (9). “No recuerdo” (10) “Silencio”. (18)

B.3.e) Mecanismos proyectivos:

“Ella tenía mucha soberbia” (4). “Y entonces mi hermana vivió siempre con ese
odio, no con ese odio, con ese rencor de decir mi hermana me saca el amor de mi
papá y todo ese tipo de cosas” (5). “Y después cuando tenía que llegar a algo
más serio ella lo desplazaba” (11). “Supongo que mi hija sufrió mucho” (17).

“Todo eso no fue por nosotras, fue por mamá” (6). “Yo veía que algo no pasó.
Fuimos a pasar a la casa de una prima “(10).

B.3.f) Elaboración Secundaria:

“Sentí culpable, como que yo la condené que tuviera esa enfermedad” (3)
“Porque mi mamá nos separó a las dos, nos separó de esta manera: eh...
hablando mal de mí con mi hermana y a mí, hablándome mal de mi hermana;
diciendo que mi padre me prefería a mí y no a ella “(5)

E:-¿Ud. conoció a sus abuelos?

P:-A mi abuelo, al papá de mi mamá. De la familia de mi papá a nadie, será porque el pobrecito era una persona más humilde, pero no. (8) “Pero bueno, mi papá, nos dio dentro de lo que pudo” (9) “Y bueno me quedé con él y así me fueron las cosas” (12) “Creo que Dios me manda todo este trabajo” (21)

B.3.g) Otros:

Conversión:

“Yo salía a la casa y no podía hablar y no veía, y todo el mundo me preguntaba” (18).

Identificación:

“Yo la tengo estos días muy presente, porque ella también tomaba muchos corticoides y tenía la cara como la que tengo yo. Yo me veo tan hinchada con este síndrome de Cushing que tengo” (5).

Variable C) Enunciados Identificatorios

C.1) Con predominio a Regresión Narcisista: no se encuentra

C.2) Con predominio a Sobreadaptación:

“Todo se paga en la vida” (3)

C.3) Otros

Test de alexitimia: resultados

Caso N° 3: Marta

Puntaje obtenido en el test de alexitimia: **54** (Indica ausencia de alexitimia)

Caso N°4 Claudia

- Presentación Claudia
- Paciente de 42 años, argentina, separada 2 hijos.
- Ocupación: Administrativa Hospital Psiquiátrico
- Nivel sociocultural: medio. Secundario incompleto.
- No presenta aislamiento social, ni marginación.

Como primeros síntomas, presenta fiebre muy alta dolores articulares y bronquitis, es internada de urgencia en el Hospital Zubizarreta .Le diagnostican Lupus eritematoso Sistémico. Actualmente se atiende en Hospital Durand.

Historia de Vida

La familia de Claudia está compuesta por su madre, padre y 2 hermanos mayores (una mujer y un varón).

De los únicos que tiene recuerdo es de sus abuelos maternos, especialmente de su abuela con la que convive, hasta que fallece de cáncer de mama.

Claudia duda con respecto a su origen, sospechando que es adoptada. Según ella refiere nunca vio fotos de su madre embarazada.

Buscando con sus hermanos documentos de la familia, develan secretos ocultos. Descubren que su madre, se casa embarazada de su hermana y que Claudia es anotada en el registro civil dos años después de su nacimiento .Esto refuerza más aún la teoría de la adopción .Sumando a este hecho la ausencia de fotos de la época.

Claudia enojada discute con su madre y la amenaza con hacerse una ADN. Está enfurecida con la situación.

No recuerda muchos momentos de su niñez refiere que fue tranquila, que era buena alumna en el colegio y tenía las mejores notas. No termina el secundario, abandonando sus estudios en 3° año.

Claudia menciona que su madre es una mujer fría, autoritaria con la que no puede hablar.

La relación entre ellas es sumamente agresiva.

Claudia se muestra rebelde y desafiante, en las discusiones, refiere que estas situaciones la llevan a irse de la casa. Y recurre a la casa de las amigas donde vive por un tiempo. Frente a esto la madre la busca desesperadamente con la policía.

Durante su adolescencia cuando Claudia tiene 15 años se asusta con su primera menarca “pegando un grito” la única que la contiene y la calma es su hermana que le habla sobre el tema y le regala un ramo de rosas.

Con sus padres no puede hablar de estas cosas y menos con su madre, El sexo es un tema tabú para ella. Claudia refiere no tener problemas relacionados con el sexo y que lo disfruta plenamente.

En esta época le prohíben las salidas, situación que la angustia, se queja de no poder ir a bailar con sus amigas.

A los 15 años conoce a su primer novio, con el cual mantiene una relación de 5 años.

A los 18 va a bailar por primera vez con sus hermanos, y luego disfruta de su vida social hasta que conoce a su marido, a los 27 años. Luego de unos años de noviazgo decide casarse hecho que ocurre cuando Claudia tiene 30 años.

Poco tiempo después comienzan los problemas en su relación de pareja.

Claudia y su marido son dueños de un restaurante y trabajan muchas horas por día.

Él es muy celoso y se crean discusiones en torno al tema.

Claudia dice que ella es muy simpática y habla con todos, el marido empieza a sospechar que ella le es infiel, hecho que no sucede en realidad.

Los celos enfermizos de su marido provocan que Claudia actúe diciéndole lo que él quiere escuchar: “sos un cornudo”. Estas palabras despiertan la ira en él; tirándole a Claudia un velador por la cabeza lastimándola en la frente. Ella va al Hospital, donde la curan y dejan asentada la denuncia.

Claudia siente mucho rechazo hacia su esposo y decide irse a vivir a la casa de su hermano. Esta situación dura poco tiempo ya que ella decide volver con su marido para darle una nueva oportunidad.

Claudia a los 31 años, queda embarazada de su único hijo. A los tres meses de embarazo, vuelven las peleas con su marido. Él es expulsado del hogar por una decisión judicial.

Claudia se separa definitivamente, quedándose con su hijo. Actualmente el papá tiene un régimen de visitas para verlo.

A los 32 años comienza a trabajar como administrativa en un hospital psiquiátrico, en el que continúa.

A los 36 años, la llevan de urgencia al hospital por sufrir, fiebre muy alta, bronquitis y dolores articulares. La internan en terapia intensiva. Le diagnostican Lupus eritematoso sistémico.

A los 37 se reencuentra con su novio de la adolescencia, comenzando una relación de pareja que continua en la actualidad.

A los 40 años comienza a sufrir de insomnio. Presentado todavía, dificultades para conciliar el sueño.

Claudia mantiene con sus padres una relación de dependencia, convive con ellos cuidando sobre todo la salud de su padre que es un enfermo cardíaco. La relación entre sus padres es intolerable. Ella no soporta más las peleas, y discusiones que tienen.

Actualmente Claudia está de licencia en el trabajo por sufrir de estrés; menciona estar cansada y tensionada, debido al clima de presión constante que ejerce su jefe. Quién genera un clima de tensión para ella y para sus compañeros. Al poco tiempo Claudia se entera que su novio sufre de cáncer.

Claudia, según ella misma refiere, “no tiene idea” sobre la enfermedad autoinmune que padece. Lo único que siente son dolores que no puede soportar. Si pudiera “curarse”, se iría de viaje a las montañas a ver a su hermana y sus sobrinos a quienes extraña.

Gráfico que presenta la relación entre los hechos vitales de Claudia y su enfermedad Autoinmune

<i>Edad</i>	<i>Hechos Vitales</i>	<i>Síntomas Somáticos</i>
0 -10 años	Niñez tranquila.	
	Buena alumna.	
10 años	Operación de apéndice.	
15 años	Padres autoritarios no la dejaban salir a bailar Conoce a su primer novio.	Menarca
18 años	Tiene hepatitis A.	
	Sale por primera vez a bailar, con sus hermanos.	
20 años	Se pelea con su primer novio.	
27 años	Comienza una relación de noviazgo con quien será su marido.	
30 años	Se casa, su relación se torna violenta sufre agresiones físicas y verbales. El marido le tira un velador por la cabeza, va a hospital, el médico que la atiende hace la denuncia.	Herida en la frente , va al hospital a saturarla
31 años	Embarazo de su único hijo.	Siente que se ahoga
	Fuertes peleas con su marido Golpes, intenta ahorcarla.	
36 años		42° de fiebre, dolores articulares, bronquitis.

	La llevan de urgencia al hospital, la internan en terapia intensiva.	Derrame pleural. Derrame pericardio Nefritis aguda.
		Recibe el diagnóstico de Lupus eritematoso Sistémico.
	Empieza terapia con un psiquiatra.	
37 años	El padre sufre un infarto.	
	Le colocan un stent.	
	Se encuentra con su primer novio comienza una relación de pareja.	
	Deja de ir al psiquiatra.	
40 años	Siente preocupación por las situaciones que vive.	Dificultades para dormir.
41 años	Toma licencia en su trabajo	Tensión, estrés.
	Se entera que su novio tiene cáncer	
42 años	Continúa en tratamiento.	Lupus eritematoso sistémico

Análisis del Instrumento de Procesamiento Afectivo

Caso N° 4: Claudia

Análisis del discurso del paciente obtenido durante la entrevista.

A fin de facilitar la búsqueda, se indica entre paréntesis la página donde se encuentra la variable estudiada.

Variable A) Expresión de Afecto: no se encuentra

Variable B) Procesamiento del Afecto: si, se encuentra

B.1) Elaboración: No se encuentra

B.2) Evacuación:

“Dije:-¡ma sí! Está bien...”si querés creer que sos un cornudo” ¡sos un cornudo!- le terminé diciendo”. (9) “Ahora no voy pero...hace 10 años que

trabajo ahí. Ahora estoy haciendo otras cosas, es como que dije:- ¡bueno basta!- por un problema que hubo” (13)

“Ahí tengo ganas de pegarme un tiro en la cabeza” (18). “Ah!, yéndome a la mierda. Yéndome de Bs. As” (21).

B.2.a) Descarga Verbal:

“Este...” (2,13) ¡Ah! (2,8). “Dice boludeces” (5) “Puto de mierda” (8) ¡Pum! (9) “¡Este es un hijo de puta!”(13). “A mí te digo la verdad, me importan tres carajos”. (14). “Este es un mal parido” (14). “Si saben que es un sorete” (14). “Si el tipo es una mierda” (14) “una boludez” (18). ¡Traca, traca! (19).

B.2.b) Descarga Motriz: Se ríe, (1, 5, 6,7, 11, 14,17) Alza la mano (9).

B.3) Mecanismos de Defensa:

B.3.a) Negación:

Como nunca tuve vínculo no me interesaba” (3).”La verdad no me interesa.”(4). “Le debería pasar más por lo que debe ganar, pero no me interesa”. (11). “Yo soy una chica re sana.”(15). “Yo no estoy internada y se me va el apetito. Yo no sé cuál es el problema.”(17). “La enfermedad me enteré, mira... fue muy cómico” (17). “Yo no sufrí el divorcio” (19).

B.3.b) Supresión del afecto:

“Me jode un poco hablar de este tema” (8). “¡Hay Dios sacáme esto de mi mente! porque te juro me hace muy mal, muy mal”. (17).

B.3.c) Desmentida:

“No sé si” (2) “Amor y odio” (2). “No sé si por ahí es así” (2). “A veces se torna insoportable, si me voy lejos voy a estar mejor. Pero no deja de ser una buena mujer” (2). “Tuve una niñez media complicada por un lado y por el otro no” (4). “No tengo ni la mínima noción de lo que era ser chica. (5). “Son buenas. “Si, no, no, si” (5).”Tampoco tuve cincuenta, pero quizás con uno tenés más afinidad”

(6). “Nunca tuve la fantasía ni creo que la voy a tener jamás, gracias a dios no. Por ahí algún día... no voy a decir que nunca jamás” (7). “Me propuse tener un hijo, intenté porque... yo no quería saber nada de tener un hijo con él”.(10). “Como de todo, hay días en que puedo hacer las cuatro comidas y hay días que no”(13). “O sea, mi trabajo relativamente está bien”.(14). “Esto es algo que a mí me jode, pero la verdad, es que le hablé mil veces” (14). O sea sí, si me tengo que ir porque así lo decide Dios y bueno me iré...total... darme cuenta, no me estoy dando cuenta de nada- le dije.”(18)

“No se cura, pero va a ver un caso en un millón que sí se va a curar, me va a costar, pero yo lo voy a lograr.”(18). “Te juro que la cabeza mía es una tortura porque quiero dejar de pensar y no pensar un montón de cosas que pienso y no puedo” (19). “Entonces no le puedo echar la culpa a que mi viejo se estuvo a punto de morir, quizás fue el detonante para que estallara” (20). “O sea, o la aceptas como es, que no la voy a aceptar nunca porque no me interesa” (20).

B.3.d) Represión:

“En la calle Perón que era el... coso... de la mujer.”(11). “Yo no me acuerdo nada” (5).

“No, tengo ni idea. La verdad no tengo ni idea” (19).

B.3.e) Mecanismos proyectivos

Yo digo:- ¿éste atiende pacientes? Digo:- ¡éste tiene que estar internado ahí!- pero bueno. (14).

B.3.f) Elaboración Secundaria

“Se sentía culpable y por eso me buscaba” (2). “¡Ojo! que mis amigas me dicen: -andáte a una pensión Claudia. Pero económicamente no puedo despegar” (3). “Mi papá la putea a mi mamá porque mi mamá lo volvió loco todo el día; él ya no aguantó más” (3). “Si no tengo vínculo con alguna persona a mí no me afecta, entonces, al no afectarme, no pregunto” (4). “A los quince a mí no me dejaban salir, Era otra época, “no te olvides que yo tengo cuarenta y uno”. A una nena de

quince años no la dejaban salir a bailar”. (6).”Hay muchos juegos que hay que uno conoce, que uno ve. Porque a mis cuarenta y tantos un años, te imaginas que no estoy en una burbuja” (7). “Y revoleó un velador con tanta mala suerte, claro, él estaba durmiendo boca abajo, yo vi la secuencia .Yo a veces pienso que no fue intencional” (9). “Le pasa muy buena plata, quizás, le debería pasar más por lo que debe ganar, pero no me interesa” (11). “Yo voy a trabajar porque a mí el gobierno me paga mi sueldo” (13). “No, no. La situación económica no está como para..., de los dos, como para tener realmente una convivencia.”(14). “Mi hermano vino una sola vez y después no pudo venir más” (20).

B.3.g) Otros

Variable C) Enunciados Identificatorios

C.1) Con predominio a Regresión Narcisista:

“Yo fui media rebelde” (2). “Bien franca soy (5).”Yo no voy a cambiar mi personalidad porque a otra persona le moleste” (8). Yo “Soy muy de investigar todo” (11). “Yo no era de alimentarme muy bien” (13). Yo soy muy estructurada (14). Yo siempre fui muy valiente (16). Yo soy de reclamar (20).

C.2) Con predominio a Sobreadaptación:

Si bien yo soy simpática hay un tema, yo soy muy dada y muy simpática. (8). Yo creo que si una persona quiere, ama, o tiene cariño por otra, no tiene porque dañarla. (10) “Tu hijo es una bendición” (11). “Los varones son muy maderos” (12). O sea sí, si me tengo que ir porque así lo decide Dios (18). Soy una máquina, no paro, no paro, siempre estoy haciendo algo (18).

C.3) Otros

Test de alexitimia: resultados

Caso N° 4 Claudia

Puntaje obtenido en el test de alexitimia: **74** (Indica presencia de alexitimia)

Se encuentra evidencia de alexitimia en el discurso de pensamiento operatorio

A continuación se transcriben fragmentos de la entrevista .Con el fin de facilitar la búsqueda se consigna entre paréntesis la página de la entrevista (anexo)

Lenguaje operatorio

Recordás con más dolor” (4). “Partíme la cabeza” (7). “Siempre tuve una relación normal” (7). “Era una tortura” (8). “Me costó horrores dársela” (10). “Y me agarra toda una sensación adentro que me hace re mal”. (17). “Fue muy duro para mí” (17). “Cuando me agarran dolores, te pudo asegurar que no se pueden soportar.”(18). “Si bien me jode en algunos aspectos, porque no estoy como yo quiero estar” (18). “Te juro que la cabeza mía es una tortura porque quiero dejar de pensar” (19).

“A él, el año pasado lo operaron de cáncer en la tiroides, pero porque yo se lo descubrí. Yo lo volví loco para que vaya al médico porque si no era por eso, él no iba a ir nunca al médico” (Pág14).

“Sí, si después me empezaron hacer estudios en el riñón porque a mí se me había perforado el riñón, yo tuve nefritis aguda, entonces con el doctor C, yo hice derrame pleural, derrame pericardio y nefritis, las tres cosas juntas” (Pág.16).

E: ¿Cómo duerme de noche?

P:-Mal, tengo insomnio .Tengo las pilas puestas la 24 hs del día.

E:-¿Recuerda algún sueño?

P:- Hay días que sí, que son muy pocos porque no duermo, ese es el tema: tampoco me acuerdo los sueños. (Pág19).

“Ella te trata bien cuando ve que esta con un brote de la enfermedad, ella es consciente de mi enfermedad y eso me saca, yo la otra vez se lo dije: - vos sos un cáncer para mí, mi Lupus se despierta cuando vos me volvés loca (Pág., 20).

Caso N° 5 Susana

- Presentación Susana
- Paciente de 58 años, chilena, casada 3 hijos.
- Ocupación: ama de casa
- Nivel sociocultural: medio (secundario completo).
- No presenta aislamiento social, ni marginación.

Como primeros síntomas siente inflamación y dolor abdominal, la internan en un hospital no pudiendo establecer un diagnóstico certero. Y finalmente consulta a un médico en forma particular y recibe el diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico Actualmente se atiende en el servicio de Inmunología del Hospital Durand.

Historia de Vida

Susana nace en Chile, hija de una familia muy humilde y numerosa compuesta por sus padres y 8 hermanos, cinco son mujeres y tres varones. De los cuales quedan 7 con vida. El papá fallece hace 37 años. La mamá aún vive y reside en Chile.

Comenzaremos con la historia de Susana, desde su gestación.

Su madre embarazada trabaja en una casa de familia realizando la limpieza, La dueña de esa casa (a la que llamaremos L) es una persona mayor que vive con su marido.

La madre de Susana intenta abortarla reiteradas veces, sin lograrlo.

No obstante cuando nace la niña intenta quitarle la vida, situación que impide L, quedándose con Susana desde pequeña. L se transforma en una madre para ella,

brindándole cuidados, amor y educación, durante 10 años; momento en el que aparece repentinamente su madre biológica, quien exige que la niña vuelva con ella.

Susana recuerda este hecho, con mucha angustia y temor porque debe irse con una mujer que no conoce y dice ser la madre. Como lo expresa Susana “yo lloraba porque no veía a mi L”

A partir de aquí empieza para Susana una etapa signada por el dolor, la humillación, la desidia y la pobreza.

Comienza a vivir hacinada, sin poder satisfacer las necesidades básicas que todo ser humano necesita para vivir. Como el abrigo, el alimento y la higiene.

Según palabras de Susana :

“¡El vestido se me pudrió en el cuerpo!, me llene ¡de piojos y heridas!, porque al rascarme se me hacían costras en la cabeza. No me daban de comer, se olvidaban de mí”

Susana no se siente parte de esa familia desconocida que la expulsa. Ella añora volver a ver a L.

A los 11 años comienza a trabajar realizando tareas domesticas, donde está por poco tiempo, por no ser demasiado eficiente.

A los 12 años empieza a trabajar en la casa de una familia realizando la limpieza, pero esta vez, solo tiene un día libre cada 15 días. Viviendo prácticamente fuera de su casa.

A los 15 años Susana, no logra superar el cambio que dio su vida, alejada de su L. Sufre dos intentos de suicidio, primero intenta tirarse bajo un tren y luego, tirarse de un puente al vacío. A partir de esta edad comienza con dolores e inflamación abdominal, síntoma que la acompaña a lo largo de su vida.

Cuando está en el secundario, en 1° año a los 16 años, empieza un noviazgo con un compañero de clase., que la besa delante de todos .Susana toma esto como un compromiso.

Susana desconoce los cambios que sufre su cuerpo en la adolescencia, comienza a sentir dolores y no sabe b que siente “ni quiere mirarse” .Tiene su menarca y es objeto de burla por parte de sus hermanas. Susana siente que tiene algo malo.

La relación de sus padres fue conflictiva, el padre ejercía violencia física y verbal hacia su esposa y sus hijos. Él era alcohólico.

Cuando Susana tiene 19 años, el papá en una pelea la amenaza con un cuchillo, la madre la culpa a ella y hace a denuncia en contra del padre Éste va preso por un tiempo. Susana va a visitarlo a la cárcel y le aclara que ella no lo denunció.

Susana vive con su familia de origen hasta los 21 años, se casa en Chile, pero su madre le prohíbe al padre ir al civil y a la iglesia .Inmediatamente Susana viaja a Neuquén (Argentina) para trabajar y seguir estudiando.

A los pocos meses recibe la noticia de la muerte de su padre (muere ahogado, en el rio).

Susana ya no lo vuelve a ver, situación que lamenta, porque según indica compartían el gusto por la lectura.

Susana consigue trabajo cuidando a unos niños y realizando la limpieza en una casa de familia. Mientras, su marido trabaja en la cosecha de peras y manzanas.

Cuando Susana tiene 25 años nace el primer varón. A los 28 años, nace el segundo hijo. Ambos sin complicaciones.

Dos años después de los nacimientos de sus hijos, Susana sintiéndose profundamente deprimida sufre su tercer intento de suicidio, cortándose las venas. Superado este momento vuelve a quedar embarazada .A los 34 años, tiene su tercer hijo (mujer) .Debe realizar reposo antes del parto, pero nace sin complicaciones .Susana alimenta a sus tres hijos a pecho.

Susana y su familia viajan a Buenos Aires, donde permanecen hasta hoy.

La relación de Susana con sus hermanos es distante. A pesar de esto ella quiere que sus hijos tengan un buen trato con sus primos, que vivan una relación familiar. Ellos se conocen desde chicos.

Cuando los hijos de Susana eran chicos viajaban frecuentemente a Chile .Durante el verano ella realizaba trabajos de costura, que le permitían aumentar sus ingresos.

Susana cuenta con la ventaja de tener su propia vivienda en Chile (otorgada por el gobierno) lo cual implica, no gastar más que en comida, cuando se va de viaje.

Cuando tiene 36 años empieza a sentir mucho dolor e inflamación abdominal, va al hospital V y la dejan internada 20 días, creen que puede ser un cuadro de vaginitis, pero no dan un diagnóstico preciso.

A los 37 años consulta, por sentir nuevamente dolores abdominales, esta vez concurre a una sala asistencial de barrio. Cansada de deambular por distintos especialistas, piensa que su dolor se relaciona con preocupaciones que tiene frente a los sucesos que vive.

A los 47 años, Refiere sentir nerviosismo y preocupación por pagar las cuotas de un crédito para su casa.

Comienza con fuertes dolores de cadera, va a consultar al hospital Z .Realizan diferentes estudios .No aparece nada óseo.

A los 52 años, empieza una crisis de pareja. Susana piensa que su marido puede ser infiel y tener otra mujer, ya que no tiene relaciones sexuales con ella. Esta situación se prolonga hasta la actualidad.

A los 55 años siente fuerte dolores en los pies, piernas y tobillos, concurre al hospital P, y le diagnostican una fuerte depresión. Comienza una terapia Psicológica grupal. Con personas que tienen los mismos síntomas, pero no la continúa. No se siente parte del grupo. Aduciendo que esa gente “sí lo necesita porque sufre cosas terribles. Ella en cambio está bien, no precisa realizar la terapia”.

A los 57 años siente fuertes dolores, inflamación intestinal y picazón, le diagnostican Lupus eritematoso sistémico.

Actualmente Susana tiene 58 años, siente muchos dolores y le cuesta caminar. Cree que su enfermedad autoinmune apareció porque alguna vez ella le dio la orden a su cuerpo

para que esto ocurriera. Y que no pretende curarse, se conforma con poder ponerse de pie.

Gráfico que presenta la relación entre los hechos vitales de Susana y su enfermedad Autoinmune

<i>Edad</i>	<i>Hechos Vitales</i>	<i>Síntomas Somáticos</i>
0-10 años	La madre intenta abortarla, al nacer trata de matarla, ante estos hechos (la dueña de la casa donde trabajaba la mamá) se queda con Susana.	Enuresis, no quiere comer.
10 años	Es obligada a vivir con la familia biológica a la cual no conoce.	Enuresis, heridas (producidas por piojos) en el cuero cabelludo.
11 años	Trabaja en una casa haciendo la tarea doméstica.	Delgadez, enuresis.
12 años	Trabaja de mucama con cama adentro.	Se quema el brazo con una plancha.
15 años	Frente al maltrato de su familia, sufre, dos intentos de suicidio (intenta tirarse bajo un tren y tirarse de un puente al vacío).	Dolor de estómago.
16 años	1° beso, novio lo vive como un compromiso.	Menarca
20 años	El padre la lastima con un cuchillo. Éste va a la cárcel.	Dolor de estómago
21 años	Se casa, viaja de Chile (país de origen) Argentina.	Dolor de estómago
22 años	Fallece el padre en Chile, no llega al entierro.	
25 años	Nacimiento de su 1° hijo (varón) Parto normal.	
28 años	Nacimiento de su 2° hijo (varón) Parto normal.	Con fórceps.
30 años	3° Intento de suicidio.	Se corta las venas de las muñecas.
34 años	Nacimiento de su 3° hijo (mujer) con 4.900 kg.	Tuvo que hacer reposo antes del parto. El bebé nace con doble circular de cordón.

36 años	La internan 20 días en un hospital V.	Inflamación estómago. Sequedad bucal. Vaginitis.
37 años	Concurre a una salita hospitalaria a consultar por qué no se siente bien.	Fuertes dolores de estómago
47 años	Está pagando un crédito por la compra de la casa. Situación que le genera nerviosismo. Concurre al Hospital Z.	Inflamación abdominal.
		Fuertes dolores de cadera
52 años	No tiene relaciones sexuales con su marido.	
55 años	Sufre depresión , concurre al hospital P	Fuertes dolores en rodillas, tobillos y pies.
57 Años	Recibe el diagnóstico de la enfermedad que sufre.	Fuertes dolores, inflamación intestinal, prurito.
		Lupus Eritematoso Sistémico.
58 años	Convive con su marido pero no mantiene relaciones sexuales	No puede caminar por el dolor, en las piernas.
		No puede dormir, del dolor.
		Toma calmantes y hace acupuntura

Análisis del Instrumento de Procesamiento Afectivo

Caso N° 5 : Susana

Análisis del discurso del paciente, obtenido durante la entrevista.

A fin de facilitar la búsqueda, se indica entre paréntesis la página donde se encuentra la variable estudiada.

Variable A) Expresión de Afecto: sí, se encuentran los siguientes:

“Nosotros seguimos hablando y todo, pero en mí hay una amargura” (9)
“Porque los míos me daban mucha pena” (11) “¡Eso me llena de nervios!” (12)
“¡Yo estoy tan cansada!”(14). “me provocaba llorar” (17)

Variable B) Procesamiento del Afecto

B.1) Elaboración: no se encuentran.

B.2) Evacuación: si

Conductas evacuativas: “Intenté suicidarme tres veces pero con tan mala puntería que no lo logre” (16)

B.2.a) Descarga Verbal:

Eh (16)

B.2.b) Descarga Motriz:

Lagrimas (4). Risa (6, 9, 10,17). “Me hacía pis hasta grande” (3)

B.3) Mecanismos de Defensa:

B.3.a) Negación:

“No me había dado cuenta” (1). “Entonces no sé cómo sería, que mi mamá vuelve y queda embarazada otra vez” (3). “Él tomaba y bueno... empezaban a discutir. Ella le buscaba”. (5). “Mi papá, nunca me levantó la voz o me insultó, o me dijo...esto está mal lo que estás haciendo, no. Él estaba orgulloso, que yo estaba estudiando” (6). “Mi papá, no era agresivo con sus hijos (6). “No recuerdo haberlo pensado y además porque era una cosa que...yo estaba tan ocupada que no recuerdo de haber pensado en algo así.” (9). “Quizás no me quiere más ¡Tendrá alguien por ahí!”(10).

“Mira lo que vos tenés es lupus, los síntomas. ¡Qué sé yo!”(14). “Esas cosas han cambiado pero, por un problema físico no por otra cosa” (17).

B.3.b) Supresión del afecto:

“Después se va, trato de no acordarme”. (13)

B.3.c) Desmentida:

“Si estoy viva”. (4)” “¡Yo era un alambre!, era muy flaquita, no sé “(6). “Creo que hasta el día de hoy que voy, siento que lo voy a encontrar en algún lugar. Donde él estuvo alguna vez” (1). “Buena, sólo con mi mamá era enfermiza la relación, era con ella, porque ella cuando se veían, lo buscaba” (6.) “Sabía más o menos leer, no bien, pero si sabía” (7).” ¡No sé...si tuve juventud o algo!”(7). “No sé si estoy enamorada de él, no lo sé. ¡Qué sé yo!”(8). Estoy con él y...a la vez estoy sola”. (10). “A veces pienso que parece, que nunca hubiera pasado nada entre nosotros ¡y de tener tres hijos!”(10).

“Mi marido no es alguien que me reprocha. Le preparo alguna comida...cosa que no haya de parte de él una acusación hacía mí. Que la casa esté limpia cuando vuelve” (12).

“Porque a mí, lo que me pasa no es ¡nada!, comparado con los otros”. (14). “Porque si bien es cierto que yo sufrí mucho, en mi niñez, en mi juventud .Y después nada. Entonces yo no le puedo llamar sufrimiento.” (14). “Pero es una enfermedad como cualquier otra, ¿No?”(15). “Empezaría a trabajar de nuevo. Y ahora...no sé, tampoco me pondría a trabajar tanto” (18).

B.3.d) Represión:

“Y yo me quedo viviendo con la otra familia, yo no recuerdo hasta que edad; si serían 9 10 años no lo recuerdo”. (3). “Son como sueños, siento que...lo que yo recuerdo es que... estaba en un banco tipo plaza y... que estaba durmiendo yo ahí.”(3). “Cuando yo tenía 19 años, una vez... mi papá cuando los separé, mi papá me amenazó con un cuchillo....o me cortó... creo, no recuerdo” (5). “Me acuerdo que me quemé con una plancha, que... ¿de qué edad era?”(7). “Pero no recuerdo el sueño” (16). “Ah eso si que no. (17).

B.3.e) Mecanismos proyectivos: no se encuentran

B.3.f) Elaboración Secundaria:

“Después viene la que es mi mamá y me dice que me tengo que ir con ella y yo ¡lloraba! porque yo no la conocía” (3). “No, igual a mi mamá, la respeto debe haber tenido motivos muy fuertes, para que esperar una respuesta (4). Yo...creo que tengo que hacer, por el simple hecho de ser...un ser humano y preocuparse por otra” (4).

“Entonces yo pienso ahora ¿no? ¡Qué es una de esas relaciones enfermiza! Que capaz que necesitaban eso”. (5) ¡Mi mamá sí! Ella tomaba. Ella no era agresiva por el alcohol, ella lo hacía cuando estaba sanita” (6).

B.3.g) Otros

Variable C) Enunciados Identificatorios: no se encuentran

C.1) Con predominio a Regresión Narcisista: no se encuentran

C.2) Con predominio a Sobreadaptación: no se encuentran

C.3) Otros

Conversión:

“Pasó eso del beso con mi marido, que esa noche ¡un calor! ¡Una cosa que nunca había sentido! y unos dolores que era no sé, ¡terrible los dolores!”(8). “El dolor que se me forma acá que es un dolor...que parece que se me seca la boca, que es un dolor que parece que se me inflama, que fuera duro, eso desde que tengo uso de razón, siempre tenía ese dolor.”(13).

Test de alexitimia: resultados

Caso N° 5 Susana

Puntaje obtenido en el test de alexitimia: **70** (Indica presencia de alexitimia).

Se encuentra evidencia de alexitimia en el discurso de pensamiento operatorio.

A continuación se transcriben fragmentos de la entrevista .Con el fin de facilitar la búsqueda se consigna entre paréntesis la página de la entrevista (anexo)

“El dolor que se me forma acá que es un dolor...que parece que se me seca la boca, que es un dolor que parece que se me inflama, que fuera duro, eso desde que tengo uso de razón, siempre tenía ese dolor.”(13).

“Hará unos tres años los dolores empezaron a ser más fuertes, porque se me revientan los dedos de los pies, de los tobillos, las rodillas” (14).

Test de Alexitimia – Puntaje.

Nº Frases	Patricia	Norma	Marta	Claudia	Susana
1	1	1	1	1	3
2	1	5	1	3	1
3	1	1	5	1	5
4	1	3	1	3	1
5	3	3	1	1	1
6	1	1	5	1	5
7	5	5	1	5	5
8	1	3	5	1	5
9	3	5	5	1	5
10	1	1	1	3	5
11	5	3	1	5	5
12	5	1	1	3	5
13	5	1	5	5	1
14	1	3	5	5	5
15	1	1	1	3	1
16	1	5	1	3	3
17	5	3	1	1	1
18	1	5	1	5	3
19	5	5	1	3	1
20	1	3	1	1	3
21	1	1	1	1	1
22	1	1	1	1	1
23	5	3	1	3	1
24	5	1	1	3	1
25	5	3	3	5	1
26	1	5	3	3	1
Total Puntaje	66	72	54	74	70

Datos socioculturales y su relación con la Alexitimia

Casos	Marginación Social	Aislamiento Social	Nacionalidad	Sexo	Nivel Cultural	Edad	Alexitimia
Patricia	No	No	Argentina	F	Medio	45	Sí
Norma	No	No	Argentina	F	Medio	52	Sí
Marta	No	No	Argentina	F	Bajo	62	No
Claudia	No	No	Argentina	F	Bajo	41	Sí
Susana	No	No	Chilena	F	Medio	58	Sí

Relaciones entre Mecanismos de defensa, Enunciados Identificatorios y Enfermedad autoinmune.

Procesamiento Afectivo	Patricia (L.E.S)	Norma (Esclerodermia)	Marta (A.R.)	Claudia (L.E.S)	Susana (L.E.S)	Total
Ex. Afecto	8	8	10	0	5	31
Elaboración	0	0	0	0	0	0
Evacuación	0	5	0	4	1	5
Descarga Verbal	16	5	4	14	1	40
Descarga Motriz	3	7	9	8	6	33
Negación	4	7	11	7	9	38
Supresión de afecto	0	3	0	2	1	6
Desmentida	5	9	3	18	14	49
Represión	11	5	5	3	6	30
Mecanismos Proyectivos	1	0	6	1	0	8
Elaboración Secundaria	7	3	6	11	5	32
Fijación	1	3	0	0	0	4
Conversión	3	1	1	0	2	7
Disociación	0	2	0	0	0	2
Identificación	0	0	1	0	0	1
E.I. Narcisista	8	4	0	8	0	20
E.I Sobre-Adaptación	6	7	1	6	0	21

CONCLUSIONES

A modo de conclusión nos proponemos establecer relaciones entre las categorías analizadas hechos vitales, funcionamiento afectivo y enfermedad autoinmune.

Podemos inferir que los 5 casos estudiados en nuestra población, tienen en común historias de vida con hechos significativamente dolorosos: pérdidas, abandonos, conflictos generacionales, muerte de seres queridos, vínculos familiares agresivos y violentos.

Se observó también que estos sucesos son anteriores a la aparición en estos sujetos de la enfermedad autoinmune, lo cual podrían indicar que estos momentos vividos actúan como desencadenantes de la enfermedad.

Con respecto a los modos de procesamiento afectivo, que utilizan los sujetos de la muestra, podemos afirmar que de acuerdo a los resultados obtenidos, existe un marcado predominio de mecanismos negadores, tales como desmentida, negación y supresión del afecto. Que coexisten con una amplia mayoría de mecanismos de evacuación como son las descargas motrices y verbales. Encontrando menor predominio de enunciados identificatorios.

Además podemos afirmar que en todos los casos analizados, existe un predominante déficit en la capacidad de elaboración. Aquella que permite la comprensión de sucesos terriblemente intolerantes, los que se encuentran alejados de la consciencia. Creemos que estas personas realizan un enorme esfuerzo psíquico por evitar mecanismos que los lleven a metabolizar lo vivido.

De acuerdo a los resultados obtenidos podemos afirmar que de las 5 pacientes analizadas en la muestra, 4 resultan con presencia de alexitimia y una con ausencia de la misma. Esto nos lleva a afirmar que existe prevalencia de alexitimia en pacientes con enfermedades autoinmunes. Esta presencia se evidencia a través de la entrevista en los fragmentos del discurso analizado. Un discurso con predominio de pensamiento operatorio, ligado a lo concreto.

Con respecto a la relación entre las variables socioeconómicas y la presencia de alexitimia podemos inferir que de las 5 pacientes 4 tienen presencia de alexitimia, 1 ausencia.

De las cuatro mujeres con alexitimia, 3 de ellas pertenecen a un nivel socioeconómico medio. Y solo una pertenece al nivel socioeconómico bajo.

Además la persona que no registra alexitimia pertenece a un nivel socioeconómico bajo.

Frente a estas evidencias podemos afirmar que en nuestra muestra existe prevalencia de mujeres con presencia del constructo alexitimia, que pertenecen a un nivel socioeconómico medio. De esto se deduce que no se encuentra relación entre la presencia de alexitimia y una clase social determinada. Coincidiendo con las investigaciones de Mendelson (1982), Keltikangas-Järvinen (1985) y Joukama y cols. (1996). Quienes, no encuentran ninguna relación entre alexitimia y una clase social determinada. (p.12)

DISCUSIÓN

Se pudo analizar a través de las historias de vida de las mujeres que componen la muestra, que todas presentan dificultades en relación al vínculo materno, este vínculo que no le permite sentir, sus estados afectivos; y en algunos casos sin registro de sus estados corporales.

Como afirma Susana en su discurso:

“¡El vestido se me pudrió en el cuerpo!, ¡me llene de piojos y heridas!, porque al rascarme se me hacían costras en la cabeza. (4)

“Hay días que del dolor mismo, hasta la ropa me duele, el roce de la ropa, ropa ajustada no puedo usar porque...siento que...donde ¡me toco me duele! no es que sienta la sensación. ¡Es real!”

Como refiere Patricia:

Yo ¡unos dolores!, que el pelo que se me mueva así (se toca el cabello) ¡me dolía!

Esta dificultad de la madre para interpretar los deseos y necesidades de su hijo en una edad temprana será un terreno fértil para que se asienten las bases de una enfermedad psicosomática según hace referencia McDougall (1996).

Las vidas de las mujeres que componen la muestra estuvo signada por la creación de vínculos de violencia y agresión. Con la familia de origen, con sus parejas, con el entorno, en algunos casos es vivida con mucha aceptación, “como si fuera lo que les toco vivir”.

Nos preguntamos ¿Existe relación entre la agresión sufrida por sucesos de la vida y la agresión que la enfermedad autoinmune produce?

Dejamos abierto este interrogante para retomar en futuras investigaciones.

BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA

American autoimmune related diseases association, (2005) *Autoimmune Disease In Women* artículo publicado por la AARDA

Brostoff .J (1991), *Inmunología Clínica*.Ed Mosby Doyma Libros

Chiozza, L (1991) *Afectos y Afecciones 2, Los afectos ocultos en la enfermedad en el cuerpo* Alianza Editorial, Buenos Aires

Chiozza, L (2001) *Enfermedades y afectos*, Alianza Editorial, Buenos Aires

Chiozza, L. (2007). *Primera parte* En, ¿Por qué enfermamos? La historia que se oculta en el Cuerpo. Libros del Zorzal editores. Argentina.

Fainboin, L. (2005) *Introducción a la inmunología humana* .Ed: Médica Panamericana Buenos Aires

Freud, S (1950a [1895]) “*Proyecto de psicología*”. En *Obras Completas*, Tomo I Amorrortu, Buenos Aires

Freud, S (1895d) “*Estudios sobre la histeria*”, *Obras completas*, Amorrortu Buenos Aires, 1976, Tomo II.

Freud, S (1900a) “*La interpretación de los sueños*”, *Obras Completas* Tomos IV y V Amorrortu, Buenos Aires

Freud, S (1909a [1908]) “*Apreciaciones generales sobre el ataque histérico*”
Tomo IX *Obras Completas*, Amorrortu, Buenos Aires

Freud, S (1915c) “*Pulsiones y destino de pulsión*”, *Obras Completas*, Tomo XIV. Amorrortu, Buenos Aires

- Freud, S (1915d), “*La Represión*”, Obras Completas, Tomo XIV Amorrortu, Buenos Aires
- Freud, S (1916-17 [1915-17]), “*Conferencias de introducción al psicoanálisis*” Obras Completas, Tomos XV y XVI. Amorrortu, Buenos Aires
- Freud, S (1926d [1925]) “*Inhibición síntoma y angustia*”, *Obras Completas*, Tomo XX. Amorrortu. Buenos Aires
- Gómez-Puerta J. (2008) *Lupus eritematoso sistémico. La clínica y el laboratorio.* Editorial Médica Colombiana S.A. número 68 211 -223.
- Ióvine, E.Selva.A (1985) *El Laboratorio en la Clínica.* Ed. Médica Panamericana Buenos Aires.
- Kaplan H., Sadock B. (1987). *Compendio de Psiquiatría.* Barcelona: Salvat Editores.
- Liendo, C (2004) *Afecto y enfermedad somática* Jornada Kennedy.
- Laín Entrelago, P (1950) *Introducción histórica al estudio de la Patología. Psicósomática.* Ed. Consejo Superior de Investigaciones Científicas: Madrid.
- Lolas Stepke, F (1984) *La Perspectiva Psicósomática En Medicina.* Ed. Universitaria
- Margetts, E. L. (1966). *Notas Históricas sobre Medicina Psicósomática.*
- En Wittkower E., Cleghorn R. (ed.), *Progresos en Medicina Psicósomática* (pp. 4064) Buenos Aires Eudeba.
- McDougall J. (1987) *Teatros de la mente* Ed. Tecnipublicaciones .Madrid
- McDougall, J (1991). *Teatros del cuerpo.* Ed. Colección Continente.
- McDougall J. (1996) *Alegato por una cierta anormalidad.* Ed. Paidós
- Montalvo, J Yáñez, Sagrario. (1994). *Alexitimia: concepto, evaluación Y tratamiento* .Psicothema
- Nasio, J (2006) *Los gritos del cuerpo* .Editorial Paidós .Buenos Aires.

Otero J., Rodado J. (2004). El Enfoque Psicoanalítico de la Patología Psicosomática.

Aperturas Psicoanalíticas. <http://www.aperturas.org/16oterorodado.html>

Páez D, Casullo (2000) *Cultura y Alexitimia ¿Cómo expresamos aquello que sentimos?*
Editorial Paidós Buenos Aires

Roitt, I. (1991) *Inmunología fundamentos*. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires.

Real Academia Española. (2001) *Diccionario de la Lengua Española*. Editorial. Espasa-Calpe

Serrano Nogra, V (2005). *Nuevas aportaciones a la Medicina Psicosomática* (Pp, 101-134) Ed.: Universidad de Málaga, Servicio de Publicaciones, España

Sivak, R., Wiater, A (2006) *Alexitimia y dificultad para verbalizar afectos. Teoría y Clínica*. Editorial: Paidos .Buenos Aires.

Sifneos, P (1973.) *The prevalence of alexithimic characteristics in psychosomatic patients*. *Psychother, Psychosom*, 22:255-253.

Sifneos, P (1988) *Alexithymia and its Relationship to Hemispheric Specialization, Affect and Creativity*- *Psychiatric Clinics of North America*, Vol. 11, No. 3.

Ulnik, J (2002) *Monográfico de Medicina Psicosomática* .Ed. Arte Granada España.

Valdez, R. (2004). La alexitimia: entre la angustia y el goce. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, julio-diciembre, 403-414.

Varela, B (2000) *Stress*. *Actualidad Psicológica*. Octubre, 18-19.

Winnicott D. (1973). *Naturaleza Humana*. Bs. As. Paidós.

ANEXO

Escala de alexitimia (UBA)

M.M.Casullo, A.Wiater y M.Maristany

Consigna: Lea con atención las siguientes 26 frases. Marque su respuesta con una cruz, en una de las 3 columnas, teniendo en cuenta lo que usted piensa o siente sobre cada una de ellas. Trate de ser lo más sincero/a posible:

		Generalmente si	A veces	Nunca No
1	Cuando lloro sé porque lo hago			
2	Ponerse a fantasear es perder el tiempo			
3	Quisiera ser menos tímido/a			
4	Me confundo y no sé bien que estoy sintiendo			
5	Fantaseo sobre el futuro			
6	Me resulta tan fácil como a las demás personas tener amigos			
7	Poder resolver un problema es más importante que preguntarse porque se lo resolvió de esa manera			
8	Me es difícil encontrar palabras para expresar lo que siento			
9	Me gusta que los demás se den cuenta si estoy preocupado/a por algo			
10	Tengo sensaciones en mi cuerpo que ni siquiera los médicos logran entender			

11	No me alcanza que una tarea está hecha necesito saber cómo y porque se hizo			
12	Puedo contar lo que siento sin problemas			
13	Prefiero más analizar mis problemas que simplemente contarlos			
13	Prefiero más analizar mis problemas que simplemente contarlos			
14	Cuando me siento mal no sé si estoy triste, asustada, enojada			
15	Uso mi imaginación			
16	Sueño despierta cuando no tengo nada que hacer			
17	Me sorprendo por ciertas sensaciones que tengo en mi cuerpo			
18	Me pongo a fantasear			
19	Prefiero aceptar las cosas tal como pasan que tratar de entender porque suceden de esa forma			
20	Tengo sensaciones que no puedo explicar con palabras			
21	Es importante tener emociones poder sentir cosas			
22	Me resulta difícil decir lo que siento acerca de la gente			
23	La gente me pide que cuente mejor mis sentimientos			
24	Uno debería buscar explicaciones más profundas de las cosas			
25	No sé qué está pasando dentro de mí			

26	Cuando me enojo no sé porque estoy enojado			
----	--	--	--	--

Puntaje total directo:

Nombre:

Escolaridad:

Ocupación:

Edad:

Lugar donde vive:

Fecha de Administración:

Entrevista (semidirigida)

Nombre

Historia Familiar

Padres

1) ¿Vive su padre? 2) ¿De dónde es? 3) ¿Cuántos años tiene? 4) ¿Ha sufrido alguna enfermedad? 5) ¿Cómo se lleva Ud. con él? 6) ¿A qué edad murió? 7) ¿De qué falleció? 8) ¿Cuántos años tenía Ud. entonces? 9) ¿Estuvo presente cuando murió? 10) ¿Cómo reaccionó? 11) ¿Qué enfermedades tuvo antes? 12) ¿Cómo se llevaban Uds.? 13) ¿Vive su madre? 14) ¿De dónde es? 15) ¿Cuántos años tiene? 16) ¿Ha sufrido alguna enfermedad? 17) ¿Cómo se lleva Ud con ella?

18) ¿A qué edad murió? 19) ¿De qué falleció? 20) ¿Cuántos años tenía Ud. entonces? 21) ¿Estuvo presente cuando murió? 22) ¿Cómo reaccionó? 23) ¿Qué enfermedades tuvo antes? 24) ¿Cómo se llevaba Ud. con ella?

25) ¿Ha vivido siempre con sus padres? 26) ¿Por qué? 27) ¿Cómo lo han tratado? 28) ¿Cómo se llevaba con sus padres? 29) ¿Tiene hermanos? 30) ¿Cómo se lleva con ellos?

Abuelos

31) ¿Ha conocido a sus abuelos? 32) ¿Cuántos años tenían? 33) ¿Han sufrido alguna enfermedad? 33) ¿En qué trabajaban? 34) ¿Cómo se llevaba Ud. con ellos?

Datos del desarrollo

Niñez

1) ¿Cómo era cuando era niño? 2) Datos de la evolución 3) Embarazo 4) Parto 5) Alimentación 6) ¿A qué edad caminó? 7) ¿A qué edad habló? 8) ¿Se enfermaba?

9) ¿A qué edad controlo esfínteres? 10) ¿Cómo fue el control? 11) ¿Hasta qué edad se hizo pis en la cama? 12) ¿Cómo fue evitado? 13) Tenía berrinches.

Adolescencia

1) ¿Hábleme acerca de su adolescencia? 2) ¿Recuerda alguna fantasía sexual? 3) Vida social.

Vida Sexual

Hombre

1) ¿Cuándo tuvo los primeros conocimientos sexuales? 2) ¿Tuvo relaciones sexuales?, si fue con una mujer insistir ¿antes había tenido prácticas sexuales con hombres? 3) ¿Qué le pareció la primera relación sexual? 4) ¿Como ha continuado en sus prácticas sexuales? 5) ¿Cómo son ellas en la actualidad? 6) ¿Cuál ha sido su primer amor? 7) Si es casado: 8) ¿Hábleme de su esposa? 9) ¿cómo se llevan? 10) ¿Tiene hijos? 11) ¿Hábleme acerca de sus hijos?

Vida Sexual

Mujeres

1) ¿A qué edad comenzó a menstruar? 2) ¿Cómo fue la primera vez? 3) ¿Cuando tuvo los primeros conocimientos sexuales? 4) ¿Cuándo vio la diferencia de sexos, que pensó de ello? 5) ¿Qué creía acerca del origen de los niños? 6) ¿Y del matrimonio? 7) ¿Tuvo relaciones sexuales?, si fue con una hombre insistir ¿antes había tenido prácticas sexuales con mujeres? 8) ¿Es Ud. alguien que se enamora seguido? 9) ¿Cuál ha sido su primer amor? Si es casada: 10) ¿Hábleme de su esposo? 11) ¿Cómo se llevan? 12) ¿Tiene hijos? 13) ¿Cómo fueron sus embarazos 14) Partos 15) ¿Hábleme acerca de sus hijos?

Cambios de residencia

1) ¿Cuándo vino de su lugar natal? 2) ¿Por qué se fue? 3) ¿Cómo le va en su nueva residencia?

Trabajo

1) ¿Trabaja actualmente? 2) ¿Desde cuándo? 3) ¿Cómo se siente con su trabajo?

Historia Somática

¿Sufría alguna molestia?

Hábitos

Alimento y todos los detalles referentes al mismo 2) Café, alcohol, tabaco.

3) Sueño 3.a) ¿Cómo duerme? 3.b) ¿Recuerda algún sueño?

Enfermedad Actual

1) ¿Qué le pasa? 2) ¿Desde cuándo está enfermo 3) ¿Estaba bien completamente, bien antes de esa fecha? 4) ¿Recuerda cuando sintió el primer síntoma? 5) Como reaccionó cuando apareció la enfermedad 6) ¿Qué es lo que siente ahora? 7) ¿y qué más le pasa? 8) ¿Nada más? 9) ¿Está tomando medicación? 10) ¿Está realizando algún tratamiento?

11) ¿Realizó algún tratamiento? .Consignar que tipo de tratamiento.

Actitud Frente a la enfermedad

1) ¿A qué cree que se debe su enfermedad? 2) ¿Y su familia como reaccionó? 3) ¿Qué cosas cambiaron a partir de su enfermedad? 4) ¿Cómo cree que podría curarse? 5) ¿Qué hará cuándo se cure?

