

T.D.
C/30

ESTUDIO PSICO-SOCIOLOGICO Y DE PERSONALIDAD

=====

EN EL ENFERMO ULCEROSO DE DUODENO

=====

José Luis Castilla Osorno



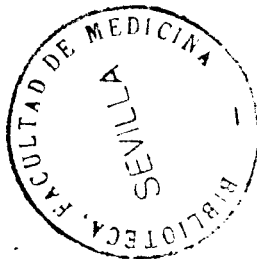
SEVILLA 1.977



DON SEBASTIAN GARCIA DIAZ, CATEDRATICO DE PATOLOGIA QUIRURGICA Y DON FRANCISCO ALONSO FERNANDEZ, JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y - PSICOLOGIA MEDICA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE SE VILLA,

CERTIFICAN: Que D. José Luis Castilla Osorno, ha realizado bajo nuestra dirección, la Memoria para optar al título de Doctor, sobre "ESTUDIOS PSICO-SOCIOLOGICOS Y DE PERSONALIDAD EN EL ENFERMO ULCEROSO DE DUODENO", reuniendo a nuestro juicio todas las condiciones exigibles en una Tesis Doctoral.

Para que conste y a petición del interesado, firmamos el presente certificado en Sevilla a ---ve-nte de Junio de mil novecientos setenta y siete.



Al recuerdo de mi madre .

AGRADECIMIENTO

A mi padre, que desde mis primeros años empezó a enseñarme con amor y humildad, la andadura por la vida. A pensar y comprender la responsabilidad de un deber y la rectitud de hacer.

A él, que como padre y maestro me enseñó y educó y -- posteriormente, con su sacrificio, contribuyó a mi formación universitaria; a él que le debo lo que soy y lo que tengo, le agradezco lo que hizo y le ofrezco el resultado.

A Reyes, mi mujer, por su comprensión, por su compañía.

A Sebastián García Díaz, hombre que fiel a una jerarquía de valores, hace compatible día a día en su magisterio, la disciplina con la amistad, la dirección con el diálogo, guiado de la mano del pensamiento y del ejemplo.

A él, no solo le agradezco la formación quirúrgica recibida, sino que a través de unos años de convivencia y trabajo, el compartir su intensa actividad universitaria, nos ha proporcionado -- un profundo sentido humanístico en nuestro quehacer diario, fruto -- del cual, ha sido posible la realización de este trabajo, que subraya la supremacía del hombre, en el juicio ordenador y moderador de un -- criterio quirúrgico.

A Francisco Alonso Fernández, mi testimonio de gratitud por su consejo, reflexión y curiosidad, tanto crítica como constructiva, en el planteamiento y desarrollo de esta tesis.

A Jose Cantillana Martínez, que siempre ha sido para mí modelo y estímulo, como hombre y cirujano, y me honra con su amistad.

A Francisco Ortega Beviá y Elisa Pérez de Ayala, que colaboraron con su conocimiento y trabajo de manera fundamental, en la realización de este trabajo.

Y a José Luis Pérez Arroyo, por su inestimable colaboración en la realización de los cálculos matemáticos.



La técnica ha evolucionado con los años, pero la Consulta Médica, aún está basada en el contacto humano entre el médico y el paciente.

I N D I C E

=====

INTRODUCCION	1
 <u>CAPITULO I</u>	
I. 1. Concepto e historia	3
I. 2. La participación cerebral	11
I. 3. La relación interpersonal. Pérdida de objeto	30
 <u>CAPITULO II</u>	
II. 1. Trastornos psicossomáticos en la in- fancia	38
II. 2. Trastornos psicossomáticos en el -- adulto	45
 <u>CAPITULO III</u>	
III. 1. Material y método	59
III. 2. Resultados	77
III. 3. Discusión. Personalidad del enfermo ulceroso de duodeno	113
 CONCLUSIONES	 134
BIBLIOGRAFIA	140
 APENDICE	 147

INTRODUCCION

Uno de los hechos más trascendentes de la realidad humana radica en la materia de la cual está hecha el hombre, que puede llegar a ser explosiva (10). Por decirlo así, somos como bombas gobernadas por elevados factores espirituales (30), los cuales, cuando -- son alterados, hacen estallar al hombre ocasionándole una serie de -- disturbios o trastornos que se manifiestan clinicamente. Podemos citar v.g. la aparición de una febrícula, un estado nauseoso seguido -- de vómitos, una disnea, una dismenorrea, etc., como consecuencia de -- un estado afectivo intenso o un "desequilibrio" emocional. Así pues, el fenómeno humano debe ser estudiado en su totalidad. La vida no es solo física y materia, sino espíritu y metafísica. La totalidad no -- se puede enjuiciar tangencialmente; lo correcto es enjuiciarla como -- forma unitaria a base de materia-espíritu, realidades que juegan máximo papel en la vida humana (5).

Así pues, insistiremos en esas características del enfermar humano que, las distinguen del enfermar animal propiamente dicho, prestando especial interés en los siguientes puntos: Primero, -- el sufrimiento, pues aunque el animal sufra, es cualitativamente distinto. Segundo, personalidad del hombre (2), que le hace tomar una -- postura ante la enfermedad. Tercero, la frustración de deseo y esperanza, cualitativamente distinta también a la que pueda tener el animal.

Una medicina que tenga presente estos conceptos no -- se puede conformar con un diagnóstico obligado y preciso (49), considera, debe considerar, al individuo pensante y sintiente, necesitado de ayuda como persona, con un particular punto de gravedad vivencial y mutaciones de conciencia a lo largo de una biografía (3). Vemos -- así el efecto positivo de ese Médico de cabecera (36), desgraciada-- mente en periodo de extinción, donde muchas veces no ha sido precisamente la ciencia que lo aureolaba, sino el corazón que encarnaba, el que resolvía problemas con un criterio humano y comprensivo. Vemos -- también como esa religión a la que el hombre se agarraba con verdadera fe, la que con su práctica específica de la confesión, descarga -- el espíritu humano y le libera de un peso que a la larga, tiene tendencia biológica a la organización. La equivocación de toda medicina tecnificada, con predominio biologista en sus concepciones, es que -- "se olvida" de la otra mitad del hombre (54), de que existe un sentido amplio, global, comprensivo y psicológico, recordando solo el sentido reducido, propio de la enfermedad típica, donde existe como pedestal una situación anímica cualitativamente anormal. Olvida, -- que por muy orgánica que sea la enfermedad, será distinta la asimilación en cada ser humano.

CAPTULO I
=====

I.- 1. CONCEPTO E HISTORIA

El término psicossomático evoca la relación espíritu-cuerpo, crucial tanto en el terreno filosófico como médico, superándose así la medicina puramente orgánica (15). No basta con suprimir en nuestros textos-JEAN DELAY-(10) el guión que en otros separa estas dos palabras griegas, psique y soma, para soslayar la dificultad y considerarla resuelta por esa mera simplificación tipográfica.

El concepto de medicina psicossomática (43), o más aún el concepto del hombre, base integral de la medicina psicossomática, ha evolucionado a través de los tiempos, considerando los antiguos - que el temperamento de la persona era la resultante de la mezcla de diversos humores (sangre, flemas, bilis amarilla y bilis negra), cuyo predominio permitía distinguir diferentes tipos de temperamentos, aplicándose esta palabra de humor, tanto a los aspectos psíquicos como físicos del individuo y conceptuándolo como un todo.

Pero no siempre fué así, pues a través de la historia, existió la contraversia y la discusión. La secuela de Cos era la de Hipócrates, teniendo presente el temperamento del enfermo: La escuela de Cnido era la de Galeno, considerando tan solo el órgano enfermo.

Por la Escuela de Cos, la enfermedad representaba la ruptura de un equilibrio interior que se traba de establecer de ---

acuerdo, en la medida posible, con las leyes de la naturaleza, "los médicos -decía HIPOCRATES- emplean sin advertirlo artes similares a la naturaleza humana, pero aunque sepan lo que hacen no saben lo que imitan". Atribuía gran importancia a la historia personal del enfermo, así como a la relación humana que se establece entre éste y su médico. Para la Escuela de Cnido solo tenía valor la lesión orgánica; más que el organismo en general, era el diagnóstico de la lesión local lo que interesaba, como si se tratase de un cuerpo extraño. Se ha creído poder esquematizar la diferencia esencial entre dos escuelas diciendo que para la Escuela de Cos el paciente "es" un enfermo, mientras que para la Escuela de Cnido el paciente "tiene" una enfermedad.

Según PENDE (21), algunos médicos de naturaleza neohipocrática, apoyándose en los descubrimientos hormonales y la individualización de tipos psicossomáticos caracterizados por predominios endocrinos, han subrayado la feliz ambigüedad del término de humores. REMY COLLIN decía: "Los antiguos tenían razón al dar ese término de humores, que significan a la vez los líquidos del organismo y las manifestaciones psíquicas del temperamento o comportamiento, regido por dichos líquidos". CABANIS decía: "Las relaciones entre lo físico y moral, han preocupado siempre a los médicos y su historia data de la repercusión a los sentimientos y emociones sobre el organismo, aunque la forma de entender la medicina psicossomática ha sido de manera muy distinta". La primera forma de entenderla es partiendo de la unidad psicofísica del hombre y como dice SANTO TOMAS, así como no hay materia sin forma, no hay cuerpo sin alma, no pudiéndose aceptar que es una suma de cuerpo y alma, sino una totalidad, una unidad sustancial. Es una concepción holística, en la que las formas mentales y las estructuras orgánicas no representan más que diferentes niveles de organización de una energía vital, esforzándose en superar el dualismo cartesiano y el monismo mecanicista.

La segunda forma es a partir de 1.890, con la patología funcional de V. BERGMANN después de no encontrar lesiones anatómicas. Pensó que lo único que había era una alteración funcional que se debía a las emociones. La alteración funcional sería la expresión orgánica de la emoción, sirviendo de enlace entre lo psíquico y lo orgánico, v.g. un espasmo vascular emocional facilitaría la producción de una úlcera gástrica. Este concepto sería en cierto modo puerta de entrada a las neurosis orgánicas, siendo para CHRISTIAN lo fundamental el traumatismo psíquico infantil, mientras que para los psicósomáticos lo importante es el conflicto actual.

La tercera forma es entrando en la tradición hipocrática, conceptuando la enfermedad no tanto como un accidente o proceso exógeno, en cierto modo extrínseco a la persona sino más bien ligado al desarrollo de sus reacciones, o sea, unido a la personalidad del enfermo, viendo cuanto pone de su psiquismo en la enfermedad.

Nos resulta válido aquí el viejo aforismo de que cada enfermo hace su tífus, es decir, cada conflicto, en cada personalidad, tiene una distinta expresión psicósomática.

A finales del siglo pasado, después de haber dedicado CHARCOT la mejor parte de su vida en el estudio de la patología orgánica, se crea en el Salpetiere, en 1.882, una clínica de enfermedades nerviosas, donde empieza a estudiar la neurosis y se persuade de la necesidad en los médicos de una formación psicológica, creando una sociedad de patología fisiológica con el fin de reunir a médicos y psicólogos. Escribía: "Hasta hoy, nos hemos venido acostumbrado a -- considerar la psicología como algo aparte, se enseña en el colegio pero es una pequeña psicología de tipo superficial que no puede servir de mucho; hay que crear otra psicología, una psicología basada en -- los estudios patológicos a los que nos dedicamos y ésto es lo que es

tamos haciendo con la colaboración de psicólogos que, por esta vez, ha consentido en dejar de considera solo lo que se llama la observación interior como hacían sus predecesores; el psicólogo de antes, se encerraba en su despacho y se ponía a mirarse interiormente, era su propio objeto de observación. Es un método que podía tener sus ventajas, pero resultaba por completo insuficiente. Para controlar esta observación del hombre por sí mismo, hace falta otra inversa en la que juega un papel considerable la patología nerviosa".

FREUD fué uno de los primeros en atender a los llamados histéricos y neuróticos, abandonados por la medicina natural, es decir, aquellos enfermos que carecían de un hallazgo patológico orgánicamente demostrable. Encontró en la historia de estos enfermos un punto de coincidencia entre la aparición de los síntomas y una especial situación vital del enfermo, caracterizándolos como situaciones de tanteo o situaciones de frustración, no dándose cuenta el sujeto de estas situaciones a consecuencia de una inhibición interna. Freud habla de una represión que tenía que haber sido adquirida en la más temprana infancia; estructura neurótica. SCHULTZ-HENCKE habla posteriormente de estos dos factores, estructura neurótica y situación vital, considerando que cuando las inhibiciones son muy grandes, son suficientes "per se" para desencadenar una enfermedad, pero si estas inhibiciones son menos intensas, precisan de una situación vital grave y poderosa para el desencadenamiento de la enfermedad.

En cuanto al nacimiento de la Medicina psicosomática, se barajan varias fechas. En 1.915, LUDOFF VON KRENE, ve la necesidad de incorporar la personalidad del enfermo al concepto global de la Medicina. En 1.918, un médico rural de Viena, RODECK, publica el libro "Causalidad y tratamiento psicoanalítico de las enfermedades orgánicas". Y en 1.943, HOLYDAY introduce por primera vez el término psic^osomático, aunque había sido ya propuesto en 1.918 por el alemán ----

HEINROTH, psiquiatra de la época Romántica.

En la actualidad existen tres Escuelas de Medicina - Psicosomática: la Americana, la Rusa y la Alemana.

La Escuela Americana está representada fundamentalmente por DUNBAR que dice que cada trastorno psicosomático tiene una correspondiente específica, donde la situación conflictiva se expresaría simbólicamente por un trastorno vegetativo, funcional o estructural, dialecto de órganos, y ALEXANDER, que clasifica los trastornos psicológicos en los siguientes tipos:

- 1º) Trastornos de base vagotónica, como el ulcus gastroduodenal y la colitis ulcerosa.
- 2º) Trastornos simpático-tónicos, como la hipertensión arterial esencial, hipertiroidismo por frustración de impulsos agresivos y algunas formas de diabetes.

En esta Escuela se trata de explicar psicoanalíticamente la patogenia de algunas enfermedades orgánicas y según LAIN ENTRALGO se debe a los siguientes factores:

- a).- Incremento estadístico de enfermedades crónicas y trastornos neuróticos.
- b).- Aumento de psicoanalistas en Estados Unidos entre 1.933 y 1.936.
- c).- Preocupación americana por la expresión psicosomática de las emociones.
- d).- Orientación conductista de la Psicología americana.

La Escuela Rusa representada por Vicof, continuador de la teoría reflexológica de PAVLOV, pone de manifiesto como se producen en el feto alteraciones derivadas de la madre. El feto va respondiendo a una serie de reflejos que se van condicionando en la madre de forma que se puede llegar a establecer un reflujo que posteriormente, en la vida extrauterina dará lugar a reacciones de similar intensidad aún cuando el estímulo fuera menor. La fijación puede realizarse sobre funciones que se encontraban en actividad en el momento de la emoción.

La Escuela Alemana, ha tratado de sustituir el nombre de Medicina Psicosomática por el de Medicina Antropológica, siendo su principal representante WEISACKER, diciendo que el cuerpo sería como un intermediario, resolviendo así lo que no pudo resolver la psique. WITECRERLICH discute este proceso como "regresión bifásica", de forma que al intervenir el factor orgánico se borra la sintomatología neurótica, al mismo tiempo que se encuentra el hombre socialmente protegido, pues ante la sociedad ya está verdaderamente enfermo. Sin ser absoluto, las enfermedades agudas, serían más biológicas, -- mientras que las crónicas, más biográfica o humanas. Por ello, esta Escuela hace auténticas biografías de las historias clínicas, incluyendo gustos preferidos, como música, deporte, etc. y dentro de este concepto antropológico de la Medicina Psicosomática, el Prof. ALONSO FERNANDEZ, es partidario del término de "patología psicosomática", -- ya que tiene la ventaja de estar situado en la línea de los términos de patología constitucional, patología celular, patología molecular.

Para ROF CARBALLO (45, 46), lo que ha ido evolucionando es la idea del hombre, considerándolo en función de su prójimo. -- Pero este prójimo no solo sería ese otro con el que está inexorablemente relacionado, sino como alguien que constituye al hombre en su más íntimas entrañas, estudiando preferentemente los problemas lími--

tes de la clínica internista y el estudio psicoanalítico.

Según LOPEZ IBOR (28, 29), la Medicina psicosomática no ha conseguido la suficiente penetración en el círculo de la medicina interna, y lo que es peor, se corre el peligro de convertirla en una rama de la psiquiatría, pudiendo desintegrarse en dos aspectos: o quedarse limitada a la investigación psicofisiológica y neurofisiológica, olvidando lo que de humano hay en el enfermo, o reducir la a un abordaje holístico y comprensivo de la medicina.

Por todo ello (Fig. 1), podemos resumir finalmente -- que la medicina psicosomática es una "concepción" de la medicina, según la cual y partiendo de la unión indisoluble del concepto psico-orgánico del hombre, muchos de los trastornos psomáticos son proyección consecuyente de un disturbio psíquico. Nada de lo que ocurre al alma le es ajeno al cuerpo, lo mismo que nada de lo que le ocurre al cuerpo le es indiferente al alma, pues aunque una enfermedad orgánica pura solo se considere en el caso de que el agente externo sea claramente demostrable de haber atacado un órgano, en la mayoría de los casos, los síntomas que dependen de la naturaleza de la agresión y los que dependen de la naturaleza del agredido, se entrelazan íntimamente, constituyendo toda una unidad clínica.

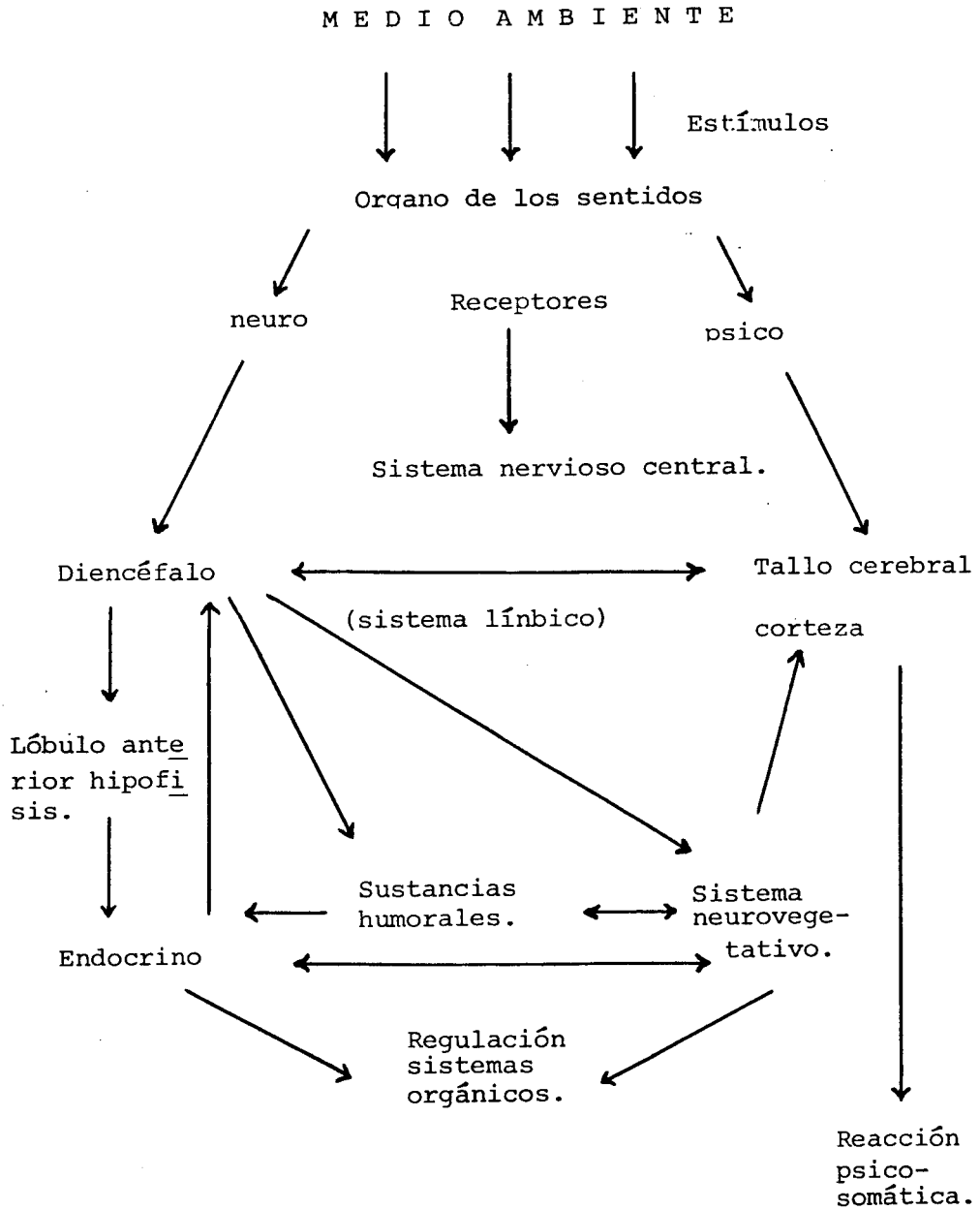


FIGURA 1

Esquema de W. THIELE.

I.-2. LA PARTICIPACION CEREBRAL

En la organización neurofisiológica del encéfalo humano, están ya superados los conceptos de centros y niveles, admitiéndose actualmente el concepto de integración de niveles. En cualquier acto nervioso, participan no solo la corteza cerebral, sino también los niveles más inferiores, habiéndose podido encontrar zonas de estas áreas, de gran resonancia afectiva, como es v.g. el lóbulo temporal (11).

En general, la tendencia actual es considerar al cerebro sobre una base cibernética, con una serie de cortocircuitos de activación y de inhibición. Se puede considerar como un órgano que está construyendo estructuras a base de pequeños rasgos, de pequeños matices que, muchas veces no percibimos para sintetizarlas y almacenarlas.

Fué DESCARTES uno de los principales precursores de -- la teoría cerebral de la emoción, quién en su libro "tratado de pasiones", manteniendo la heterogeneidad absoluta del cuerpo -res extensa- y del alma -res cogitans-, supone que ésta entra en contacto en una proporción mínima, con la sustancia cerebral y la epífisis, - con los "espíritus animales", recibiendo de ellos informaciones y --- transmitiéndoles órdenes. Pero a pesar de todo, no se ha prestado de masiada atención a la emoción, a la carga especial que ésta tiene sobre las estructuras subcorticales (tálamo, hipotálamo, circuito lím-

bico y lóbulo temporal), diciendo BICHAT que el cerebro no se afecta nunca por las pasiones, que tienen asiento exclusivo en los órganos - de la vida interna: hígado, pulmón, corazón y bazo.

En la segunda mitad del siglo XIX triunfa la doctrina de las localizaciones cerebrales, pero no incluyen la función afectiva, sosteniendo una explicación periférica el psicólogo WILLIAMS JAMES y el fisiólogo LANGE. Pero en 1.912 JEAN CANNON renueva una teoría emitida por MEYNERT y REICHARDT diciendo que, "al igual que cada órgano tiene su sistema regulador, también el cerebro posee el suyo, que se asienta en el mesencéfalo".

A partir de aquí (22, 37), basados en numerosos hechos clínicos y experimentales, encefalitis, descerebración animal, tumores del tercer ventrículo, etc. se llega a la conclusión de que el diencefalo, juega papel muy importante en la regulación de los -- instintos, el humor y hasta la conciencia. Determinadas regiones del cortex cerebral presiden funciones psicomotrices, psicosenesivas y psicosenesoriales, pero la base del cerebro, especialmente el diencefalo, juega un papel fundamentalmente psíquico. La corteza es esencialmente intelectual, mientras que la base es esencialmente afectiva. - Aquí se organizan como ha señalado PENDE, los instintos y las necesidades vitales, la tendencia hereditaria y la innata, haciéndose -- sentir profunda y atávicamente, la voz del alma, en particular durante el sueño y algunos estados de inhibición del consciente (23). En suma, en esta zona es donde se desarrolla toda la vida automática, - involuntaria e irracional.

Modernamente, la ciencia médica ha demostrado la existencia de un puente de comunicación entre la esfera biológica y la - espiritual, concretamente en la región diencefalo-talámica (Fig. 2), donde se compenetran las esferas psomática y espiritual, donde con--

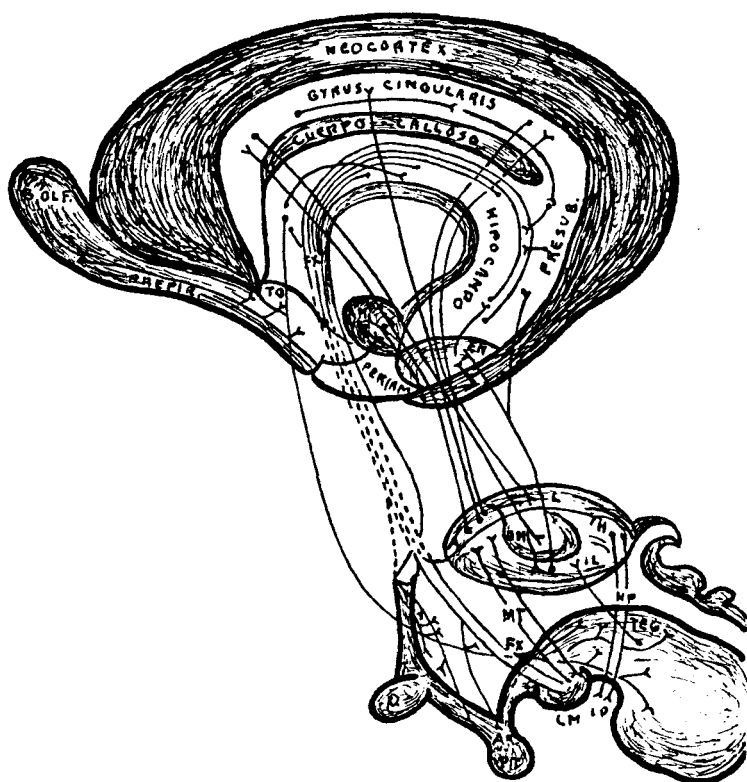


FIGURA 2

Conexiones corticobasilares. Esquema de BRADY, de las principales conexiones anatómicas entre el paleocortex, el juxtalo-cortex y las principales estructuras subcorticales.

A, núcleo anterior del tálamo. Am, amígdalas. Ar, núcleo arqueado. BOLF, bulbo olfativo. CA, comisura anterior. Q, quiasma óptico. CM, cuerpo mamilar. DM, núcleo medio dorsal del tálamo. En area entorrinale. FX, fornix. H, habenula. HP, tractus habenulo-interpeduncular. LL, núcleos talámicos intralaminares. IP, núcleo interpeduncular. L, núcleo talámico lateral. NT, tractus mamilota-lámico. PERIAM, cortex periamigdalino. S, región septal. PIT, ---glándula pituitaria. PREPIR, cortex prepiriforme. PRESUB, presubi-culum. TEG, tegmentum. TO, tubérculo olfativo. V, núcleo ventral del tálamo.

vergen todos los estímulos: mientras unos proceden de nuestro mundo-interior, otros penetran a través de nuestros sentidos, procedentes del medio ambiente.

Partiendo de la porción superior de la corteza, y de los lóbulos frontales y prefrontales, continuamente fluyen órdenes - inhibitoras y reguladoras de la zona emotiva, origen de los sueños y fantasías efectivas. A su vez, se opera el mecanismo inverso y la -- corteza cerebral es informada por aquellos estímulos que tienen un - punto de partida en el puente diencefalo-talámico, casi siempre de - manera inconsciente, de todos los procesos que se desarrollan en el - cuerpo y de cuanto en él ocurre. De esta manera, depende de esta zona entre otros, el "tono psíquico", el humor, la sensibilidad y la - excitabilidad, en la doble esfera de las ideas y de la voluntad, den - tro del marco del medio ambiente (Fig. 3).

Por decirlo así, en el diencefalo se conjugan los --- componentes biológicos y espirituales, con todo cuanto el medio ambiente hacer repercutir sobre nosotros, representando la conjugación de lo material-universal con lo psíquico-espiritual, de naturaleza - divina.

CANNON sostenía que la emoción resulta de la interacción de la corteza y del tálamo. En 1.927 había comprobado que si le extirpaban al tálamo todas las formaciones subyacentes, el perro de experimentación continuaba manifestando en las circunstancias adecuadas los signos del furor, de la "sham rage". El animal talámico, así llamaba al animal decorticado, gruñía, jadeaba, agitaba la cola, -- arqueaba el tronco, separaba las uñas de las patas anteriores, hacía ademán de arañar e intentaba morder, al tiempo que aparecía el sín--drome neurovegetativo de la emoción (32). Con excitación duradera - del simpático y una hipersecreción de adrenalina: aumento de la ten-

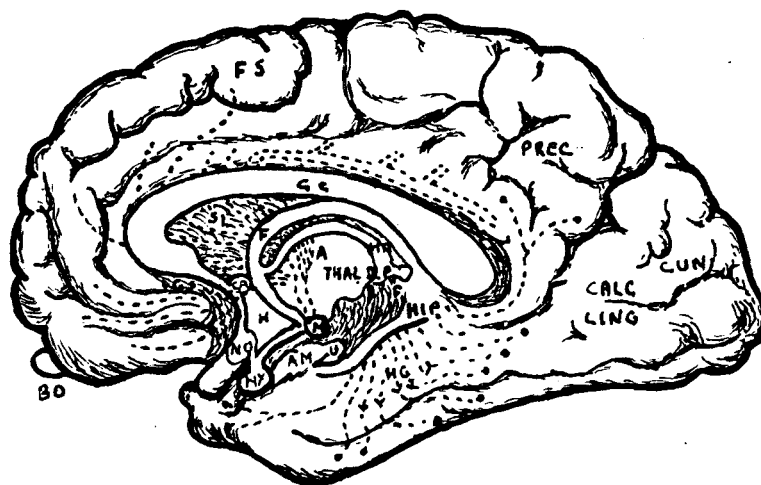


FIGURA 3

El cerebro visceral y sus conexiones. Cara interna mostrando las formaciones hipocámpicas, sus conexiones procedentes del córtex y sus conexiones eferentes hacia el cuerpo mamilar y de ahí hacia el núcleo anterior del tálamo y el giro singularis.

A, núcleo anterior del tálamo. AM, amígdala. BO, bulbo olfático. CA, comisura anterior. CALC, cisura calcarina. CC, cuerpo calloso. CING, cingulum. CUN, cuneus. F, fornix. FS, gyrus frontal superior. GS, gyrus subcalloso. H, hipotálamo. HA, habénula. HG, gyrus del hipocampo. HIP, hipocampo, HY, hipófisis. LING, lóbulo lingual. M, cuerpo mamilar. NO, nervio óptico. P, glándula pineal. PREC, precuneus. THAL, D., tálamo dorsal. SL, septum lucidum. U, uncus.

(Según J. W. PAPEZ en "reticular formation of the brain". -- Henri Ford Hospital International Symposium. Little and Company, edit. 1.958. Toronto).

sión arterial, taquicardia, hiperglicemia, erección de los pelos de la cola, sudores en el pulpejo de las patas y dilatación de las pupilas. Esta hipersecreción de adrenalina, atestigua la influencia de la emoción sobre la médula suprarrenal, aunque a su vez, se puede realizar por una estimulación diencéfalo-hipofisaria (Fig. 4).

Su discípulo BARD destruye más tarde el tálamo de perros y gatos, obteniendo así el "animal hipotalámico" y, aunque seguían manifestándose el furor y el miedo, estos mecanismos emocionales desaparecían con la sección del hipotalamo. Demostraba así el asiento hipotalámico de la "sham rage", confirmado posteriormente por RANSON, con una estimulación eléctrica en esta región.

Las investigaciones de PAEZ sobre los circuitos responsables del comportamiento emocional pusieron de manifiesto el papel de la región límbica de Broca y del rinencéfalo, confirmando los trabajos de FULTON y colaboradores. Si la posibilidad de desencadenar respuestas de tipo afectivo a partir de la región hipotalámica, había hecho admitir la noción de una integración de las emociones a nivel del diencéfalo, parecía también que se podían desencadenar respuestas similares a partir de ciertas formaciones talámicas o rinencefálicas.

HEINEMANN, SCHAEFER y STURM (17) de la Universidad Heidelberg toman en el año 1.970 unos gatos despiertos y con libertad de movimientos, implantándoles unos electrodos de excitación en las siguientes regiones: hipocampo, parte central del nucleo amigdalino, parte basolateral del nucleo amigdalino y septo. Durante la excitación con impulsos rectangulares y aumento paulatino de la tensión, se provocan alteraciones de la presión sanguínea y del comportamiento. La presión sanguínea sube al excitar las areas 1 y 2, des-

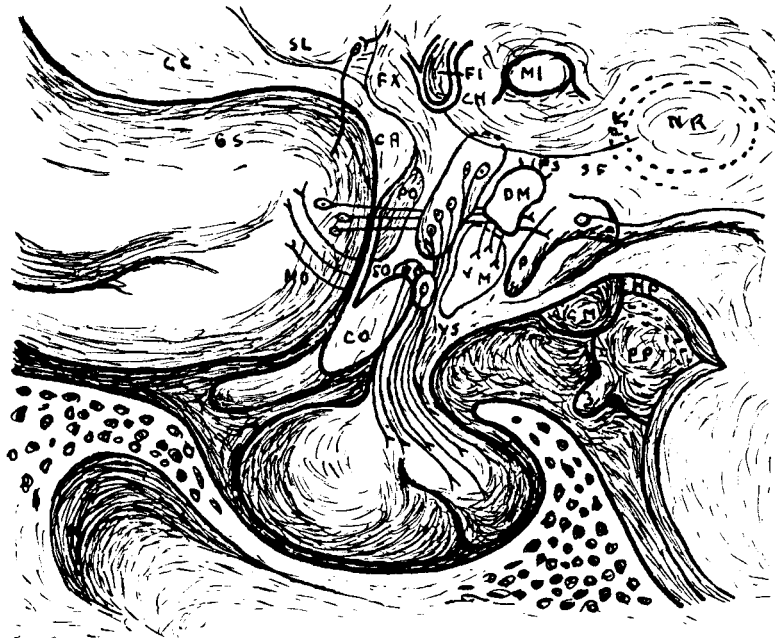


FIGURA 4

El complejo hipotalamohipofisario. Vista interna de la región hipotalámica derecha con sus masas nucleares.

CA, comisura anterior. CC, cuerpo calloso. CH, tractus cortico-habenuar. CM, cuerpo mamilar. CO, quiasma óptico. DM, núcleo - mediodorsal del hipotálamo. Fx, fornix. FM, fascículo mediano del cerebro medio. GS, gyrus subcalloso. HP, tractus habenuointerpeduncular. HT, tractus hipotalamointerpeduncular. LN, núcleo lateral - del hipotálamo. MI, masa intermediaria. MO, area mediana paraolfativa. NR, nucleo rojo. P, núcleo posterior del hipotálamo. PA, núcleo paraventricular (envía fibras a la pars nerviosa de la hipófisis). PO, area preóptica. PP, substancia perforada posterior. - PR, campo prerrúbrico. PS, fibras palidohipotalámicas. SL, septum lucidum. SO, núcleo supraóptico. ST, decusación subtalámica. VM, - núcleo medioventral del hipotálamo. VS, vasos sanguíneos a lo largo del inrundibulum.

(Según J. W. PAPEZ en "Reticular formation of the brain" Henri Ford Hospital International. Little. Brown and Company. edit, - 1.958. Toronto).

cendiendo al excitar las areas 3 y 4. Parece ser que la subida de la presión sanguínea produce un estado de alerta del animal, tranquilizándose visiblemente cuando desciende la tensión sanguínea.

Se conocía ya la regulación del comportamiento afectivo por medio de las estructuras nucleares límbicas, pero ha de tenerse presente que estos experimentos fueron hechos en animales --- anestesiados y como pudieron demostrar BAUS y NIMCZYK, los barbitúricos anulan el mecanismo de la región mesencefálica.

Una excitación débil de la región basolateral del -- nucleo amigdalino, HUNSPERGER y BUCHER, en animales no anestesiados produjo un descenso discreto de la tensión con braquicardia, sin -- que el gato manifestara ninguna reacción en su comportamiento.

Pero al aumentar la intensidad de la excitación, se produjo un ascenso de la presión sanguínea con taquicardia, aparte de la siguiente actividad: 1) establecer contacto con un medio ambiente imaginario (posición de orejas, dilatación pupilar, incorporación y movimiento de las patas); 2) retroceso con actividad de de fensas; 3) defensa y huida (Fig. 5).

Al excitar el nucleo amigdalino central, no siempre se produce una alteración del comportamiento como en el caso anterior; sólo con una excitación determinada, se produce un aumento de la tensión sanguínea con cambios de comportamiento (toma de contacto, incorporación y al aumentar la intensidad, entra en fase de --- agresión).

Al excitar el hipocampo se produce una subida de la tensión sin cambio de comportamiento. Al hacer más intensa la excitación se observan cambios del comportamiento (movimientos indife--

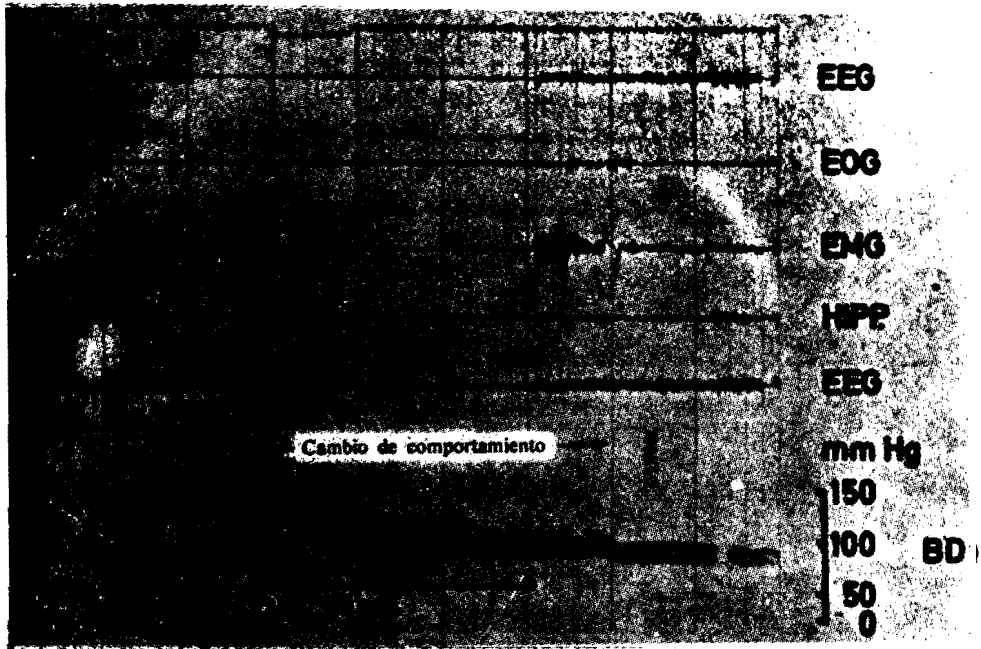


FIGURA 5

Con la excitación más intensa de la parte basolateral del núcleo amigdalino, se produce un ascenso de la presión sanguínea. Este ascenso de la tensión y los cambios de comportamiento son casi simultáneos. Medida de la excitación: 40 H₂, 5 mseg., 1'25 V.

rentes, intranquilidad y ataques), casi simultáneamente con la subida de la tensión (Fig. 6). Ocurre igual que en el núcleo amigdalino central.

La excitación del septo (Fig. 7), produce un descenso de la tensión sanguínea más intenso que la excitación de la parte basolateral del núcleo amigdalino, pero sin braquicardia que éste registraba; además, el tiempo entre el comienzo de la excitación y la aparición de la hipotensión resultó ser más prolongado. No se observaron cambios en el comportamiento hasta que se sometieron a excitaciones más intensas, apareciendo los mismos síntomas que la excitación basolateral del núcleo amigdalino, subida de la tensión sanguínea y reacciones en el comportamiento de la naturaleza vegetativa (comportamiento sexual aumentado, defecación e incontinencia urinaria). Al terminar la excitación empiezan a maullar y a buscar un compañero imaginario.

Así pues, las excitaciones del limbo producen primeramente una respuesta cardiovascular y los cambios que sufre el comportamiento psicomotor, presentan umbral más elevado, con un periodo de latencia en las excitaciones medias.

La aceptación de la participación cerebral en la medicina psicosomática es de importancia. Se pueden aceptar así los trastornos orgánicos consecutivos a factores psicológicos (miedo, angustia, cólera), como expresión de una perturbación de los centros reguladores del equilibrio neurovegetativo (19), y de la homeostasis del medio interior, que no se distingue en sus manifestaciones, de los mismos síndromes producidos por una agresión cerebral de naturaleza completamente distinta; su patogenia es idéntica aún cuando sus etiologías difieran y esta etiología, es una neurogénesis.

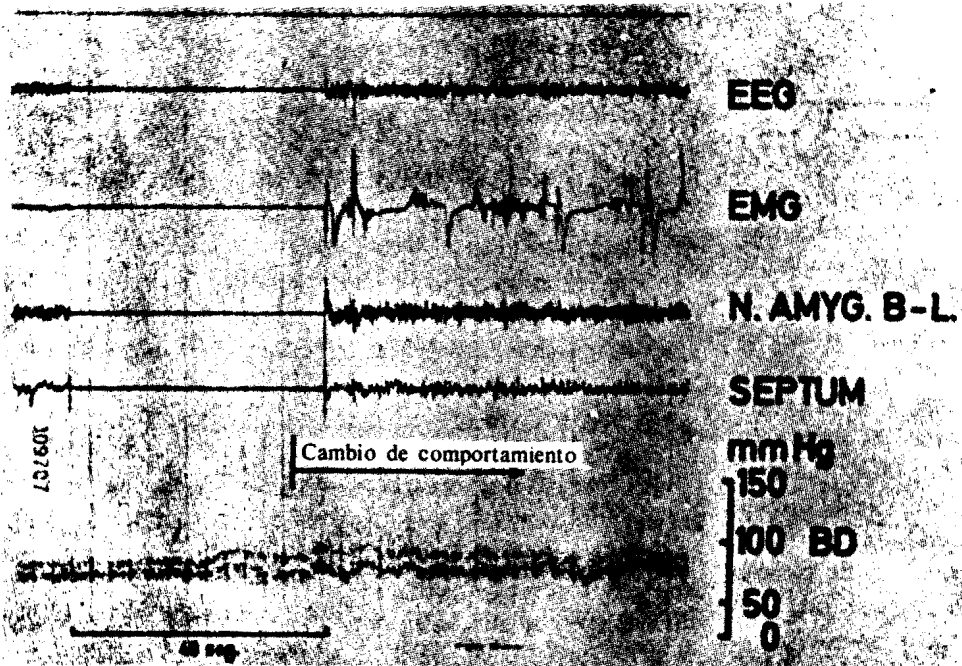


FIGURA 6

Con excitación mediana del hipocampo se produce una subida de -- la tensión sanguínea. La actividad motora del gato responde a la su bida con una latencia. Medida de la excitación: 20 H₂, 5 mseg. 3 V.

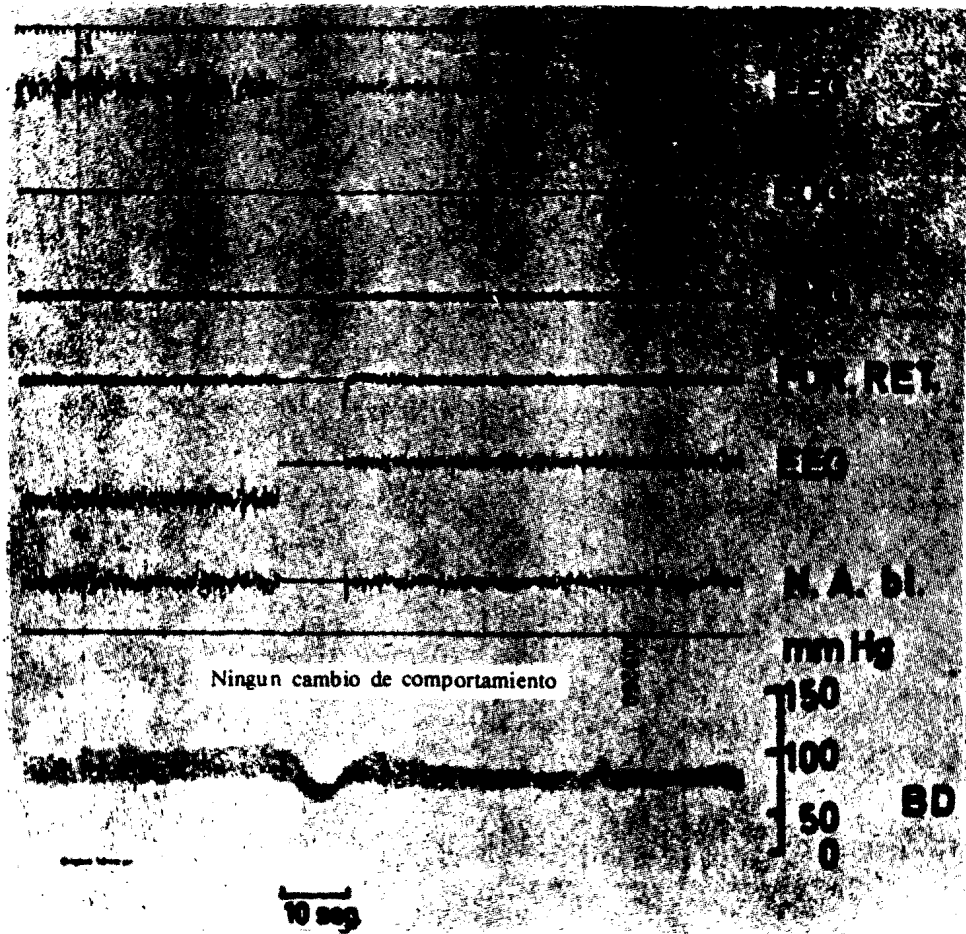


FIGURA 7

Excitación del septo. Con la excitación se produce un descenso de la tensión arterial, que no vuelve a su nivel inicial. No hay cambios en el comportamiento. Medida de la excitación: 10 H₂, 5 --- mseg., 4 V.

Los trabajos del fisiólogo canadiense SELYE, sobre la reacción de alarma y el síndrome general de adaptación del organismo a las agresiones, demostró que, en el animal, los choques emotivos violentos pueden provocar todas las manifestaciones biológicas de la reacción de alarma (56). La emoción-choque es un stress, vocablo intraducible del francés, que se aproxima mucho a la antigua palabra "astreinte" o coacción ruda y severa, es decir, estado de tensión aguda del organismo (42), obligado a movilizar sus defensas frente a una situación amenazadora (55) (Fig. 8). Así pues, el organismo se encuentra forzado a un trabajo máximo, que es precisamente la reacción de alarma. Este stress, al igual que otros de origen tóxico, infeccioso, traumático, etc., obliga al organismo, como decimos, a movilizar sus defensas ante una situación amenazadora, comprendiendo una fase de choque, de contrachoque, estadio de resistencia y el estadio de agotamiento.

En la fase de choque observamos: hipotensión, hipotermia, hipoglicemia, descenso de la reserva alcalina, hemoconcentración, descenso de la diuresis, hipocloremia, hiponatremia, hipercalemia y linfocitosis.

En la fase de contrachoque, las reacciones se invierten: la tensión arterial sube, la temperatura asciende, la diuresis aumenta, la hemoconcentración disminuye, aparece hiperglicemia, hipercloremia, hiperkalemia, leucocitosis neutrófila con linfopenia y eosinopenia. En la orina aparece una descarga de los 17-cetosteroides y de los II-oxiesteroides, con aumento de la relación ácido-úrico-cratinina. Algunas de estas manifestaciones demuestran una reacción de alarma de las glándulas suprarrenales, con secreción de adrenalina e hiperactividad del cortex suprarrenal: comprobación verificada con el sacrificio del animal de experimentación, durante la reacción de alarma: desaparición de los gránulos lipídicos, dis-

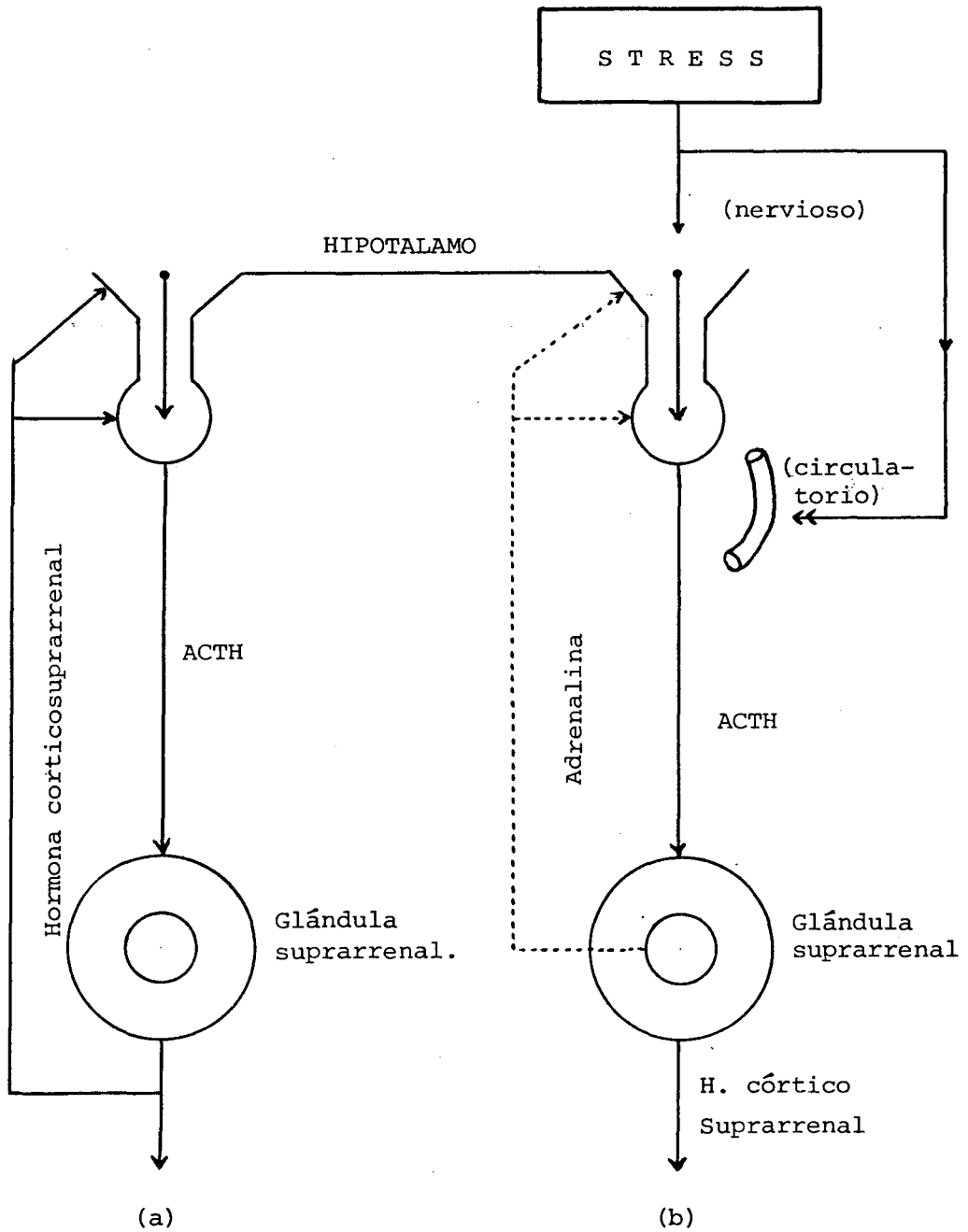


FIGURA 8

Mecanismo del stress. Esquema de HARRIS.

minución del ácido ascórbico y colesterol de la corteza suprarrenal y atrofia timolinfática.

El estado de resistencia, fué definido por SELYE como "la suma de todas las reacciones generales no específicas que -- provocan una exposición prolongada a unos estímulos, a los cuales -- el organismo se ha adaptado". Los gránulos lipídicos de las supra-- renales se reconstituyen y el nivel del ácido ascórbico y coleste-- rol, vuelve a la normalidad.

Pero este estado de resistencia no es limitado (18), pudiéndole suceder el estadio de agotamiento o "suma de todas las -- reacciones no específicas que se desarrollan finalmente, como conse-- cuencia de la exposición prolongada y excesiva a estímulos a los -- cuales la adaptación se ha hecho, pero que ya no puede ser manteni-- da". Las modificaciones biológicas que aparecen semejan a la reac-- ción de alarma; pérdida de gránulos lipídicos del cortex suprarre-- nal, lisis timolinfática y ulceraciones gástricas con la particula-- ridad de poseer un matiz irreversible.

Pero el heho fundamental radica en que la mayor par-- te de estas manifestaciones neurovegetativas y tumorales (57), de-- jan de observarse en el animal en el que se ha extirpado la hipófi-- sis o lesionado experimentalmente una parte del hipotálamo o diencé-- falo, experiencia de HUME. El hipotálamo tiene reacciones neurales-- directas con la hipófisis posterior por el intercineureum y el in-- fundibulum y con la médula suprarrenal, mediante fibras descenden-- tes por el tallo cerebral, médula espinal y tractos de la cadena -- simpática; la relación del hipotálamo con la hipófisis se lleva a -- cabo probablemente por un sistema de circulación portal diencéfalo-- hipofisario. Se puede decir pues, que la reacción de alarma, es de-- bida a este mecanismo diencéfalo-hipofisario atestiguado con el des

cubrimiento de la hormona ACTH y su acción excitante sobre la glándula suprarrenal, al comprobar que la inyección de ACTH, reproduce la mayor parte de los síntomas de la reacción de alarma (47).

Con el descubrimiento de la participación de la hipófisis anterior y de la corteza adrenal en los estados emocionales, la teoría propuesta por CANNON, origen central de las úlceras digestivas por excitación diencefálica, tiene que ser ampliada. En la adaptación del organismo a situaciones de emergencia tanto biológicas como psicológicas, la corteza suprarrenal empieza a funcionar precisamente cuando la médula ha terminado su función. HAROL WOLF de muestra también en un enfermo con fístula gástrica, que la subida de la tensión emocional, produce agudizaciones ulcerosas.

DE LA FUENTE MUÑIZ considera que, "la acción psicológica de la médula adrenal, es en verdad, una respuesta de emergencia cuya duración tiene que ser breve, ya que su puesta en juego implica el sacrificio de las funciones normales del organismo. La secreción continua de adrenalina ante una situación de amenaza, conduciría al colapso y a la muerte. Cuando una situación de emergencia se hace persistente, la corteza suprarrenal entra en juego, activada por la hormona de la hipófisis anterior y su participación determina cambios tisulares definidos".

Por el método reflexológico se puede producir en el animal de experimentación, neurosis generadoras de un estado permanente de excitación, que acaba ocasionando trastornos neurovegetativos, como la hipertensión arterial o las úlceras digestivas, pero si se bloquean las relaciones emocionales, mediante neurolépticos o tranquilizantes, no se producen estos síndromes cerebrovisceral.

EICHKOFF (20), al observar unos conejos de campo que-

huían cuando el hurón aparecía en sus madrigueras, los vió volverse exoftálmicos, adelgazar y sucumbir a una afección que recordaba mucho al Basedow, el Schreck-Basedow de los alemanes. MILINE STERN y DZINTE, realizaron estas investigaciones con la liebre, sometida dos veces al día a la presencia de perros y a sus ladridos, observando en ella los principales síntomas del Basedow. Pero si la liebre había sido sometida anteriormente a la administración de clorpromacina o reserpina, no ocurría nada.

Pero ya en 1.862, MAURICE REYNAUD, en su tesis sobre la Asphyxie Locale et la gangrene symetrique des extremités, describe sobre la base de veinticinco observaciones, un nuevo tipo de gangrena, de localización simétrica en las extremidades y generalmente curable. Aprovechando los trabajos de CLAUDE BERNARD sobre los nervios vasomotores, supone en el mecanismo de la enfermedad un espasmo de los pequeños vasos, como consecuencia de la excitación de los nervios vasomotores simpáticos. Así pues, la enfermedad vascular era nerviosa en esencia, era una neurosis del simpático, que, terminaba traduciéndose en una esfacelación de los tejidos. Demuestra así REYNAUD, que si el trastorno funcional es por lo general consecuencia de una lesión, también puede ser causa. También REYLLY, demuestra una irritación no específica del sistema simpático, ocasionando lesiones intestinales, estasis, edemas, leucodiapedesis, eritrodiapedesis e infartización, con ulceración y necrosis.

Esta patología simpática del infarto, posee tanto más interés, cuanto que un proceso de este tipo tiene un equivalente en la producción de lesiones digestivas, cardíacas pulmonares, cerebrales o cutaneas. La investigación psicosomática ha puesto en evidencia, que la emoción es una de las causas de las lesiones irritativas del sistema neurovegetativo, que pueden traducirse en una lesión.

Ante un asma, una hipertensión, una úlcera, una colitis, una diabetes, un Basedow, etc., en los que nos encontramos factores emocionales, resulta siempre difícil averiguar si pertenecen a un cortejo etiológico o desempeñan un papel preponderante. La emotividad es muy desigual según los individuos, en lo que respecta a sus manifestaciones psicosomáticas. No se puede rechazar la predisposición hiperemotiva, que se acompaña de un eretismo neurovegetativo, con sus distintas manifestaciones, y el mismo FREUD admitía que "sin una predisposición constitucional no podía existir ninguna neurosis". Así, desde el punto de vista de la frecuencia de los trastornos viscerales, se distingue de un modo muy general, el nervioso expansivo y el nervioso inhibido.

Todo ocurre como si la barrera que se opone a la liberación normal de la descarga emocional hacia el sistema neuromuscular, tuviese una desviación hacia el sistema neurovisceral de la vida vegetativa. HERBERT SPENCER, con la "ley de la difusión de la descarga nerviosa", especifica que toda emoción va acompañada de una descarga que irradia a todo el organismo y "tiende siempre a propagarse, a lo largo de la línea de menor resistencia, por todo el sistema nervioso". Las investigaciones de LAPICQUE y BOURGUIGNON aclaran que, - el influjo nervioso, normalmente se propaga por neuronas de igual -- cronaxis, pero por una intensa excitación nerviosa excesiva, como, - puede ser la emoción, la coordinación normal puede estar desbordada y el influjo nervioso difundirse por neuronas de distinta cronaxia.

La emoción inhibida no viene acompañada de relajamiento, produce por el contrario una serie de irritaciones internas, que crean un estado de tensión permanente. Así pues, los motivos inhibidos son más propensos a manifestaciones psicosomáticas, pudiéndose - decir en líneas generales que, cuanto menos manifestación externa -- tiene una emoción, más perturbadora es interiormente.

Según opina FRANZ ALEXANDER, ¿es acaso el ulceroso un hiperactivo, ávido de responsabilidades que lucha contra su pasividad fundamental? ¿el hipertenso, un individuo de apariencia tranquila que inhibe su agresividad?, ¿el asmático un sujeto cuyo desarrollo ha sido "asfixiado desde la infancia", por una estrecha dependencia materna o sustitutivo de la madre?. Resulta de gran interés su interpretación práctica puesto que, los comportamientos psicológicos dados en ciertos grados de neurosis vegetativas no son innatos, aunque en cierto modo propios de una determinada constitución, sí adquiridos en el curso de la evolución del individuo, bajo la presión de los hechos instituidos y acontecidos.

La respuesta del organismo sometido a estímulos emocionales, está condicionada de tal forma que representa una adaptación al estado de emergencia o "stress psicológico", siempre y cuando el organismo esté en perfecto estado y los estímulos emocionales sean de intensidad y duración compatibles con el grado de adaptación: la repetición continua de estados emocionales, puede alterar la reactividad del individuo y producir un daño orgánico.

"El lenguaje emocional -JEAN DELAY- al igual que el verbal, depende de mecanismos cerebrales" (11).

I.- 3. LA RELACION INTERPERSONAL PERDIDA DE OBJETO.

Estudiada por ENGEL, las características de esta interrelación humana, es descrita en la bibliografía con denominaciones tales como: "superdependencia", "dependencia ambivalente", "fijación excesiva a una persona parthenal o maternal", "relación simbiótica", etc., tratándose de una especie de "vínculo simbiótico o parasitario" con una persona que puede ser o no la madre real, pero que siempre hace de figura maternal. "Se tiene la impresión -dice ENGEL- no sólo que el enfermo vive a través de la figura maternal, sino que además, recíprocamente, sino que la figura maternal vive también a través del enfermo". Si se ve desde el lado del enfermo, éste depende de la figura "clave", como si formarse una parte indispensable para relacionarse con el mundo exterior. No es capaz de tomar la menor iniciativa y reposa en ella para todo lo que signifique decisión, -- consejo, guía, etc. Pero a la vez, la madre o figura maternal, descrita por lo general como "dominante", "aberrante", etc., da la impresión de sacar emocionalmente una cierta ganancia de la situación de enfermedad de su hijo, con una gran propensión a "hacerse mártir", "sacrificarse por alguien", siendo evidente que a su vez encuentra satisfacción en este papel de cuidadora.

Se establece así un tácito acuerdo entre estas personas en simbiosis, el enfermo y la figura maternal. Si la madre encuentra satisfacción en sacrificarse en cada momento por el enfermo, éste a su vez, percibe los más pequeños e inconscientes detalles de

la madre, los adivina y procura anticiparse a ellos. El enfermo vive de manera vicariante, estableciendo todos sus contactos con el mundo exterior a través de la figura maternal. Por decirlo así, vive "por-procuración" y "esa función-ZUBINI-inexcusable de la especie humana, de hacerse cargo de la realidad, la lleva a cabo a través de la figura clave". A su vez, esa persona clave, es por lo general triste, -- "infeliz", que no goza de la vida, constantemente insatisfecha de sí misma y de los demás, con ideas hipocondríacas en numerosas ocasiones. Este tipo psicológico, confirmado por casi todos los investigadores, linda con mucha frecuencia en la psicosis o es claramente -- presicótico. Algunos autores, entre ellos SPERLING, explican parte de esta actitud por deseos inconscientes, destructivos, que han proyectado hacia el niño como mecanismo compensador, mientras que por otro lado, esta actitud mantiene al hijo vinculado con su madre toda la vida y, a su vez a ella, esclavizada al hijo para siempre.

Cuando esta persona pedestal del soporte afectivo se pierde, se le denomina pérdida de objeto. Estudios realizados por -- SCHMALE en cuarenta y dos enfermos afectos de las enfermedades más -- diversas, pusieron de manifiesto que el comienzo de su enfermedad -- coincidía con "una pérdida de objeto" o trastorno en el vínculo afectivo, ocasionándole sentimiento de desvalimiento y desesperanza, sobreenvenidos poco antes de los síntomas de la enfermedad. Observaciones de este tipo se han obtenido en el cáncer, tirotoxicosis, tuberculosis, artritis reumatoide, insuficiencia cardiaca congestiva, lupus eritematoso diseminado, enfermedad de Reynaud, diabetes mellitus, hepatitis infecciosas, hemorragia uterina funcional, etc., etc.

GREENE y colaboradores han publicado la influencia de los trastornos en la unidad madre-niño o la pérdida de una persona -- emocionalmente significativa en el origen de enfermedades del sistema retículo endotelial, sobre todo linfomas, leucemias, enfermedad --

de Hodgkin. Los estudios realizados por MULLER en adolescentes y adultos de más de 20 años, le lleva a afirmar que uno de los factores -- que condicionan la aparición de las enfermedades del sistema retículo endotelial, es también la pérdida de objeto, desencadenante en -- una depresión. No llega a admitir que esta pérdida de objeto sea decisiva en la aparición de la enfermedad, pero sí hacen notar su relación cronológica.

La pérdida de objeto se pone de manifiesto por los -- mecanismos de adaptación. El mecanismo más frecuente estudiado por - FREUD en el "proceso de duelo", es la identificación o "introyección" de la persona ausente o muerta con negación inconsciente de haber sufrido la pérdida; la viuda niega admitir la pérdida del esposo, más tarde admite que existe como "presencia". Otro mecanismo es el llama do "por procuración", por GREENE, que consiste en proyectar todo el - afecto sobre otra persona que también ha experimentado la misma pér- dida, afirmando GREENE que este mecanismo es frecuente en los enfer- mos de linfoma o leucemia. Puede ser normal y tan solo se puede con- siderar patológico cuando se presenta en proporciones exageradas. Pe- ro en una de las afecciones que estas relaciones interpersonales han sido mejor estudiadas, como desencadenantes de la enfermedad y su -- curso, es en la colitis ulcerosa grave (Fig. 9), donde aparece gran- dificultad para cualquier interrelación social, a no ser que ésta se lleve a cabo a través de la persona clave, por la intensa dependen- cia emocional; observación realizada por numerosos autores.

Pero no es solo en la colitis ulcerosa (35, 41). En - la clínica practica se ha podido descubrir el típico neurótico "que- no puede trabajar" y que, disfrazado de astenia irreductible, va de- médico en médico aquejando su desgana y siempre acompañado de una mujercita de frágil y dulce apariencia a la que le parece natural que su marido no pueda realizar el mínimo esfuerzo. Otro tipo de neuróti

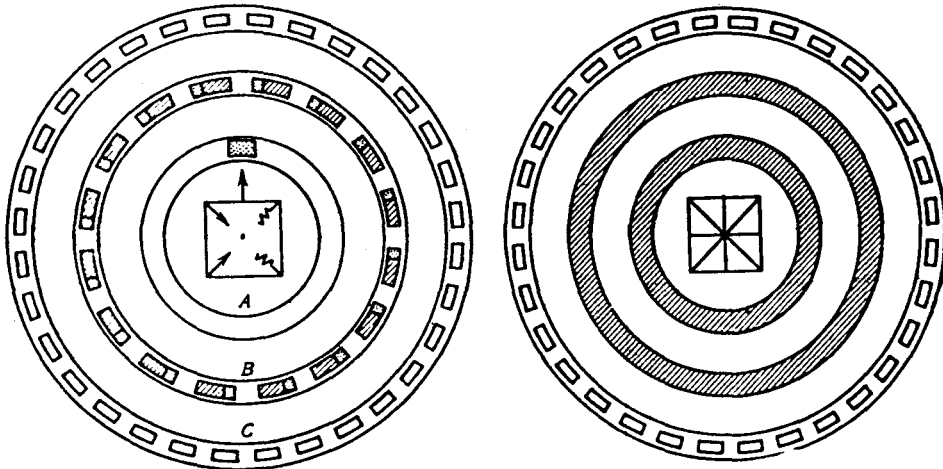


FIGURA 9

Esquema de LINDEMANN (27) de un caso de colitis ulcerosa. El cuadro central simboliza al enfermo. El círculo inmediato simboliza las relaciones afectivas más íntimas, familiares. El segundo círculo, las relaciones afectivas también íntimas, pero ya sin vínculos familiares. Finalmente, el tercer círculo, los contactos emocionales circunstanciales. En el esquema de la izquierda vemos que el primer círculo está constituido únicamente por su hermano, gracias al cual entra en relación con las personas del círculo B (lo que está representando haciendo figurar a estas personas como cuadraditos de la misma estructura punteada que la figura del hermano). En consecuencia, si falta el hermano, se rompe toda articulación afectiva, por la acción de la psicoterapia, el enfermo está estableciendo un círculo de afectos próximos (con el analista que sustituye al hermano) y, a través de él, con las demás personas.

co es el que "se mete en cama" y así pasa años tras años, sin padecer ninguna afección orgánica, cuidado por una persona de la que depende y la cual, encuentra cierta complacencia en el cuidado de un "enfermo" cuyo diagnóstico ningún médico acierta a dar. A medida que la medicina psicosomática se va conociendo, se describen numerosos trastornos, en los cuales la clave no está en el enfermo, sino en otra persona de su círculo afectivo. Generalmente, el médico no presta atención a esta segunda persona, aparentemente normal, solícita, sacrificada, pero que posee "una segunda vida", un segundo aspecto que no muestra, y que es el que inconscientemente, origina el vínculo simbiótico, sobre el que se cimenta la enfermedad.

En los sujetos normales, según RUESS, la distribución de responsabilidades, se hace aceptando al padre como fuente de autoridad y a la madre como manantial de afecto. En los ulcerosos, es frecuente que la autoridad y al afecto provenga de la misma persona, así como también es corriente ver que la influencia insignificante de uno de los padres, está eclipsada por el otro. Según RUESS, los ulcerosos estudiados por él, en la relación social, emplean las pautas que le han sido eficaces en el círculo familiar, aunque fuera de éste les resultasen estériles; si en un niño, v.g., tiene miedo ante un padre dominante toma la postura de unirse de una forma más estrecha a la madre, de la que acaba aceptando en exceso sus ideales femeninos.

Es muy importante en los ulcerosos, la relación con los hermanos; generalmente se trata de hijos nacidos en último lugar y por la diferencia de edad, han tenido un trato muy reducido con los hermanos. Los padres, ante esta situación, responde al hijo menor con una sobre-protección en retirada, lo que supone un trauma afectivo para el niño. Una vez adulto, las relaciones interpersonales de estos enfermos ulcerosos, se caracterizan por la ausencia de

expresión simbólica (infantilismo), defectuosa canalización de la -- energía y técnicas sociales disarmónicas. Un contacto muy continuado con una madre "captativa" mantiene a estos sujetos en un periodo de desarrollo en el cual, afecto, cólera, amor, no pueden manifestarse verbalmente. Entonces, de forma similar a lo que ocurre en la madre con el niño de pecho, el intercambio emocional tiene que hacerse en un plano simbólico de alimentación y cuidado corporal.

"La comprobación de la realidad -dice RUESCH- fué un concepto desconocido en la infancia de nuestros enfermos y la regulación de la energía en cuanto a su administración en el tiempo y en el espacio, nunca fué apreciada a la perfección". Por las circunstancias especiales de la infancia, dice observar RUESCH:

- 1°) Énfasis en la intimidad de las relaciones e incapacidad para tolerar el distanciamiento a la soledad.
- 2°) Énfasis en el prestigio; se admite ser superior o inferior, pero nunca igual a los demás.
- 3°) Énfasis en la similaridad. Incapacidad para asumir el papel del conyuge o padre.

En las técnicas utilizadas para la relación interpersonal, el individuo con ulcus gastroduodenal, maneja mejor las que utilizan o respetan a los demás; en cambio, las técnicas empleadas para superarse a los demás o para anularlos, están en ellos menos desarrolladas. Según opina RUESCH, las técnicas sociales son escasas en número y de desarrollo primitivo e infantil. Por ello, la relación social para estos enfermos es siempre grave problema a resolver. En su infancia, no se les permitió un aprendizaje con ensayos y errores, lo han llevado a cabo por copia e imitación. El incentivo para-

el aprendizaje no proviene de la satisfacción a los diversos impulsos instintivos sino de querer evitar el castigo paterno o buscar la recompensa de los padres. En la edad adulta, lo que prevalece, en lugar de la satisfacción, de la necesidad instintiva; son problemas de autoestimación y de seguridad; deseo de asegurarse la recompensa de los demás.

Una gran parte de estos enfermos, persisten siendo manifiestamente dependientes y reconocen que tienen hambre de afecto, de seguridad y de amor; permanecen vinculados a uno de los padres, transfieren sus sentimientos a un sustituto, mujer, etc., o comienzan a beber. Otros, desarrollan defensas que les hacen creer independientes y en estas defensas compensadoras de la necesidad de alimentar la autoestimación obliga a invertir en ello grandes cantidades de energía; se manifiestan en excesiva identificación con los superiores, ambición social, tendencia a asumir cada vez más responsabilidades, masculinidad agresiva, etc.

El no ser atraídos por sus objetivos, confiere a estos enfermos el deseo de buscar constantemente otras finalidades en la vida, ocasionando un gran movimiento social, pero más bien sueñan con el éxito, que gozan alcanzarlo. Los enfermos que no son dependientes, sino que tienen mecanismos antagónicos de defensa, se encuentran más frustrados cuanto más ascienden en la escala social. A medida que la responsabilidad aumenta, la dependencia es menor, la hostilidad de los demás se acrece y las circunstancias que pueden provocar una crisis, son más numerosas.

La esencia de las dificultades psicológicas en los ulcerosos, radica según RUESCH en la defectuosa preparación para la interrelación social. El contacto social es causa de constantes frus

traciones que se acentúan con el cambio del medio ambiente. El médico tiene, pues, a su cargo un gran papel, regido por las experiencias infantiles.

CAPITULO II
=====

II.-1. TRASTORNOS PSICOSOMATICOS DE LA INFANCIA

Según ROF CARBALLO (45), el ser vivo nace incompleto y le-terminan- en sus dispositivos superiores de adaptación, las relaciones transicionales con el mundo entorno, principalmente con los seres protectores. "Experiencias realizadas por LIDDELL y BLAVELT, - confirmadas posteriormente en ratas por SEYMUR LEVINE, llegan a la -- conclusión que el primer cuidado maternal despliega un efecto positivo sobre la respiración del recién nacido, la oxigenación de la sangre, la actividad y fuerza muscular. El animal en que ésto no ha ocurrido, va a mostrar posteriormente menos resistencia a la infección- y a la sobrecarga funcional de toda clase, aparte de ser un animal - neurótico y poco social. BENEDETTI, en un estudio realizado sobre - la anorexia infantil, considera que en un niño de corta edad, quién- está enfermo no es el niño, sino otro ente más complejo, constituido por la unidad madre-niño, enfermedad que trata de curar, no actuando directamente sobre el niño, sino por psicoterapia sobre la madre. En primer lugar, hay que diferenciar -dice BENEDETTI- entre esa madre- que entra con el niño en la consulta y que puede parecernos muy afec- tuosa, una persona sonriente, grata y normal, y la madre secreta, es decir, la incógnita imagen materna que se aloja en lo más recóndito- del corazón del infante.

La hostilidad de la madre frente a su maternidad pue- de tener diversos motivos, casi siempre relacionados con sus expe--- riencias infantiles. Pueden ser las circunstancias del embarazo, hos-

tilidad frente a su progenitor, su complejo de castración, o la forma de resolver sus problemas edipales. Las consecuencias para el niño serán muy distintas si esta repulsión materna se establece primariamente o si se presente más tarde cuando su sistema nervioso se va diferenciando. En los primeros días, el recién nacido carece totalmente de mecanismos de defensa, pero aún en esta ausencia primaria de defensa, aún antes de ser posible el pataleo, el lloro o el grito, se aprovecha de su aparato digestivo, órgano de contacto emocional con la madre, contacto de importancia vital para su subsistencia, y manifiesta su primera reacción de protesta o de defensa, mediante el vómito, que parece tener un carácter simbólico. De esta forma, el vómito, reacción defensiva víscero-vegetativa, que sirve para proteger el aparato digestivo del ingreso en su interior de sustancias nocivas, es también utilizado por la incipiente personalidad infantil, para la expresión de la necesidad de la simbiosis materna; el infante es una unidad abierta a un mundo y frente a la carencia de lo que en este mundo le es indispensable o le completa, se manifiesta con los principales mecanismos de reacción que tiene a mano, el vómito o la diarrea.

Lo mismo ocurre con la succión; el aflujo de sangre materna por la vena umbilical tiene que ser sustituido por el juego de mecanismos orales de succión, es decir, por una sinergia neurovegetativa fásica, que no encuentra en sí ninguna satisfacción y no percibe el pecho materno, habiéndose podido comprobar que el simple hecho de descubrirse el pecho para amamantar a su hijo, supone la puesta en marcha del mecanismo fisiológico facilitador de la digestión gástrica. Al mismo tiempo, tras ese pecho, está la garantía de apoyo y protección de un mundo afectivo.

Pero lo mismo que esta carencia afectiva por parte de la madre ocasiona determinados trastornos, nos encontramos tam---

bién con una serie de alteraciones en los niños relacionados estrechamente con su madre, o dicho de otro modo, madres excesivamente dominantes, como es en el caso de la obesidad infantil en la forma denominada de Seudo-Frohlich. Estudiada profundamente por HILDE BRUCH, ha sido denominada por muchos como síndrome de Hilde Bruch, habiéndole dedicado también especial atención Marañón, quién diferenció esta enfermedad de ciertos trastornos de etiología hipofisaria. Intervienen aquí de forma primordial trastornos psicológicos en la relación madre-niño, durante la primera infancia, como es según LEVI, el destete tardío, madre que no separa al hijo de sus faldas, etc., al mismo tiempo que se deja tiranizar por el pequeño. Se ocasionan así personalidades psicopáticas, con conductas díscolas, asociabilidad, inestabilidad profesional, egocentrismo e incluso criminalidad.

Los síndromes clínicos que producen la carencia afectiva en la primera infancia, los estudia plenamente SPITZ y los clasifica de la siguiente forma.

En primer lugar, la repulsa manifiesta, en que la madre no quiere saber de su hijo, ni siquiera que existe y aunque raro, cuando se presenta da lugar en el niño a un cuadro de estupor con aspecto comatoso. El niño está somnoliento, tiene palidez, sudoración por todo el cuerpo, respiración con tipo de Cheyne-Stokes y una disminución general de la respuesta a todo estímulo. Será preciso combatir tal situación, recurrir a los mismos medios que para cualquier otro colapso: transfusiones de plasma, suero fisiológico, cortisona, etc. Después habrá que enseñarle nuevamente a mamar, aunque piensa SPITZ que ulteriormente corre el riesgo de trastornos múltiples, aunque superando esta situación. La atestigua con el siguiente caso: niño alimentado al principio por su madre rehusa continuar la lactancia y ésta se lleva a cabo con biberón. Durante la

lactancia materna, así como después, la madre no hace más que quejarse. La primera -dice- es insatisfactoria porque el niño vomitaba, pero el biberón hace que el niño vomite igualmente. A los 3 meses, la madre contrae una gripe y es separada del niño; el biberón es administrado entonces por una sustituta. Cesan inmediatamente los vómitos. A los seis meses retorna la madre; los vómitos reaparecen en las primeras 48 horas.

La segunda enfermedad de la infancia es el cólico de los tres meses, según SPITZ. Hacia la tercera semana o un poco antes, los niños lloran hacia el atardecer, pudiendo desaparecer su llanto al darles alimentos. Este llanto parece ser debido a dolores cólicos que no se modifican cambiándole la composición del alimento o pasando de la lactancia artificial a la materna. En las heces no hay nada anormal; algunas veces se observa diarrea. Los dolores duran varias horas y desaparecen para repetirse al día siguiente. Al cabo de tres meses, el cuadro desaparece tan misteriosamente como se presentó. SOTO y ALARCON observaron que este cólico de los tres meses, nunca se da en los niños criados en la casa cuna, interpretando este hecho como que estos niños no habían sido mimados. LEVINE y BELL demuestran que en un noventa por ciento de casos, el cólico de los tres meses desaparece dando un chupete al niño, lo que ha sido confirmado por DAVID LEVI. Estos niños suelen presentar una gran hipertonía muscular. SPITZ, piensa que frente a este fenómeno de hipertonía, las madres se vuelven excesivamente complacientes, dando el pecho aún más de lo que el niño necesita. Se crea así un círculo vicioso: el exceso de alimento produce molestias intestinales y llantos, a los que la madre responde dando más alimento. Así se explica que con el chupete se rompa el círculo vicioso. GENSEN ha demostrado manométricamente que los niños recién nacidos expuestos a estímulos ingratos, calor, caída, etc., reaccionar de manera estadísticamente significativa, con respuesta succión, es decir, el

estímulo desagradable crea una tensión que trata de aliviarse con el estímulo placentero de la toma de alimento. La tensión de insatisfacción, tiende a descargarse por un exceso de actividad bucal, hecho fácil de observar también en personas, que ante una aflicción, reaccionan con un aumento de apetito.

El tercer cuadro clínico estudiado por SPITZ, son manifestaciones dérmicas. De veinticuatro casos estudiados, se ha podido comprobar que siempre la madre tiene enorme miedo a tocar y hacerle daño al niño, miedo que procede de una tendencia agresiva hacia el niño, de forma más o menos inconsciente. El mecanismo por el que estas lesiones se producen, permanece aún desconocido, pero su observación demuestra la necesidad de un contacto emocional entre el niño y la madre. El niño tiene un eczema por falta de caricias, por falta de un contacto que impide la identificación del niño con la madre, de forma que los impulsos agresivos, se descargan sobre la piel y ésta reacciona con la formación de eczema. Piensa ROSENTHAL que el eczema, se desarrolla como una especie de "reacción de adaptación" de la piel para convertirla en menos sensible ante los estímulos ingratos del medio externo.

En cuarto lugar demuestra SPITZ, los trastornos de la motilidad como consecuencia de una oscilación rápida entre él mismo y la hostilidad de la madre con respecto al niño. Se traduce por movimientos de oscilación del cuerpo de forma más intensa que en el niño normal, principalmente en la posición genupectoral. Habrá también retraso manifiesto en el desarrollo de las actitudes manuales y perturbación del establecimiento de relaciones con los objetos.

En quinto lugar, estudia los casos en que la tendencia narcisista de la madre, utiliza al niño para dar expresión a su

propia tendencia, presentando dichos niños un retraso en la conducta social, aunque estén avanzados en otros sectores del desarrollo. Según SPITZ, a partir de estos niños, se desarrollaría el carácter hipertímico agresivo.

Las enfermedades carenciales genuinas de la primera infancia son divididas por SPITZ en dos grupos: En la privación emocional parcial y la privación emocional total. En el primer caso, en el que por lo menos hubo una relación satisfactoria con la madre durante seis meses, se desarrolla un cuadro progresivo, más grave - cuanto más prolongada fuera la separación. En el primer mes hay tendencia al llanto; en el segundo mes pérdida de peso, detención del desarrollo y tendencia a gritar; en el tercer mes disminución de la emotividad, facies anímica y rígida, actitud en decúbito prono, insomnio y negación al contacto con los demás. Aparecen infecciones intercurrentes, se acentua el retraso del desarrollo, deja de llorar y adopta un aspecto letárgico. Si durante este periodo de tres o cinco meses vuelve el contacto con la madre, el cuadro mejora con rapidez, denominándolo SPITZ depresión anaclítica, por su semejanza con la depresión del adulto.

En el segundo caso, después de tres o cuatro meses - de vida con desarrollo normal, son separados de sus madres y atendidos, aunque irreprochablemente, en grupos de ocho, por nurses. Estos niños pasaban por las fases anteriores hasta llegar a un cuadro de pasividad y retraso en el desarrollo. Permanecen en actitud supina, incapaces de ponerse boca abajo, la cara se vuelve inexpresiva, con defectuosa coordinación de movimientos oculares, y fisonomía de niño imbécil. En los casos en que se establece alguna motilidad, recuerda al animal descerebrado o al sujeto catatónico. Al final del primer año, el nivel del desarrollo regresa a un cuarenta y cinco - por ciento de lo normal, y antes de los cuatro años, no es capaz de

sentarse, estar de pie, pasear o hablar.

Tiene gran importancia dentro de nuestro punto de -- vista, de la medicina psicosomática, la susceptibilidad que según - SPITZ, tienen estos niños a las infecciones intercurrentes (de no-- venta y un niños, murieron el treinta y siete por ciento en los dos primeros años), mientras que en otra institución en que lqs niños - eran cuidados por sus madres, no ocurrió ninguna defunción durante- cuatro años. Así pues, la vinculación emocional niño-madre, no se - traduce solo en cuidados, sino en un vínculo biológico. "Esta urdim bre afectiva, -ROF CARBALLO- que constituye la biosis madre-niño, es, no solo necesaria para el desarrollo del neocortex y del sistema -- perceptivo, sino también para el trofismo del infante".

II.- 2. TRASTORNOS PSICOSOMATICOS EN EL ADULTO

Lo mismo que en la patología somática, aún cuando -- no identifiquemos el germen, diagnosticamos una sepsis, con tal de que existan los caracteres clínicos de la misma, ocurre en la patología psicosomática. "Un estudio intensivo -dice WEIZSACKER- (58), - ha conseguido rellenar algunos de estos vacíos y, por tanto, puede sostenerse la hipótesis de que es la insuficiencia de nuestros medios y conocimientos, el motivo por el que no resulta siempre claramente visible el comienzo, que consta de:

- 1) Excitación psíquica.
- 2) Alteración funcional.
- 3) Disregulación motora y secretora.
- 4) Inflamación.
- 5) Úlcera.
- 6) Necrosis visceral, carcinoma o necrosis.
- 7) Muerte.

No hay que pensar que las influencias psíquicas actúan solamente sobre las estructuras nerviosas. La célula hepática es tan sensible a ella como la neurona; por lo tanto, no se debe establecer una especie única de relaciones psicofísicas, sino toda -- una serie de ellas adaptadas a nuestro esquema clínico".

WEISS y ENGLISH enumeran tres grupos de enfermos que

pertenecen al área de la medicina psicosomática:

GRUPO I. Constituidos por los enfermos que, sin ser psicológicos ni enfermos somáticos, constituyen una franja indefinida intermedia, formada por los sujetos que no tienen ninguna enfermedad corporal ni son auténticos locos. Son los llamados "enfermos funcionales" y, constituyen un tercio de los que se ven en la práctica médica.

GRUPO II. Está constituido por aquellos enfermos cuyos síntomas dependes en parte, de factores emocionales, aunque --- exista algún hallazgo orgánico y constituyen otro tercio de los enfermos.

GRUPO III. Comprende las enfermedades físicas estrechamente ligadas al sistema nervioso vegetativo, tales como el asma, la hipertensión esencial. Este grupo es de gran interés por considerarse que en la génesis de estos trastornos, desempeña un papel preponderante el factor psíquico.

Podemos deducir de esta clasificación que, del área de la patología psicosomática no se excluyen las enfermedades orgánicas, ya que en muchas de ellas intervino el factor psíquico, y -- que precisamente el grupo I es el esencial, por encontrarse más confusamente definido. No son psicóticos ni enfermos somáticos, debiendo en él considerar la personalidad psicopática(25) (33).

Hay también un cierto grupo, asténicos, depresivos, en íntima relación con los problemas psicosomáticos, pero en otros, la relación es más lejana, querulantes, fanáticos, etc.

HALLIDAY establece la siguiente clasificación de en-

fermedades psicósomáticas:

1) Sistema gastrointestinal(6) (7) (51): Úlcera duodenal, úlcera gástrica de origen no nutritivo (26), colitis mucosa, gastritis, hemorroides y enfermedades de la vesícula biliar.

Hemos anunciado una serie de enfermedades, pero debemos tener presente que pueden llegar a la consulta, enfermos con una sintomatología digestiva, en la cual, después de una detenida anamnesis y estudio clínico detallado, comprobamos la ausencia de lesiones orgánicas, como los observados en los siguientes casos, -- Hospital Central de Sevilla.

Enferma O.R.M. de 17 años. Antecedentes sin interés, salvo la muerte de su padre por accidente, hace tres años. Desde hace un año, coincidiendo con estado de ansiedad, angustia, insomnio, astenia y anorexia, viene con un cuadro doloroso en epigastrio, de carácter diurno, por temporadas, que se alivia ligeramente con la ingesta, vómitos alimenticios y cefaleas, considerando como dato de interés que la enferma relaciona la aparición de su cuadro con el recuerdo de su padre. Analíticamente es normal y a la exploración radiográfica de estómago y duodeno solo se encuentra una peristáltica lenta con una difícil evacuación de la papilla baritada. Se trata con anticolinérgico y psicoterapia de apoyo, reapareciendo en -- consulta a los seis meses, clínicamente bien y con una evacuación gástrica normal. Es vista tres veces más, teniendo siempre recaídas cuando tiene un problema emocional, pero habiendo aumentado su capacidad de adaptación al medio ambiente.

Enferma P.M.M. de 40 años de edad. Como antecedentes, hepatitis, pleuresia, paraplejia de extremidades inferiores en el último parto, después de la muerte de su marido, hace cuatro años. --

Nos cuenta la enferma, que después de haber muerto su marido, ha estado varias veces con molestias gástricas y desde hace varios días, "no puede vivir". Se encuentra bien si no come, pero aparecen vómitos alimenticios a la hora de la ingesta, expulsando todo lo que toma, aunque otras veces, estos vómitos aparecen a los 15 minutos o inmediatamente después de la ingesta. Siente sequedad de boca y una opresión en el estómago "que se le sube para arriba", como si le dijera "no te dejo respirar". No tiene dolor ni ardores, no le hacen efecto los alcalinos y le sientan mal las comidas grasas o excesivas. No tiene relación con el tiempo, diciendo estar continuamente con preocupaciones. Cefaleas, astenia, anorexia y pérdida de peso, 6 kg. en el último mes. Alteraciones en el estado de ánimo, insomnio. La misma enferma pone de manifiesto el cambio de humor, con la muerte de su esposo que "es una pesadilla que la agobia". Exploración clínica sin hallazgos, excepto exaltación de los reflejos normales. En el estudio radiológico de estómago y duodeno, no se aprecian anormalidades. Sangre y orina sin interés. Se trata con antídotos y psicoterapia de apoyo. Es revisada al mes, a los dos meses y a los seis meses, apareciéndose en todas las fechas una mejoría; se encuentra prácticamente bien, aunque vuelva a parecerle el cuadro, siempre que surge un conflicto emocional.

RYAN considera que los alveolos secretorios de las glándulas salivales, al no recibir suficiente irrigación vascular se pueden alterar en la secreción de ptialina y mucina, alterando la composición química de la saliva, reduciéndose la acción búffer de ésta, estimulándose la actividad bacteriana y favoreciéndose la carie dental (50). CAMBEL, demuestra experimentalmente que el Ph, la viscosidad y en parte los minerales de la saliva, pueden ser alterados bajo la influencia del miedo, la rabia o el placer.

2) Sistema cardiovascular: síndrome de esfuerzo, ca-

sos de hipertensión, trombosis coronaria y hemorragias cerebrales - (23) (8) (24).

En el desarrollo de la enfermedad coronaria (Fig.10) la mayor parte de las veces influyen una serie de factores psíquicos y orgánicos que "a modo de cadena", influyen unos sobre otros, teniendo también importancia esencial, el hábito social del enfermo. BRANSTEIN hace señalar cinco factores:

- A) Constitución.
- B) Stress psicológico agudo.
- C) Stress psicológico crónico.
- D) Personalidad y conducta.
- E) Ubicación social del paciente, previo al infarto.

LABHARDT, describe el siguiente caso: Un paciente -- de 55 años, llevó una juventud anodina, pasó los exámenes en la Escuela de Comercio y durante la segunda guerra mundial dirigió por sí mismo una pequeña empresa de material de guerra. Después de la guerra fracasó en un negocio propio. Luego, por motivos económicos, toma un trabajo demasiado intenso para él, desde el punto de vista orgánico. Desde entonces es llamativo el aumento de peso que experimenta y en esta situación tiene un infarto de miocardio. Debemos suponer que la aceptación de un trabajo que le resultaba poco agradable para sus elevadas aspiraciones "espirituales", está en relación con el paradójico aumento de peso, con excesivo trabajo corporal.

3) Sistema respiratorio: Muchos casos de asma, de rinitis alérgica, de bronquitis recurrente.

TROUSSEAU (11) que era asmático, cuenta en su Clíni-

Temprana infancia

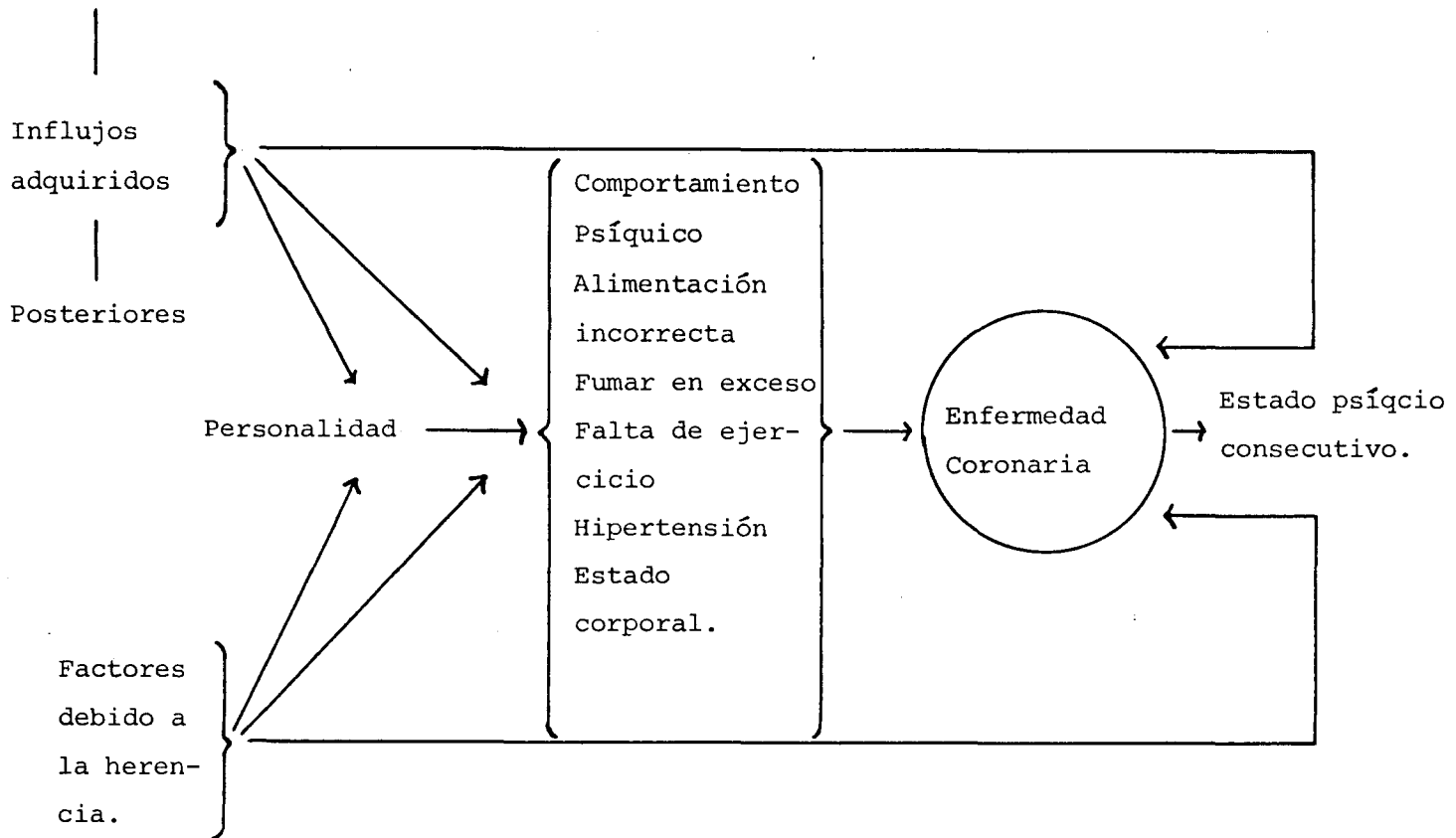


FIGURA 10

Esquema de F. LAMBARD. Factores psíquicos en la enfermedades coronarias.

ques de L'Hotel-Dieu que, hacía tiempo que venía sospechando que su cochero se dedicaba a revender parte de la comida dedicada a sus caballos. Decidió poner en claro esta situación y se dirigió al establo para medir el pienso. Al descubrir el fraude, entró en cólera y sufrió una crisis de asma. "Cien veces en las calles de París o en los bulevares, cien veces por la carretera, me había hallado en una atmósfera de polvo mucho más espesa que en la que aquella ocasión - había respirado solo un momento. Bajo la influencia moral que determinaba en mí la idea de un robo doméstico, por pequeño que fuese, - mi sistema nervioso se veía perturbado y una causa muy poco impor-- tante en sí misma, actuaba sobre él, con intensidad excesiva".

4) Sistema genitourinario (1) (31) (53): eneuresis - nocturna, disturbios menstruales y leucorrea, infección piógena urinaria.

ABOULKER y CHERTOK, describen cinco casos de reten-- ción urinaria, uno de los cuales se refiere a un hombre de 22 años, obrero, hospitalizado en un servicio de tisiología, que había obli-- gado a practicarle dos sondajes diarios, una uretoscopia y dilata-- ciones uretrales sin consecuencias positivas; el examen del aparato urinario y el neurológico eran negativos. Fué diagnosticado de estado neuropático tras conocer la existencia de una eneuresis a los -- 17 años, que se resolvió con el alejamiento de la familia. Después de una psicoterapia sugestiva y una inyección intramuscular de sue-- ro fisiológico, el enfermo vació la vejiga, mantuvo la diuresis y - salió curado.

Según demostró FOREL, la frecuencia menstrual se puede instituir y fijar por vía hipnótica, así como por el temor de -- una intervención, o el temor o deseo de un embarazo. Referente a la leucorrea, WALTHARD y LOWENSTEIN, han demostrado su psicogénesis.

Se describen también casos de dismenorrea como reacción de protesta ante el destino, como en un caso de observación -- personal, con antecedentes neuróticos, para atraer la atención de -- la madre.

Podemos citar también con carácter de observación -- personal, el caso de impotencia funcional transitoria en un estu--- diante judío de 18 años, de aspecto neurótico, que sufrió su impo-- tencia en la práctica de un coito con desfloración y manifestación-- de angustia por parte de ella. A partir de entonces presentó impo-- tencia siempre que en la mujer notaba alguna expresión de angustia.- Tenía frecuentes vivencias oníricas, siempre relacionadas con un ac cidente de tráfico de una chica por el cinturón pélvico, vivenciado a los 10 años.

5) Sistema locomotor: Neuritis, ciática, lumbago, ar tritis reumatoide y ciertos casos no traumáticos de osteoartritis.

TROESCHER, pone en evidencia que las fracturas costa les, cuando son diagnosticadas como contusiones torácicas suelen cu-- rar en dos o tres semanas, pero si las fracturas son diagnosticadas y vividas como tales, la incapacidad suele durar unas ocho semanas.

6) Sistema endócrino (14) (48): Bocio exoftálmico, - hipertiroidismo, diabetes, obesidad, mixedema.

Se considera el stress como creador de un desequili- brio de la función suprarrenal, elevando el dintel de las hormonas- cetabólicas, favoreciendo la osteoporosis por deficiencias en la for mación de la matriz del hueso y produciendo afecciones periodonta-- les. Experiencias realizadas con ratas, demuestran que un aumento - de hormonas esteroides, cortisona, produce osteoporosis del hueso -

alveolar, reducción de la cresta alveolar y cambios degenerativos de la membrana periodontal.

KOHUSTAMN y FRIEDEMAMN, exponen casos de enfermedades de Basedow curadas por hipnosis.

STUNKARD, dice que no hay diferencias demostrables en la constitución psicológica entre obesos y no obesos pero ultimamente, se insiste en un trastorno de la imagen corporal del obeso, que según ROF CARBALLO, se explica por la estrecha relación anatómica de las zonas mediales del cerebro ("cerebro interno") con los centros diecenfálicos reguladores del hambre y la sed.

MENDELSON considera que un 22'4% de los obesos no presentan problemas de tipo psicosomático, pero en el resto el trastorno del apetito es el problema central de sus vidas, y según ROF CARBALLO (48), no solo existen graves síntomas neuróticos sino que además, presentan rasgos psicóticos enmascarados en una depresión y como el propio ROF dice, "disfrazados de obeso". STEWART WOLF, comunica el caso de un enfermo, criminal profesional y "oveja negra" de una familia honorable, que sentía irresistible deseos de comer grandes cantidades de alimento durante sus luchas con los representantes de la ley; comer representaba para él, el equivalente de un ataque agresivo contra sus enemigos que, en el fondo, encarnaban la figura paterna.

Así pues, la obesidad responde a la necesidad de gratificación oral de la propia personalidad y según GLUSKMAN y HIRSCH, en el ayuno prolongado del obeso, se encuentran signos psicopatológicos que en algunos puede llegar a la desintegración de la personalidad, ideas paranoides, homosexualidad, atribución al médico de ideas agresivas, etc. Un cuerpo grueso supone una mayor distancia con los-

demás, para unos ideas de dominio, o estimación para otros, y la pérdida de peso supone pérdida de protección contra las múltiples fuerzas que el enfermo ha fantaseado.

La influencia de las emociones (12), traumatismos o fuerzas neuropsíquicas sobre la evolución y el equilibrio del diabético es una noción antigua, pero en cuanto a su etiología, es admitida con reparo y rigurosidad. H. FELIX, a propósito de 17 observaciones requiere los siguientes puntos para esta correlación:

a).- Naturaleza y caracteres de la fuerza emocional; intensa y con sensación de muerte inminente.

b).- Plazo breve de la aparición de la diabetes, que en algunos casos pueden ser meses.

c).- Terreno: neurasténico o herencia diabética.

En cuanto a su explicación patogénica, se puede pensar en una hiperestimación diencéfalo-hipofisaria, a través de una excitación cortical.

7) Sistema nervioso (44): ciertos casos de migraña y los disturbios de ansiedad e histeria.

8) Sangre: ciertos casos de anemia hipocrómica no determinada nutritivamente.

LEVIN, basándose en los estudios de ENGEL sobre la correlación en el niño, entre la ausencia de secreción gástrica y depresión, ha intentado establecer una relación entre la aparición de la anemia perniciosa y la depresión, que según él, puede actuar como

factor coadyuvante, disminuyendo la producción del factor intrínseco en la mucosa gástrica.

9) Piel (13): alopecia areata, ciertos casos de prurito, urticaria, seborrea, etc.

DUGOIS y Colaboradores, describen el caso de un niño con hábito continuado de masturbación, en el que aparece una urticaria de gluteos y bajo vientre. Lo interpretan bajo una base depresiva, siendo su picazón expresión del complejo de culpabilidad y el -- continuo rascado como autoagresividad, diciendo que comenzó la curación al comprender el niño la expresión simbólica.

PIRET y colaboradores hablan del carácter obsesional, "neurosis de carácter", en los psoriásicos.

Dentro de los anexos de la piel, el pelo, es descrito por la historia. La canicie emocional de Maria Antonieta y el caso - de un bengali, descrito por PARRY, que hecho prisionero y atado a la boca de un cañón, encaneció en media hora.

10) Ojos: Mistagmis, blefaritis, conjutivitis crónica.

Según HOLIDAY, la pertenencia de estas enfermedades a la medicina psicosomática, se demuestra porque el punto de vista psicológico aplicado a ellas, produce un gran enriquecimiento de los conocimientos etiológicos de las mismas. La patología psicosomática es pues, más bién un punto de vista que una agrupación de enfermedades, pues aún en las enfermedades más somáticas, el plano psíquico se patentiza, al menos, en la actitud que toma el enfermo ante su enfermedad.

Pero ante esta situación, más interrogativa que afir-

mativa, ¿es el dolor el resultado de la actitud de una serie de vías y centros específicos, o sería más bien, el resultado subjetivo de la desarmonía o de la desorganización en la actuación de otros centros o sistemas no específicos?. Los estudios neurológicos demuestran que, aunque las fibras sensitivas tienen su localización en el lóbulo parietal, los estímulos dolorosos activan en el electroencefalograma, la región frontoparietal, relacionada a la vez con fenómenos de la vida vegetativa (rinencéfalo, sistema reticular, diencéfalo, hipófisis) y con fenómenos intelectuales (atención, memoria). Es decir, el fenómeno doloroso tiene a la vez relación con la vida vegetativa y con la vida intelectual. Pero hemos de hacer notar que basta una alteración de la corteza cerebral, para provocar una percepción anómala del dolor, tales:

- 1) Debilidad congénita.
- 2) Trastornos metabólicos.
- 3) Hiperexcitación de los centros inferiores que provoquen su inhibición.
- 4) Estímulos exteriores muy violentos que originen inhibición.
- 5) Aprendizaje o acondicionamiento.

Es evidente que las experiencias infantiles en el dolor, tienen una importancia para determinar la relación que un adulto tendrá con él. Si ha sido aislado de éste, experimentación realizada por MELZACK y SCOTT con cachorros, más tarde no sabrá interpretarlo y actuar correctamente. Si por el contrario ha sido sometido a temprano y excesivos estímulos dolorosos, se producirá en él una desorganización de la conducta que le impedirá más tarde captarlo de forma equilibrada. Por otro lado, no solo influyen las experiencias personales, sino también la experiencia de los seres que le rodean; el padre ansioso y la madre angustiada ante el menor riesgo, determi

nan en el hijo una sobre-valoración al dolor y por tanto mayor tendencia a padecerlo. Por el contrario, cuando la conciencia está ---- orientada a otros fenómenos, no suele sentirse dolor, como le ocurre a los soldados en la batalla, aún cuando padezcan grandes heridas. -- PAVLOV, sometiendo perros a estímulos dolorosos, terminaban por sentir placer si eran acompañados de comida; se dice que SHERRINGTON, - viendo esta experiencia, recordó la similitud de los mártires, que - soportaban las torturas por una finalidad superior.

Intentando hacer una clasificación del dolor (34), po demos decir:

1) Como manifestación de una neurosis o de problemas-
psíquicos actuales. En el primer caso, cualquier estímulo doloroso -
será suficiente, mientras que en el segundo, el estímulo doloroso de
be tener una cierta intensidad. Este dolor se caracteriza por:

- A) Topografía inadecuada de la distribución nerviosa.
- B) Dramatismo.
- C) Existencia de situación emocional precedente.
- D) Crisis anteriores similares.
- E) Existencia de ganancia en la enfermedad, mimos ...
- F) Sedición del paciente con respecto al médico.

2) Como causa de reacciones vivenciales, en indivi---
duos normales o neuróticos.

3) Fenómenos concomitante de reacciones vivenciales -
anormales o de fenómenos neuróticos. Dejando a un lado la base fisio-
lógica, aparecen dos teorías, fundamentalmente para explicar este --
dolor:

- A) La teoría psicoanalítica, donde el dolor se puede-

explicar por masoquismo inconsciente primario, culpabilidad inconsciente, o sentimiento de culpa por impulsos sexuales o agresivos.

B) Para la teoría antropológica-existencial, el dolor tiene un sentido, un "para qué", que se exagera cuando el sujeto, invadido por un problema emocional aprovecha su capacidad mímica para huir de sus responsabilidades y a la vez, justificarse.

Pero a pesar de todo, ante el subjetivismo en que se puede incurrir con el dolor, hemos de reflexionar; "así, marcharemos adelante y seremos médicos en la misma medida en que seamos capaces de enfrentarnos, como hombres íntegros, a este fenómeno integral del dolor".

CAPITULO III

=====

III.-1. MATERIAL Y METODO

De las variadas pruebas que existen en los medios psicológicos para expresar los múltiples aspectos de la personalidad, - hemos elegido la adaptación española del Cuestionario M M P I de personalidad (52), considerado como uno de los instrumentos más importantes de psicodiagnóstico en la clínica, orientación y selección. En - estos estudios se dispusieron de más de 800 casos, obtenidos en la - sección de neuropsiquiatría de los hospitales y clínicas de la - Universidad de Minnesota y, de sus distintas formas, Individual, Colectiva y Forma R, hemos aplicado la primera, es decir, la Forma Individual.

Los primeros estudios de HATHAWAY y MCKINLEY sobre el M M P I, aparecen en 1.940 y, posteriormente, en 1.943, University - of Minnesota Press publica el cuestionario, llevándose a cabo a partir de entonces, numerosos estudios e investigaciones, recogidos en la literatura profesional.

El propósito del M M P I es proporcionar una evaluación objetiva de algunas de las más importantes dimensiones de la - personalidad, relacionadas con la adaptación personal y social del - sujeto y, las escalas, cuidadosamente construidas y revalidadas, --- permiten un diagnóstico a adolescentes y adultos, pudiéndose asimismo estimar, el grado de validez y precisión de los resultados obtenidos.

Originalmente se construyeron nueve escalas para el uso clínico del Cuestionario, denominadas según las categorías de anomalidad que sirvieron de base para su construcción, aunque posteriormente, se comprobó que estas escalas son aplicables también, a casos normales y, consecuentemente designadas por abreviaturas:

Hs = Hipocondrias
D = Depresión
Hy = Histeria
pd = Desviación psicopática.
Mf = Masculinidad - feminidad.
Pa = Paranoia
pt = Psicastemia
Sc = Esquizofrenia
Ma = Hipomanía.

Posteriormente, se han desarrollado otras muchas escalas: introversión social (Si), etc., aparte de las escalas de calificación L (sinceridad), F (validez) y K (variable correctora).

El cuestionario consta de 550 frases que cubren un amplio campo; salud, neurología, sensibilidad, familia, hábitos, ocupaciones, educación, actitudes, afectos, fobias, estados de ánimo, etc., pidiéndosele al sujeto que clasifique estas frases en tres grupos: "verdadero", "falso" y "no se". Basándose en la idea de que sus elementos forman escala en potencia; las que se seleccionan en un principio son simplemente las escalas que se derivan más fácilmente, reconstruyéndose posteriormente nuevas escalas con una plantilla de corrección.

Al pasar al sujeto las 550 preguntas, se dividirán en los tres grupos dichos, de los cuales, el número de clasificadas-

como "no se", se anotarán directamente en la Hoja de Registro, en el espacio indicado con una ?. Del grupo de las verdaderas, se elegirán aquellas que tengan cortado el ángulo inferior derecho, despreciando se las verdades con el ángulo inferior izquierdo cortado, por considerarse normales. Del grupo de las Falsas, se elegirán las tarjetas con el ángulo inferior izquierdo cortado, despreciándose las que tienen cortado el ángulo inferior derecho, por considerarse igualmente normales. Ultimamente, se pasarán todas las tarjetas seleccionadas a la Hoja de Registro, marcándose con un aspa (X) en la casilla correspondiente, según el código de letras (A - J) y de números (1-55).

Una vez que tenemos realizada la Hoja de Registro, se aplican las plantillas transparentes correspondientes a los distintos factores de la personalidad, valorándose el número de aspas (X) de la Hoja de Registro que coincidan con las aspas (X) de la plantilla correspondiente y anotándolos en la casilla oportuna.

Con excepción de las plantillas para las escalas F y Hs, todas las demás tienen ceros (0) a la vez que aspas (X). Cuando el espacio correspondiente a un "0" aparece en blanco en la Hoja de Registro, se considerará también como punto adicional en las escalas, es decir, la puntuación directa de la escala será el número de "X" coincidentes entre plantilla y Hoja de Registro, más el número de "0" de plantilla que estén en blanco en la Hoja de Registro. Además, en la plantilla M F existen varias anotaciones juntas de "X" y "0", eligiéndose la primera si el examinado es varón y la segunda si es hembra, por la misma regla anteriormente expuesta.

Una vez obtenida las puntuaciones directas en la hoja de registro, se pasa a los espacios correspondientes en la parte inferior del perfil, completándose las casillas encabezadas con la palabra "Añadir K" con la fracción o totalidad de esta puntuación di

recta K, según tabla impresa en toda hoja de perfil, anotándose en los espacios correspondientes de la base del modelo de Perfil, en la fila inmediatamente inferior para aunarse con los valores de la primera fila y obtenerse el valor total o puntuación típica (T). Estas variables que precisan la adición de K o una de sus fracciones son: Hs, Pd, Sc y Ma; en las restantes, la puntuación típica corresponde a la misma puntuación directa.

Con excepción de las escalas ? y F, que se asignaron arbitrariamente, las puntuaciones típicas T fueron obtenidas mediante la siguiente fórmula:

$$T = 50 + \frac{10 (X_i - \bar{X})}{D. T.}$$

en la que X_i es la puntuación directa y \bar{X} y D. T. son la media y la desviación típica de las puntuaciones directas del grupo normativo en una determinada escala.

Las puntuaciones típicas que hemos elaborado para cada variable, se marcan en el gráfico correspondiente, obteniéndose a partir de ellos la línea quebrada resultante, que representa el perfil de las escalas, para su interpretación y codificación.

Pero el número posible de formas que puede presentar un perfil es prácticamente indefinido, pudiéndose considerar que no existen duplicados, por lo que, para hacerlas manejables, se han elaborado sistemas de codificación para reducir el número de posibles perfiles a dimensiones más prácticas, a la vez que conserva suficiente información para los propósitos de estudio.

Con el M M P I se han empleado dos sistemas diferentes de codificación, el método original de HATAWAY (1.947) y el pro-

cedimiento de codificación total o extendido de WELSH (1.948-1.951), que es el que nosotros hemos seguido en este estudio.

Pongamos un ejemplo con un hipotético perfil, para codificar según el método "total" de WELSH:

Escala:	Hs	D	Hy	Pd	Mf	Pa	Pt	Sc	Ma	Si
Número:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
Puntuación T:	64	92	53	44	58	35	85	79	29	30

recibiendo, como vemos, un número cada escala clínica, para su identificación, en vez de los nombre de las escalas o su abreviatura.

El primer paso para la codificación consiste en escribir los dígitos que representan las escalas según la cuantía y orden de la puntuación T, es decir, de mayor a menor. La escala con mayor puntuación es D con una T de 92, y el dígito 2 será el primer número del código. La segunda escala es Pt con una T de 85; entonces el código que se va formando es 27. La tercera escala es Sc y el código será por ahora 278. La cuarta es Hs, y el código será 2781. Se sigue este procedimiento, según el orden de los valores T, y el código final será 2781534609.

El segundo paso consiste en introducir los símbolos que indiquen la cuantía de los valores T. Los dígitos que representen escalas con una T de 90 o superior vendrán seguidos del signo * (asterisco; entre 80 y 89, seguido de "; entre 70 y 79, de ' ; entre 60 y 69, de - ; entre 50 y 59, de / ; entre 40 y 49, de : ; entre 30 y, de # ; y los de 29 o menores estarán a la derecha del mismo signo #. Estos símbolos se eligieron así porque aparecen normalmente en las máquinas de escribir y también son fáciles de hacer manualmente.

En el ejemplo hipotético que venimos tratando, la escala D tiene una T de 92 y por tanto, el dígito vendrá seguido del símbolo *, es decir 2 *, la escala Pt con 85 vendrá seguido de ", - y en el código aparecerá 2 * 7" ; Sc tiene 79, y el código será 2 * 7" 8'; Hs tiene 64, y el código será 2 * 7" 8' 1- . Cuando dos o -- más escalas caen dentro del mismo grupo de diez puntos de valores T, el símbolo debe seguir al dígito que tenga menos valor de T. Así, - como Mf y Hy están en el grupo de 5-59, sus dígitos de código serán seguidos por el signo /. Pd es la única escala que cae en el grupo - de los 40 y tiene el signo :. El código ahora será 2 * 7" 8' 1 - 53/4;; y como Pa y Si están en el grupo de los 30, su símbolo # se- guirá a los números 6 y 0, y por último el número 9. Por tanto, el - código clínico completo es 2 * 7" 8' 1 - 53/4 : 60 # 9.

Además de las escalas clínicas, se pueden codificar- las escalas de validación y colocarlas separadamente a la derecha -- del código de las escalas clínicas. Supongamos que las puntuaciones- en las escalas de validación en el ejemplo hipotético ya considera- do fueran las siguientes:

Escala :	?	F	K
Puntuación T:	50	72	41

El código de estas escalas sería F" ? / K :, y el código completo se- ría:

2 * 7" 8' 1 - 5314 : 60 # 9 F' ? / K:

Independientemente de la codificación de HATAWAY, - se han empleado algunos otros signos convencionales para la codifica- ción, pero a los que nosotros no hacemos referencia en este estudio.

Las escalas, basadas en casos clínicos que fueron -- clasificadas de acuerdo con la nomenclatura convencional psiquiátrica, las podemos resumir de la siguiente forma.

A.- Escalas de validación.

1º) Interrogantes (?). Comprende todos aquellos elementos clasificados por el sujeto como NO SE y su valor afecta al significado de las demás puntuaciones. Cuando es muy alto las invalida, indicando probablemente que las puntuaciones reales en las demás variables se hubieran apartado mucho más del promedio, si la frases eludidas se hubieran contestado como "Verdadero" o "Falso". En sí misma, es también un factor de personalidad, pero no se ha analizado ningún material específico para determinar claramente el valor de esta escala y nosotros, en algunos sujetos que en principio obtenían una puntuación alta como NO SE, se les volvía a pasar dichas tarjetas, reduciéndose entonces a una cifra valorable. Se encuentran puntuaciones altas

2º) Puntuación de validez (F). No es una escala de personalidad, sino que se utiliza para estimar la garantía que merece al conjunto de respuestas. Una puntuación alta probablemente invalida las otras escalas, bien por falta de cuidado en el sujeto, por no llegar a comprender el sentido de las frases, o por error de anotación. Una puntuación baja estima razonables las respuestas del sujeto.

3º) Puntuación (K). Se utiliza como factor de corrección para poder aumentar discriminativo de algunas escalas y si se le ha de dar algún significado no estadístico, se puede considerar como una medida de la actitud del sujeto ante la situación de examen. Una puntuación alta representa una actitud defensiva frente a posibles deficiencias psíquicas, con tendencia a modificar las respuestas y parecer más --

normal. Una puntuación baja, se refiere a una persona ingenua y --- abierta a la autocrítica y a la admisión de deficiencias, o bién el intento deliberado de obtener una mala puntuación y dar mala impresión.

B.- Escalas clínicas.

1º) Hipocondriasis(Hs). Evalua el grado de preocupación anormal por las funciones corporales. Las personas con puntuación alta se preocupan indebidamente por su estado de salud, con un enfrentamiento - inmaduro a sus problemas de adulto.

2º) Depresión (D). Evalua la profundidad del síndrome depresivo. -- Una puntuación alta indica empobrecimiento de la moral, con senti- miento de inutilidad e incapacidad para un desarrollo del futuro; - sugiere además, un fondo de falta de confianza en sí mismo, con estrechez de interés e introversión. Esta escala, junto con Hs y Hy, - identifican a un gran número de personas bajo el título de neuróti- cos, como también a sujetos que requieren atención psiquiátrica por un grado de anormalidad.

3º) Histeria (Hs). Esta variable mide el grado en que un sujeto es- similar a los pacientes con el síndrome de histeria de conversión.- Los sujetos que tienen una puntuación alta, son propensos a episo- dios de debilidad, desmayos e incluso convulsiones epileptoides. Es posible, que nunca aparezcan estos síntomas, en una persona que ha- obtenido una puntuación alta, pero en una situación de tensión, pro- bablemente se comportaría de una forma histérica, resolviendo los - problemas que le perturban con un desencadenamiento de todos los -- síntomas indicados.

Se ha observado que esta escala no identifica peque-

ñas histerias de conversión, acompañadas por poca sintomatología.

4°) Desviación psicopática (Pd). Esta escala evalúa la ausencia de una respuesta emocional profunda, la incapacidad de beneficiarse de las experiencias y la desconsideración hacia normas sociales. Esta persona generalmente agradable e inteligente, es peligrosa para sí misma, no descubriéndose su tendencia hacia lo anormal, hasta que se encuentra en dificultades serias, con periodo de excitación psicopática acompañados de una depresión posterior, cuando se identifica con sus acciones asociales o antisociales, entre crisis y crisis, se puede manifestar perfectamente normal.

Sus tendencias más frecuentes son hacia el mentir, robar, alcohol, drogas y perversiones sexuales, diferenciándose de algunos tipos de delincuentes por su incapacidad para aprovechar sus experiencias y, preocuparse poco o nada, por las posibles ganancias del hecho delictivo, o ser descubierto.

5°) Intereses (Mf). Esta escala mide las tendencias hacia los patrones de masculinidad o feminidad, indicando una puntuación alta una desviación hacia los intereses básicos del otro sexo. Esta escala, indica una tendencia hacia la feminidad por parte de los varones, con una puntuación alta, en forma abierta o reprimida, aunque no se debe diagnosticar una homosexualidad a partir de dicha puntuación alta, sin haberlo confirmado evidentemente. En la mujer sin embargo, una puntuación alta no puede ser considerada con seguridad como indicativo clínico similar, y la interpretación debe limitarse a señalar la dirección de sus intereses.

6°) Paranoia (Pa). Esta variable fué obtenida al contrastar personas normales con un grupo de pacientes paranóicos, estado paranoide o esquizofrenia paranoide, aunque se ha observado algún paranoide -

que ha conseguido evadirse en su revelación como tal.

7º) Psicastenia (Pt). Evalúa la semejanza entre los examinados y -- los pacientes efectuados por fobias o conducta compulsiva. Esta con-- ducta puede ser explícita, como el excesivo lavado de las manos, o -- implícita como la manifestación de incapacidad para evitar pensa--- mientos inútiles o ideas obsesivas. Muchas personas, muestran fo--- bias sin encontrarle grandemente incapacitadas, manifestándose sim-- plemente por una depresión leve, preocupación excesiva, falta de -- confianza en sí mismo o por incapacidad para concentrarse.

Esta escala, se correlaciona con la esquizofrenia y -- una puntuación alta, se asocia también con depresión.

8º) Esquizofrenia (Sc) Evalúa el grado de similitud con estos pa--- cientes. Esta escala discrimina cerca del 60% de los casos diagnos-- ticados como esquizofrénicos, no diagnosticando algunas formas para -- noides de esquizofrenia ni conducta esquizoide. Pero esto no es de-- extrañar, puesto que numerosos psiquiatras no consideran a la esqui-- zofrenia como una entidad clínica, sino más bien como un grupo de -- condiciones heterogeneas.

La mayoría de los perfiles que presentan una puntua-- ción alta en esta escala, presentan también alteraciones en otras -- escalas. Por otro lado, los sujetos que alcanzan la zona límite en -- esta escala y en la Psicastenia, son muchos más casos de los que -- precisamente fueron diagnosticados de esquizofrenia, como consecuen-- cia de los complejos patrones de síntomas y las implicaciones tan -- inadecuadas que tiene dicho término.

9º) Hipomanías (Ma). Esta escala mide el factor característico de -- ciertas personas que presentan una marcada hiperproductividad de --

pensamiento y acción, haciendo referencia más leve de manía y precisamente, una dificultad esencial al construir esta escala que diferencia clínicamente a pacientes hipomaniacos de personas normales llenas de ambición y energía.

El paciente hipomaniaco es activo y dinámico, pero a veces, con crisis depresivas, con poca atención a los principios sociales establecidos y contradicción con la ley. Un buen porcentaje de personas diagnosticadas como psicopáticas deberían ser llamados-hipomaniacos.

Esta escala identifica cerca del 60% de los casos - diagnosticados clínicamente y el resto, gira alrededor de ese grado de hiperactividad, difícilmente considerado dentro o fuera de su límite.

0) Escala social I.E.(Introversión-extroversión) (Si). Esta escala, incluida en un principio dentro de las Escalas Adicionales, se introduce en la escala clínica porque así se ha hecho en otras partes del material de la prueba (plantillas de corrección y perfil). Intenta evaluar la tendencia a aislarse del contacto social con --- otras personas y la puntuación "T" es idéntica para varones y hembras, puesto que no se encontraron diferencias sustanciales en la muestra de tipificación, entre ambos sexos.

C.- Escalas adicionales..

Estas escalas fueron construidas para atender a problemas específicos, como dominancia, dolor dorsal inferior, parieto-frontal, prejuicios, responsabilidad, estatus socioeconómicos y neuroticismo, pero nosotros no las hemos estudiado.

Una vez realizada la puntuación y codificación de -- los resultados, el primer problema para la interpretación es determinar si las respuestas del sujeto presentan un conjunto válido de puntuaciones. Esta validez, viene comprobada por las puntuaciones en -- "?" , "L" , "F" y "K" , pudiéndose hacer varias combinaciones entre --- ellas. Nosotros, en este estudio no hemos empleado el factor "L".

La existencia de muchas respuestas como "no se"(?) - tiende evidentemente a rebajar la puntuación en las escalas clíni-- cas, por lo que efecto de las respuestas "?" es proporcional al número de respuestas del sujeto en cada escala. Algunos psicólogos --- asignan sistemáticamente las respuestas "no se" a determinadas esca-- las, juntamente a las que hubieran correspondido si el sujeto hubie-- ra elegido la alternativa "verdadero" o "falso", arbitrariamente más desfavorable; pero nosotros, como ya decíamos al hablar de esta escala, no hemos tenido este problema, puesto que aunque fuera en un se-- gundo tiempo, había sido el mismo sujeto el que había realizado la - elección.

Los factores "F" y "K" intimamente relacionados con-- la actitud del sujeto durante la aplicación de la prueba, pueden ser consideradas como indicativos de la validez de las escalas clínicas. Pero sin embargo, esta actitud del sujeto, en un deseo de distorsio-- nar las respuestasen su extrema candidez o en su actitud defensiva,-- son al fín y a la postre aspectos de su personalidad. La interpreta-- ción pasa entonces a ser una combinación de relaciones entre el efecto de su actitud sobre los valores de las escalas y las implicacio-- nes de sus acciones en cuanto referidas al problema total que condu-- jo a examinar a aquella persona.

Una puntuación alta en "K" tiende a ser índice de relo y defensa, mientras que una puntuación alta en "F" y baja en --

"K" muestra una actitud de autocrítica o un deseo de aparecer en -- forma desfavorable, deliberada o inconsciente. Hasta cierto punto, - estas tendencias son corregidas por la adición del factor "K"; en las cinco escalas clínicas que se encontró producía un efecto válido. De esta forma, la interpretación es válida sin tener que considerar las actitudes durante la aplicación de la prueba, aunque algunos psicólogos opinan que esta corrección estadística de "K" es incompleta, especialmente, cuando aparecen puntuaciones extremas en este factor.

Una puntuación de 17 o más en "F", es probablemente una desviación significativa que exige una interpretación, aunque no implica a priori una invalidación de los resultados la baja instrucción, los errores en la puntuación, el descuido del sujeto al dar -- las respuestas, etc., deben ser siempre consideradas como posibles - causas de puntuaciones altas en "F" y, a menos que se esté seguro -- de que estos factores no han afectado los perfiles, no se deben considerar estos como invalidos.

La experiencia clínica ha demostrado que una puntuación alta en "F" es muy probable que no sea un índice de errores de puntuación o falsificación deliberada de un perfil, si varias de las escalas clínicas presentan puntuaciones T cercanas a T0. Por otro lado, los perfiles con muchas puntuaciones bajas pueden ser considerados con una cierta reserva, aunque la puntuación "K" no sea muy elevada.

Los perfiles raros e inexplicables se consideran --- siempre y su interpretación debe hacerse muy cuidadosamente.

El coeficiente de fiabilidad puede variar de acuerdo con la muestra examinada, por ejemplo, si se utiliza un grupo que presenta una amplia variabilidad en las puntuaciones, se obtendrá --

una estimación de la fiabilidad más elevada que si se emplea un grupo que obtiene puntuaciones más homogéneas en la prueba.

Tal vez los rasgos de personalidad son más estables en los sujetos normales que en los enfermos psiquiátricos, complicándose esta problemática aún más, cuando se intentan apreciar aspectos que son, en sí mismo, inestables como por ejemplo el humor o la depresión. Teniendo en cuenta estas dificultades HATAWAY y MCKINKEY -- (1.942-44) aplican la Forma Individual a sujetos normales no seleccionados, presentando coeficientes de fiabilidad en seis de las variables básicas, mediante el método de Test-retest, con un tiempo de tres días y más de un año entre ambas aplicaciones.

COTTEL (1.950), obtiene coeficientes de fiabilidad -- test-retest aplicando la Forma Individual y la Forma Colectiva, con una semana de separación a un grupo de sujetos normales no seleccionados. HOLZBERG y ALESSI (1.949), también con el procedimiento test-retest en sujetos psiquiátricos no seleccionados, citan coeficientes de fiabilidad obtenidos mediante la aplicación de la Forma Individual completa y reducida.

Nosotros, al aplicar en este estudio la Forma Individual completa, presentamos un grupo de cincuenta enfermos ulcerosos de duodeno, después de haber venido observando y estudiando durante muchos años, el cuadro clínico y la evolución cronológica de estos enfermos. En todos ellos, el diagnóstico ha estado insuficientemente comprobado con uno o varios métodos, a base de exploraciones radiológicas, endoscópicas, quimismo gástrico e incluso en muchos de ellos con los hallazgos operatorios.

Al mismo tiempo, pensando en la problemática personal, con todos los factores incidentes y modificadores de la persona

lidad humana, en las distintas consecuencias según su estructura individual y factores condicionantes asociados en cada una de estas -- personalidades, presentamos un grupo totalmente heterogeneo, y, la amplia variabilidad en las puntuaciones, como decíamos antes, nos ha dado una estimación más elevada de la fiabilidad de estos resultados.

En el grupo estudiado, se incluyen sujetos de ambos-sexos, formación cultural muy distinta que oscila desde casi analfabetos a niveles universitarios de titulaciones socio-económicas diferentes pero, con una base común en lo que se refiere a un sustrato -lesional orgánico, úlcera duodenal y según nuestros resultados con -alteraciones de la personalidad en muchos de ellos.

La sistemática del trabajo ha sido la siguiente:

A) Estudio individual.

- 1º) Análisis de la historia clínica.
- 2º) Revisión de datos analíticos.
- 3º) Interpretación del quimismo gástrico.
- 4º) Comprobación radiológica.
- 5º) Comprobación endoscópica.
- 6º) Identificación de los hallazgos operatorios.
- 7º) Aplicación de la Forma Individual del Cuestionario de M M P I .
- 8º) Valoración y puntuación del Test.
- 9º) Obtención gráfica de los factores de la personalidad.
- 10º) Estudio de las relaciones afectivas del grupo familiar.
- 11º) Determinación de la presencia de problemas laborales.

12°) Catalogación del sujeto.

13°) Inclusión en un grupo.

B) Estudio Colectivo (cálculos estadísticos).

1°) Proporciones de hombres y mujeres que padecen ulcera duodenal.

2°) Proporción de hombres con fiabilidad alta y normal.

3°) Edades medias cronológicas de los sujetos.

4°) Edades medias de aparición de la sintomatología clínica.

5°) Proporciones relativas a niveles intelectuales.

6°) Proporciones relativas a las relaciones afectivas del grupo familiar,

7°) Proporciones relativas a la presencia de problemas laborales.

8°) Cálculo y estimación de los valores medios correspondientes a los distintos factores de personalidad y su expresión gráfica.

9°) Porcentajes de alteraciones en los factores de personalidad.

En cada uno de estos casos, se han calculado las medias y proporciones muestrales, así como las desviaciones típicas necesarias, con objeto de poder efectuar las estimaciones oportunas de los distintos parámetros poblacionales.

Todos los intervalos de estimación de parámetros, se han obtenido con un grado de confianza del 95%, es decir, con un nivel de significación del 5%, según las fórmulas que a continuación -

se expresan:

En el cálculo de las medias de edades, factores de personalidad, etc., se han utilizado las fórmulas siguientes:

a) Para muestras grandes ($N \geq 30$)

$$P\left(\bar{X} - z_c \frac{s}{\sqrt{N}} \leq \mu \leq \bar{X} + z_c \frac{s}{\sqrt{N}}\right) = 0'95$$

b) Para muestras pequeñas ($N < 30$)

$$P\left(\bar{X} - t_\alpha \frac{s}{\sqrt{N-1}} \leq \mu \leq \bar{X} + t_\alpha \frac{s}{\sqrt{N-1}}\right) = 0'95$$

Donde:

\bar{X} = media muestral.

s = desviación típica muestral.

N = Tamaño de la muestra.

z_c = 1'96

t = valor de la "t" de Student, correspondiente a una confianza -- del 95% y a un grado de libertad $N-1$.

μ = media población estimada.

En el cálculo de las estadísticas proporciones poblacionales, se han utilizado las siguientes fórmulas.

a) En muestras grandes ($N \geq 30$)

$$P\left(p - z_c \sqrt{\frac{p(1-p)}{N}} \leq p \leq p + z_c \sqrt{\frac{p(1-p)}{N}}\right) = 0'95$$

b) En muestras pequeñas ($N < 30$)

$$P \left(\frac{P + \frac{Z_c^2}{2N} - Z_c \sqrt{\frac{P(1-P)}{N} + \frac{Z_c^2}{4N^2}}}{1 + \frac{Z_c^2}{N}} \right) \leq \underline{\underline{\mathcal{P}}} \leq$$

$$\left(\frac{P + \frac{Z_c^2}{2N} + Z_c \sqrt{\frac{P(1-P)}{N} + \frac{Z_c^2}{4N^2}}}{1 + \frac{Z_c^2}{N}} \right) = 0.95$$

Donde:

P = proporción muestral

Zc = 1.96

N = tamaño de la muestra

\mathcal{P} = proporción poblacional que se estima.

De acuerdo con los cálculos realizados, según las fórmulas expresadas, obtenemos los resultados que seguidamente se exponen.

III.- 2. RESULTADOS

Verificando el estudio de estos 50 casos que presentamos, nos encontramos un grupo de 43 varones, a los que corresponden 13 sujetos con fiabilidad (F) alta y otros 30 encuadrados en una fiabilidad normal. Las mujeres hacen un total de 7 casos; 2 con fiabilidad alta y 5 con fiabilidad normal.

VARONES		MUJERES	
43		7	
F ALTA	F NORMAL	F ALTA	F NORMAL
13	30	2	5

TABLA N° 1

Así, pues, obtenemos un resultado en la muestra de 86% de varones y 14% de mujeres, datos que trasladados a la población total de enfermos ulcerosos de duodeno, presentan una proporción de sujetos varones comprendida entre el 76'39% y el 95'61%, --- mientras que en las mujeres, la proporción está comprendida entre el 4'39% y el 23'61%.

En cuanto al valor del factor fiabilidad, en el grupo de varones tenemos un 30'23% de sujetos con F alta, correspondiendo el restante 69'76% a los sujetos con F normal. Respecto a la población masculina que padece úlcera duodenal, el porcentaje de sujetos con F alta está comprendido entre un 21'21% y un 39'28%, correspondiendo pues el restante intervalo entre 60'72% y 78'79%, a los varones que dentro de la población, tienen una F normal.

Al estudiar el valor de la fiabilidad en el grupo de mujeres, observamos que la elevación de este factor, respecto al valor que el Test M M P I considera normal, es muy pequeña. Como esta pequeña alteración puede ser debida a un error de interpretación por parte de los enfermos o bien a un error de corrección, aparte de que los otros factores estudiados en el test no muestran grandes diferencias en sus valores medios individuales, comparando las mujeres de F alta con las de F normal (ver tabla nº 10 y las gráficas de las figuras nº 14, 15 y 16), amén de que la proporción poblacional de mujeres afectas de úlcera duodenal es solo del 4'39% al 23'61%, al realizar el estudio estadístico, los intervalos de estimación de las medias poblacionales en los distintos factores, no nos dicen nada significativo dado su amplitud. Por tanto, consideramos a las mujeres incluidas en un grupo único para su estudio, sin distinción de alteración en el valor de la fiabilidad.

Al estudiar la edad cronológica de los enfermos, la media del grupo corresponde a 42 años, dato que trasladado a la media poblacional de los enfermos ulcerosos de duodeno, corresponde una edad media comprendida entre 39 y 45 años.

Estudiando por separado los grupos de varones y de mujeres, obtenemos unas edades medias muestrales, desde el punto de vista cronológico, que detallamos en la tabla nº 2.

La aparición de la sintomatología clínica, lo mismo - que el diagnóstico de la lesión, no fué siempre netamente identificado pero, al ahondar en este sentido, hemos visto siempre una expresión lesional más antigua de la que en un principio manifestaba el enfermo. En nuestro grupo, el sujeto que expresó más recientemente la sintomatología, fué a la edad de 9 años, mientras que el enfermo en que la sintomatología clínica de la úlcera duodenal, apareció más tardíamente, corresponde a los 58 años.

La edad media del grupo, en que aparece la sintomatología clínica, es de 28 años, correspondiendo un intervalo comprendido entre 25 y 31 años, para la edad media de aparición de la sintomatología clínica en la población general de enfermos con úlcera de -- duodeno.

Estudiada igualmente, la edad media de aparición de la sintomatología clínica, en los grupos de varones y de mujeres, obtenemos los resultados que se detallan a continuación, en la Tabla nº 2, junto con la edad media cronológica de los mismo grupos.

		Edad cronológica media de enfermos (según muestra)	Edad media apari- ción de síntomas (según muestra)
T O D O S		42	28
V A R O N E S	Todos	42	27
	F alta	44	28
	F normal	41	27
M U J E R E S		45	34

TABLA Nº 2

Las desviaciones típicas muestrales, necesarias para la obtención de los intervalos de estimación, tanto en la edad cronológica como en la edad de aparición de los síntomas clínicos de los enfermos, los detallamos seguidamente en la Tabla 3

		Desviación típica muestral de la edad cronológica	Desviación típica muestral de edad aparición síntomas.
T O D O S		11'83	11'30
V A R O N E S	Todos	12'89	11'36
	F alta	11'34	10'17
	F normal	12'44	11'81
M U J E R E S		8'71	8'93

TABLA N° 3

Los intervalos de estimación que hemos obtenido para las edades medias en la población de enfermos con úlcera duodenal, según cronología y según la edad en que aparece la sintomatología clínica, se determina en la siguiente Tabla n° 4.

		Intérvalo de estimación en edad cronológica media dentro de la población.	Intérvalo de estimación para edad media de aparición de síntomas, dentro de la población.
T O D O S		39 - 45	25 - 31
V A R O N E S	Todos	38 - 46	24 - 30
	F alta	35 - 49	22 - 34
	F normal	37 - 46	23 - 31
M U J E R E S		35 - 54	25 - 43

TABLA N° 4

Estudiado el grado de cultura que presenta el grupo, es muy variado, siendo la enseñanza primaria la que predomina en un 60%. Traslado este dato a la población general de enfermos ulcero^s de duodeno, representa un intervalo de estimación, comprendido entre un 46'43% y un 73'57%.

Detalladamente, al encuadrar a los sujetos en los distintos niveles culturales medios, según la muestra, clasificados en analfabetos, enseñanza primaria, media y superior, se agrupan según los resultados que a continuación se expresan, en la tabla n° 5.

		NIVEL CULTURA MEDIO SEGUN MUESTRA			
		%			
		Analfabetos	E. primaria	E media	E superior
VARONES	Todos	4'65	69'76	13'95	11'62
	F alta	7'69	92'30	--	--
	F normal	3'33	60'00	16'16	20'00
MUJERES		14'28	71'43	14'28	--

TABLA N° 5

Los niveles culturales medios poblacionales, son los correspondientes a las estimaciones que figuran en la Tabla n° 6.

		NIVEL CULTURA MEDIO POBLACIONAL			
		Analfabetos	E. primaria	E. media	E.superior
VARONES	Todos	3'16- 6'14	56'04-83'48	3'50-24'33	2'05-21'19
	F.alta	1'37-33'31	66'67-98'62	0' - -22'80	0' - -22'80
	F.normal	0' - - 9'75	42'47-77'63	3'33-29'96	5'69-34'51
MUJERES		2'56-51'30	35'89-91'77	2'56-51'30	0' - -35'42

TABLA N° 6

En la problemática personal de los sujetos estudiados, hemos puntualizado en dos apartados, relaciones afectivas del grupo-familiar -relaciones padres e hijos y esposas- y problemas laborales, bién del sujeto o del cónyuge. Las relaciones afectivas del grupo familiar, se encuentran alteradas, según la media muestral, en un 74%, dentro del conjunto total de los 50 casos, mientras que los problemas laborales, se presentan según la media muestral en un 46%.

Detalladamente, estas alteraciones se presentan a continuación según los porcentajes muestrales en cada grupo, en la Tabla n° 7.

		PORCENTAJE MUESTRAL DE PROBLEMATICA PERSONAL	
		Tipo afectivo	Tipo laboral
VARONES	Todos	72'09	48'83
	F alta	84'61	76'92
	F normal	33'33	36'66
MUJERES		85'71	28'57

TABLA N° 7

Los intervalos de estimación porcentual, dentro de la población total de los enfermos ulcerosos, corresponde a 61'85%-86'15% para las relaciones afectivas del grupo familiar y entre un 32'19 % y un 59'81%, para la presencia de problemas laborales.

Seguidamente se detallan los intervalos de estimación poblacional, para los distintos grupos, en la Tabla n° 8.

		%	
		INTERVALO DE ESTIMACION POBLACIONAL EN LA PROBLEMÁTICA PERSONAL	
		Tipo afectivo	Tipo Laboral
VARONES	Todos	58'68 - 85'46	33'89 - 63'67
	F alta	57'76 - 95'66	49'47 - 92'04
	F normal	20'50 - 45'50	19'00 - 53'00
MUJERES		48'68 - 97'43	8'22 - 64'10

TABLA N° 8

Efectuado el estudio del grupo de varones, los factores de personalidad que sobrepasan los límites de la normalidad, admitidos por el Test, corresponden a la esquizofrenia y la depresión, por media muestral correspondiente. En el grupo de varones con F alta, es también la esquizofrenia la que se encuentra más alterada, - seguida por orden de valores de sus medias muestrales correspondientes, de la psicastenia, manía, paranoia, depresión e histeria. En los valores con F normal, solo encontramos alterada la depresión.

A continuación se detallan las medias muestrales de los distintos factores, en la Tabla n° 9.

MEDIA MUESTRAL DE LOS FACTORES			
Factores	Total varones	Varones F alta	Varones F normal
F	11'7	22'7	6'6
Hs	18'5	21,1	17'4
D	26'6	27	26'5
Hy	22'2	23'2	21'8
Pd	21'7	25'6	20'1
Mf	25'4	26'5	25
Pa	11'5	17'6	9'2
Pt	31'1	38'1	28'1
Sc	34'2	47'3	28'5
Ma	22'1	29'1	19'1
Si	32'2	34'2	31'4

TABLA N° 9

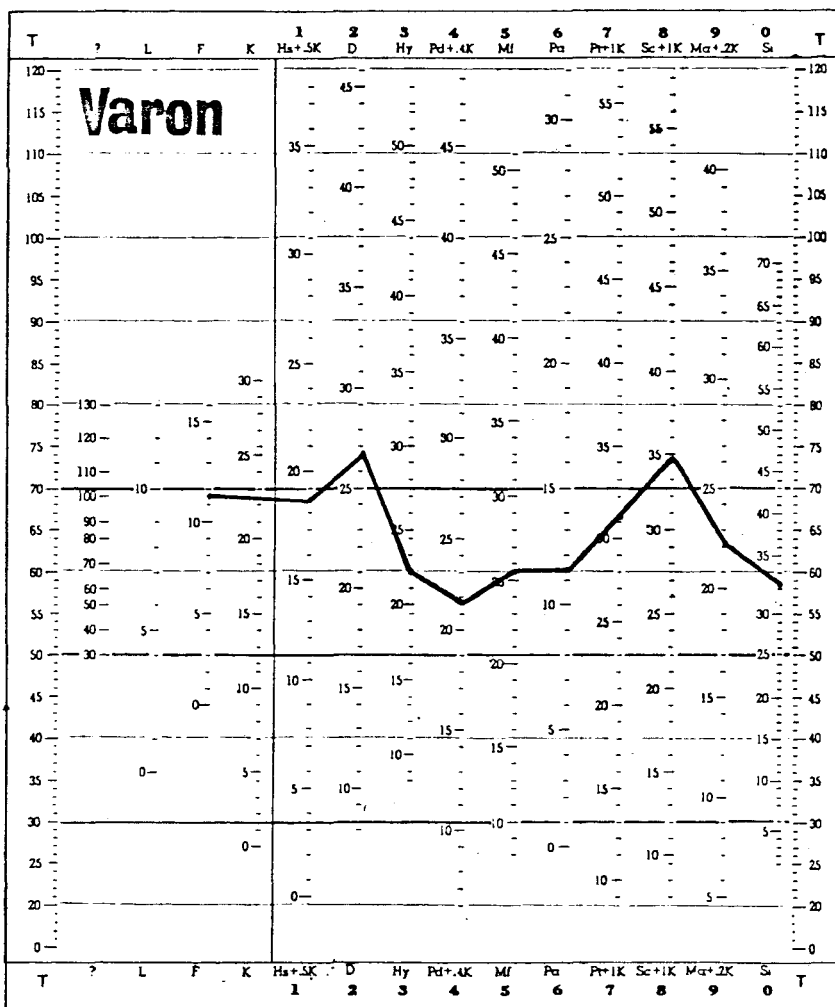


FIGURA 11

Gráfica de la media muestral en el grupo total de - varones.

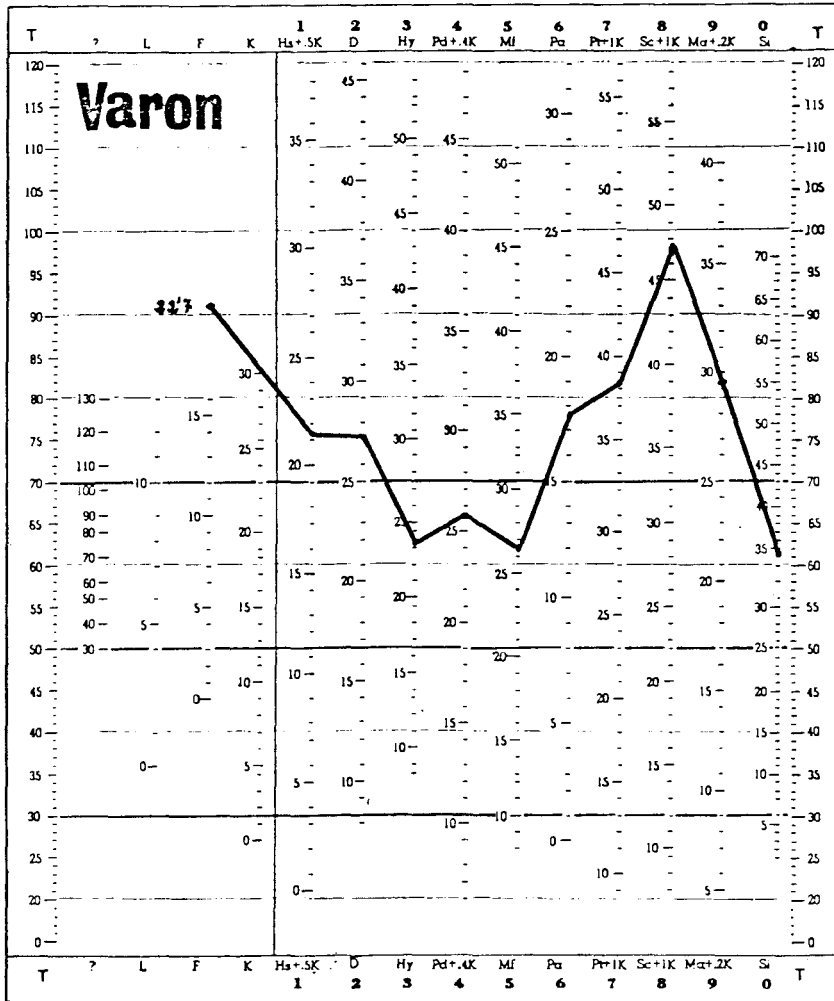


FIGURA 12

Gráfica de la media muestral en el grupo de varones con F alta.

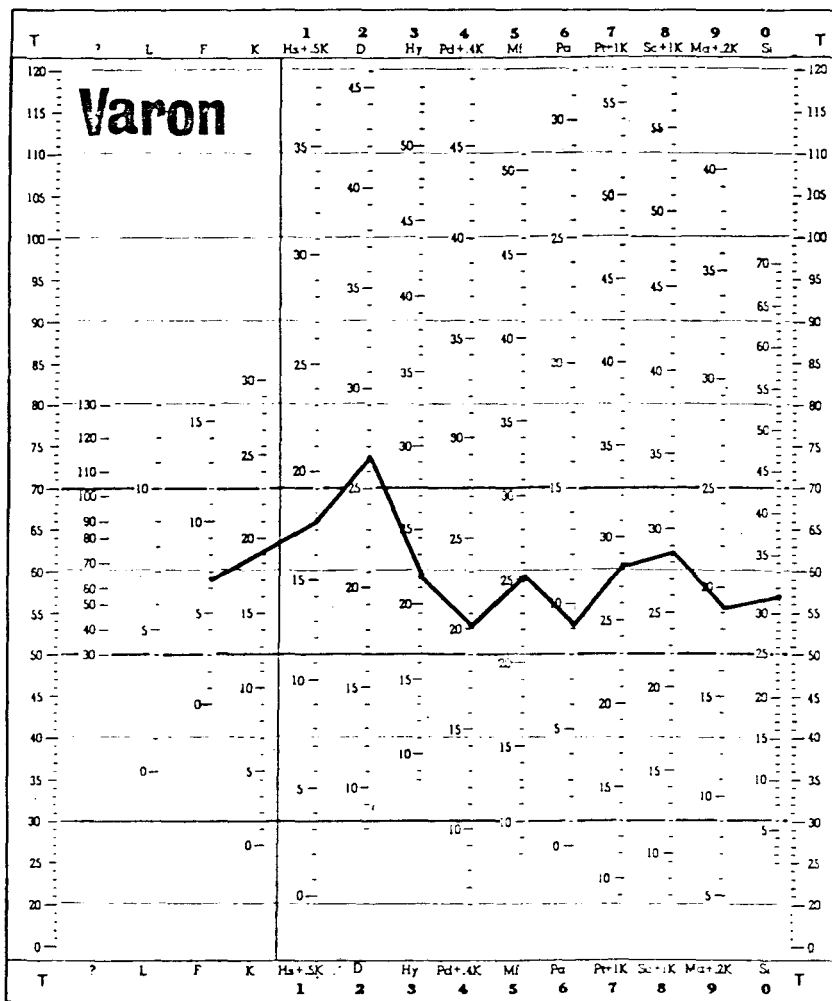


FIGURA 13

Gráfica de la media muestral en el grupo de varones con F normal.

En el grupo de mujeres, según sus medios muestrales correspondientes, solo encontramos elevado por encima del valor que el test admite como normal, el factor depresión, incluyéndose seguidamente en la tabla número 10 las medias muestrales de los distintos factores.

M E D I A M U E S T R A L			
FACTORES	TOTAL MUJERES	MUJERES F ALTA	MUJERES F NORMAL
F	9'80	13'50	8'40
Hs	22'40	25'00	21'40
D	31'40	28'50	31'20
Hy	22'80	27'50	21'00
Pd	21'10	25'00	19'60
Mf	34'10	34'00	34'20
Pa	11'00	12'00	10'16
Pt	33'60	32'00	34'20
Sc	34'00	37'50	32'60
Ma	21'00	21'50	20'80
Si	36'70	38'00	36'20

TABLA N° 10

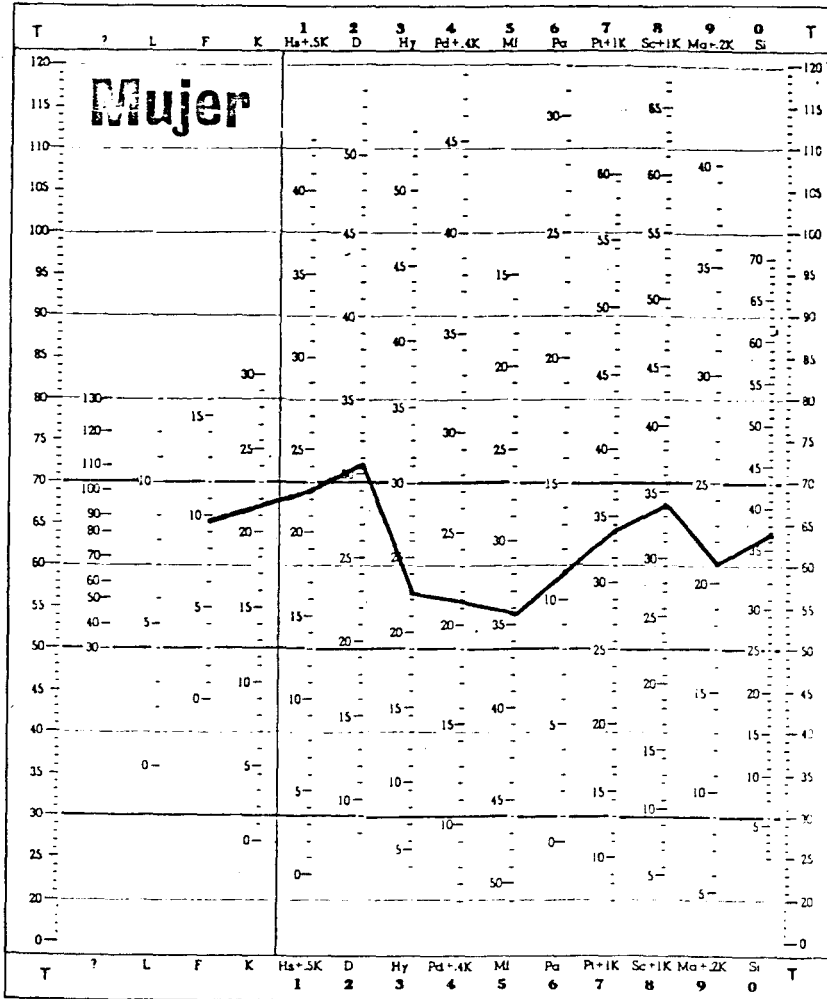


FIGURA 14

Gráfica de la media muestral en el grupo total de -
mujeres.

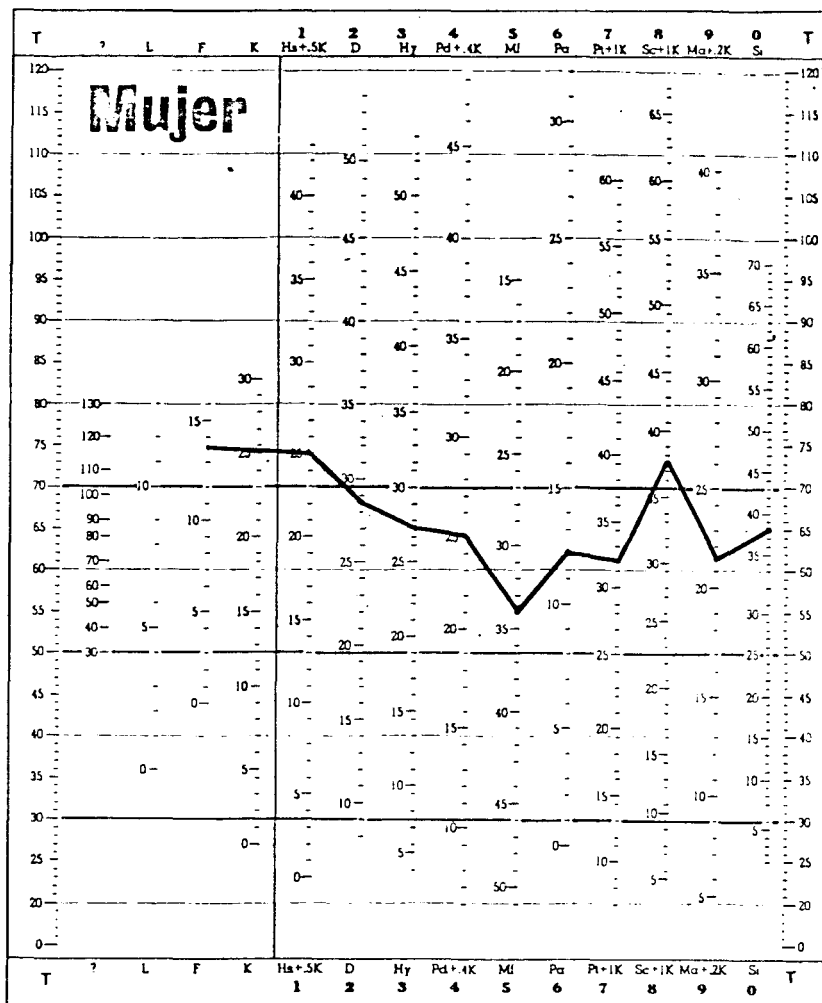


FIGURA 15

Gráfica de la media muestral en el grupo de mujeres con F alta.

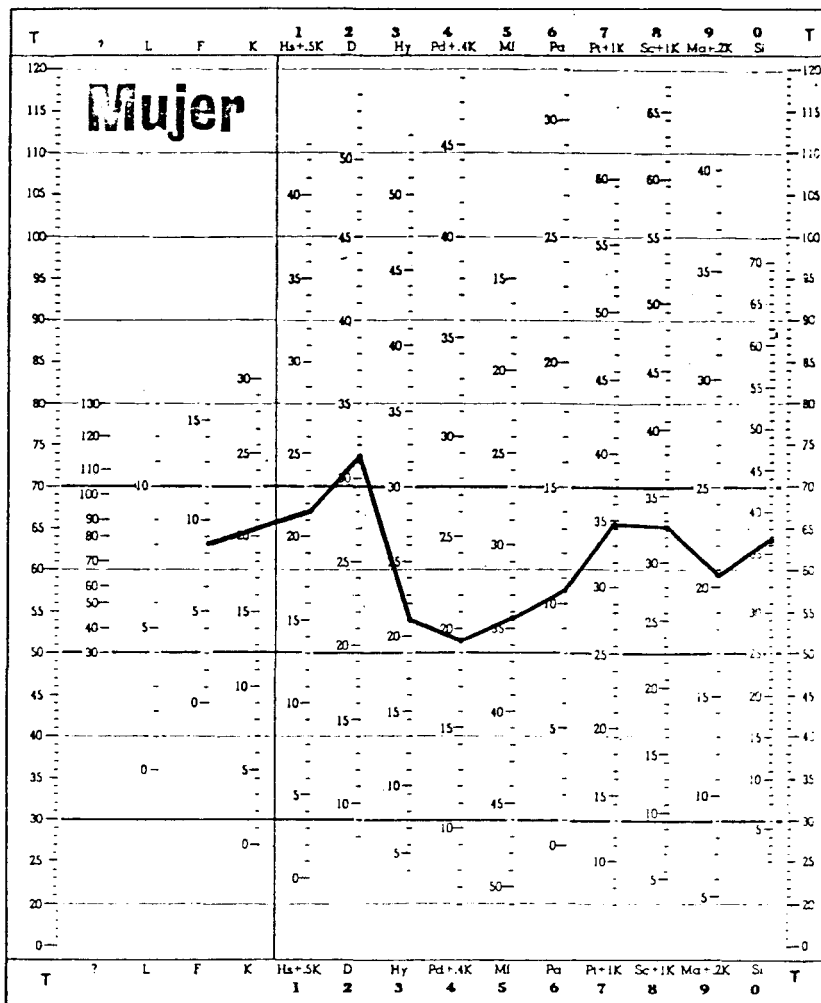


FIGURA 16

Gráfica de la media muestral en el grupo de mujeres con F normal.

La desviación típica muestral en los grupos de varones, presentan los valores que a continuación se detallan, en la Tabla nº 11.

FACTORES	DESVIACION TIPICA MUESTRAL		
	Total Varones	Varones F alta	Varones F normal
F	9'14	9'01	2'52
Hs	6'22	5'58	6'15
D	5'88	5'56	6'00
Hy	6'47	7'00	6'19
Pd	6'04	7'55	4'33
Mf	3'89	4'11	3'71
Pa	5'22	5'45	3'05
Pt	6'99	3'98	5'76
Sc	11'36	10'03	5'91
Ma	6'09	3'85	4'12
Si	7'04	6'86	6'95

TABLA Nº 11

En el grupo de mujeres, la desviación típica muestral, se expresa seguidamente, en la Tabla nº 12.

DESVIACION TIPICA MUESTRAL	
FACTORES	M U J E R E S
F	2'80
Hs	6'63
D	6'61
Hy	5'96
Pd	6'22
Mf	0'99
Pa	3'70
Pt	9'12
Sc	8'54
Ma	2'56
Si	7'26

TABLA Nº 12

Los intervalos de confianza de las medias poblacionales, en los distintos factores de personalidad, correspondientes a los sujetos varones con úlcera duodenal, con los que aparecen en la tabla adjunta, número 13.

INTERVALO DE CONFIANZA PARA MEDIA POBLACIONAL %			
FACTORES	TOTAL VARONES	VARONES F ALTA	VARONES F NORMAL
F	8'93 - 14'46	17'03 - 28'36	5'64 - 7'55
Hs	16'61 - 20'38	17'59 - 24'60	15'06 - 19'73
D	24'82 - 28'37	23'50 - 30'49	24'22 - 28'77
Hy	20'24 - 24'15	18'79 - 27'60	19'44 - 24'15
Pd	19'87 - 23'52	20'85 - 30'34	18'45 - 21'74
Mf	24'22 - 26'57	23'91 - 29'08	23'59 - 26'40
Pa	9'92 - 13'07	13'27 - 20'12	8'04 - 10'35
Pf	28'98 - 33'21	35'45 - 40'60	25'91 - 30'28
Sc	30'76 - 37'63	41'50 - 52'03	26'25 - 30'74
Ma	20'25 - 23'94	26'35 - 31'44	17'53 - 20'66
Si	30'07 - 34'32	29'88 - 38'51	28'76 - 34'03

TABLA N° 13

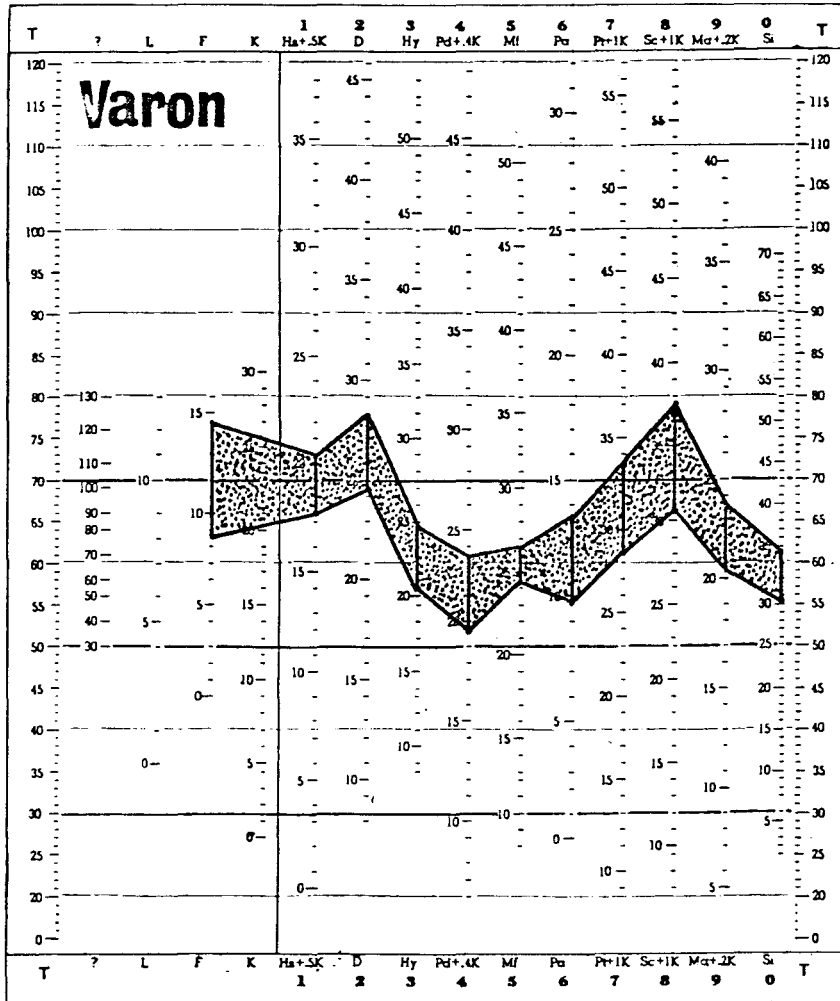


FIGURA 17

Gráfica de intervalos de confianza para medias poblacionales en el grupo total de varones.

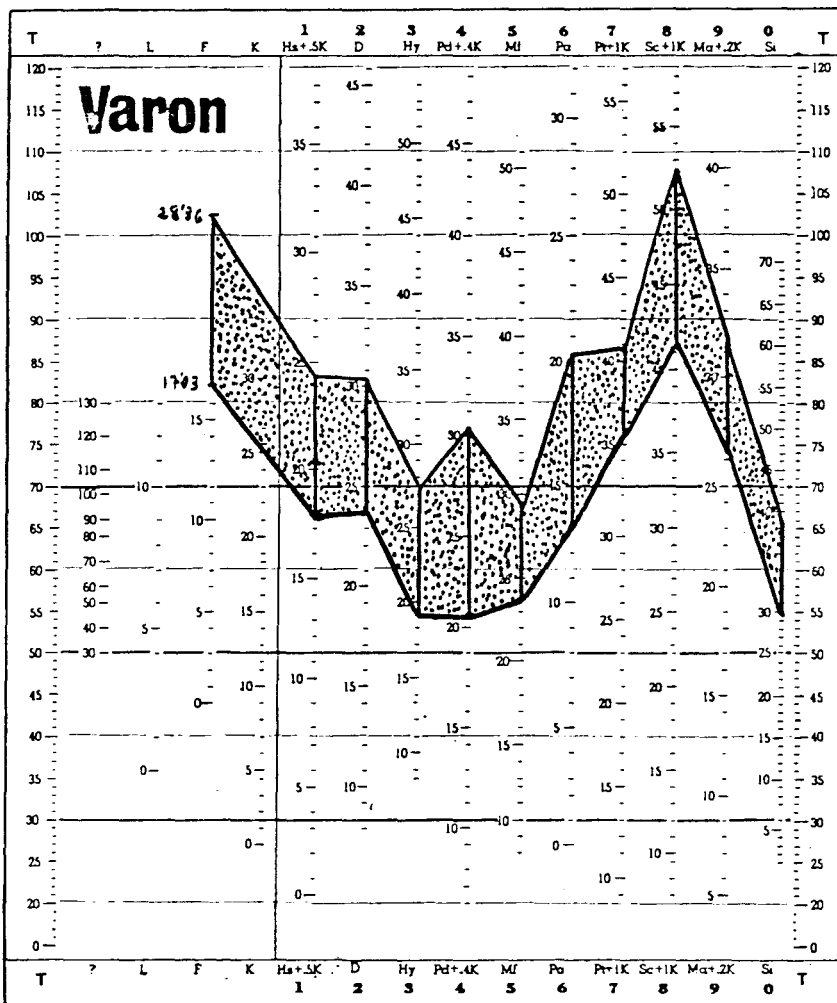


FIGURA 18

Gráfica de intervalos de confianza para medias poblacionales en el grupo de varones con F alta.

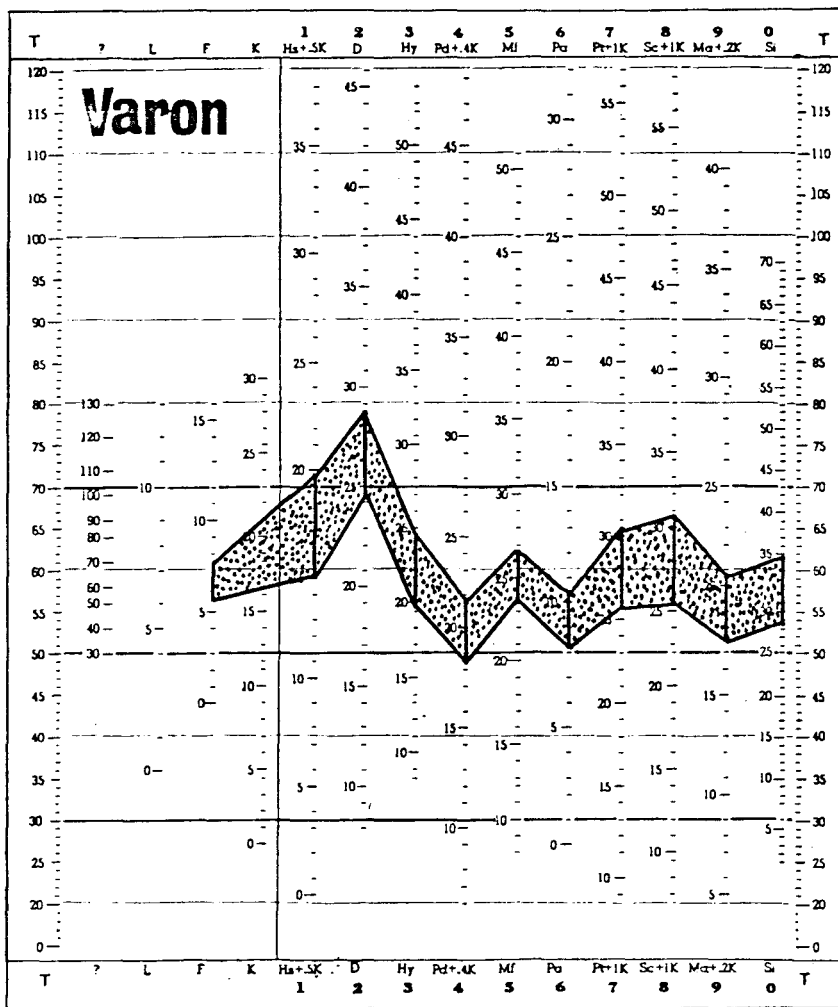


FIGURA 19

Gráfica de intervalos de confianza para medias poblacionales en el grupo de varones con F normal.

Los intervalos de confianza de las medias poblacionales, para los distintos factores de la personalidad en el grupo de mujeres, se detallan seguidamente en la tabla número 14.

INTERVALO DE CONFIANZA PARA MEDIA POBLACIONAL	
FACTORES	M U J E R E S
F	7'00 - 12'59
Hs	17'77 - 29'02
D	23'79 - 37'00
Hy	16'84 - 28'75
Pd	14'88 - 27'31
Mf	33'11 - 35'08
Pa	7'30 - 14'69
Pt	24'49 - 42'71
Sc	25'46 - 42'53
Ma	18'44 - 23'55
Si	29'44 - 43'95

TABLA N° 14

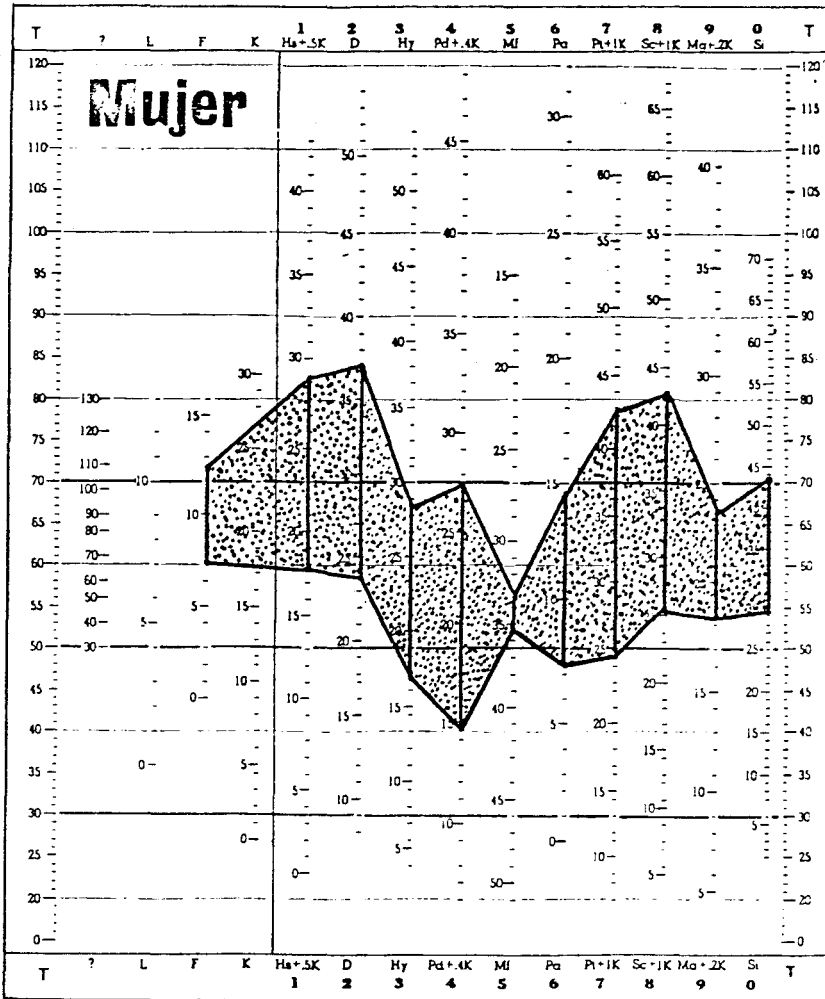


FIGURA 20

Gráfica de intervalos de confianza para medias poblacionales en el grupo de mujeres.

Los porcentajes muestrales de alteración de los factores de personalidad estudiados por el Test M M P I, en los sujetos varones con úlcera duodenal, se detallan a continuación.

PORCENTAJE MUESTRAL DE ALTERACION EN LOS FACTORES			
FACTORES	TOTAL VARONES %	VARONES F ALTA %	VARONES F NOR- MAL. %
Hs	37'20	53'84	30'00
D	58'13	61'53	56'66
Hy	20'93	23'07	20'00
Pd	16'27	30'76	10'00
Mf	9'30	7'69	10'00
Pa	18'60	53'84	3'33
Pt	41'81	84'61	23'33
Sc	46'51	84'61	30'00
Ma	34'88	92'30	10'00
Si	4'65	15'38	--

TABLA N° 15



Estudiada porcentualmente la muestra, en el grupo de mujeres y, verificadas igualmente en el valor de F, obtenemos los siguientes datos, en la tabla n° 16, que corresponden al porcentaje en que los factores de personalidad se hallan alterados.

PORCENTAJE MUESTRAL DE ALTERACION EN LOS FACTORES	
FACTORES	MUJERES
Hs	42'85
D	57'14
Hy	0'00
Pd	14'28
Mf	0'00
Pa	14'28
Pt	28'57
Sc	71'42
Ma	0'00
Si	28'57

TABLA N° 16

Los intervalos de confianza para los porcentajes poblacionales en los sujetos varones afectados de úlcera duodenal, en que los factores de personalidad están alterados, se determinan seguidamente en la tabla n° 17.

INTERVALO DE CONFIANZA PARA MEDIA POBLACIONAL			
Factores	Total Varones	Varones F alta	Varones F normal
Hs	22'76-51'64	29'14-76'78	12'92-47'08
D	43'39-72'87	35'51-82'28	38'19-75'13
Hy	8'78-33'08	8'17-50'24	5'09-34'91
Pd	5'24-27'30	12'67-57'62	0'00-21'18
Mf	0'62-17'98	1'37-33-31	0'00-21'18
Pa	6'98-30'22	29'13-76'78	0'00-10'01
Pt	27'12-56'60	57'76-96'67	7'57-39'09
Sc	31'61-61'41	57'76-95-67	12-92-47'08
Ma	20'64-49'12	66'67-98'62	0'00-21'18
Si	0'00-10'94	4'32-42'22	0'00-12'20

TABLA N° 17

En el grupo unificado de mujeres, los intervalos de confianza para los porcentajes poblacionales, con factores de personalidad alterados, son los que se determinan en la siguiente Tabla, - número 18.

INTERVALO DE CONFIANZA PARA MEDIA POBLACIONAL %	
FACTORES	M U J E R E S
Hs	15'81 - 74'94
D	25'04 - 84'17
Hy	0'00 - 35'42
Pd	2'56 - 51'30
Mf	0'00 - 35'42
Pa	2'56 - 51'30
Pt	8'22 - 64'10
Sc	45'40 - 82'25
Ma	0'00 - 35'42
Si	8'22 - 64'10

TABLA N° 18

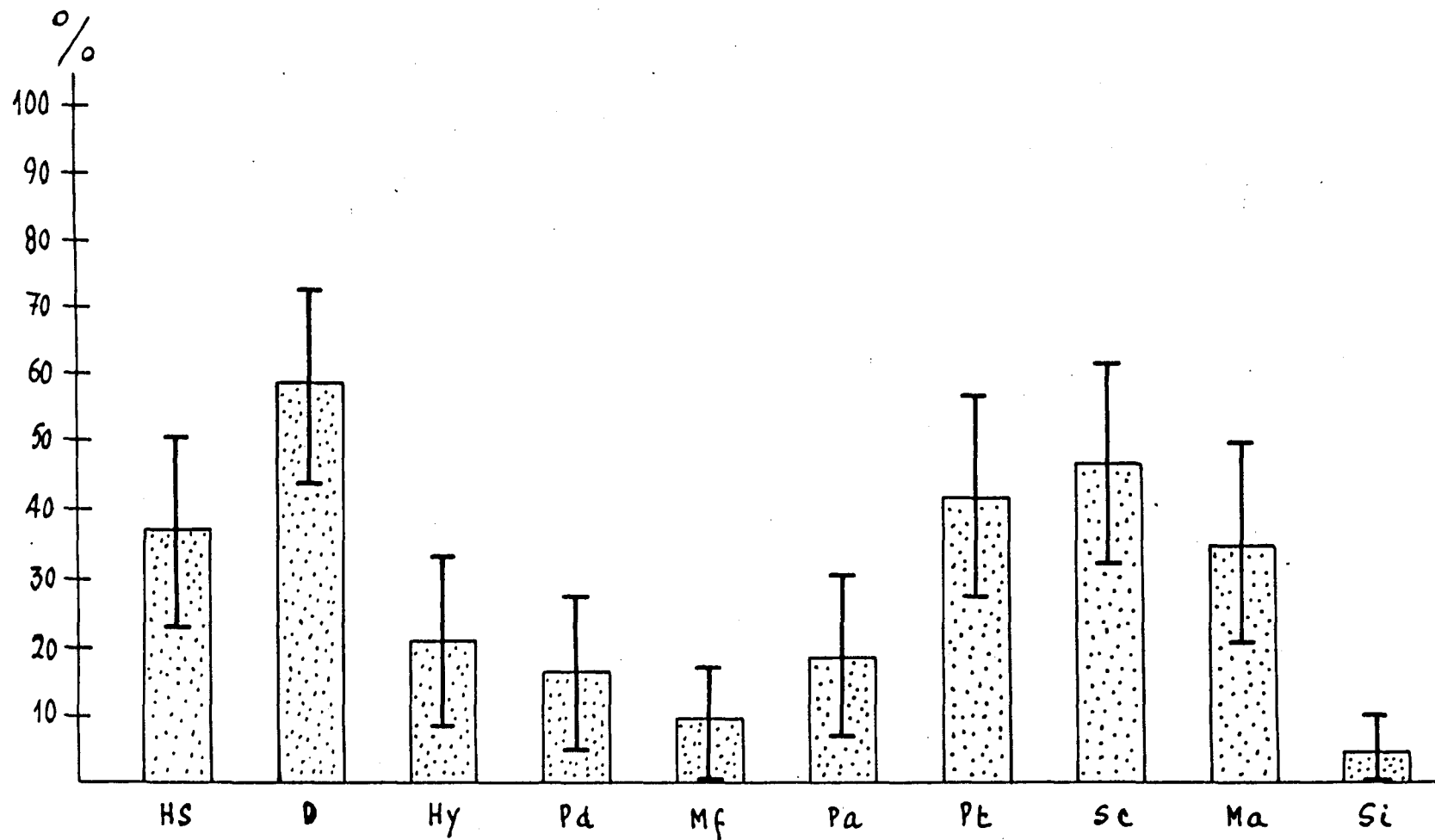


FIGURA 21

Gráfica de porcentaje muestral de alteración en los factores e intervalos de confianza en la media poblacional, en el grupo total de varones.

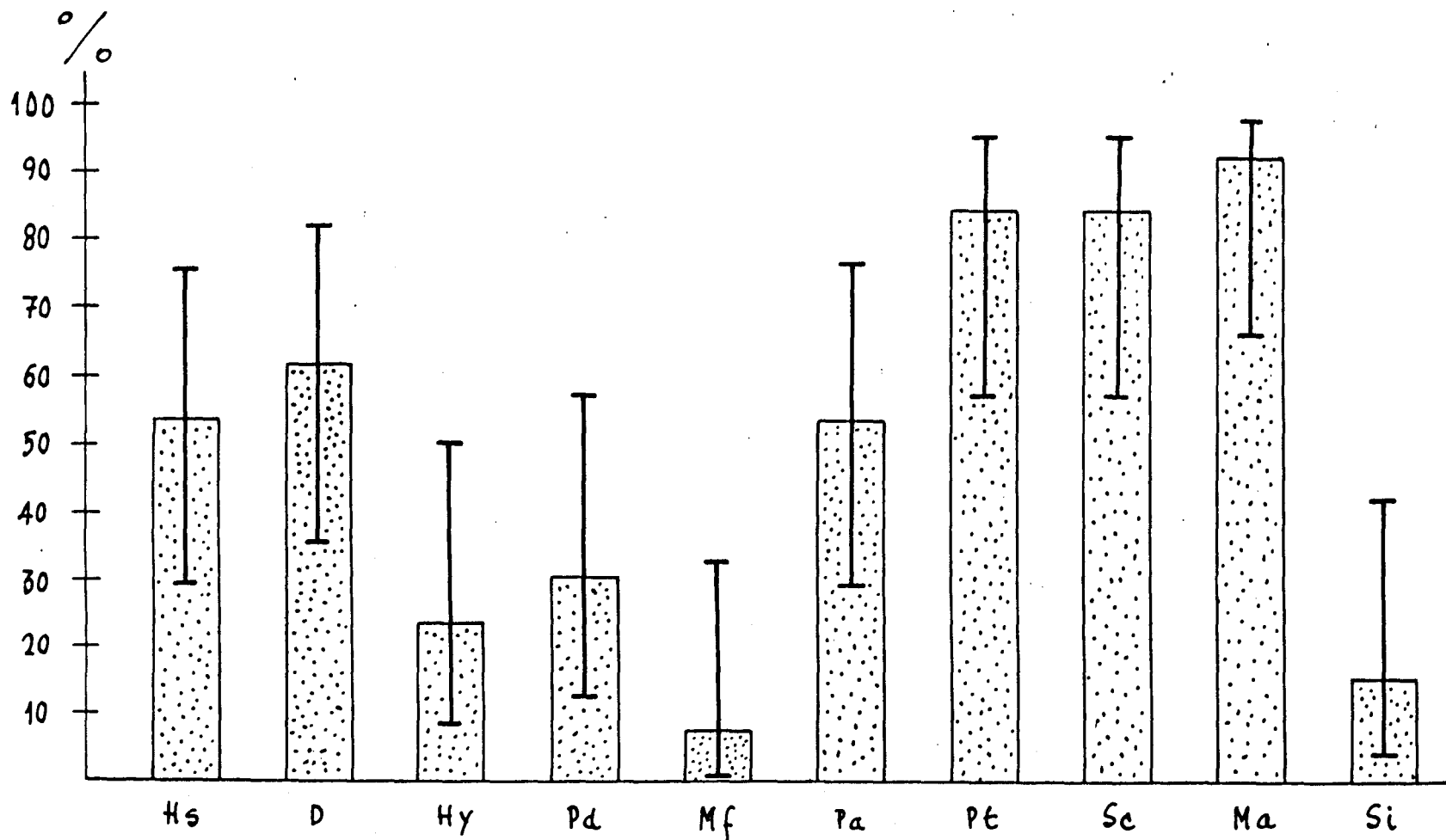


FIGURA 22

Gráfica de porcentaje muestral de alteración en los factores e intervalos de confianza en la media poblacional, en el grupo de varones con F alta.

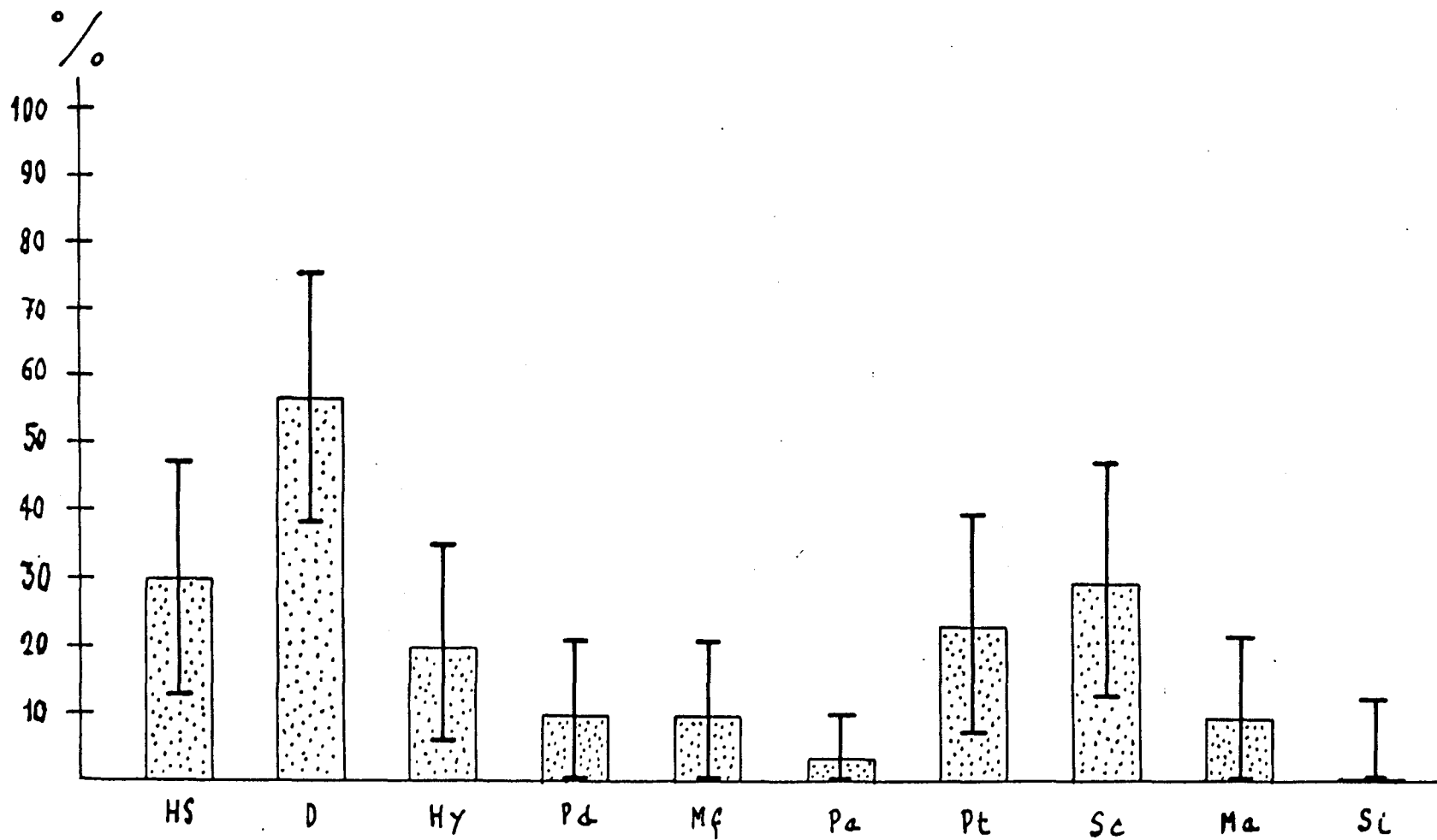


FIGURA 23

Gráfica de porcentaje muestral de alteración en los factores e intervalo de confianza en la media poblacional, en el grupo de varones con F normal.

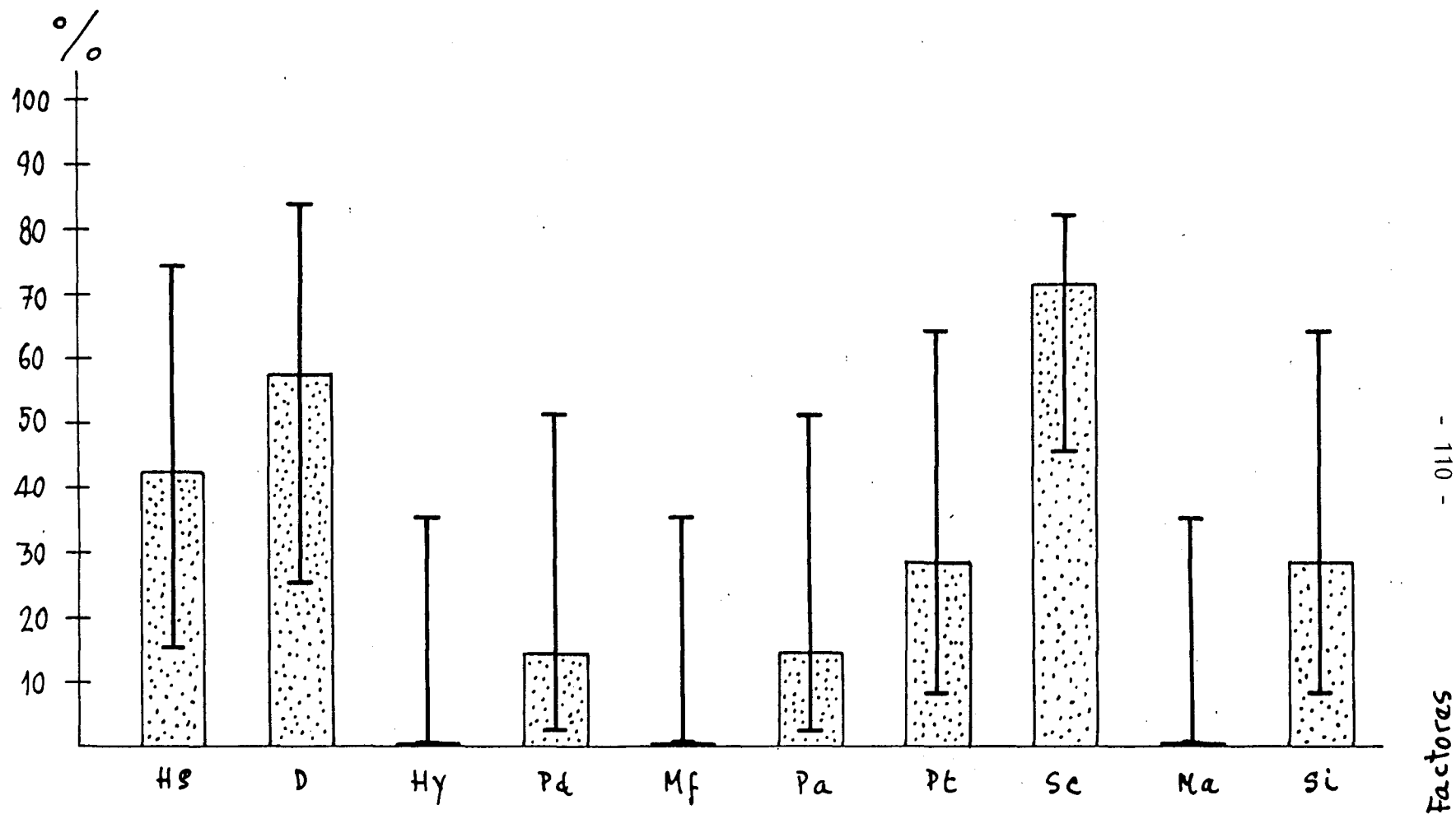


FIGURA 24

Gráfica de porcentaje muestral de alteración en los factores e intervalo de confianza en la media poblacional, en el grupo de mujeres.

De este grupo de enfermos que hemos estudiado, 31 de ellos han sido intervenidos según distintas técnicas, habiéndoseles seguido en la evolución del post-operatorio tardío a 13 de ellos - (casos números 2, 3, 4, 8, 10, 17, 20, 22, 25, 33, 37, 39 y 48), - correspondiendo a 12 varones y una mujer, que representan un 40% de los enfermos intervenidos.

Todos estos enfermos en que hemos seguido el post-operatorio tardío, es decir el 100 % de los casos, han continuado con la sintomatología clínica tras la intervención, habiendo ésta aparecido en momentos variables y 5 de ellos , es decir el 38'5% han presentado ulcus de boca anatómica, a pesar de que en algunos casos se ha vuelto a reintervenir hasta dos veces más (a uno de ellos se le practicó incluso una vagotomía torácica), pensándose en intervenciones anteriores técnicamente incorrectas, como causas de estas recidivas.

De ellos, 2 enfermos, es decir el 16% corresponden a analfabetos y los otros 11 enfermos, el 84% restante, presentan una enseñanza primaria, más o menos completa, pudiéndose pues considerar este grupo, con un deficiente grado cultural.

En cuanto a la problemática personal, todas están -- francamente afectadas en este sentido, ya que los problemas de tipo afectivo aparecen en un 100% de los casos y los problemas de tipo -- laboral en un 92%, correspondiendo el 8% restante a mujeres.

En lo que se refiere a los factores de la personalidad, 11 de los enfermos, es decir el 84'60%, han presentado grandes trastornos de la personalidad, en uno u otro sentido, como puede -- pereciarse en las hojas de perfiles correspondientes.

Los enfermos que posteriormente presentaron ulcus de boca anastomótica, casos número 3, 4, 10, 25 y 37, han presentado - todos enseñanza primaria, problemática personal marcada de tipo --- afectivo y laboral y al mismo tiempo, grandes trastornos de la personalidad.

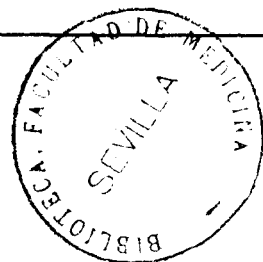
III.- 3.DISCUSION. PERSONALIDAD DEL ENFERMO ULCEROSO

DE DUODENO

Según RATZEL, pasando a través de la inteligencia humana, se ejerce una influencia, a veces latente, a veces manifiesta, sobre el ser y los actos del hombre, llegando así los efectos del ambiente físico, a repercutir en la ciencia, religión o poesía.

Pero la vida está también llena de acontecimientos psicológicamente traumatizantes, y lo importantes es poder definir que clase de traumas psíquicos son capaces de desarrollar un papel nocivo en una personalidad determinada, que tipo de personalidad es más susceptible al medio ambiente y, cuales son las circunstancias ambientales que predominan en el momento de la acción del agente -- traumático.

La incidencia de estos factores, hace que se despierten una serie de mecanismos, expresión de la crisis y medios de defensa, apareciendo parte de los síntomas en el plano somático vegetativo y otros en el sensomotor (reacción de conversión) que, según LOPEZ IBOR, es una forma de reacción cristalizada. Pero según el -- mismo LOPEZ IBOR, en el estudio de estos enfermos, se ve como ya antes de aparecer la reacción de conversión, existe una alteración en el fondo endotímico que se halla, por decirlo así, en estado latente, bastando un pequeño estímulo para que se manifieste en el plano



vegetativo o sensomotor.

Este fondo endotímico, esfera de los estados de ánimo y de los sentimientos, de las emociones y los afectos, de los -- instintos y las tendencias, tiene toda ella sello de interioridad - con una expresión de estar - en - sí y fuera - de-sí del alma, como dice FILIPP LERSCH (26 bis), con la especial peculiaridad de no ser abarcable ni controlable por el YO consciente. Fenomenologicamente, representa una esfera profunda e íntima de la vivencia y desde el - punto de vista ontológico, le precede el fondo vital , capa real--- mente preanímica de la personalidad que abarca todo el acontecer or--- gánico que se halla relacionado con lo anímico; es el asiento de la totalidad de la vivencia.

Pero aunque no se puede demostrar una relación entre el fondo vital y el fondo endotímico, sería totalmente reprochable-pretender considerar lo anímico como producto del fondo vital, in--- terpretándolo así como causas puramente fisiológicas, considerándolo como independencia unilateral de lo corporal; Existe también por el contrario, una acción de lo anímico sobre lo corporal, ya que - el curso de las funciones orgánicas puede ser modificado por los in--- flujos anímicos, especialmente los afectivos.

Desde el punto de vista antropológico, ultimamente - se están estudiando los caracteres de la corporalidad humana; no -- los del cuerpo humano simplemente; sino los del cuerpo humano anima--- do. La angustia morbosa tiene una mayor tendencia a expresarse hema--- ticamente que la angustia normal y además, las vías de expresión no son exactamente iguales, aparte de que la repercusión de esta an--- gustia sobre el pavimento orgánico, no recuerda los modos habitua--- les de las emociones normales; se vierten por otros caminos, saltan barreras, se aíslan, independizan y persisten. La angustia anormal-

se concreta en el soma y la psique, pero en el fondo no es que la angustia se proyecte en el cuerpo, aunque esta sea la forma habitual, es la propia corporalidad la que está angustiada con un perfil típico en cada caso, que nos hace recordar el intra-cuerpo de ORTEGA Y GASSET.

Estudiando los efectos del medio ambiente, los acontecimientos psicológicamente traumatizantes, como decíamos antes, en el tema polarizado que nos ocupa, el sujeto de úlcera duodenal, detallaremos estos factores agresivos expresados en los problemas de tipo afectivo y de tipo laboral, que a su vez han ejercido su influencia sobre un mosaico personal, representado por un grado específico de cultura.

Este pavimento personal definido por las características culturales, se expresa en nuestro grupo con un predominio neto de la enseñanza primaria tanto en los varones como en las mujeres, incluso en muchos casos sin concluir; pero además al corresponder la mayoría de los sujetos al ambiente rural o dedicarse a profesiones poco cualificadas, con el consiguiente olvido que estos sujetos han mostrado a la superación intelectual, casi se puede unir, o en una gran parte, al grupo de analfabetos, con los que solo se diferenciarían de saber leer o escribir o simplemente, por el hecho de poseer un certificado que acredite esta formación elemental. El restante porcentaje, correspondería pues a la enseñanza media y superior (Tabla nº 5), cuantitativamente mucho menor y que según consideramos es hecho elemental en el desenvolvimiento de la persona en un medio ambiente.

Dentro de la problemática personal, los de tipo afectivo predominan en el grupo de mujeres sobre el grupo de varones y, dentro de estos, es mucho más frecuente en los varones con fiabili-

dad alta que en los que tienen fiabilidad normal (Tabla nº 5). Los problemas de tipo laboral, por el contrario, predominan en el grupo de varones sobre el de mujeres y también predominan en el grupo de varones con fiabilidad alta sobre los varones de fiabilidad normal (Tabla nº 5).

Comparamos ahora esta problemática entre el grupo de varones y el de mujeres, veremos lógico en nuestra sociedad que la falta de integración de la mujer a un puesto de trabajo, con el marginamiento consiguiente de la ubicación social y solamente sometida al habitual y anodino quehacer doméstico, no solamente se expresará con una disminución de la problemática laboral, sino que además, - como dice ORTEGA BEVIA, F. (38 y 39), aparece el carácter neurotizante del ama de casa. Esta vida carente de estímulos y falta de -- contactos humanos, adolece de comunicación con un grupo social amplio o laboral, dando por el contrario un papel de dependencia y sometimiento, que la mantiene o la vuelve represivamente infantil, -- con una postura hostil hacia el marido y en general, hacia la figura masculina.

Con respecto a la relación de esta problemática personal con el grado cultural, veremos que estos problemas aparecen - en su mayoría en los sujetos con un nivel cultural inferior. Porque este grado de formación bajo, acarrea una menor comprensión, una menor estabilidad familiar, una menor economía y en líneas generales - una sociabilidad más primitiva que, independientemente de los factores nocivos colaterales que conlleve, da lugar en la persona a unas distintas posibilidades de defensa; la personalidad es más susceptible de sufrir o sucumbir ante la agresión. Por el contrario, al aumentar el nivel cultural, el hombre se hace socialmente más adecuado, existen más recursos, más capacidad para resolver, más medios - para definir una personalidad y, distintos mecanismos de defensa, -

que se traducen en una posibilidad -o realidad- de salir indemne - de la agresión de su medio.

Pero aunque esto es expresión de una mayoría, nos hemos encontrado también a sujetos con una buena capacidad y formación intelectual, donde el problema surge desafiante, donde en otras ocasiones la duda amenaza, donde la duda siempre prevalece aplastante. Al unísono, otros sujetos con poca formación, con vida problemática y limitada, identifican lo nocivo, lo soportan y lo -yugulan. ¿Que ocurre entonces?, ¿que alteración, como dice LOPEZ IBOR, tiene el fondo endotímico de esos sujetos?, ¿que sería de ellos si no tuvieran determinados sistemas defensivos?

En cuanto a los factores que estudia el test, independientemente del detallado análisis que haremos a continuación, al adaptarlos en una visión de conjunto al pavimento que pretendemos estructurar, observaremos que la gran mayoría de las significativas alteraciones, tanto cualitativas como cuantitativas, aparecen parejos con los sujetos de un nivel socio-cultural incipiente o bien en aquellos en que la conflictiva personal es angustiosa.

A.- Escalas de validación.

1º) Interrogantes (?). Al afectar la puntuación de esta escala en las otras y haber obtenido nosotros puntuaciones muy bajas, podemos pues decir, que en nuestro estudio los valores de las interrogantes, no han afectado a las otras escalas.

2º) Puntuación de validez (F). La garantía que mide este factor en el conjunto de las respuestas, ha estado, según la media muestral de todo el grupo, dentro de los límites que admite el test.

Al tiempo que en un número determinado de sujetos, - el valor de "F" ha sobrepasado ligeramente el cero, hemos encontrado por el contrario otro grupo, de varones, con una "F", que supera altamente el valor límite en el test. Pero aunque en un principio - esta "F" alta pudiera invalidar las otras escalas al estar acompañada por otras puntuaciones "T" igualmente altas, y siguiendo la normativa del Cuestionario M M P I, se considera entonces la puntuación de validez como otro factor alterado en la personalidad del sujeto; según este criterio, en el grupo de varones hemos encontrado un 30% de sujetos con fiabilidad alta, mientras que en el grupo de mujeres según criterio que exponíamos en la página 78 , las hemos considerado a todas con un factor "F" dentro de los límites - que acepta el test.

3°) Factor de corrección (K). Al estar el factor K valorado en el test de 0 a 30 y aparecer solo un 16% de sujetos con valor de K superior a 15 (valor medio de K), interpretamos que solo este porcentaje de sujetos han tomado una postura defensiva ante la prueba, bien por posibles deficiencias psíquicas o bien con el deseo de modificar los resultados definitivos, según interpreta el Cuestionario de M M P I. El restante 84% de los sujetos del grupo, al presentar un valor bajo en K, corresponderían a sujetos ingenuos y abiertos a la censura o bien a un deseo de obtener un mal resultado en la interpretación de los resultados.

Pero todos los valores altos como bajos de K, han estado acompañados de otros valores, en otras escalas, por encima de los límites que el test admite, por lo que podemos sacar la conclusión de que el valor de K es independiente de los valores de las otras escalas; lo único que podemos dilucidar es que una K alta ha correspondido siempre a sujetos con fiabilidad normal, mientras que una K baja bien ha aparecido en el grupo de fiabilidad alta, o

en otros sujetos de fiabilidad normal.

B.- Escala clínica.

1°) Hipocondria (Hs). Este grado de preocupación anormal por las -- funciones corporales, al revisar la media muestral, tanto del grupo total de varones (Tabla n° 9) como del grupo total de mujeres (ta-- bla n° 10), se encuentra por debajo del límite admitido por el test, lo mismo que en los grupos de fiabilidad normal de varones y muje-- res. Por el contrario, tanto en los varones como en las hembras de-- fiabilidad alta, aparece una media muestral por encima del valor me dio de Hs.

Según el porcentaje de la muestra, en el grupo total de varones aparece alterada en un 37'20%, en el grupo de mujeres en un 42'85% y en el grupo de varones con fiabilidad alta, en un ---- 53'84% (tabla n° 15 y 16).

Así pues, este carácter inmaduro de la hipocondria,- es más frecuente según nuestros resultados, en la mujer que en el - varón, siendo aún mayor cualitativa y cuatitativa, en los sujetos - con fiabilidad alta y por lo tanto, con tendencia a asociarse a --- otras alteraciones de la personalidad.

2°) Depresión (D). El cuadro depresivo ha sido manifiesto. La postu-- ra que ha tomado la mayoría de los sujetos ante el diálogo ha expre-- sado siempre el sentimiento de incapacidad e intimidad ante su pre-- sente y sus problemas, la incertudumbre ante un futuro sin meta y,- una falta de confianza en sí mismo para la determinación de sus inte-- reses, al tiempo que claudica y se resigna ante lo inestable, para él.

En la muestra, todos los grupos han presentado un va

lor medio del factor D por encima del límite del Test (tabla 9 y -- 10), aparte de sobrepasar también, dicha media muestral, el valor - medio de este factor.

Según el porcentaje muestral, este factor aparece -- alterado con una frecuencia de 56'66% en los varones con fiabilidad normal y un 61'53% en los varones con fiabilidad alta, siendo solo de un 31'40% en el grupo de mujeres. Es decir, existe en nuestro - grupo de enfermos ulcerosos de duodeno, una diferenciación en la -- tendencia hacia el factor depresivo, dependiente del sexo.

3°) Histeria (Hy). El grado de histeria de conversión que mide este factor, aplicado a nuestro grupo, tanto en varones como en mujeres, está dentro de los límites que el test considera como válidos, se-- gún la media muestral oportuna, estando el porcentaje muestral de - alteración, en un 20'93% en el grupo total de varones (tabla n° 15) y en un cero por ciento para el grupo de mujeres, al tiempo que as-- ciende a un 23'07% en el grupo de varones con fiabilidad alta.

Así pues, esta forma típica de resolver el problema- perturbador, propia del sujeto histérico, no aparece en nuestro gru- po; por el contrario, lo nocivo no se convierte, persiste y sigue - actuando.

4°) Desviación psicopática (Pd). Al estar en nuestro grupo, tando - de varones como de mujeres, el factor Pd enmarcado por los límites- de la normalidad, según la media muestral, y el porcentaje de alte- ración de dicho factor con un máximo de 30'76% (tabla n° 15), en el grupo de varones con fiabilidad alta, podemos decir que la ausencia de respuesta emocional profunda, que mide este factor, no es lo tí- pico de nuestros enfermos.

No existe pues en la mayoría, desconsideración hacia

normas sociales ni tampoco es frecuente la presencia de habituamientos que condicione una posible figura delictiva, aunque no con --- ello queramos decir que no es posible la presencia de una úlcera -- duodenal en un delincuente.

Traduciendo pues a la inversa, lo que comentábamos - en un principio, podemos afirmar que en nuestros enfermos sí existe respuesta emocional profunda, respuesta que no solamente existe, si no que además es agresiva y traumática.

5°) Intereses (Mf). La tendencia o desviación que mide esta escala hacia los intereses básicos del otro sexo, nos hace decir en nuestro estudio, que no existe pues, inversión sexual.

Según el valor medio de la muestra, todo el grupo se encuentra dentro de los límites válidos del test, siendo el grupo - de mujeres las que presentaron aún menor desviación de la línea --- ideal de la personalidad.

El porcentaje muestral máximo de alteraciones en este factor, aparece en el grupo de varones con fiabilidad normal --- (tabla n° 15), con un 10%, siendo de cero por ciento en el grupo de mujeres.

En los casos aislados en que este factor ha sobrepasado los límites del test, al desarrollar la entrevista con el suje to, hemos encontrado siempre en la infancia, una excesiva adhesión a la imagen materna, con dependencia afectiva igualmente exagerada, como consecuencia bien de una figura paternal agresiva o bien al -- ser un hijo con diferencia manifiesta de edad, con respecto a los - demás hermanos.

6°) Paranoia (Pa). La paranoia, que representa en la historia de -- la psiquiatría el gran mito Kraepeliano -ALONSO FERNANDEZ- (4), no ha podido ser comprobada como realidad clínica, habiendo sido reemplazada por el término de síndrome paranoide. Según LOPEZ IBOR está montada sobre un estado de ánimo anormal de tipo depresivo-angustioso y para ALONSO FERNANDEZ (4), la base de este síndrome es una fase psicótica de tipo angustioso-depresivo, no alineable con la esquizofrenia, sino por el contrario con la melancolía angustiosa; como él mismo dice, con las afecciones del círculo timopático.

Según algunos psicólogos clínicos, los paranoides -- suelen obtener puntuaciones altas o bajas, mientras que los normales se sitúan en el centro. Pues bien, según nuestros resultados, -- en la media muestral correspondiente aparece el grupo de varones -- con fiabilidad normal y el grupo de mujeres, situados en una zona -- intermedia entre la línea ideal y el límite superior, estando por -- el contrario el grupo de varones con fiabilidad alta por encima de -- ese límite (pag.89). Al revisar individualmente los perfiles, solo en dos varones hemos encontrado una puntuación excesivamente baja, -- por lo que siguiendo este mismo criterio que exponíamos al principio, los resultados de la media muestral, prácticamente no sufren -- modificación.

El porcentaje muestral (tabla nº 15 y 16), es de un 14'28% en el grupo de mujeres, mientras que en el grupo total de varones es de 18'60% y en el de varones con fiabilidad alta alcanza -- un 53'84%.

7°) Psicastenia(Pt). Las fobias o conducta o conducta compulsiva -- que mide la psicastenia, bien explícita, como el excesivo lavado de las manos o las vacilaciones, o bien implícita, como la incapacidad de evitar ideas obsesivas, las presentan muchas personas, sin que --

por ello presenten incapacitación, pudiéndose manifestar simplemente por una depresión leve.

En nuestro grupo, el valor de la media muestral en este factor, se encuentra dentro de los límites en los grupos de fiabilidad normal, mientras que sobrepasa estos límites, en los sujetos con fiabilidad alta.

Según el porcentaje muestral, el grupo total de varones presenta un 41'81% de sujetos con este factor alterado, mientras que el grupo de varones con fiabilidad alta asciende a un 84'61% (tabla n° 15). En el grupo de mujeres, la frecuencia de alteración en este factor es sólo del 23'33% (tabla n° 16).

Así pues, según nuestros resultados, la psicastenia es más frecuente en el varón que en la mujer, tendiendo al mismo tiempo a asociarse a otros trastornos de la personalidad, ya que es mayor su porcentaje en el grupo de fiabilidad alta o grupo de grandes trastornos de la personalidad.

8º) Esquizofrenia(Sc). Según BLEULER, esquizofrenia es una disociación o escisión del psiquismo, que origina un sistema de funciones independientes y que compromete la unidad de la personalidad.

Algunos otros autores, en un análisis existencial, consideran la alteración esencial de la esquizofrenia como un modo de estar -en-el-mundo, no considerándose como una enfermedad hereditaria ni orgánica-cerebral, sino como endovivencial, con interrelación entre lo endógeno y lo vivencial.

CONRAD (1.958 y 1.959) (4), que penetra en el mundo-esquizofrénico con una visión globalista, propone la palabra de ---

Trema (estado de tensión por el que los actores pasan antes de entrar en escena), para el estadio prodrómico de la esquizofrenia, -- que sin ser idéntico a la angustia generalmente es atormentador e incontrolable; este trema puede adoptar en su comienzo la forma de una depresión endógena o una manía endógena.

La dinámica del trema se caracteriza al principio -- por un aumento de tensión en el campo vivencial, con aparición progresiva de una barrera en torno al sujeto, que le limita la libertad y posteriormente, aparece el "algo inminente" que acarrea el incremento de la tensión vivencial y el estrechamiento del campo vital. Pero ¿que es el "algo inminente" de Conrad?, ¿a que se refiere?, ¿le ocurre solo al sujeto clínicamente etiquetado como esquizofránico?.

Para KIMURA (1.975) (4), la esquizofrenia es una enfermedad de la relación interhumana, no enfermedad individual, sino un acontecer del "ser del entre" y que el llamado esquizofrénico no es ningún portador de enfermedad, sino una aparición un "síntoma" -- del "ser del entre", específicamente condicionado.

Dentro de los conceptos de la psiquiatría cultural, las relaciones entre el hombre y su mundo, no se considera ya el -- concepto orgánico hereditario de la esquizofrenia, sino el contagio emocional y la influencia del medio ambiente, habiéndose podido comprobar la grave y abundante conflictiva que existe en la familia -- del esquizofrénico. Para ALANEN y Colaboradores (1.966) (4), la mayoría de las familias de los esquizofrénicos son caóticas o rígidas, mostrándose como un sistema cerrado frente a la sociedad circundante y asignando una vivencia en el niño, hacia el mundo exterior, como nociva, hostil y peligrosa, independientemente del brusco cambio que tiene que dar el niño, en algunos casos, de un ambiente su-

perprotector familiar, o una vida de adulto llena de contrapartidas.

Se estudia además la personalidad de las madres de los esquizofrénicos, habiéndose encontrado en ella angustia, inseguridad y sentimiento de culpa, hasta el extremo de llamársela madre-esquizofrenógena, donde al mismo tiempo surge una figura paterna en contraposición a la materna, con distintas combinaciones posibles, según los distintos autores.

El aislamiento social, la inmigración y el hundimiento socio-económico, se empiezan a considerar como posibles influencias esquizofrenógenas o bien en la predisposición psicótica.

Pero el aspecto que tratamos aquí de la esquizofrenia, aunque comparte las características propias de la enfermedad, no hace la clínica típicamente esquizofrénica, considerándola el Cuestionario M M P I no como una entidad clínica, sino como un grupo de condiciones heterogeneas, donde los perfiles que puntúan alto en Sc también lo hacen en otras escalas. Por otro lado, la experiencia clínica ha demostrado que las puntuaciones superiores a la zona límite, tanto en este factor como en psicastenia, es casi un número doble al de sujetos previamente etiquetados como esquizofrénicos.

En nuestro grupo, la media muestral de este factor ha estado por encima del límite en el grupo total de varones y, altamente elevada, en los varones con fiabilidad alta (tabla 9), en las mujeres, ha aparecido elevada en las que presentaban fiabilidad alta (tabla nº 10), estando en todos los casos por encima del valor medio de la escala.

En el porcentaje muestral del grupo, el conjunto to-

tal de varones presenta una frecuencia de aparición de un 46'51%, aumentando en el grupo de varones con fiabilidad alta, hasta alcanzar un 86'41% (tabla n° 15). En el grupo de mujeres, la frecuencia de aparición es de un 71'42% (tabla n° 16).

Podemos pues decir, que independientemente de la supremacía que adquiere este factor en el grupo, tiende a aparecer -- más dominante, tanto cualitativa como cuantitativamente, en los sujetos que han presentado una fiabilidad anormal.

9°) Hipomanía (Ma). El grado leve de manía o hipomanía que mide este factor, se manifiesta por una superproductividad de pensamiento y acción, haciendo tomar al sujeto una postura fuera de lo normal, aunque en alguna ocasión se intercale un cuadro depresivo.

La media muestral de este factor, se encuentra siempre dentro de la normalidad, excepto en el grupo de varones con fiabilidad alta, donde además sobrepasa netamente su valor medio (tabla n° 9).

El porcentaje muestral de aparición de este factor en el grupo de varones es de 34'88% (tabla n° 15), mientras que en el grupo de mujeres es de cero por ciento. Por el contrario, en el grupo de varones con fiabilidad alta, llega a alcanzar el porcentaje más alto de todo el grupo, 92'30% (tabla n° 15).

Así pues, según nuestros resultados, la hipomanía --- tiene preferencia en el sexo masculino, al tiempo que suele presentarse más frecuentemente en los sujetos de fiabilidad alta, asociada pues a las alteraciones en otros factores de la personalidad.

0) Escala social introversión-extroversión (Si). La tendencia al --

aislamiento social que mide esta escala, no nos ha dado ningún valor significativo desde el punto de vista estadístico en ninguno de los grupos, al estar en todos ellos la media muestral siempre dentro de los valores normales. En el estudio individual de los sujetos, hemos encontrado en algunos de ellos el valor de esta escala por encima del límite, pero sin alcanzar ninguna cifra que exija atención especial.

Desde el punto de vista proporcional, lo único que podemos dilucidar es que es más alto en el grupo de mujeres. ---- 28'57% (tabla nº 16) que en el grupo de varones, 4'65% (tabla 15), al tiempo que se eleva un poco más en los varones de fiabilidad alta, 15'38%.

Una vez realizado el análisis individual de los factores en el grupo, con un sentido amplio desde el punto de vista psicológico y siguiendo el Cuestionario M M P I, entraremos en consideraciones sobre los tres patrones generalizados de la personalidad, el neurótico, el desadaptado y el psicótico. El sujeto neurótico estará enmarcado por la denominación de las escalas "Hs", "D" y "Hy" (triada neurótica), además de la escala "Pt", que se considera como un cuarto índice del neuroticismo. El desadaptado estará representado por la escala "Pd", "Mf" y "Ma" y en segundo lugar por la escala "Pa". En el psicótico sobresaldrán las escalas "Sc" y "Pa", junto a "D" y "Ma".

Analizando la personalidad neurótica del grupo, según la media muestral, encontramos tres de los cuatro factores neurotizantes (hipocondria, depresión y psicastenia) por encima de la zona límite en el grupo de varones con fiabilidad alta. La histeria aparece con valores normales en todos los grupos, mientras que la depresión se encuentra por el contrario, elevada en todos ellos.

Al mismo tiempo, los valores medios de las cuatro escalas, son más altos en las mujeres que en los varones, a pesar de que la expresión de anormalidad la presenten los varones de fiabilidad alta.

Desde el punto de vista proporcional, salvo la hipcondria que es más frecuente en la mujer, los restantes factores -- (depresión, histeria y psicastenia), aparecen más frecuentemente en el varón al tiempo que son también más frecuentes en los varones -- con fiabilidad alta.

Resumiendo pues el carácter neurótico del grupo, diremos, que la supremacía se presenta, también cualitativa como ---- cuantitativamente en los sujetos varones que han presentado fiabilidad alta. Que las mujeres han presentado valores medios más altos -- que los varones, en cada una de las escalas. Que no existe mecanismo de conversión en el sujeto de úlcera duodenal. Que la úlcera de duodeno se encuentra asociada con una personalidad Depresiva.

Al estudiar la personalidad desadaptada que pueda -- presentar el grupo, nos encontramos con muy poca tendencia a este -- tipo de personalidad. Solo en el grupo de varones con fiabilidad alta se encuentran por encima del límite la hipomanía y la paranoia. -- Tanto en el grupo total de varones como en el de mujeres, los cuatro factores que definen al desadaptado, se encuentran dentro de la normalidad. Al analizar los valores medios de cada escala, vemos -- que la desviación psicopática presenta el mismo valor en los varones que en las mujeres, los intereses de masculinidad-femenidad son más altos en las mujeres y la hipomanía y la paranoia son más altos en los varones, al tiempo que todas las escalas son más altas en -- los varones con fiabilidad normal.

Proporcionalmente, los cuatro factores son más fre--

cuentas en los varones que en las mujeres y, más aún, en los varones con fiabilidad alta.

Así pues diremos, que el desadaptado social tiene solo una vaga representación en los varones con fiabilidad alta. Que los valores medios que los factores han sido algo mayores en los varones que en las mujeres. Que el porcentaje de aparición ha sido mayor en los varones que en las mujeres, aunque sin alcanzar valores de interés. Que el desadaptado social no encuentra expresión evidente en los sujetos con úlcera duodenal.

La personalidad psicótica por el contrario, se encuentra representada netamente en los varones con fiabilidad alta, ya que los cuatro factores que la determinan (esquizofrenia, paranoia, depresión y manía), presentan una media muestral por encima del valor límite. En el grupo total de varones, se encuentra por encima de la zona límite la esquizofrenia y la depresión, mientras que en el grupo de mujeres solo está alterada la depresión. Los valores medios de cada una de las escalas al contrario de lo que ocurría en la personalidad neurótica, son más altas en los varones que en las mujeres, salvo la depresión que tiene una cifra más elevada en la mujer; en el grupo de varones con fiabilidad alta, las cuatro escalas adquieren la supremacía de valores.

Desde el punto de vista proporcional, salvo la esquizofrenia que presenta un mayor porcentaje en las mujeres, los restantes factores psicóticos (paranoia, depresión y manía), presentan una frecuencia de alteración mayor en el varón que en la mujer.

Concretando pues diremos, que la personalidad psicótica se encuentra netamente definida en el grupo de varones con fiabilidad alta. Que en el grupo total de varones se encuentran por -

encima del límite dos factores (esquizofrenia y depresión), mientras que en el grupo de mujeres solo está alterada la depresión. -- Que los valores medios de los factores psicóticos son más altos en los varones que en las mujeres.

En el grupo de enfermos que al revisar el post-operatorio tardío, hemos encontrado continuidad de la sintomatología clínica, vemos que el 81% de los casos se pueden encuadrar en la -- personalidad neurótica, donde el 45% de ellos están netamente definidas como tales y el 36% restante se puede decir que tienen tendencia a ella, ya que no poseen todas las condiciones precisas.

La personalidad desadaptada de estos enfermos, igual que en los datos que analizábamos en los otros grupos, tiene poca representatividad, ya que solo un 18% se pueden considerar como tales y un 9% podríamos decir que solo tienen cierto grado de desadaptación.

Pero sin embargo, la personalidad psicótica vuelve a tener una digna representación en los enfermos que ha continuado -- con sintomatología clínica tras la intervención, ya que alcanzan un 72%, de ellos, el 45% han presentado todos los requisitos exigibles para considerárseles como tales y el 27% restante, solo han -- presentado trastornos en algunos de los factores.

Dentro de estos enfermos que han presentado sintomatología clínica tras la intervención, el grupo que ha padecido ulcus de boca anastomótica, presenta un 40% de personalidad neurótica, 20% de ellos con características definidas y el otro 20% solo con -- tendencia; la personalidad desadaptada se representa con un 20% solo con tendencia a ella, y la personalidad psicótica se presenta netamente definida en un 60% en los enfermos con ulcus de boca anasto

mótica.

Hemos de considerar que en algunos de estos casos, - los trastornos de la personalidad han sido tan variados, que ha dado lugar a que los distintos tipos de personalidad se entremezclen, como por ejemplo el caso n° 2 que a la vez presenta todas las características netas del neurótico, desadaptado y psicótico; el caso número 3 es a la vez neurótico y psicótico; el caso número 4 es netamente psicótico y con tendencia al neuroticismo; el caso número 8 - es franco desadaptado y psicótico, con tendencia al neuroticismo; - el caso número 33 es neurótico, con tendencia a la personalidad psicótica; el caso número 37 es neurótico con tendencia a ser desadaptado y psicótico, y el caso número 48 tiene a la vez tendencia al neuroticismo y personalidad psicótica.

Pero como nada se opone a que el impulso acontecedor proceda más veces de lo corporal y otras de lo anímico, vemos como una droga, por ejemplo, consigue un estado en el que el sentimiento vital se halla aumentado, mientras que por el contrario, un hecho desagradable, que es percibido primera animicamente, pueda afectar nos organicamente. En el primer caso, a través de lo corporal se obra sobre lo anímico, mientras que en el segundo es al contrario; la única diferencia está en la puerta de entrada que se emplea para relacionar la totalidad cuerpo-alma con el mundo exterior porque es esta totalidad cuerpo-alma la que siempre reacciona.

Sería incierto pensar que lo verdaderamente real - es el acontecer fisiológico corporal, mientras que la vida psíquica es unicamente su reflejo. Lo mismo que una sinfonía se vive como algo completamente distinto de los procesos puramente físicos, instrumentación, transmisión vibratoria a través del aire, oído y sistema nervioso central, que se requieren para su realización, también lo anímico encuentra la posibilidad de un logro en un proceso y en un-

órgano corporal de su fondo vital.

Porque el fondo vital es algo más de lo que llegamos a conocer por la investigación fisiológica, se halla en otra dimensión distinta, es un concepto-límite, que como dice LERSCH (26 bis), no constituye una mixtificación romántica. Es algo que se encuentra más allá de la experiencia, pero cuya existencia se basa en la corporal materialidad, en lo que podemos comprobar y medir, pues si -- así fuera, esa droga que nos proporciona una euforia liberadora, -- tendríamos que verla como algo anímico ya que su efecto no sería -- percibido como puramente externo, sino interiormente comprensible -- como si fuera una visión que nos proporciona miedo.

Este fondo vital, sobre el que descansa nuestra vida psíquica, no es pues una materialización de lo anímico, sino más -- bién una espiritualización de lo orgánico-material o dicho de otra forma, lo corporal-fisiológico es una manifestación del fondo vital, pero la esencia íntima de esta no es por ahora objetiva, permanece en la oscuridad del inconsciente.

Pero aunque lo anímico no lo podamos comprobar ni me dir, hemos intentado encontrar factores nocivos, hemos procurado re presentar en unas escalas clínicas unos efectos donde, basados en -- unos principios psicológicos y psiquiátricos pre-establecidos y --- aplicado unos estudios estadísticos a este grupo de enfermos con úl cera duodenal, con el mayor rigor y cariño por nuestra parte, don-- de lo único importante son los resultados y el beneficio que poda-- mos aportar, podemos decir que el sujeto que padece úlcera duodenal presenta una vida emocional conflictiva , donde entra en juego una problemática personal marcada, con una serie de alteraciones en su personalidad y conjugado todo ello con una cultura que le ha permitido defenderse poco o mal.

Socialmente no es desadaptado ni desconsiderado hacia las normas sociales y no se reveta contra ellas a pesar de que sus vivencias tienen una respuesta emocional profunda. El problema no se resuelve por conversión sino que por el contrario persiste y daña, y un mayor o menor grado de maduración psicológica no ha sido lo suficientemente resistente como para mitigar el sufrimiento e impedir que la angustia progrese destructivamente actuando sobre el estado de ánimo, depresión, o bien sobre la organización de la conducta y las relaciones interpersonales, esquizofrenia.

El varón es sin embargo más afectado que la mujer, pues no solamente presenta un mayor índice de afectación por la úlcera duodenal sino que además, lleva la supremacía de los trastornos de la personalidad. La personalidad psicótica está representada en el varón, cualitativa y cuantitativamente, con mayor predominio que en la mujer; la personalidad neurótica, mientras que en el varón adquiere la supremacía cuantitativa, en la mujer solo aparece un dominio cualitativo. Pero es también dentro de los varones, donde aparece un grupo, que representa un 30%, con los mayores trastornos de la personalidad; presentan un posible grado de desadaptación social, un mayor neuroticismo y un aspecto netamente psicótico.

También la recidiva post-operatoria ha mostrado una preferencia por el varón, precisamente por el varón con una mayor problemática y una personalidad más comprometida.

Y así, después de este largo caminar, después de este estar y no ser, solo vemos la necesidad de seguir adelante e intentar conseguir un poco más de luz. Porque el hombre sigue --- siendo incógnita, el hombre es algo más que materia, el hombre es algo distinto a una materia animada, el hombre es un espíritu encadenado a una materia.

CONCLUSIONES

- 1.- El porcentaje de varones con úlcera duodenal es del 86%, mientras que en la mujer es solo del 14%.
- 2.- No existe apenas diferencia entre la edad cronológica media de los varones y las mujeres; mientras que en los varones es de 42 años, en las mujeres es de 45 años.
- 3.- La edad media de aparición de la sintomatología clínica es anterior en los varones que en las mujeres; en los varones es a los 27 años, mientras que en las mujeres es a los 34 años.
- 4.- Es mayor el analfabetismo (14'28%), en el grupo de mujeres que en el de varones (4'65%).
- 5.- En el grupo de varones con fiabilidad alta, predomina netamente el analfabetismo y la enseñanza primaria, no existiendo por el contrario ninguno de enseñanza media ni superior.
- 6.- Es mayor la enseñanza superior (11'62%), en el grupo de varones que en el grupo de mujeres (0%).
- 7.- Los problemas personales de tipo afectivo, predominan en el grupo de mujeres(85'71%), sobre el grupo de varones (72'09%).

- 8.- Los problemas personales de tipo afectivo, predominan en los varones con fiabilidad alta (84'61%), sobre los varones con fiabilidad normal (33'33%).
- 9.- Los problemas personales de tipo laboral, predominan en el grupo de varones (48'83%), sobre el grupo de mujeres (28'57%).
- 10.- Los problemas personales de tipo laboral, predominan en el grupo de varones con fiabilidad alta (76'92%), sobre los varones con fiabilidad normal (36'66%).
- 11.- En el grupo total de varones medio de los factores en la muestra, se encuentran por encima de los valores que el test admite como límites, la esquizofrenia y la depresión, mientras que en el grupo total de mujeres, solo está la depresión por encima de este límite.
- 12.- En el grupo de varones con fiabilidad alta, según la media --- muestral de los factores, existen más escalas alteradas (esquizofrenia, psicastenia, manía, paranoia, depresión e histeria, - según orden de valores), que en el grupo de varones con fiabilidad normal (depresión).
- 13.- En el grupo de mujeres con fiabilidad alta, según la media muestral correspondiente, está la esquizofrenia y la depresión por encima de los límites del test, mientras que en las mujeres con fiabilidad normal, solo está alterada la depresión.
- 14.- Tanto en el grupo de varones como en el de mujeres, con fiabilidad alta, según la media muestral correspondiente, aparece alterada la esquizofrenia.

- 15.- Tanto en el grupo de varones como en el de mujeres con fiabilidad normal, según la media muestral correspondiente, aparece alterada la depresión.
- 16.- En el grupo total de varones, según el porcentaje muestral correspondiente, los factores más frecuentemente alterados han sido la depresión y la esquizofrenia, mientras que en el grupo total de mujeres, han sido la esquizofrenia y la depresión.
- 17.- En el grupo de varones con fiabilidad alta, según su porcentaje muestral, los factores más frecuentemente alterados han sido - la manía, esquizofrenia, psicastenia, depresión, paranoia e histeria (según orden porcentual), mientras que en el grupo de varones con fiabilidad normal, el factor más frecuentemente alterado ha sido la depresión.
- 18.- Algunos enfermos con resultados más alarmantes al practicársele el test, han sido diagnosticados con cuadros psiquiátricos específicos, y sometidos a tratamiento oportuno en el Departamento de Psiquiatría de esta Facultad, cursando con una mejoría global.
- 19.- La psicoterapia de apoyo en algunos enfermos tras la intervencción, ha dado resultados positivos.
- 20.- Otros enfermos que se han dejado evolucionar solos, sin tratamiento psiquiátrico ni psicoterapia de apoyo, clínicamente han han cursado mal tras la intervención, al seguir la sintomatología propropia de la úlcera duodenal.
- 21.- Se ha seguido la evolución post-operatoria tardía a un 40% de los enfermos operados, habiéndose encontrado en todos ellos ---

(100%), continuidad de la sintomatología clínica tras la intervención.

- 22.- De los enfermos en que se ha seguido la evolución post-operatoria tardía, el 38'5% ha presentado ulcus de boca anastomótica, incluso algunos de ellos, después de habersele practicado inter venciones correctoras , de supuesto fallo técnico.
- 23.- En los enfermos que se ha seguido la evolución post-operatoria tardía, aparece un 16% de analfabetos y un 84% con enseñanza -- primaria.
- 24.- Los sujetos revisados en el post-operatorio tardío, presentan un 100% de problemas de tipo afectivo.
- 25.- Los sujetos revisados en el post-operatorio tardío, presentan un 92% de problemas de tipo laboral; todo este porcentaje co--- rresponde a varones.
- 26.- No todos los sujetos con grandes alteraciones de la personali-- dad han sido operados, ni a todos los restantes les hemos podi-- do seguir el post-operatorio tardío, pero sí el 84'60% de los - enfermos revisados en el post-operatorio tardío, presentan gran des trastornos de la personalidad.
- 27.- Todos los enfermos con ulcus de boca anastomótica, tienen una - enseñanza primaria, problemas de tipo afectivo y laboral y to-- dos, presentan grandes trastornos de la personalidad.
- 28.- Los sujetos afectos de úlcera duodenal, presentan en una gran - mayoría una cultura primaria, con una abundante conflictiva in-- dividual, bien de tipo afectivo o laboral y más rasgos altera--

dos en su personalidad, que aumentan paralelamente con la mayor expresión clínica de la úlcera de duodeno.

- 29.- El enfermo de úlcera duodenal tiene tendencia a la personalidad neurótica, con la única ausencia en sus características, de la histeria de conversión, que se ha mantenido siempre normal, los valores han estado aumentados en los sujetos de fiabilidad alta.
- 30.- Aunque el neuroticismo es proporcionalmente más frecuente en el varón, la mujer sin embargo alcanza valores más elevados en estos factores.
- 31.- El desadaptado social no tiene apenas expresión en el sujeto -- con úlcera duodenal, existiendo solo algunas características en los sujetos con fiabilidad alta.
- 32.- Los factores que miden la desadaptación social, son cualitativa y cuantitativamente, mayores en los varones que en las mujeres.
- 33.- La personalidad psicótica tiene más preferencia, en la úlcera duodenal, por el varón que por la mujer, estando representada netamente en los varones con fiabilidad alta.
- 34.- Los factores que determinan la personalidad psicótica, cualitativa y cuantitativamente son más elevados en el varón que en la mujer.
- 35.- Los enfermos que han continuado con la sintomatología clínica -- tras la intervención, presenta un 45% neto de personalidad neurótica, un 18% de desadaptación social y otro 45% de personalidad psicótica, claramente definida.

- 36.- Los enfermos que han padecido ulcus de boca anastomótica, presentan un 20% de personalidad neurótica y un 60% de personalidad psicótica, plenamente definidas, apareciendo un 20% de enfermos con algunas de las características de la personalidad desadaptada.
- 37.- Tanto en los enfermos que han continuado con la sintomatología clínica tras la intervención, como los que han presentado ulcus de boca anastomótica, han coincidido en algunos de ellos características, claras o dudosas, de dos o más tipos de personalidades.
- 38.- La recidiva post-operatoria, igual que los mayores trastornos de la personalidad, han tenido preferencia por el varón.
- 39.- Los resultados obtenidos inducen a pensar en una sematización de la vida afectiva del sujeto.
- 40.- El acto quirúrgico del enfermo ulceroso de duodeno, independientemente de la técnica, parece reclamar una atención "a la persona" para respaldarse, balancear fuerzas y al final, mostrarse más airoso.
- 41.- Lo mismo que hoy día ha desaparecido de nuestra clínica la gran úlceras duodenal, de largo tiempo de evolución y gran patología complicatoria, llegará un día que la úlceras se cure sistemáticamente, como ya ha ocurrido en algunas ocasiones, por el poder de la mente y otro, en que no se le da tiempo a aparecer.

BIBLIOGRAFIA

=====

- 1.- ABOULKER, P. y CHERTOK, L. De la retención de orina psicogénica. Extracta n° 80. Año 1.965.
- 2.- ALONSO FERNANDEZ, F. Acotaciones sobre patología psicosomática. Serie Cuadernos psiquiátricos n° 2. Año 1.966.
- 3.- ALONSO FERNANDEZ, F. Sentido de la trascendencia de la patología psicosomática. Revista de la Facultad de Medicina de Sevilla. Tomo II, Marzo-Abril, n°5. Año 1.970.
- 4.- ALONSO FERNANDEZ, F. Fundamentos de la psiquiatría actual. Tomo II. Editorial Paz Montalvo. Año 1.977. (3ª edición).
- 5.- ARASA, F. La Antropología integral y el neo-humanismo biológico espiritual. Folia Clínica Internacional. Tomo XVIII, n° 3, - Marzo. Año 1.967.
- 6.- BOCKUS. Gastroenterología. Tomo I. Año 1.968.
- 7.- BOCKUS. Gastroenterología. Tomo II. Año 1.968.
- 8.- BRAUNSTEIN, A. Psicología e infarto de miocardio. Extracta. Año 1.967.
- 9.- BRITISH MEDICAL JOURNAL. Leading articles. La úlcera y la mente. Agosto. Año 1.969.
- 10.- CIVEIRA ORTENIN, F. Algunos aspectos del hombre del futuro. Fo-

lia Clínica Internacional. Tomo XX, n° 4 Abril. Año 1.970.

- 11.- DELAY, J. Introducción a la medicina psicosomática. Editorial - Toray Masson. Año 1.965.
- 12.- DEVEREUX. Reflexions athno-psychanalytiques sur la fatigue neurotique. Revue de medicine psychosomatique et de psychologie Medicale. III Congres International de Medicine Psychosomatique. Tome III, n° 3. Año 1.966.
- 13.- DUGOIS, AMBLARD, BOUCHARLAT. Prurít en culotte d'origine purement psychogene. Bulletin de la Societé Francaise de Dermatologia et de Sypholigraphie. Tome 74, n° 3. Año 1.967.
- 14.- FELIX, H. Etude Critique du diabete sucre emotionnel. Organe de L'association des Diabetolognes de Langne Francaise. Tome - I, 5° año. Año 1.967.
- 15.- FLOREZ-LOZANO, J.A. y colb. Control nervioso de la secrección gastrica. Publicaciones Científicas Alter. Vol. 17, n° 4, - Julio-Diciembre. Año 1.976.
- 16.- GARCIA ANDRADE. Concepto de medicina psicosomática. Extracta. - Tomo 114, Julio. Año 1.968.
- 17.- HEINEMANN, SCHAEFER, STURM. Interferencia de las respuestas cardiovasculares y el comportamiento afectivo de los gatos con excitación electrica de las estructuras límbicas. Rev. Médico Suiza. Vol 2. n° 10. Año 1.970.
- 18.- HELD, R. R. La fatigue neurotique. Revue de Medicine Psychosomatique et de psychologie medicale. III Congres International

de Medicine psychosomatique. Tome VIII, n°3, Año, 1.966.

- 19.- HESS, W. R. Fundamentos de la regulación vegetativa. Folia --
Clínica Internacional. Tomo XX, n°3. Marzo. Año 1.970.
- 20.- HITTMAIR, A. M. Psicossomática y vegetativo. Folia Clínica In-
ternacional. Tomo XX, n°2 Febrero. Año 1.970.
- 21.- JONES, A. El hombre y su enfermedad. Ed. Labor. Año 1.955.
- 22.- KRETSCHMER, E. Síndromes diencefálicos consecutivos a fractu-
ras de base de cráneo. Folia Clínica Internacional. Tomo
XX, n°3. Marzo Año 1.970.
- 23.- LAIN ENTRALGO, P. Enfermedad y pecado. Ed. Toray S.A. Año ---
1.961.
- 24.- LAMBARDT, F. Factores psíquicos de las enfermedades corona---
rias.
- 25.- LEITNER, I. La situación del enfermo Psiquico en la práctica
médica general. Munchener Medizinsche Wochenschrift (ed.
española). Año 114, Enero. Año 1.972.
- 26.- LELAIDER, B. Psicossomática y úlcera de estomago. La vie medi-
cale (ed. española). Año 8, n°83, Marzo. Año 1.977.
- 26 (bis).-LERSCH, P. La estructura de la Personalidad. Editorial --
Scientia. Año 1.964.
- 27.- LINDEMAN, E. Evolución cultural y ciencia. Munchener Medizi--
nische Wochenschrift (ed. española). Año 112, n°12, Dici-
embre. Año 1.970.

- 28.- LOPEZ IBOR, J. J. Cuestiones actuales en medicina psicosomática. Cocumenta Geygi. Año 1.960.
- 29.- LOPEZ IBOR, J. J. Neurosis. Tribuna Médica. Año III, N°113, - Julio. Año 1.966.
- 30.- LLAVERO, F. La comunicación y el enfermar, específicamente humano. Folia Clínica Internacional. Tomo XVI, n°2, Febrero Año 1.966.
- 31.- MARTINEZ CASTILLO, J. Importancia de los factores psicicos - en ginecología. Sevilla Medica. Vol. II, n°2, Febrero. -- Año 1.970.
- 32.- MARTINEZ FORNES. Del miedo a la angustia. Archivo de la Facultad de Medicina de Madrid. Vol. 21, n°1, Enero. Año 1.972.
- 33.- MONSERRAT ESTEVE. Medicina psicosomática. Neurosis y psicopatias. Patología y Clínica medica de Pedro Pons. Tomo IV.- Año 1.965.
- 34.- MOSCOVICH, P. Dolor psicosomático. Extracta. n°88. Año 1.966.
- 35.- NAVARRANNE. Traitements des colopathies spasmódiques et psychosomatiques sur une association medicamentense cicatrisante, antiseptique et ansiolytique. Revue de la Societé --- Francaise de Therapeutique et de Pharmacodynamie. Tome -- XXII, n°2. Año 1.967.
- 36.- NIETO CUEVAS,. Algunos aspectos de la Psiconeurosis desde el punto de vista del médico internista. Hispalis Médica. -- n°266, Agosto. Año 1.966.

- 37.- OBRADOR ALCALDE, S. Consideraciones sobre una experiencia psicológica como neurocirujano. Noticias Médicas. Septiembre. Año 1.970.
- 38.- ORTEGA BEVIA, F. Frigidez y factores socioculturales. Folia neuro psiquiátrica del Sur y Este de España.
- 39.- ORTEGA BEVIA, F. Psicopatología y condiciones de vida de mujeres de la clase obrera. Actas del Congreso de Psiquiatría de la FAP Córdoba (Argentina). Año 1.972.
- 40.- PEDRO PONS, A. Patología y clínica médica. Tomo I. Año 1.966.
- 41.- PEROL Y COLB. Afección gástrica en el curso de una rectocolitis ulcerosa. Archivo Fr. Mal. Lapp. Dig. Tome 59, nº12, Diciembre. Año 1.970.
- 42.- RAYMON PUJOL. Reflexions sur la fatigue et ses aspects psychologiques. Annales medico-psychologiques. Año 25, Tomo 2 - nº1. Junio. Año 1.967.
- 43.- REISER, M. F. Evolution des conceptions en médecine psychosomatique. Revue de Médecine psychosomatique et de psychologie médicale. Tome 9, nº1. Año 1.967.
- 44.- REYSSABRION, A. propos de Lábord en deux temps d'un cas de depresión sur surmenage. Lyon Médicale. Noviembre. Año --- 1.967.
- 45.- ROF CARBALLO. Urdimbre afectiva y enfermedad. Año 1.960. Ed.- Labor.
- 46.- ROF CARBALLO. El médico como fármaco. Archivo Facultad de Me-

dicina de Madrid. Vol. 12, nº5. Noviembre. Año 1.967.

- 47.- ROFF CARBALLO. Regulación central del sistema endocrino. Noti
cias Médicas. Abril. Año 1.970.
- 48.- ROFF CARBALLO. Patología psicosomática de la obesidad. Mono--
grafías Liade. Actas de IX Congreso Nacional. Junio. Año
1.970.
- 49.- SANDORAMA. El médico general frente a la medicina psicosomáti
ca. nº27, año 1.962.
- 50.- STEINBERG, S. R. Lo psicosomático. Anales españoles Odontoes-
tomatología. nº4, Año 1.966.
- 51.- TATAY ROMERO. Afectividad y aparato digestivo. Monografías --
Liade. 33 lecciones de aparato digestivo. Año 1.970.
- 52.- TEA, S. A. Adaptación española del cuestionario de personali-
dad. MMPI. Mayo. Año 1.970.
- 53.- TONET, C. y TORREBLANCA, J. El enfoque psicosomático en la --
obstetricia. Revista Chilena de obstetricia y ginecolo---
gía. Vol. 30, nº2. Año 1.965.
- 54.- TOURNIER, P. Medicina de la persona. Ed. Gómez. Año 1.965.
- 55.- VEIL. Le fatigue hors-travail, etude phenomenologique. Revue
de Medicine psychosomatique et de psychologie medicale. -
III Congres International de Medicine Psychosomatique. To
me 8, nº3. Año 1.966.

- 56.- VON BERGMANN, G. Concepto e importancia de la biología, patología y terapeutica funcionales. Folia Clínica Internacional. Tomo XX. nº3, Marzo. Año 1.970.
- 57.- VON BERGMANN, G. Fundamentos de la regulación vegetativa. Folia Clinica Internacional. Tomo XX, nº3, Marzo. Año 1.970.
- 58.- VON WEIZSAECKER, V. Vida y sistema nervioso. Folia Clínica Internacional. Tomo XX, nº3, Marzo. Año 1.970.

APENDICE
=====

GRUPO DE VARONES CON FIABILIDAD ALTA

=====

CASO N°1. Enfermo G.F.A. Edad 49 años. Hª N° 28.021

Antecedentes familiares. Sin interés.

Antecedentes personales. Cefaleas de probable origen vascular.

Enfermedad actual. En 1.971, comienza con dolor epigástrico que se calma con la ingesta y alcalinos, acompañado de náuseas, vómitos y ardor retroesternal; a los nueve meses se presenta hematemesis y es tratado medicamente. A los seis meses vuelve a tener nueva hematemesis, acompañada de ictericia, que es también tratada medicamente. Exploración general, dentro de la normalidad.

Analítica. Sin interés.

Quimismo gástrico. BAO: 9'600 meq/h. ; MAO: 28'350 - meq/h.

Radiología. Estómago hipertónico, con bulbo duodenal deformado y con pliegues prominentes.

Endoscopia. No se encuentran alteraciones en estómago ni en bulbo duodenal, aunque este se encuentra ligeramente rígido.

Hallazgos operatorios. Úlcera duodenal baja, practicándose vagotomía supraselectiva.

Relaciones afectivas del grupo familiar. No precisa problemas definidos en casa de sus padres, aunque si hace mención a la falta de atenciones por parte de su madre, lo que dió lugar a sentirse abandonado. No define problemas en su matrimonio, aunque se encuentra acompañado por una esposa superprotectora, que le consiente su enfermedad.

Problemas laborales. Presenta problemas laborales como consecuencia de los periodos intermitentes que no trabaja, debido a su enfermedad.

Caso nº: 1.

Hª nº: 28.022

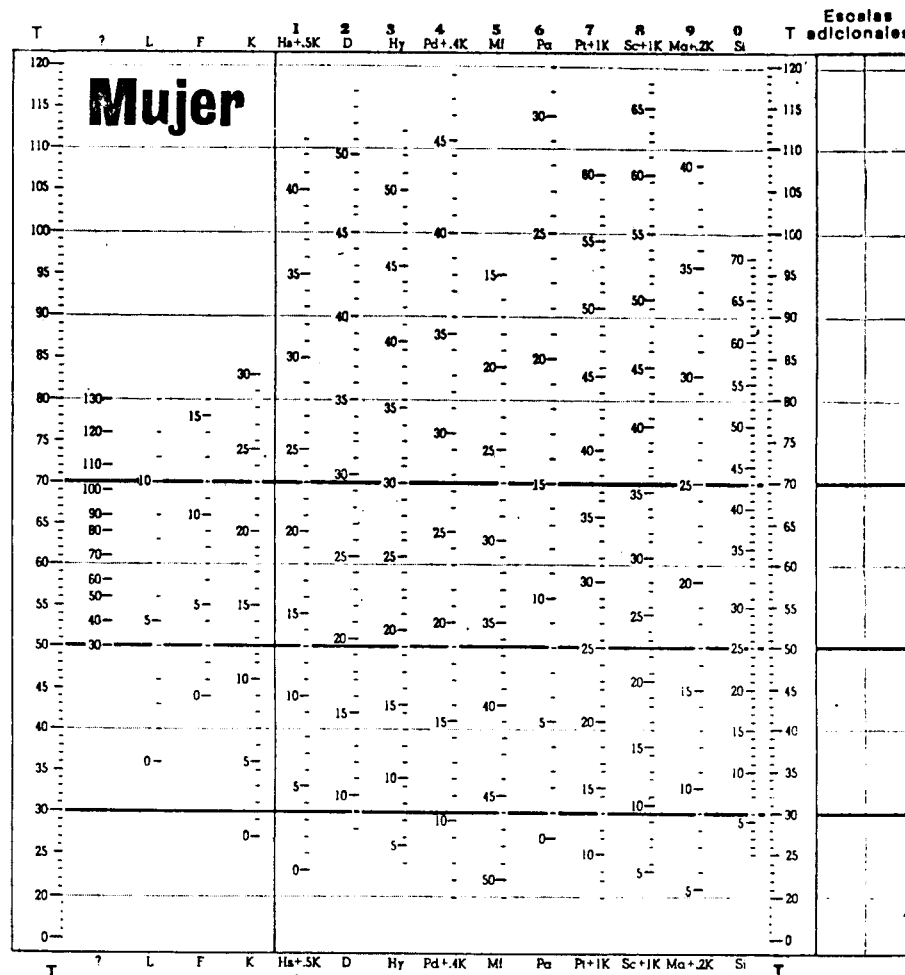
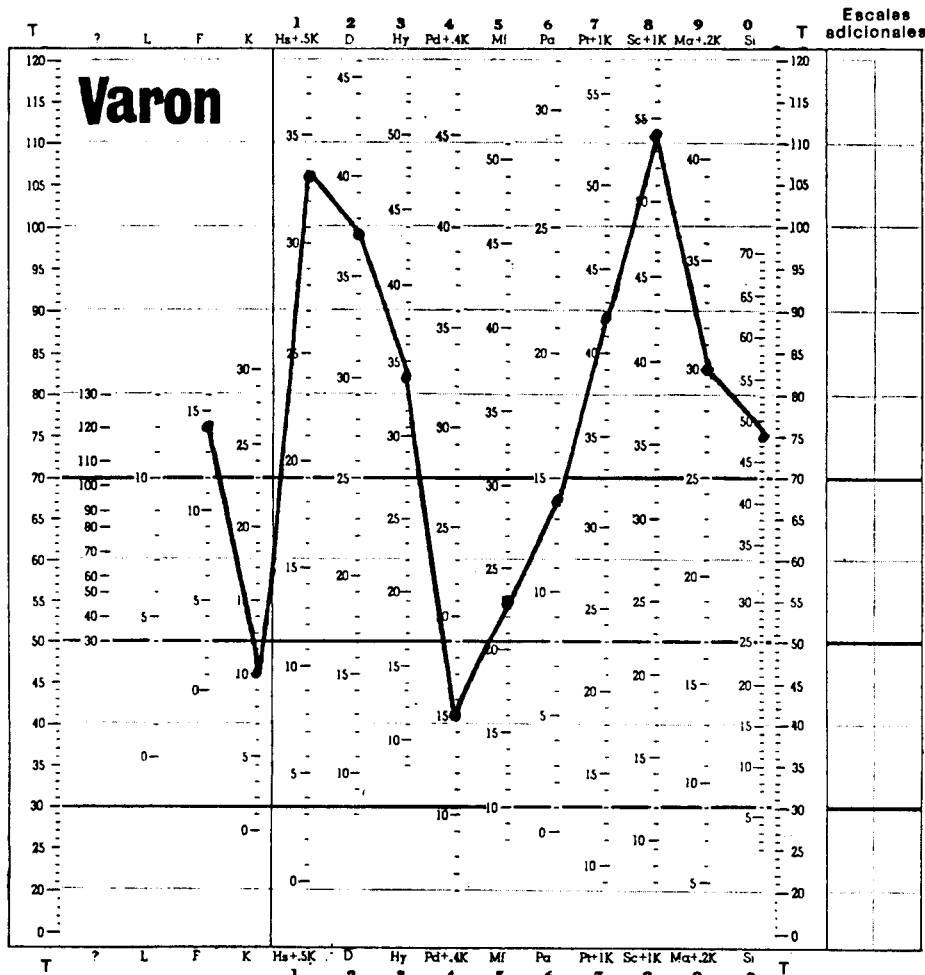
Apellidos y nombre: G-F-A.

Estado civil: CASADO

Edad: 49 Sexo: V.

Profesión: ALBAÑIL

Títulos o estudios académicos: PRIMERAS LETRAS



Fraciones K

K	1	2	3	4	5
30	15	12	6		
29	15	12	6		
28	14	11	6		
27	14	11	5		
26	13	10	5		
25	13	10	5		
24	12	10	5		
23	12	9	5		
22	11	9	4		
21	11	8	4		
20	10	8	4		
19	10	8	4		
18	9	7	4		
17	9	7	3		
16	8	6	3		
15	8	6	3		
14	7	6	3		
13	7	5	3		
12	6	5	2		
11	6	4	2		
10	5	4	2		
9	5	4	2		
8	4	3	2		
7	4	3	1		
6	3	2	1		
5	3	2	1		
4	2	2	1		
3	2	2	1		
2	1	1	0		
1	1	1	0		
0	0	0	0		

Puntuaciones directas: 14 10 28 37 34 11 23 14 32 44 28 48
 Añadir K: 5
 P. D. Corregida: 33 15 42 54 30

Puntuaciones directas: _____
 Añadir K: _____
 P. D. Corregida: _____

Fecha de examen: 23/3/76. Corregido por: Dr. CASTILLA y Srta PEREZ AYALA

CASO N°2. Enfermo V.R.V. Edad 19 años. H^a N°35.573

Antecedentes familiares. Sin interés.

Antecedentes personales. Sin interés.

Enfermedad actual. Ingresa de Urgencia tras sufrir - espontáneamente un dolor intenso en epigastrio que aumenta con la - respiración, irradiándose en cinturón. A la exploración, abdomen -- contracturado.

Analítica. Leucocitosis, con formula desviada a la - derecha.

Quimismo gastrico (tras la intervención). BAO: 8'900 meq/h.; MAO: 28'00 meq/h.

Radiología. En el postoperatorio tardio se aprecia - bulbo triangular con pliegues prominentes a nivel de ápice, pero -- sin evidenciarse evidentemente imagen de nicho ulceroso.

Hallazgos operatorios. Ulcus perforado de cara ante- rior de bulbo, practicándose cierre simple y epiploplastia.

Relaciones afectivas del grupo familiar. Se aprecia estrechamiento del vinculo afectivo madre-hijo, con una superprotec- ción marcada por parte de la madre y anulación en el hijo de su re- lación con el medio ambiente.

Problemas laborales. Existen, acompañados del consi- guiente problema economico.

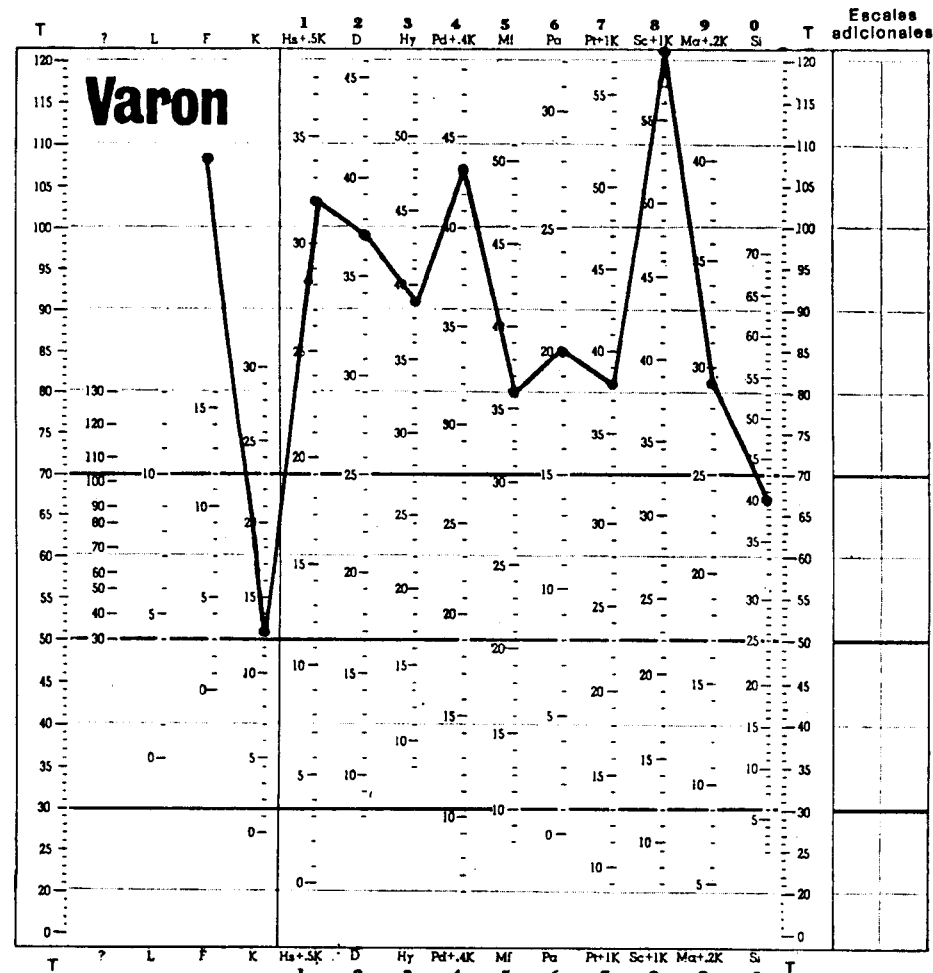
Caso nº: 2.

Apellidos y nombre: V.-R.-U.

Estado civil: SOLTERO Edad: 19 Sexo: Y

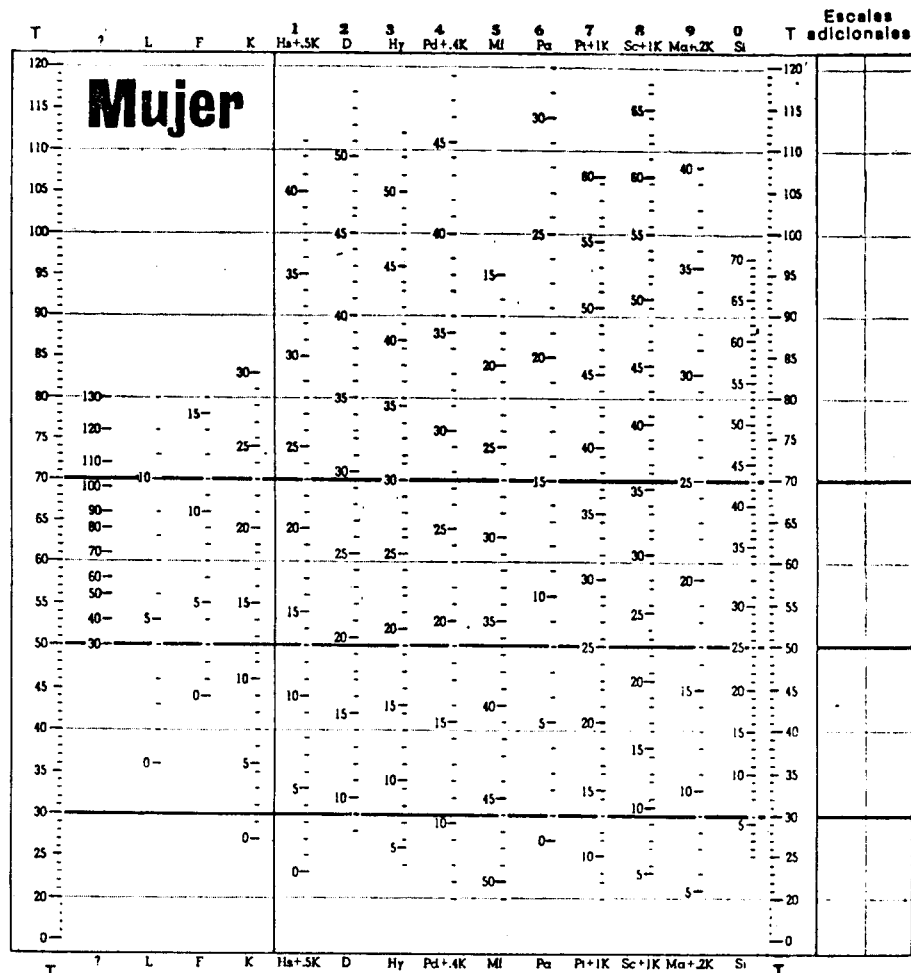
Profesión: CAMPO.

Títulos o estudios académicos: PRIMERAS LETRAS.



Fraciones K

30	15	12	6
29	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	2	1
2	1	1	0
1	1	1	0
0	0	0	0



Puntuaciones directas 35 13 25 37 39 38 36 20 25 48 26 40
 Añadir K 7 5 13 13 3
 P. D. Corregida 32 43 38 61 29

Puntuaciones directas _____
 Añadir K _____
 P. D. Corregida _____

Fecha de examen: 2-4-76. Corregido por: Dr. Castilla y Jara PEREZ Ayala

CASO N°3. Enfermo M.C.F. Edad 43 años. Hª N° 27.098

Antecedentes familiares. Padre operado por Ulcus.

Antecedentes personales. En 1.964, antrectomia por -
Ulcus duodenal. En 1.970, gastrectomia por Ulcus de boca anastomóti-
ca.

Enfermedad Actual. Continua con dolor epigástrico di-
fuso, irradiado a espalda. Heces negras en varias ocasiones.

Analitica. Dentro de la normalidad.

Quimismo gástrico. BAO: 1'200 meq/h.; MAO: 2'940 ---
meq/h.

Radiología. Deposito de bario con rodete edematoso -
en su base, compatible con una ulcera en boca anastomótica.

Endoscopia. Gastrectomia tipo Billroth II con boca -
sangrante y ulceración profunda y grande a nivel de boca anastomóti-
ca.

Hallazgos operatorios. Se practica vagotomía toráci-
ca.

Nota. Después de la vagotomía torácica, vuelve a con-
sulta con dolor epigástrico que calma con la ingesta, nauseas y vó-
mitos.

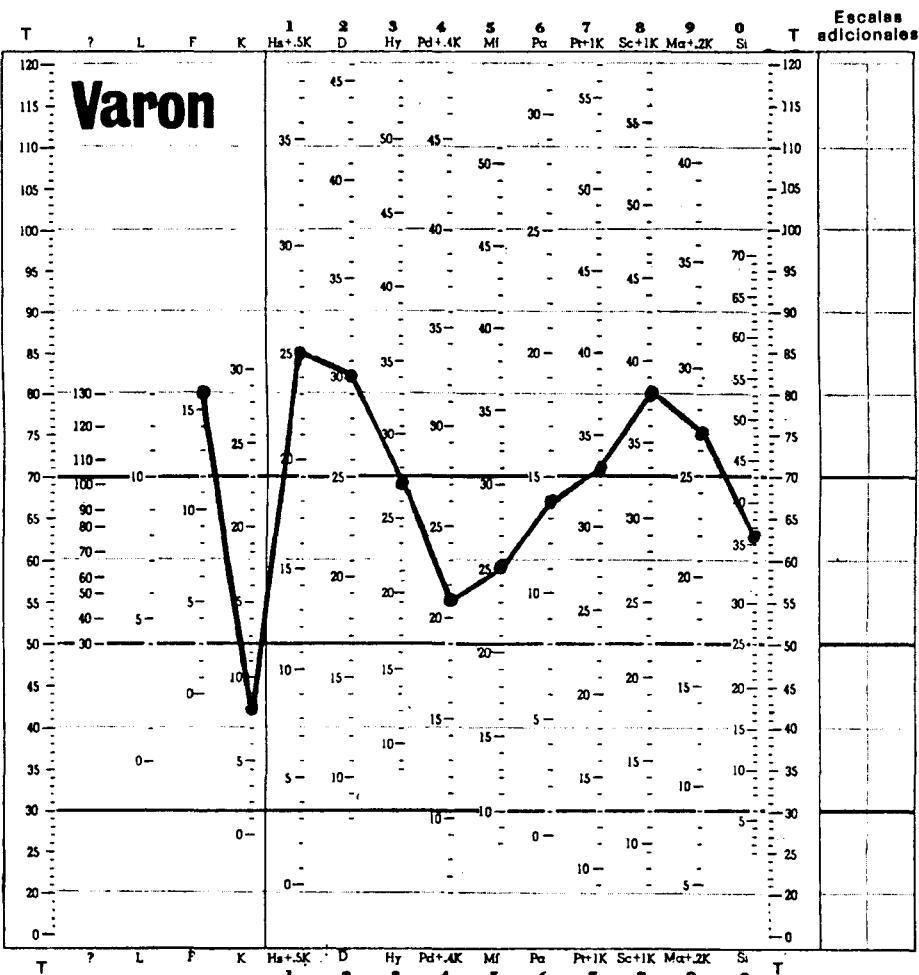
Relaciones afectivas del grupo familiar. Como conse-
cuencia de la defectuosa situación económico-social de la familia,-
se ha encontrado marginado en el seno familiar y sin apollo pater--
no. Sujeto tosco y deprimido, con superprotección por la imagen de
la esposa.

Problemas laborales. No deseando trabajar en el cam-
po, se ha encontrado multiples veces en situación de paro, con el -
consiguiente problema económico y, encontrando solución en el desem-
pleo.

Caso N.º: 3

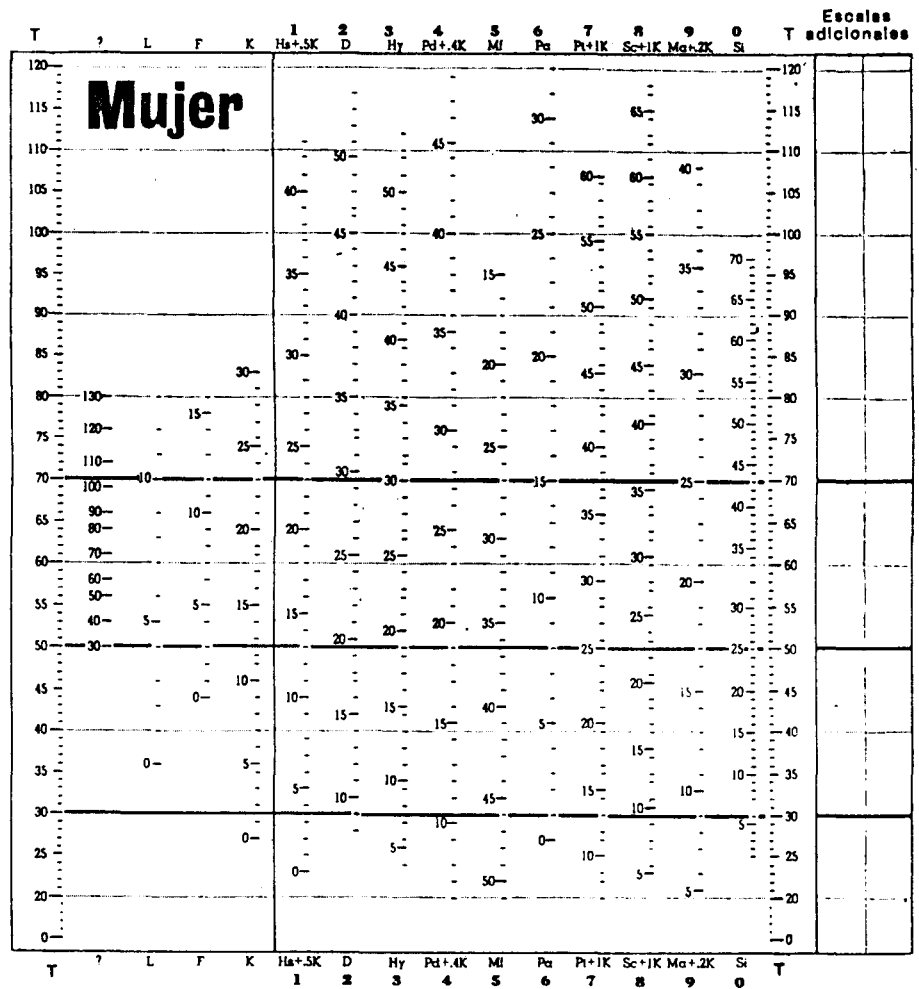
Apellidos y nombre: H. C. F. Estado civil: CASADO Edad: 43 Sexo: V

Profesión: CAMPO. Títulos o estudios académicos: PRIMERAS LETRAS



Fracciones K

Scale	1	2	3
30	15	12	6
29	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	2	1
2	1	1	0
1	1	1	0
0	0	0	0



Puntuaciones directas 16 8 21 30 27 18 25 14 25 30 25 36

Añadir K 4 3 8 8 2

P. D. Corregida 25 21 33 38 27

Puntuaciones directas _____

Añadir K _____

P. D. Corregida _____

Fecha de examen: 8-4-76. Corregido por: Dr. CASTILLO y Srta PEREZ AYO

CASO N°4. Enfermo P.J.D. Edad 49 años. H^a N°23.702

Antecedentes familiares. Sin interés.

Antecedentes personales. Paludismo; quiste hidatidico de hígado.

Enfermedad actual. Fué operado en 1.971, practicando sele quiste periquistectomia y vagotomia doble troncular con gastro yeyunostomia anterior isoperistaltica. En el mismo postoperatorio, - comienza con dolor en hipocondrio izquierdo, que a veces le despertaba por la noche y, que se aliviaba con la ingesta, acompañado de pirosis y vómitos biliosos. Perdida de peso. A la exploración dolor en hipocondrio izquierdo.

Analítica. Sin interés.

Quimismo gastrico. BAO: 6'050 meq/h.; MAO: 28'050 -- meq/h.

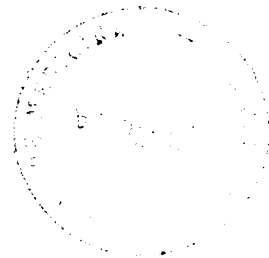
Radiología. Buen vaciamiento de boca anastomótica. - Bulbo duodenal retraido y compatible con gran nicho ulceroso.

Endoscopia. Ulcus profundo de boca anastomótica.

Hallazgos operatorios. Vagotomia toracica.

Relaciones afectivas del grupo familiar. Sujeto angustiado y deprimido, que centra su vida y sus problemas en su enfermedad interminable, sin encontrar salida airosa.

Problemas laborales. En trabajo dificil e inestable, se ve sujeto a una economia mediocre, que le limite en su quehacer diario.



CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD MMPI

Hoja de anotación y perfil

HA Nº: 23702.

Caso nº: 4.

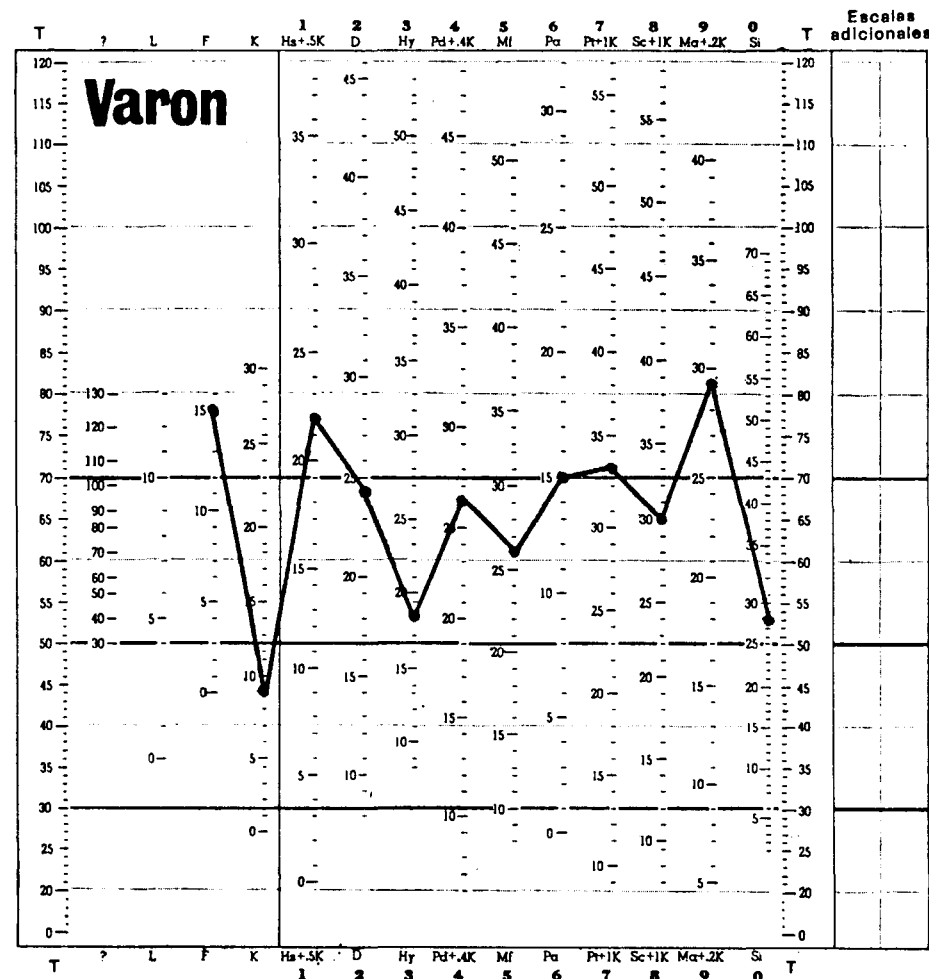
Apellidos y nombre: P. J. D.

Estado civil: CASADO

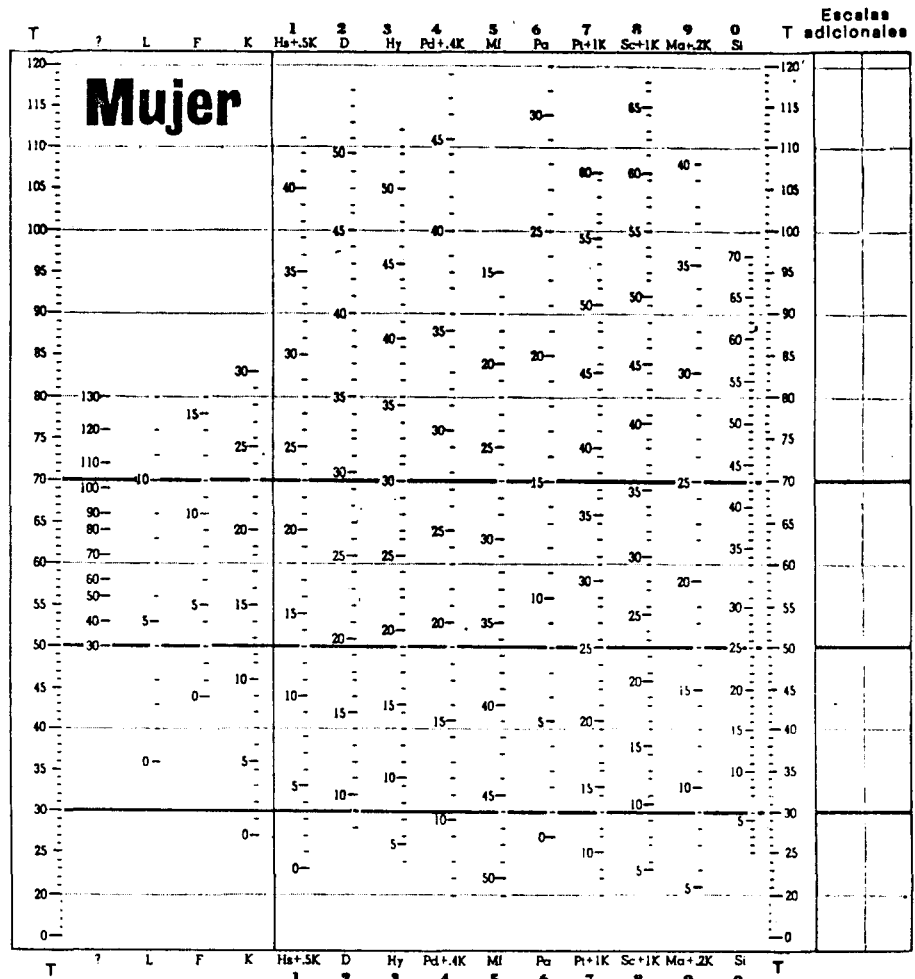
Edad: 49 Sexo: V

Profesión: CAJERO

Títulos o estudios académicos: PRIMERAS LETRAS



Puntuaciones directas	<u>15</u>	<u>9</u>	<u>17</u>	<u>24</u>	<u>18</u>	<u>22</u>	<u>26</u>	<u>15</u>	<u>24</u>	<u>21</u>	<u>27</u>	<u>27</u>
Añadir K	<input checked="" type="checkbox"/>							<u>4</u>		<u>9</u>	<u>9</u>	<u>2</u>
P. D. Corregida	<u>22</u>							<u>26</u>		<u>33</u>	<u>30</u>	<u>29</u>



Puntuaciones directas												
Añadir K												
P. D. Corregida												

Fecha de examen: 9-4-76 Corregido por: Dr. Carrillo y Srta. Perez Ayala

CASO N°5. Enfermo. R.M.S. Edad 44 años. H^a N°37.076

Antecedentes familiares. Padre muerto de estomago. -
Un hermano operado por Ulcus.

Antecedentes personales. Sin interés.

Enfermedad actual. Desde hace varios años, presenta intensa pirosis, acompañada de dolor epigástrico que se irradia en cinturón a la espalda, calmandose con la ingesta. No nauseas, pero si pesadez postpandial. A veces heces oscuras como alquitran. Explo
ración general sin hallazgos.

Analítica. Dentro de la normalidad.

Quimismo gástrico. BAO: 9'900 meq/h.; MAO: 43'220 --
meq/h.

Radiología. Estomago hipertónico con deformidad de -
bulbo duodenal y nicho ulceroso central.

Endoscopia. Edema de mucosa bulbar con imagen plana
y blanquecina, correspondiente a ulcus bulbar.

Hallazgos operatorios. Ulcus duodenal, practicandose
antrectomia a lo Billroth I y vagotomia.

Relaciones afectivas del grupo familiar. Sujeto tran-
quilo que niega haber tenido problemas ni a nivel de padres ni a ni-
vel de esposa.

Problemas laborales. Aunque en una situación proble-
matica por su profesión acepta las circunstancias y soporta los fac-
tores negativos.

Caso nº: 5

Nº nº: 37.076.

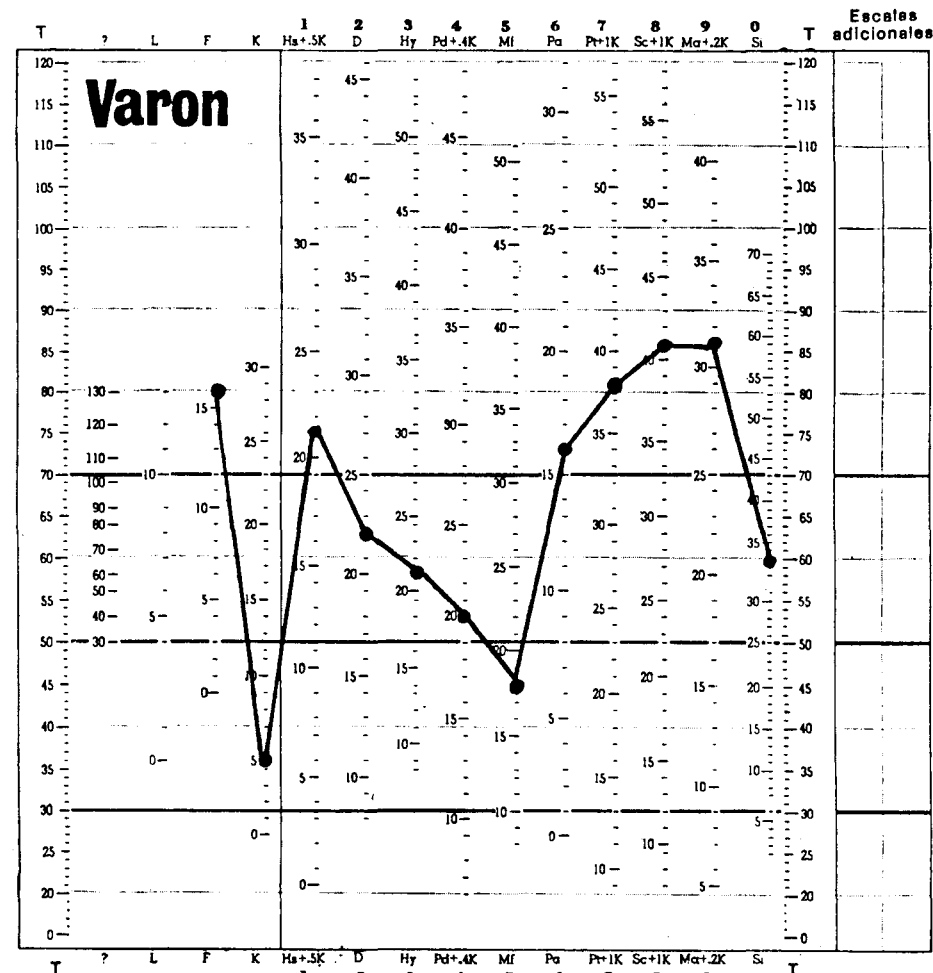
Apellidos y nombre: R-M-S.

Estado civil: CASADO

Edad: 44 Sexo: V

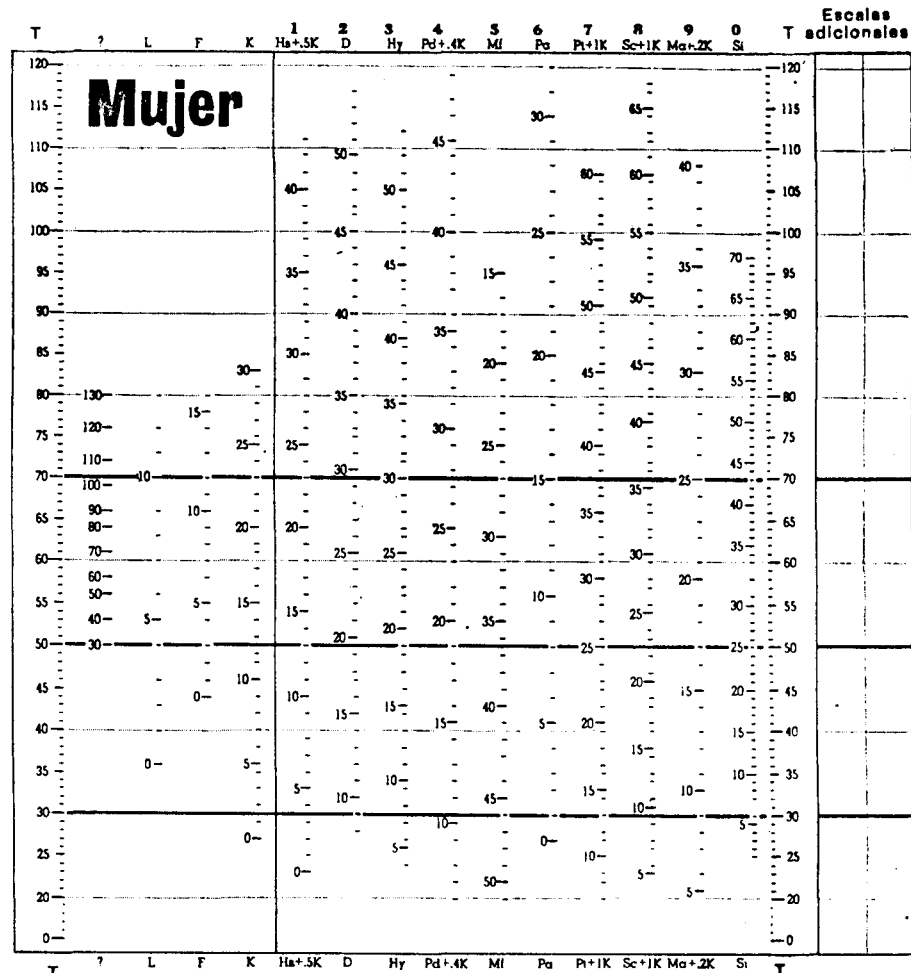
Profesión: CAMPO

Títulos o estudios académicos: PRIMERAS LETRAS



Fracciones K

K	1	2	3	4	5
30	15	12	6		
29	15	12	6		
28	14	11	6		
27	14	11	5		
26	13	10	5		
25	13	10	5		
24	12	10	5		
23	12	9	5		
22	11	9	4		
21	11	8	4		
20	10	8	4		
19	10	8	4		
18	9	7	4		
17	9	7	3		
16	8	6	3		
15	8	6	3		
14	7	6	3		
13	7	5	3		
12	6	5	2		
11	6	4	2		
10	5	4	2		
9	5	4	2		
8	4	3	2		
7	4	3	1		
6	3	2	1		
5	3	2	1		
4	2	2	1		
3	2	2	1		
2	1	1	0		
1	1	1	0		
0	0	0	0		



Puntuaciones directas: 16 5 18 22 21 18 18 16 33 36 30 33
 Añadir K: 3 2 5 5 1
 P. D. Corregida: 21 20 38 41 31

Puntuaciones directas: _____
 Añadir K: _____
 P. D. Corregida: _____

Fecha de examen: 20/4/76. Corregido por: Dr. Castillo y Srta Perez Aya

CASO N°6. Enfermo M.F.M. Edad 54 años. H^a N°37.131

Antecedentes familiares. Sin interés.

Antecedentes personales. Bebedor.

Enfermedad actual. Hace 20 días viene con dolor epigástrico que se calma con alcalinos, ardor retroesternal, pesadez postprandial, náuseas y vómitos. A veces ha tenido heces de color oscuro. Exploración general sin hallazgos.

Analítica. Sin interés.

Quimismo gástrico. No se practica.

Radiología. Bulbo con depósito de bario en pared anterior, con pliegues confluentes y edemas periféricos, correspondientes a un nicho ulceroso a este nivel.

Hallazgos operatorios. Se aprecia úlcus de primera porción duodenal, que estenosa al mismo. Hígado cirrótico. Se practica vagotomía doble troncular y gastroyeyunostomía posterior transmesocólica.

Relaciones afectivas del grupo familiar. Es un sujeto poco comunicativo, que no especifica ninguna alteración en el grupo familiar, aunque si exterioriza a veces, un gran componente de agresividad.

Problemas laborales. Si presenta problemas a este nivel, consecuencia de un trabajo inestable y de su enfermedad, según manifiesta.

Caso n.º: 6

H.º nº 37.181.

Apellidos y nombre: M-F-M.

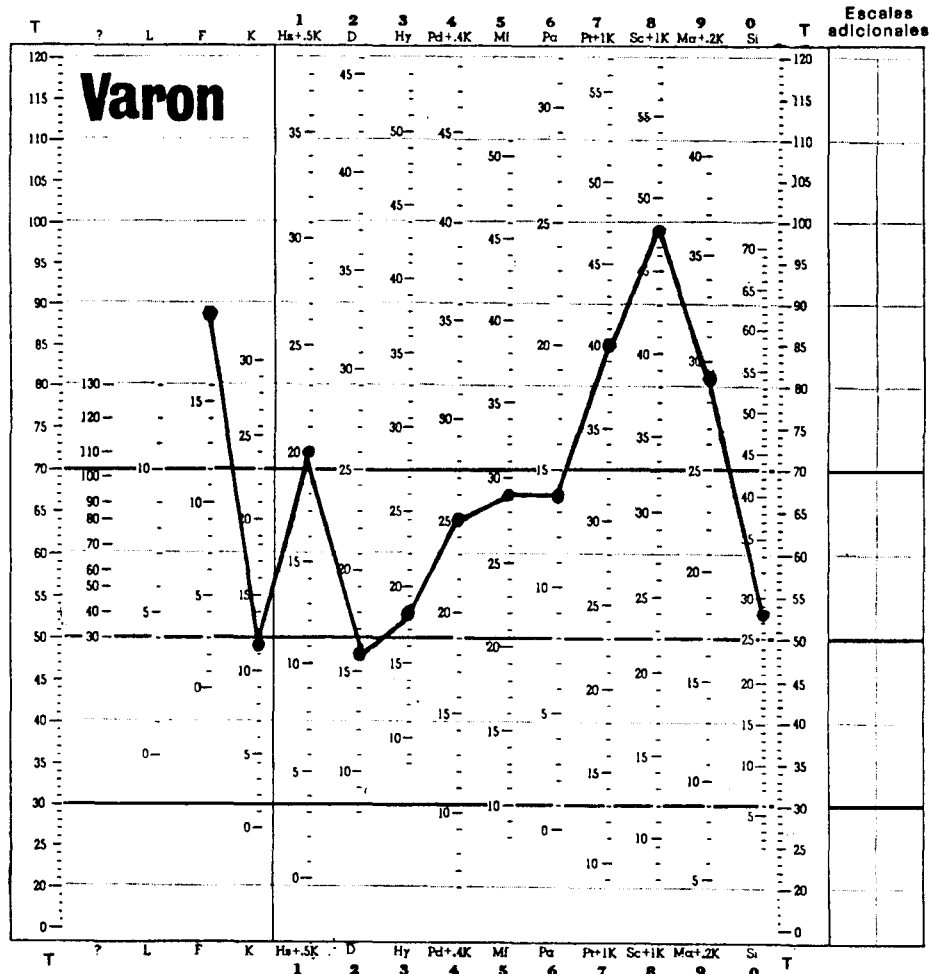
Estado civil: CASADO

Edad: 54

Sexo: V

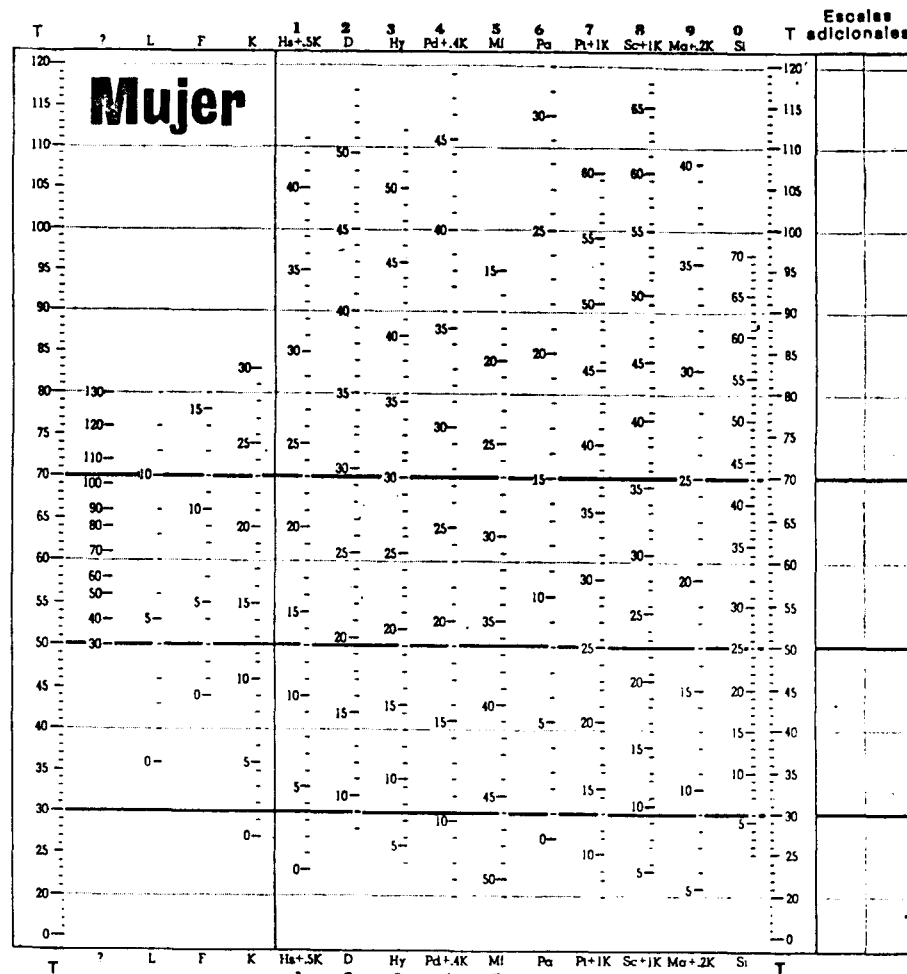
Profesión: CAMPO

Títulos o estudios académicos: PRIMERAS LETRAS



Fraciones K

K	L	A	J
30	15	12	6
29	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	2	1
2	1	1	0
1	1	1	0
0	0	0	0



Puntuaciones directas: 20 12 13 16 18 20 29 14 28 36 27 27

Añadir K: 7

P. D. Corregida: 20 25 40 48 29

Puntuaciones directas: _____

Añadir K: _____

P. D. Corregida: _____

Fecha de examen: 22/4/76. Corregido por: Dr. CASILLA y SRA. PEREZAY

CASO N°7. Enfermo A.M.A. Edad 41 años. H^a N°33.304

Antecedentes familiares. Sin interés.

Antecedentes personales. Sin interés.

Enfermedad actual. Pírosis constante desde hace un - año. Por la mañana aparece dolor intenso en puñalada a nivel epigástrico, con palidez y sudoración. Abdomen agudo a la exploración general.

Analítica. Dentro de la normalidad.

Quimismo gástrico. No se practica.

Radiología. En placa simple de abdomen, en bipedestación, se aprecia aire libre en cavidad peritoneal.

Hallazgos operatorios. Úlcus duodenal perforado. Se practica vagotomía doble troncular y piloroplastia.

Relaciones afectivas del grupo familiar. Sujeto introvertido, acompañado y superprotejido por la figura materna. Cuenta no haber tenido problemas familiares, por haber estado siempre - dirigido por su familia. Pocos amigos y vida social reducida.

Problemas laborales. Aunque no le gustaba, fué introducido por su padre en el trabajo del campo, al que se ha adaptado en mayor o menor grado. Economía mediana.

Caso nº: 7.

HA nº: 33304

Apellidos y nombre: A-M-A.

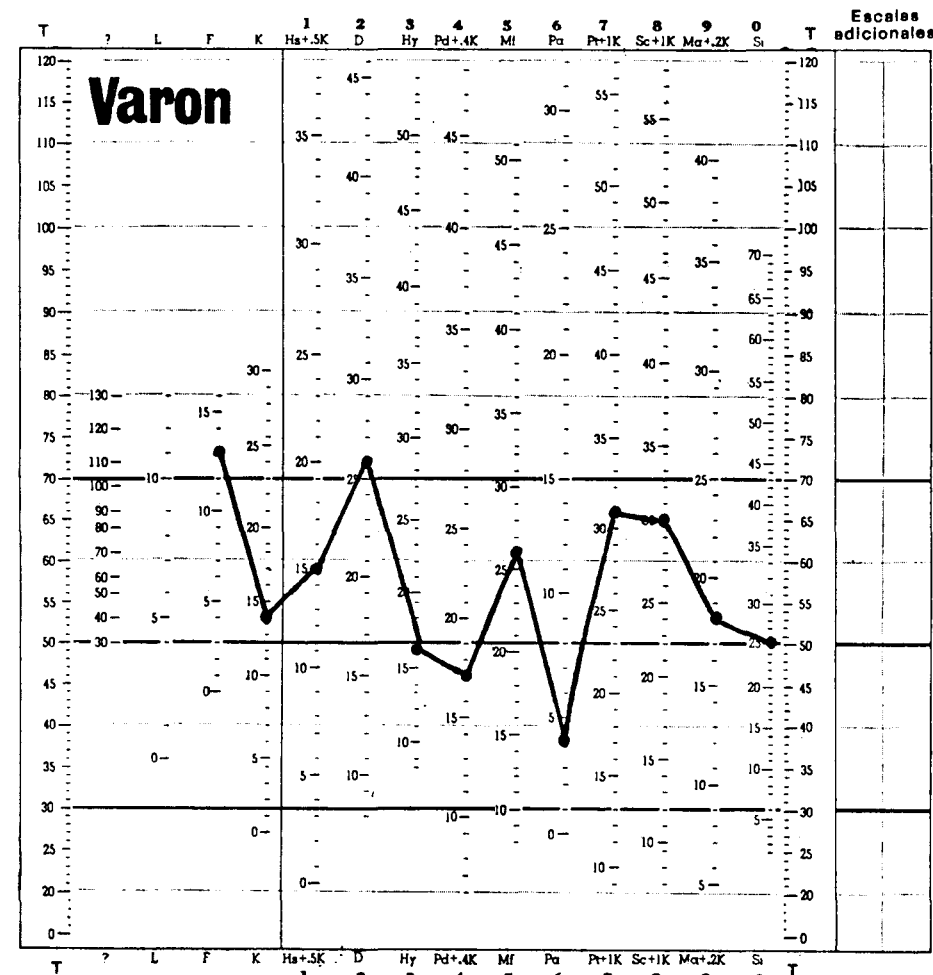
Estado civil: SOLTERO

Edad: 41

Sexo: V

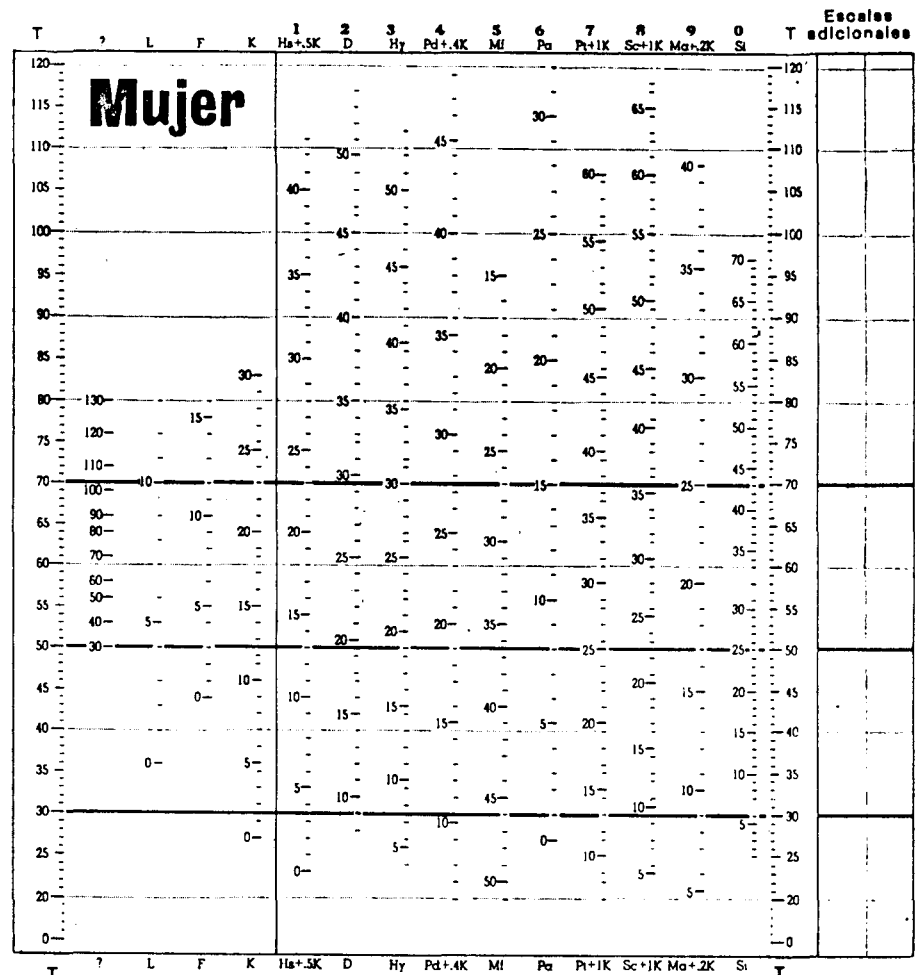
Profesión: AGRICULTOR

Títulos o estudios académicos: E. PRIMARIA.



Fracciones K

K	1	4	3
30	15	12	6
29	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	2	1
2	1	1	0
1	1	1	0
0	0	0	0



Puntuaciones directas: 13 14 8 26 16 11 26 4 17 16 15 25

Añadir K: 7 6 14 10 3

P. D. Corregida: 15 17 31 30 18

Puntuaciones directas: _____

Añadir K: _____

P. D. Corregida: _____

Fecha de examen: 18/10/76 Corregido por: DR. CASTILLO y SRA. PEREZ AYO.

CASO N°8. Enfermo R.L.R. Edad 31 años. H^a N°35.446

Antecedentes familiares. Sin interés.

Antecedentes personales. Fumador y bebedor.

Enfermedad actual. Intervenido por perforación de ulcus hace 9 meses, practicandosele cierre simple y epiploplastia. -- Desde entonces viene con dolor en hipocondrio derecho que aumenta - por la noche y se calma con alcalinos o con la ingesta, acompañado de nauseas y vómitos biliosos. Heces negras hace una semana. Exploración general sin hallazgos.

Analítica. Dentro de la normalidad.

Quimismo gastrico. BAO: 2'990 meq/h.; MAO: 21'00 --- meq/h.

Radiología. Deformación de bulbo duodenal.

Endoscopia. Ulcus bulbar.

Hallazgos operatorios. Ulcus bulbar, practicandose - vagotomía doble troncular y piloroplastia.

Relaciones afectivas del grupo familiar. Sujeto que al no aceptar la vida familiar, se ha desligado de la misma cada -- vez mas, aunque no por ello se encuentra satisfecho. Dice tener su visión propia de la vida y aunque controlada, manifiesta cierto grado de agresividad.

Problemas laborales. Aunque no especifica la causa, se encuentra en el desempleo, al que se adapta a pesar de la defi--ciente situación económica, que parece aceptar.

Caso nº: 8.

Hª N.º: 35446.

Apellidos y nombre: R.L.R.

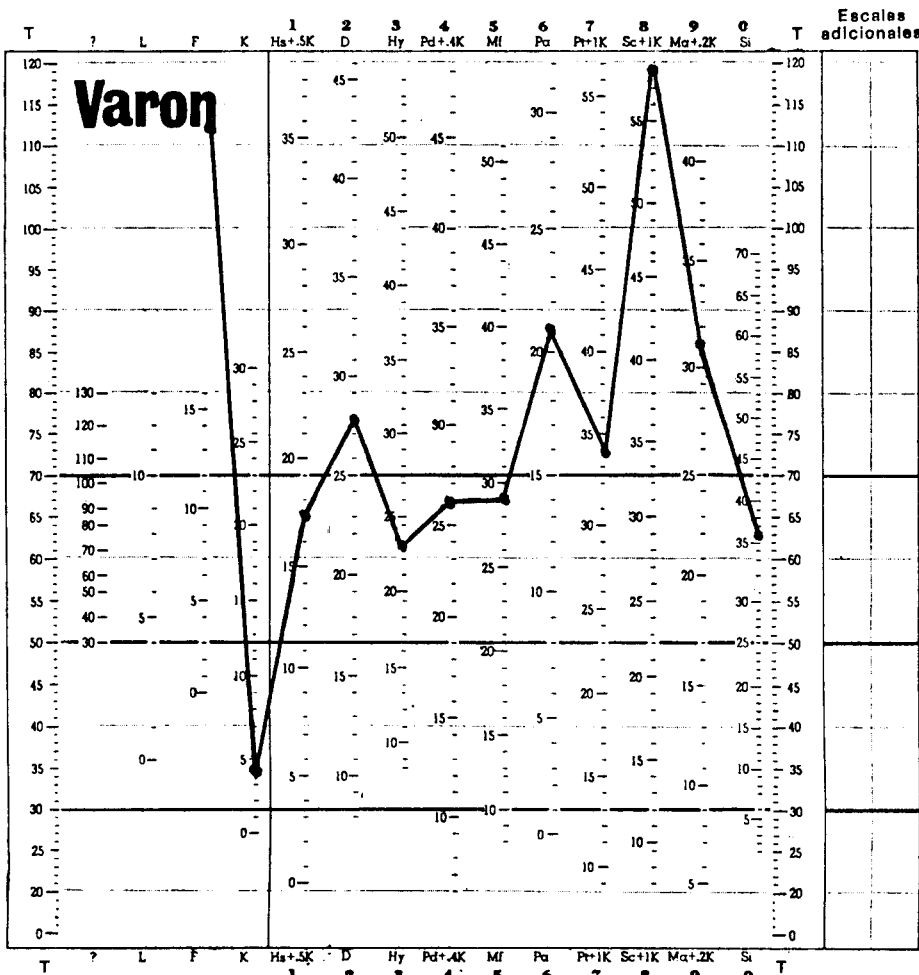
Estado civil: V

Edad: 31

Sexo: V

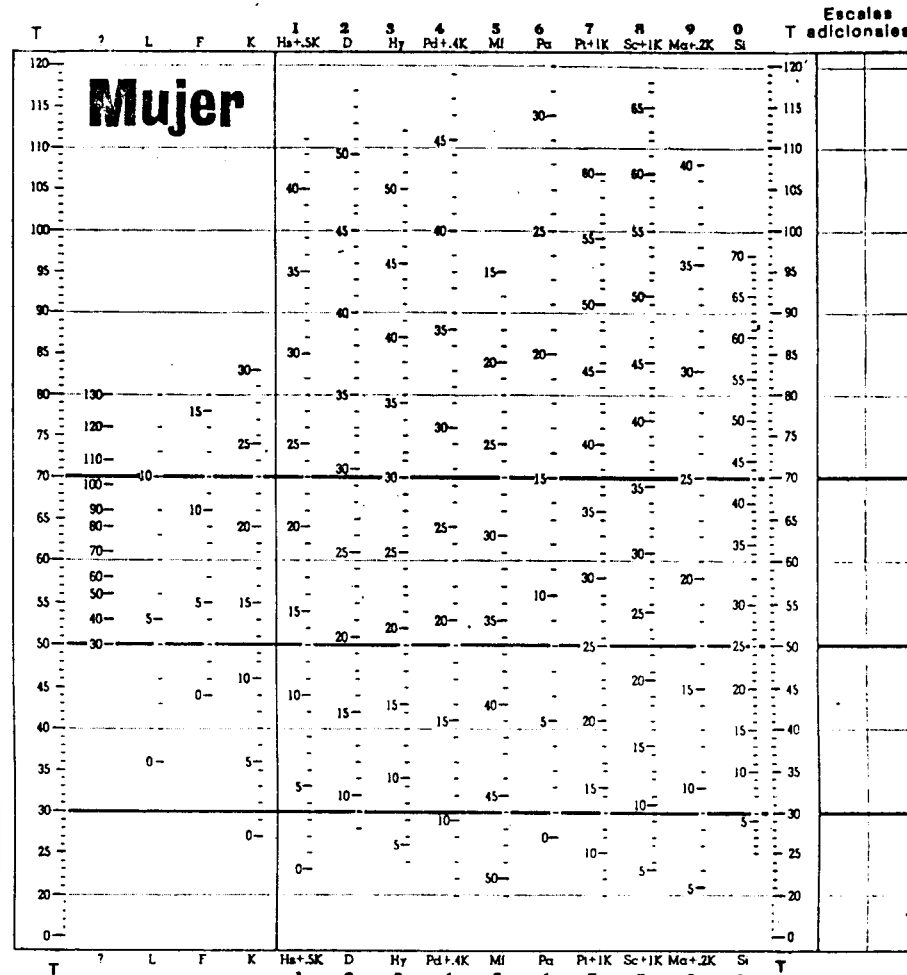
Profesión: YORNERO (DESEMPLEO)

Títulos o estudios académicos: ANALFABETO



Fracciones K

K	L	F	T
30	15	12	6
29	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	2	1
2	1	1	0
1	1	1	0
0	0	0	0



Puntuaciones directas: 35 4 14 29 23 24 29 21 30 49 30 36
 Añadir K: 3 2 4 4 1
 P. D. Corregida: 17 26 34 53 31

Puntuaciones directas: _____
 Añadir K: _____
 P. D. Corregida: _____

Fecha de examen: 4-11-76 Corregido por: Dr. Castilla y Leta Pérez Ay

CASO N°9. Enfermo. D.L.R. Edad 66 años. H^a N°40.477

Antecedentes familiares. Sin interés.

Antecedentes personales. Ligeramente fumador y bebedor.

Enfermedad actual. A los 18 o 20 años comienza con dolor en epigastrio que remitía con la ingesta y alcalinos, apareciendo generalmente en primavera y otoño. Desde hace dos años se presenta también en hipocondrio derecho, con irradiación en cinturón, acompañado de vómitos biliares y orinas colúricas. En la exploración general, dolor en epigastrio e hígado de dos traveses de dedos.

Analítica. Leucocitosis.

Quimismo gástrico. BAO: 5'250 meq/h.; MAO 36'540 --- meq/h.

Raiología. Estomago con peristáltica aumentada y dificultad evacuadora. Bulbo duodenal deformado con marcada falta de repleción, compatible con úlcus antiguo.

Endoscopia. Bulbo duodenal deformado con marcada fibrosis y gran úlcera de cara anterior, de aspecto calloso.

Hallazgos operatorios. Úlcus duodenal con gran componente inflamatorio que engloba a vías biliares. Se practica gastroyunostomía isoperistáltica.

Relaciones afectivas del grupo familiar. Sujeto poco comunicativo que escasamente describe dificultades de comunicación a nivel de padres y hermanos, en un ambiente de difícil desenvolvimiento económico, donde pronto tiene que comenzar una actividad laboral y falta de comunicación positiva entre padre y madre.

Con su esposa e hijos mantiene una postura pasiva.

Problemas laborales. Sujeto a una profesión inestable y mal remunerada, sufre a través de los años altas y bajas, estando siempre presente el problema económico y la limitación ambiental.

Caso n.º : 9.

Hoja de anotación y perfil

HA N.º: 40477.

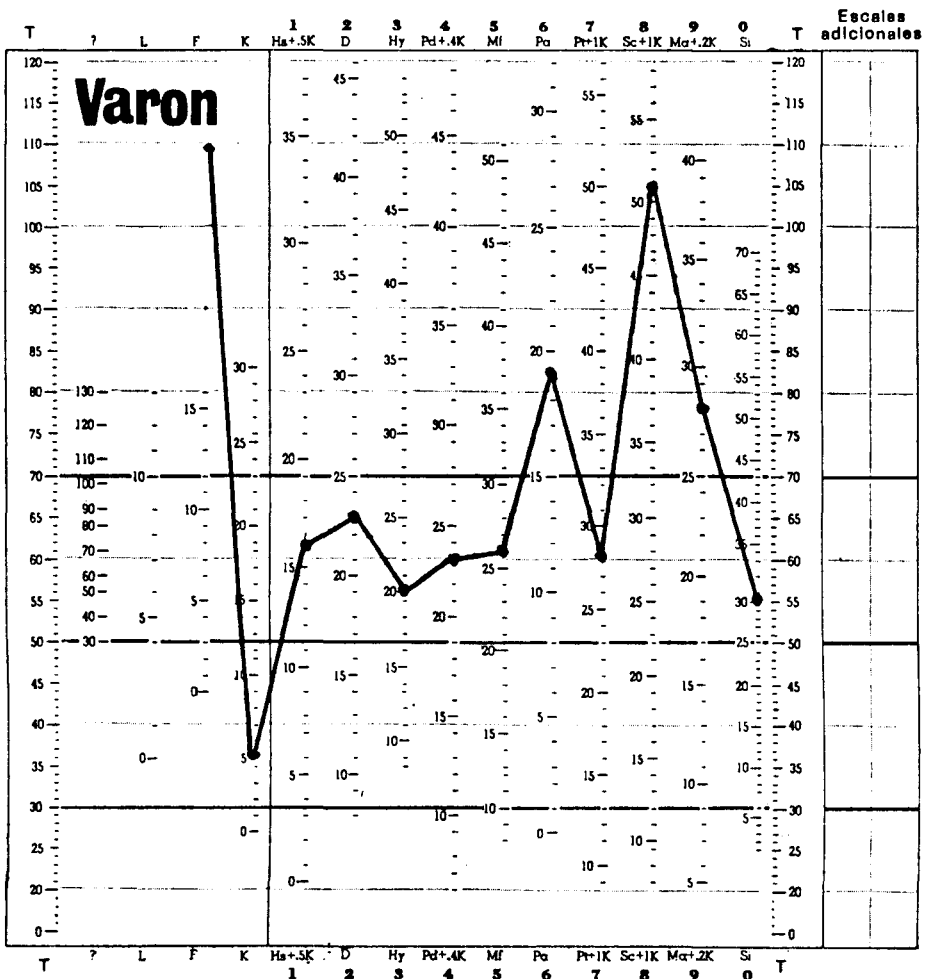
Apellidos y nombre: D.L.R.

Estado civil: e

Edad: 66 Sexo: V

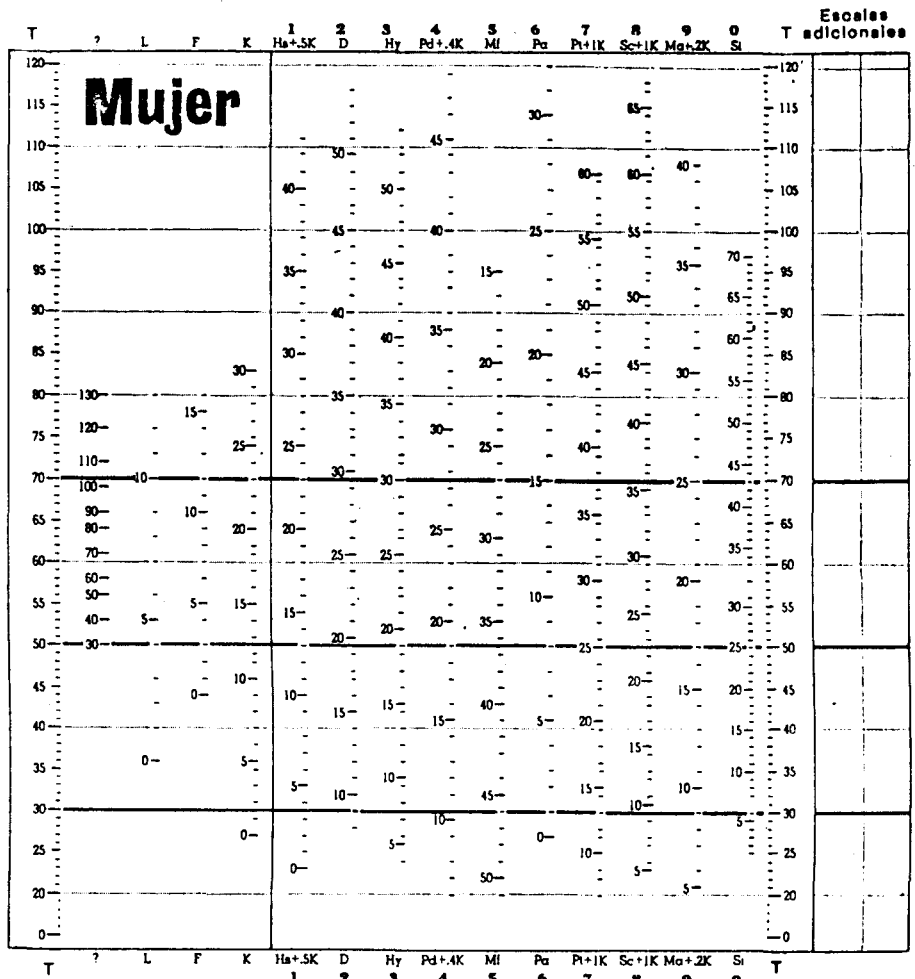
Profesión: PANADERO

Títulos o estudios académicos: PRIMERA S LETRAS



Fracciones K

K	3	4	5
30	15	12	6
29	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	2	1
2	1	1	0
1	1	1	0
0	0	0	0



Puntuaciones directas: 29 5 13 23 20 21 26 19 33 46 27 30
 Añadir K: 3 2 5 5 1
 P. D. Corregida: 16 23 38 51 28

Puntuaciones directas: _____
 Añadir K: _____
 P. D. Corregida: _____

Fecha de examen: 8-2-77. Corregido por: Dr. Casillas y Sr. Pérez Ay.

CASO N°10. Enfermo S.J.A. Edad 44 años. H^a N°30.178.

Antecedentes familiares. Sin interés.

Antecedentes personales. En 1.974 comienza con clínica de ulcus duodenal, que le proporciona capacidad laboral limitada. Se diagnóstica endoscópicamente, con estenosis de segunda porción duodenal y se practica hemigastrectomía tipo Billroth II. En 1.975 comienza nuevamente con la clínica y en 1.976 endoscópicamente se aprecian 5 úlceras de boca anastomótica y se practica anastomosis de asa en pie de Braun.

Enfermedad actual. Después de la última intervención sigue con dolor periumbilical, que se alivia con alcalinas, náuseas vómitos y heces negras. Exploración general sin hallazgos.

Analítica. Dentro de la normalidad.

Quimismo gástrico. BAO: 2'850 meq/h.; MAO: 9'500 --- meq/h.

Radiología. No se aprecian anomalías.

Endoscopia. Úlcus de boca anastomótica.

Hallazgos operatorios. En la primera intervención se aprecia úlcus de cara posterior de bulbo, adherido a páncreas.

Relaciones afectivas del grupo familiar. Criado en ambiente familiar hostil ha sido víctima de malos ejemplos y falta de orientación y ayuda por parte de los padres. Su matrimonio carece de unión y parecen existir factores discordantes en la pareja.

Problemas laborales. Sujeto a un trabajo poco remunerado, ocasiona problemas económicos que repercuten en el matrimonio.

Caso nº: 10.

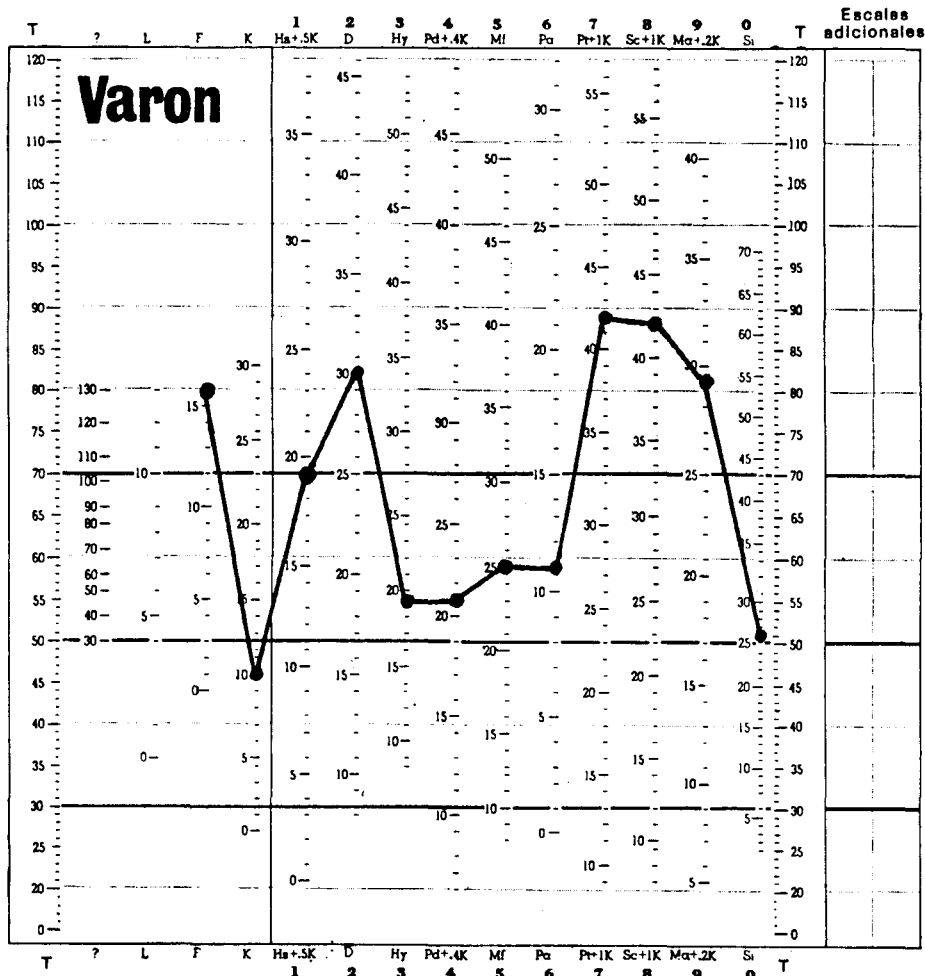
Hº nº: 30.178.

Apellidos y nombre: J-J-A

Estado civil: CASADO Edad: 40 Sexo: V

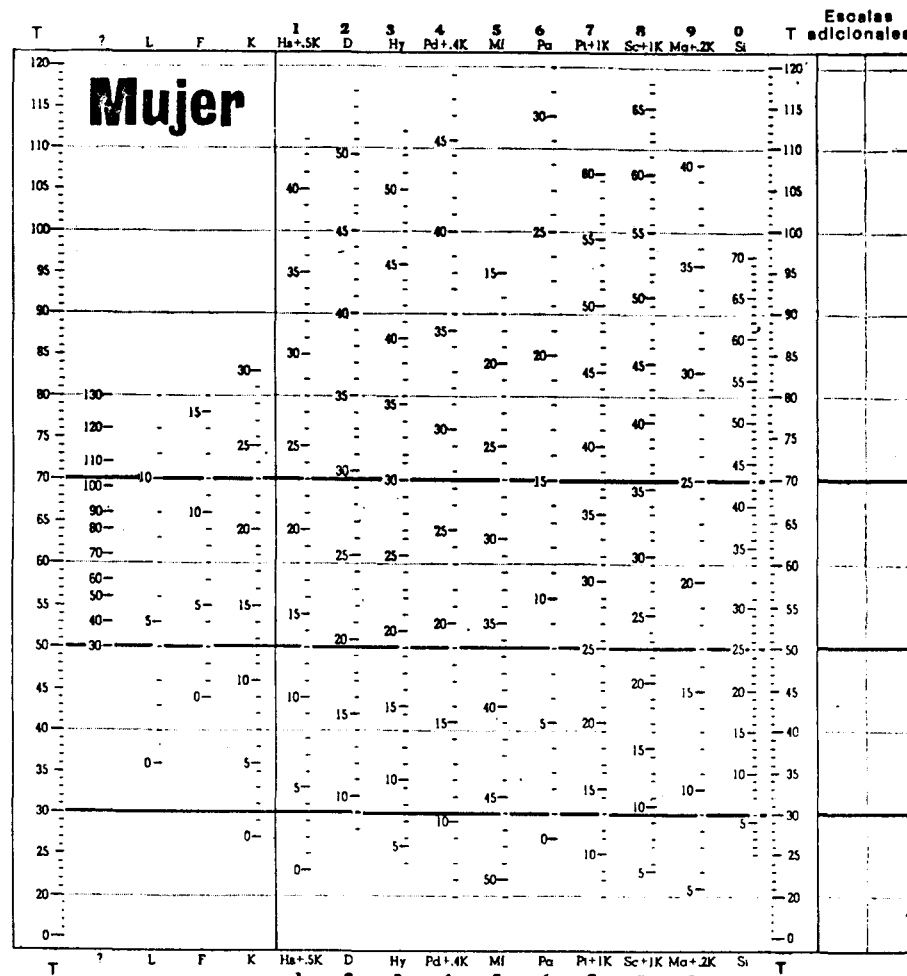
Profesión: ALBAÑIL

Títulos o estudios académicos: PRIMERAS LETRAS



Fraciones K

K	1	2	3	4	5
30	15	12	6		
29	15	12	6		
28	14	11	6		
27	14	11	5		
26	13	10	5		
25	13	10	5		
24	12	10	5		
23	12	9	5		
22	11	9	4		
21	11	8	4		
20	10	8	4		
19	10	8	4		
18	9	7	4		
17	9	7	3		
16	8	6	3		
15	8	6	3		
14	7	6	3		
13	7	5	3		
12	6	5	2		
11	6	4	2		
10	5	4	2		
9	5	4	2		
8	4	3	2		
7	4	3	1		
6	3	2	1		
5	3	2	1		
4	2	2	1		
3	2	2	1		
2	1	1	0		
1	1	1	0		
0	0	0	0		



Puntuaciones directas: 16 10 14 30 19 17 25 11 32 32 27 26
 Añadir K: 5 4 10 10 2
 P. D. Corregida: 19 21 42 42 29

Puntuaciones directas: _____
 Añadir K: _____
 P. D. Corregida: _____

Fecha de examen: 8/2/77. Corregido por: Dr. CASTILLA y SRA. PEREZ A.

CASO N°11. Enfermo G.F.P. Edad 56 años. H^a N°24.948.

Antecedentes familiares. Sin interés.

Antecedentes personales. Litiasis renal.

Enfermedad actual. A los 15 años comienza con ardores, que según manifiesta el enfermo aumentaban cuando surgia algún problema, pero hace 6 años es cuando comienza el dolor de localización epigástrica, que se alivia con alcalinos y la ingesta, apareciendo a veces de noche; ha veces a tenido vómitos. Estreñido a veces. Exploración general sin hallazgos.

Analítica. Sin interés.

Quimismo gástrico. No se practica.

Radiología. Estomago hipertónico con bulbo duodenal deformado y de bordes desflecados, con imagen compatible con úlcera.

Endoscopia. Úlcera bulbar alargada y poco profunda que produce estenosis en segunda porción duodenal.

Relaciones afectivas del grupo familiar. Desengaño amoroso que le da mucha importancia en su juventud. A los 20 años es víctima de un fraude por parte de su familia, que le impone que qu darse sin una finca, que era toda su propiedad y al mismo tiempo - sin trabajo. Se casa joven, pero a los pocos años tiene relaciones extramatrimoniales duraderas, que le acarrearán muchos problemas con su mujer, incluso después de terminarlas.

Problemas laborales. Al quedarse sin la finca tiene que luchar mucho en el orden laboral para estabilizarse económicamente y organizar su vida.

Caso Nº: 11.

Hoja de anotación y perfil

Nº A: 24948.

Apellidos y nombre: G. F. P.

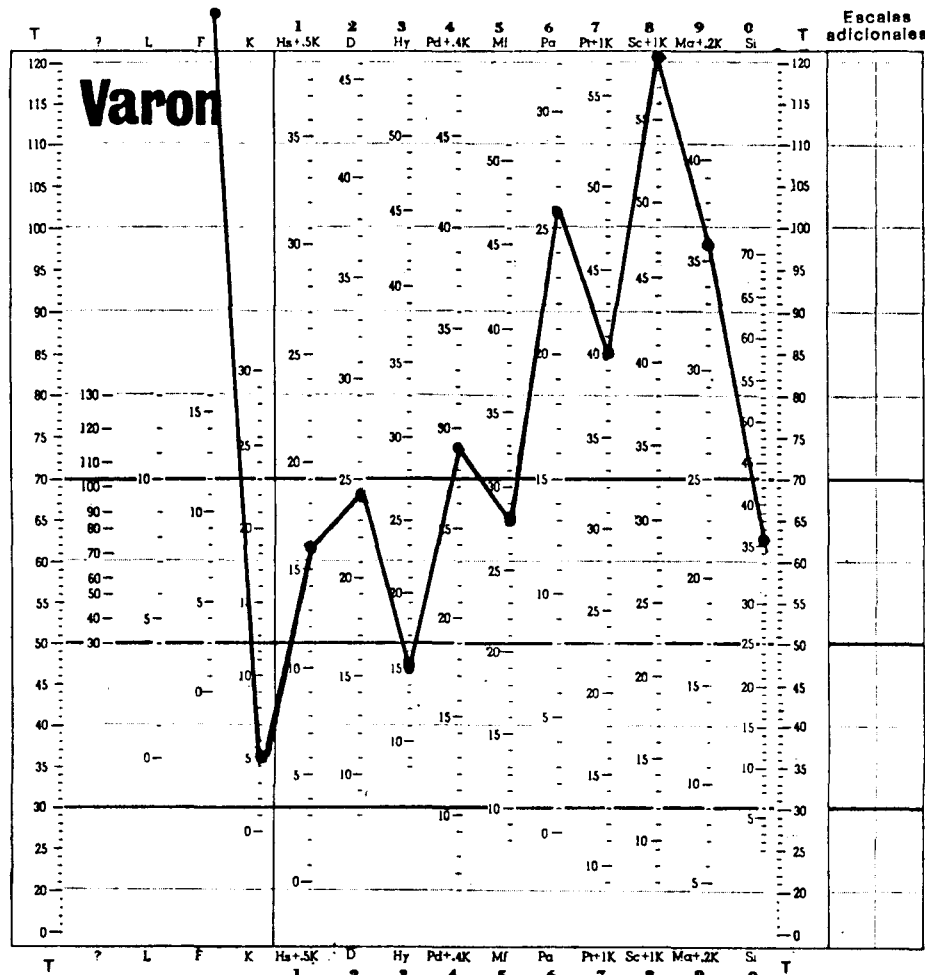
Estado civil: C

Edad: 56

Sexo: U

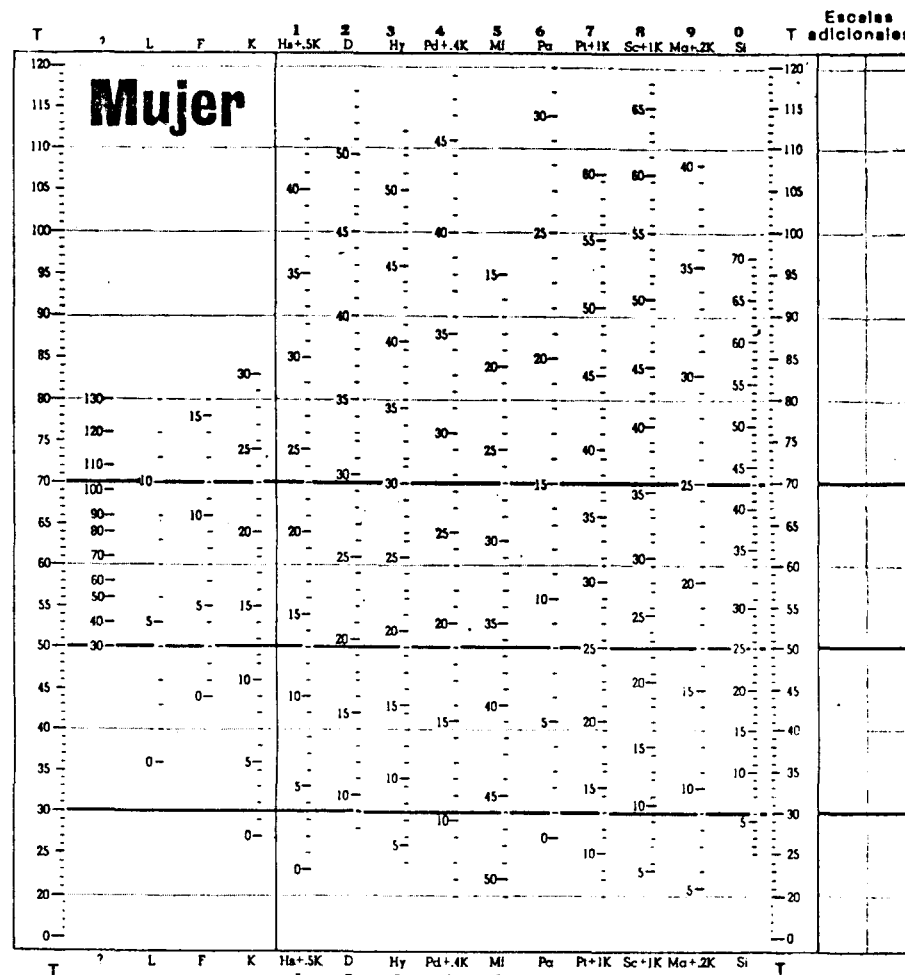
Profesión: CAMPO

Títulos o estudios académicos: ENSEÑANZA PRIMARIA



Fraciones K

K	1	2	3	4	5
30	15	12	6	6	6
29	15	12	6	6	6
28	14	11	6	6	6
27	14	11	5	5	5
26	13	10	5	5	5
25	13	10	5	5	5
24	12	10	5	5	5
23	12	9	5	5	5
22	11	9	4	4	4
21	11	8	4	4	4
20	10	8	4	4	4
19	10	8	4	4	4
18	9	7	4	4	4
17	9	7	3	3	3
16	8	6	3	3	3
15	8	6	3	3	3
14	7	6	3	3	3
13	7	5	3	3	3
12	6	5	2	2	2
11	6	4	2	2	2
10	5	4	2	2	2
9	5	4	2	2	2
8	4	3	2	2	2
7	4	3	1	1	1
6	3	2	1	1	1
5	3	2	1	1	1
4	2	2	1	1	1
3	2	2	1	1	1
2	1	1	0	0	0
1	1	1	0	0	0
0	0	0	0	0	0



Puntuaciones directas: 41 13 24 15 27 28 26 35 54 35 36
 Añadir K: 3 2 5 5 1
 P. D. Corregida: 16 29 40 59 36

Puntuaciones directas: _____
 Añadir K: _____
 P. D. Corregida: _____

Fecha de examen: 1-3-77 Corregido por: Dr. Castilla y Soja Perez Ay

CASO N°12. Enfermo D.G.F. Edad 41 años. H^a N°9.466.

Antecedentes familiares. Según dice, algunos muy -- nerviosos.

Antecedentes personales. Sin interés.

Enfermedad actual. Desde hace unos 9 años viene con dolor epigástrico acompañado de náuseas, que se alivia con alcalinos y con la ingesta. No vómitos ni hematemesis. Exploración general sin interés.

Quimismo gástrico. BAO: 4'240 meq/h.; MAO: 40'600 - meq/h.

Radiología. Estómago hipertónico. Bulbo duodenal de formado y edematoso, secundario a una lesión ulcerosa de cara ante rior del mismo.

Endoscopia. En este estudio no se identifica ninguna lesión específica.

Hallazgos operatorios. Úlcera ligeramente callosa - de primera porción duodenal. Se practica antrectomía con Billroth I y vagotomía doble troncular.

Relaciones afectivas del grupo familiar. A los 8 -- años por problemas familiares, el padre abandona el hogar dejándolos en la más completa miseria, no teniendo la familia economía ni para cubrir las necesidades mínimas. Describe como busca a un padre, solo para que le diera de comer y su padre le rechaza y le pe ga. A los 9 años queda dormido en una vía de ferrocarril, pasando-le el tren por encima y siendo herido en la cabeza. Aunque dice -- que perdió la conciencia en el accidente, muchas veces, en sueños, le ha vuelto a pasar el tren por encima, aunque para él ha sido un hecho real.

Problemas laborales. Angustia por trabajar más y me jor, probablemente para garantizar su economía.

Caso Nº: 12

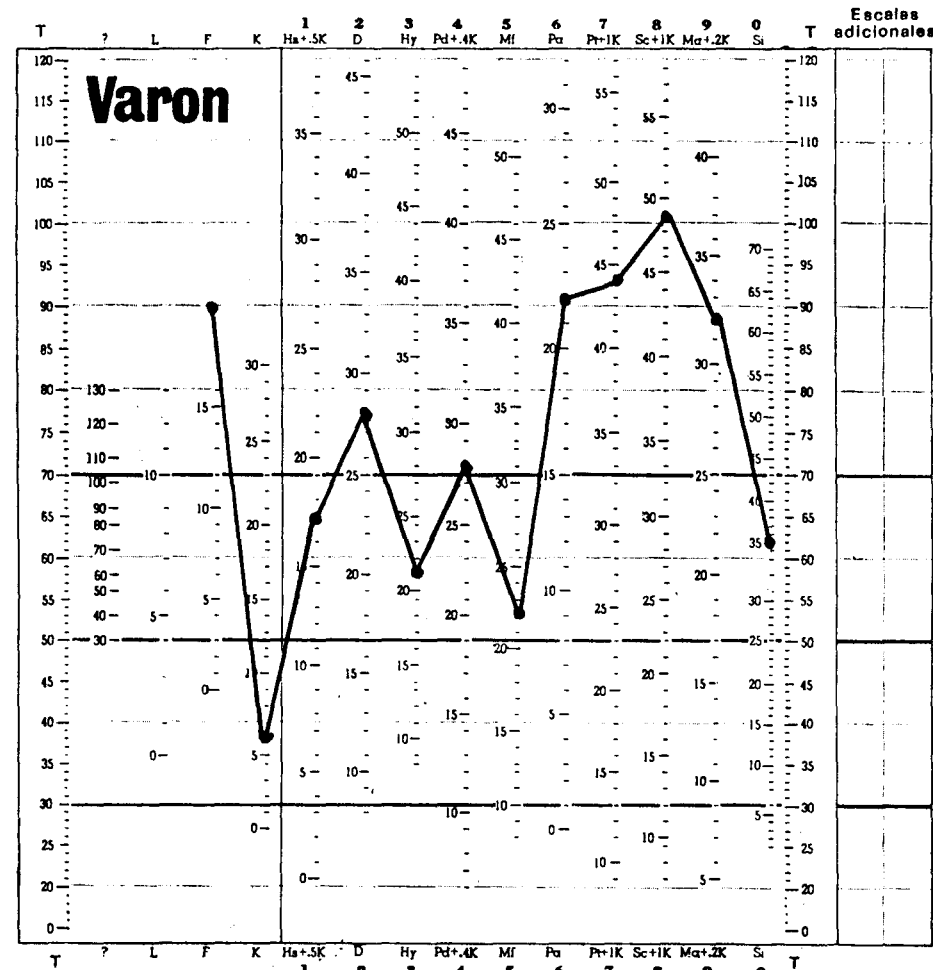
Apellidos y nombre: D.G.F.

Estado civil: C

Edad: 41 Sexo: V

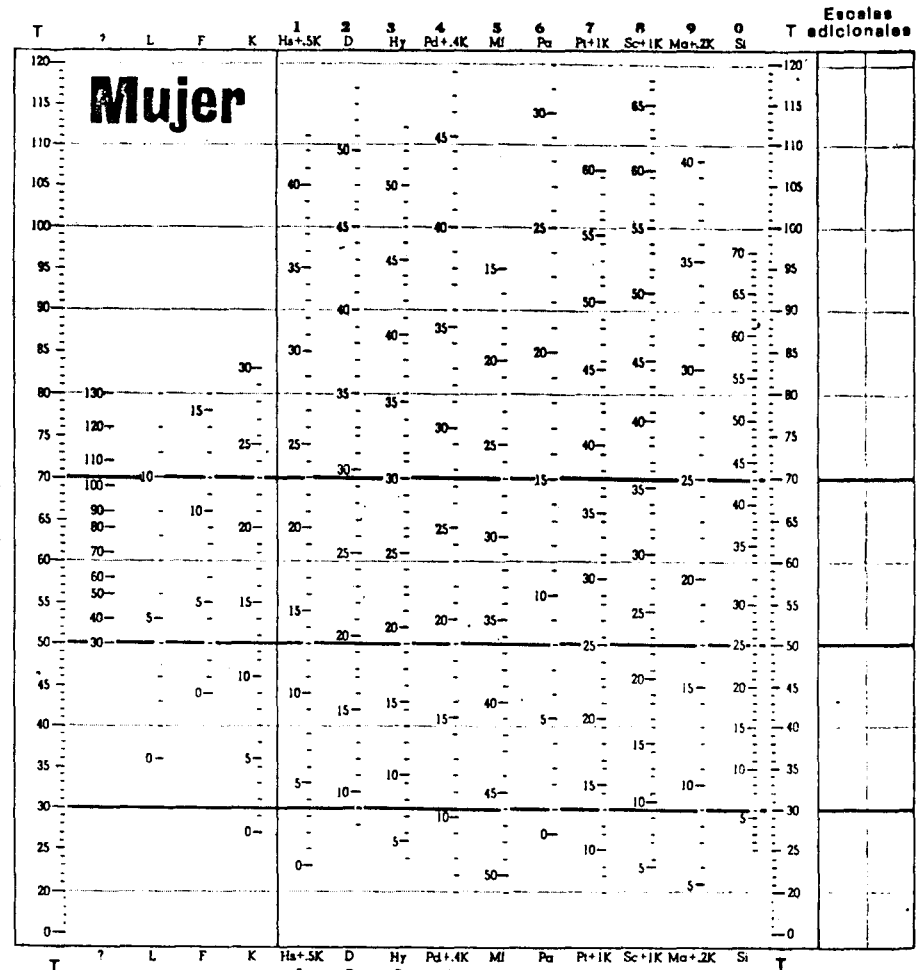
Profesión: CAMPO

Títulos o estudios académicos: PRIMERA LETRAS



Fraciones K

1	2	3	4
30	15	12	6
29	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	2	1
2	1	1	0
1	1	1	0
0	0	0	0



Puntuaciones directas: 21 6 14 28 21 26 23 22 38 43 31 35

Añadir K: 3 2 6 6 1

P. D. Corregida: 17 28 44 49 32

Puntuaciones directas: _____

Añadir K: _____

P. D. Corregida: _____

Fecha de examen: 4-3-77

Corregido por: Dr. Castilla y Srta. Perez

CASO N°13. Enfermo C.B.J. Edad 35 años.H^a N°39.985.

Antecedentes familiares. Tres tios ulcerosos.

Antecedentes personales. Sin interés.

Enfermedad actual. A los 11 años comienza con ardor retrosternal intenso, coincidiendo con los cambios estacionales, -- que se aliviaba con la ingesta o el vómito, siendo a veces de aparición nocturna. Posteriormente aparece dolor epigástrico y pesadez post-pandrial. Exploración general sin hallazgos.

Analítica. Sin interés.

Quimismo gástrico. BAO: 3'200 meq/h.; MAO: 25'200 -- meq/h.

Radiología. Deformación bulbar y gran edema de mucosa, compatible con ulcus duodenal.

Endoscopia. Marcados signos inflamatorios a nivel de mucosa duodenal, con ulceración en bulbo duodenal.

Hallazgos operatorios. Ulcus de bulbo duodenal, practicándose gastrectomía 2/3 con vagotomía doble troncular.

Problemas afectivos del grupo familiar. Culpa a su padre de egoísmo e indiferencia ante la familia, ya que al no preocuparse por ellos, ha pasado muchas necesidades. Por otro lado, consumía la aportación que hacía la madre a la casa, dejando a un lado a los hijos. Además culpa al padre de la muerte de un hermano, por indiferencia ante su enfermedad. Influenciado también por los espectáculos sexuales, vistos en la casa, no solamente permanece soltero sino que no ha sido nunca capaz de realizar un acto sexual. A los 11 años le pone su padre a trabajar, contrayendo hábitos como el tabaco y la droga, para evadirse de los problemas de la familia.

Problemas laborales. Vive con independencia económica de la familia, aunque sigue durmiendo en casa, por su madre.

Caso N.º : 13.

N.º : 39985

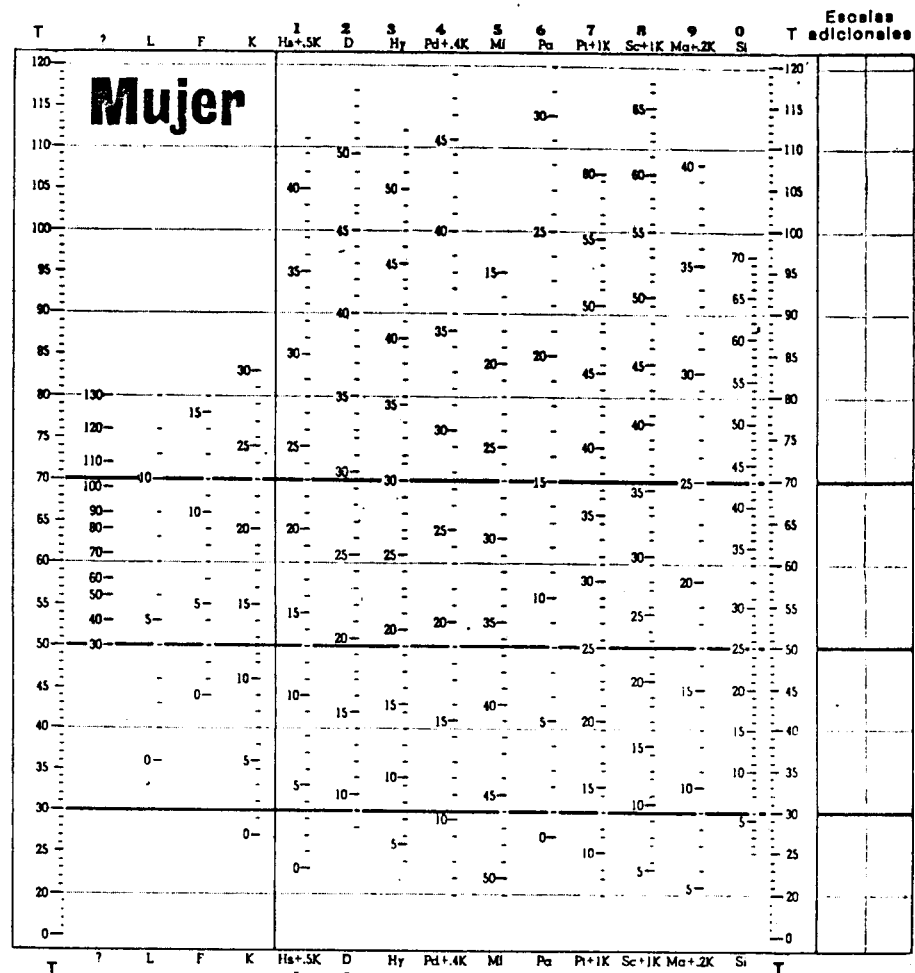
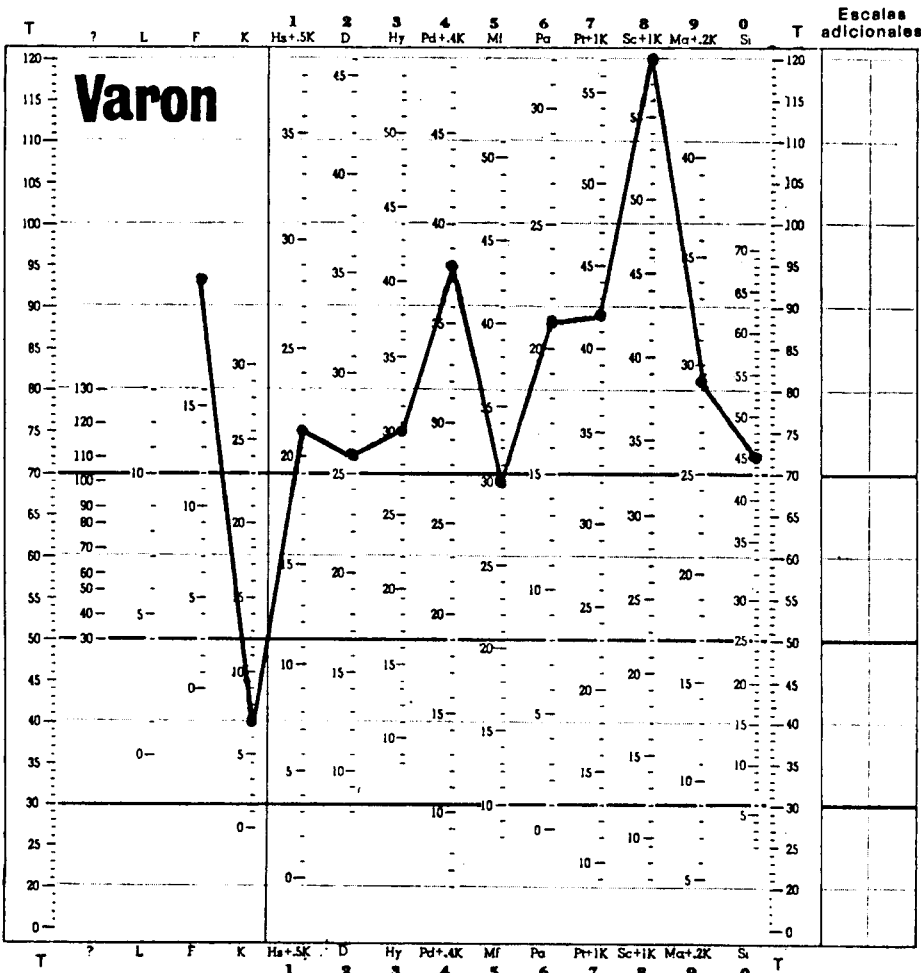
Apellidos y nombre: C.-B.-J.

Estado civil: SOLTERO

Edad: 35 Sexo: V

Profesión: CONSTRUCCION

Títulos o estudios académicos: ENSEÑANZA PRIMARIA.



Puntuaciones directas: 25 7 17 26 30 35 30 21 35 52 28 45
 Añadir K: 4 3 7 7 1
 P. D. Corregida: 21 38 42 59 29

Puntuaciones directas: _____
 Añadir K: _____
 P. D. Corregida: _____

Fecha de examen: 24-6-77. Corregido por: Dr. Castillo y Soza Perez A

GRUPO DE MUJERES CON FIABILIDAD ALTA

=====

CASO N°14. Enferma B.A.M. Edad 42 años. H^a N°30.257

Antecedentes familiares. Sin interés.

Antecedentes personales. Quiste hidatidico. Tifoi--
deas. Mastopatia fibroquistica.

Enfermedad actual. Desde hace 6 años dolor en epi--
gastrio irradiado a hipocondrio derecho, que se calma con la inges--
ta y con los alcalinos, acompañado de nauseas y vómitos. A veces -
ha sido de aparición nocturna en una ocasión ha tenido hematemesis.
Exploración general sin hallazgos.

Analitica. Sin interés.

Quimismo gastrico. BAO: 2'750 meq/h.; MAO: 24'750 -
meq/h.

Radiologia. Estomago hipertónico con deformación --
bulbar e imagen compatible con ulcus y edema periulceroso.

Endoscopia. Ulceración alargada y poco profunda, en
bulbo duodenal. Se aprecia además hernia hiatal con ligera irrita--
ción de bordes.

Relaciones afectivas del grupo familiar. De pequeña
ha estado siempre con una libertad muy condicionada al cerco pater--
no. Como consecuencia de sus multiples enfermedades, se encuentra
siempre preocupada y pensando un un mal desenlace. Hace 6 años al
morir su madre, comienzan nuevos problemas con su padre, por el de--
seo de este de convertirse en el circulo de su vida.

Problemas laborales. Desde hace tiempo se encuentra
preocupada por la inestabilidad laboral y economica de su marido.

Caso N.º: 14.

HA N.º: 30257.

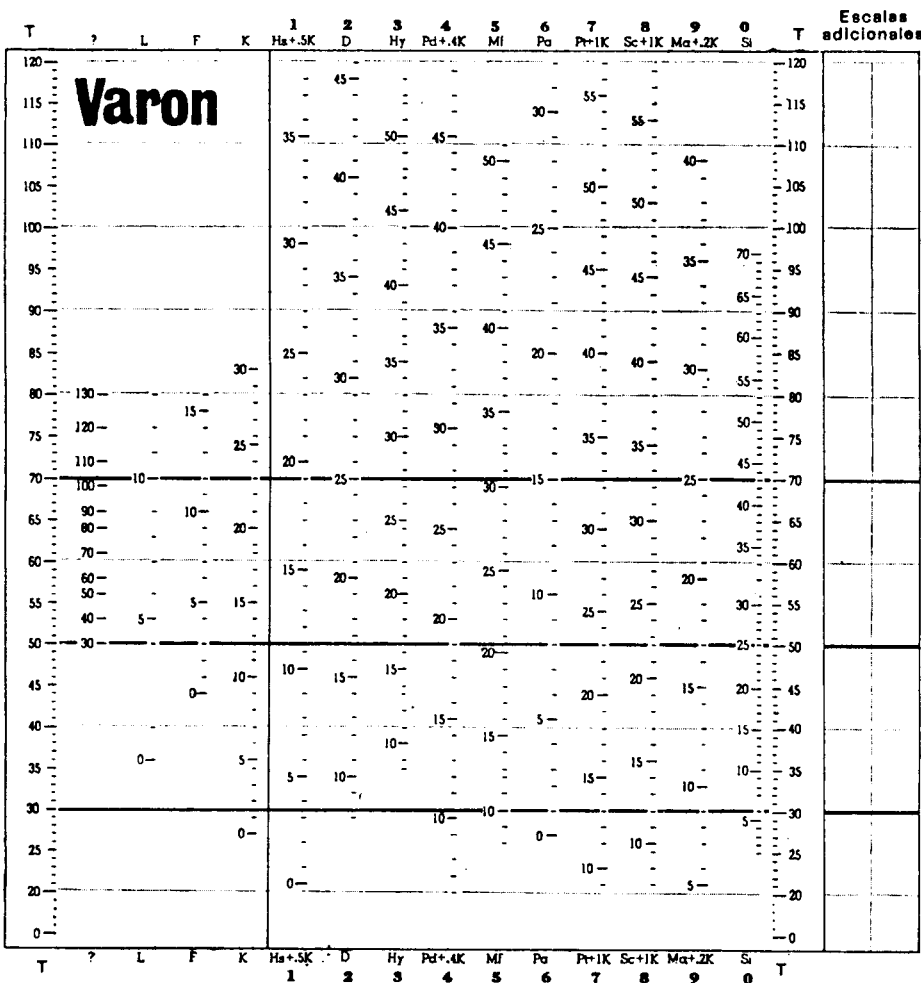
Apellidos y nombre: B. D. M.

Estado civil: C

Edad: 42 Sexo: H.

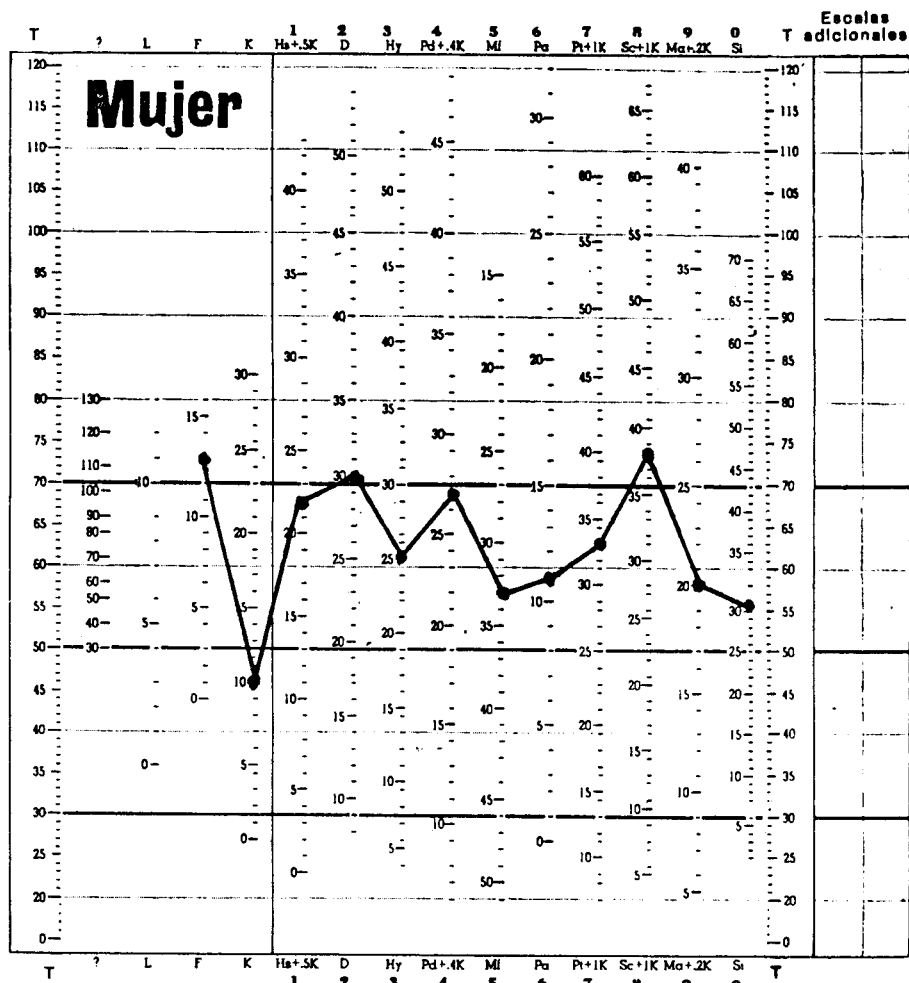
Profesión: P.C.

Títulos o estudios académicos: ANACRETA



Fraciones K

K	3	4	3
30	15	12	6
29	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	2	1
2	1	1	0
1	1	1	0
0	0	0	0



Puntuaciones directas _____
 Añadir K _____
 P. D. Corregida _____

Puntuaciones directas 13 10 17 20 25 23 33 11 23 28 19 30
 Añadir K 5 4 10 10 2
 P. D. Corregida 22 27 33 38 20

Fecha de examen: 9-3-77 Corregido por: Dr. Carrillo y Sr. Perez A.

CASO N°15. Enferma G.S.C. Edad 58 años. H^a N°41.198

Antecedentes familiares. Sin interes.

Antecedentes personales. Epilepsia en la infancia.-
Disnea de esfuerzo desde hace 4 años.

Enfermedad actual. Hace 15 años comienza con moles-
tar epigastro que se irradia especialmente a hipocondrio derecho,
habiendo tenido entonces heces color alquitran. El dolor aparece -
por temporadas, a veces nocturno, se calma con la ingesta y se a--
compaña de regurgitación. Ultimamente ingresa de urgencia por aste
nia muscular, lipotimia y heces negras. Duerme mal.

Analitica. Sin interés.

Quimismo gastrico. BAO: 2'940 meq/h.; MAO: 22'500 -
meq/h.

Radiología. Estomago hipertónico. Deformidad bulbar
con influencia de pliegues e imagen compatible con ulcus.

Endoscopia. Pequeña hernia hiatal. Bulbo duodenal -
con mucosa hiperemica e hipertrófica e imagen de nicho ulceroso de
larga evolución.

Hallazgos operatorios. Hernia hiatal, ulcus bulbar.
Se practica cierre de planos y vagotomia doble troncular con pilo-
roplastia.

Relaciones afectivas del grupo familiar. Número 5 -
de seis hermanos, se ve afectada en su niñez por problemas económi
cos al morir prontamente su padre, aunque siempre dentro de una ar
monia familiar, incluso despues en la vida adulta. Frustración ma-
trimonial a los 23 años. Dice que su problema es "césa de nervios"
e identifica la angustia a que se encuentra sometida, sueña conti-
nuamente con la caída de un precipicio y vive y se siente muy sola,
aunque un problema lo equilibra con una extroversión que le permi-
te una adaptación social, mas o menos conseguida.

Problemas laborales. Solo tiene angustia y preocupa
ción por el trabajo. No problemas económicos.

Colo N.º : 15

Hoja de anotación y perfil

HE N.º : 41198.

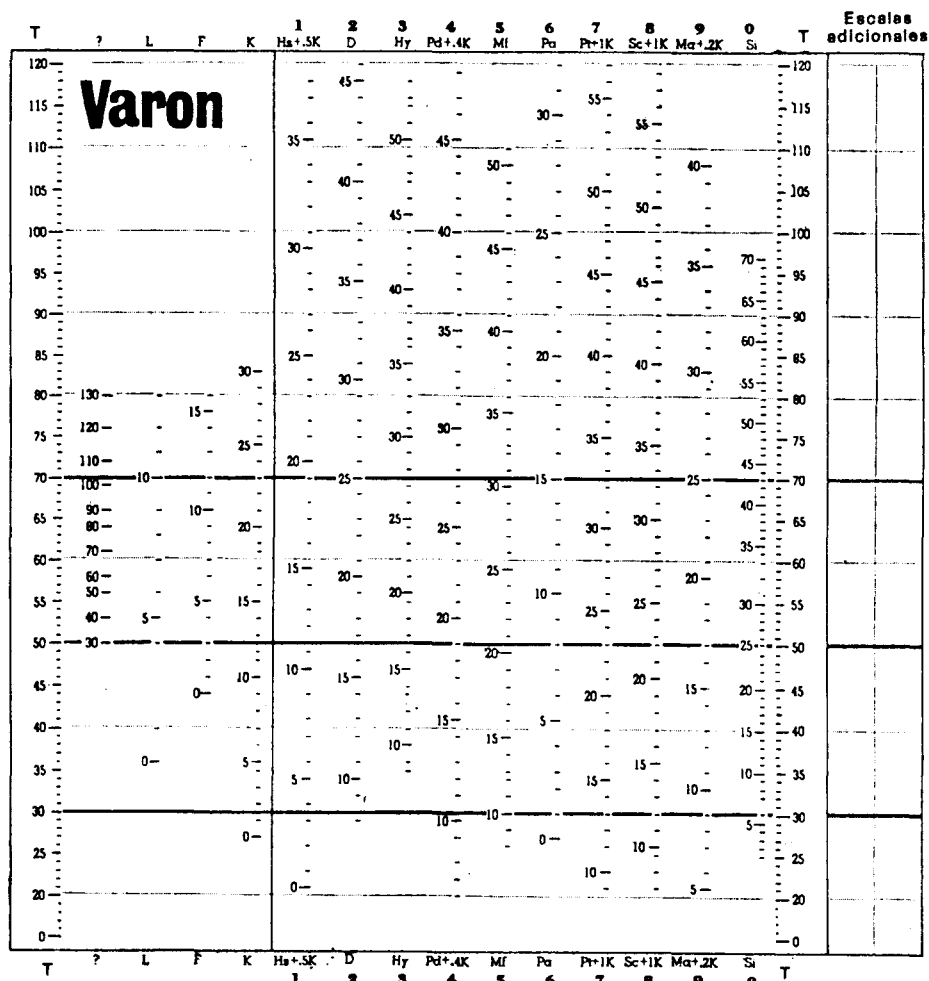
Apellidos y nombre: G. S. C.

Estado civil: S

Edad: 58 Sexo: H

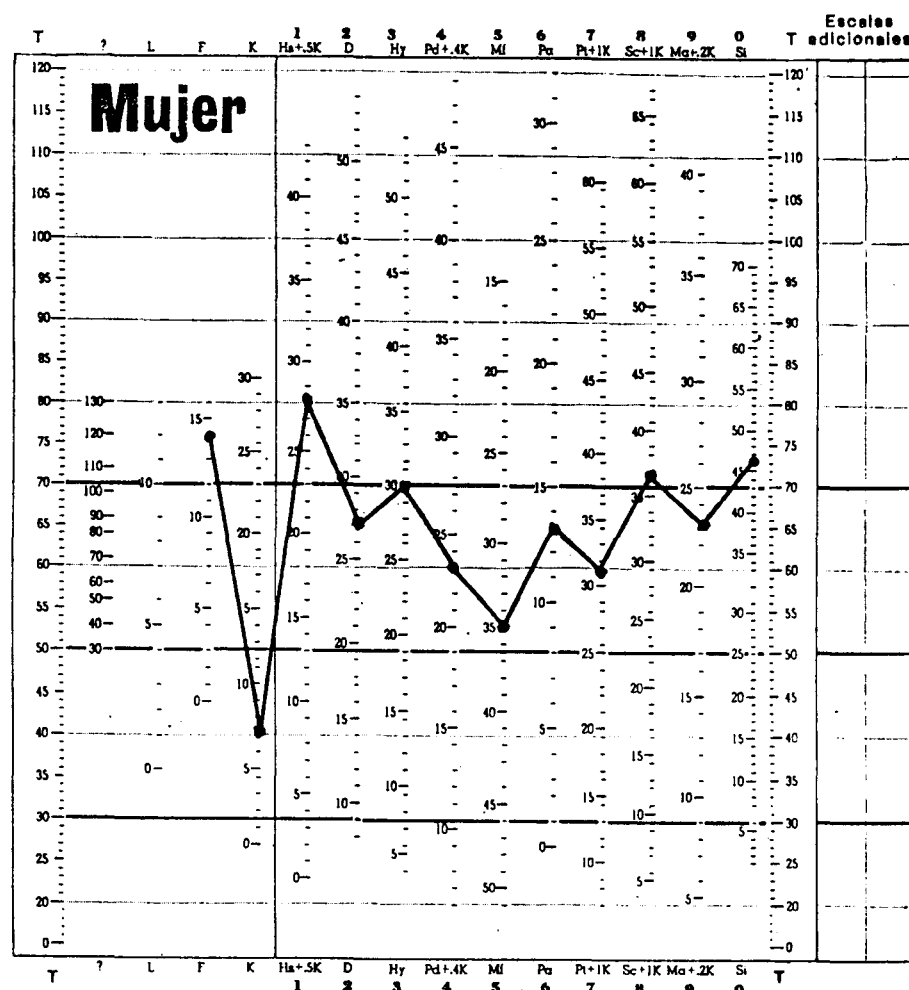
Profesión: EMPLEADA

Títulos o estudios académicos: E. PRIMARIA



Fraciones K

K	3	4	5
30	15	12	6
29	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	2	1
2	1	1	0
1	1	1	0
0	0	0	0



Puntuaciones directas _____
 Añadir K _____
 P. D. Corregida _____

Puntuaciones directas 14 7 24 27 30 20 35 13 24 30 22 46
 Añadir K 4 3 7 7 1
 P. D. Corregida 28 23 31 37 23

Fecha de examen: 20-V-77 Corregido por: Dr. Castilla y Srta. Lopez Ayala

GRUPO DE VARONES CON FIABILIDAD NORMAL

=====

CASO N°16. Enfermo A.C.C. Edad 65 años. H^a N°4.689.

Antecedentes familiares. Sin interés.

Antecedentes personales. Fiebre de malta, septicemia, probable perforación cubierta gastroduodenal, hiperexcitabilidad cortical difusa y fumador.

Enfermedad actual. Después de esta probable perforación cubierta hace 28 años, estuvo esporadicamente con malestar epigástrico, ardor y pesadez postprandial, con diagnóstico y tratamiento de gastritis. Hace unos 15 años, esta sintomatología, aparece esporadicamente con mas intensidad, acompañada de vómitos biliosos incontrolados, taquicardia, hipotensión y un síndrome de agitación psicomotriz cediendo la crisis paulatinamente con largactil. Estas crisis se hacen cada vez mas frecuentes, hasta que en este año, se somete a tratamiento psiquiátrico, con el diagnóstico de depresión endovivencial, además del tratamiento orgánico.

Análisis. Alteración de la función hepática, en los periodos de crisis.

Quimismo gástrico. No se realiza.

Radiología. Estómago hiperquínético, con bulbo deformado y gran imagen por defecto de replección.

Relaciones afectivas del grupo familiar. Sujeto tímido que se ha visto siempre anulado por algunos miembros de la familia, expresándose en otros momentos con marcada agresividad sin justificación del momento.

Problemas laborales. No ha tenido problemas propiamente laborales, pero si ha tenido manifestaciones agresivas y posturas en donde ha pretendido demostrar injustificadamente, una autovaloración no necesaria.

Caso nº: 16.

HE nº: 4689.

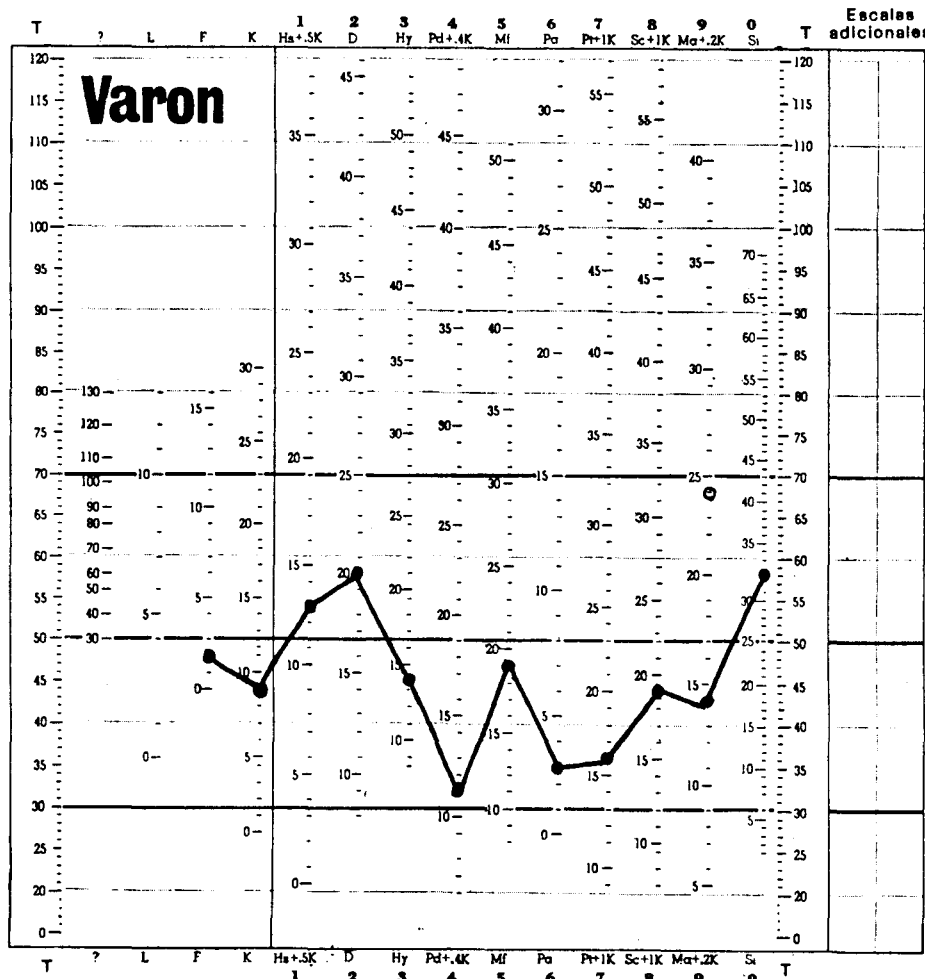
Apellidos y nombre: A.C.C.

Estado civil: VUDD

Edad: 65 Sexo: V

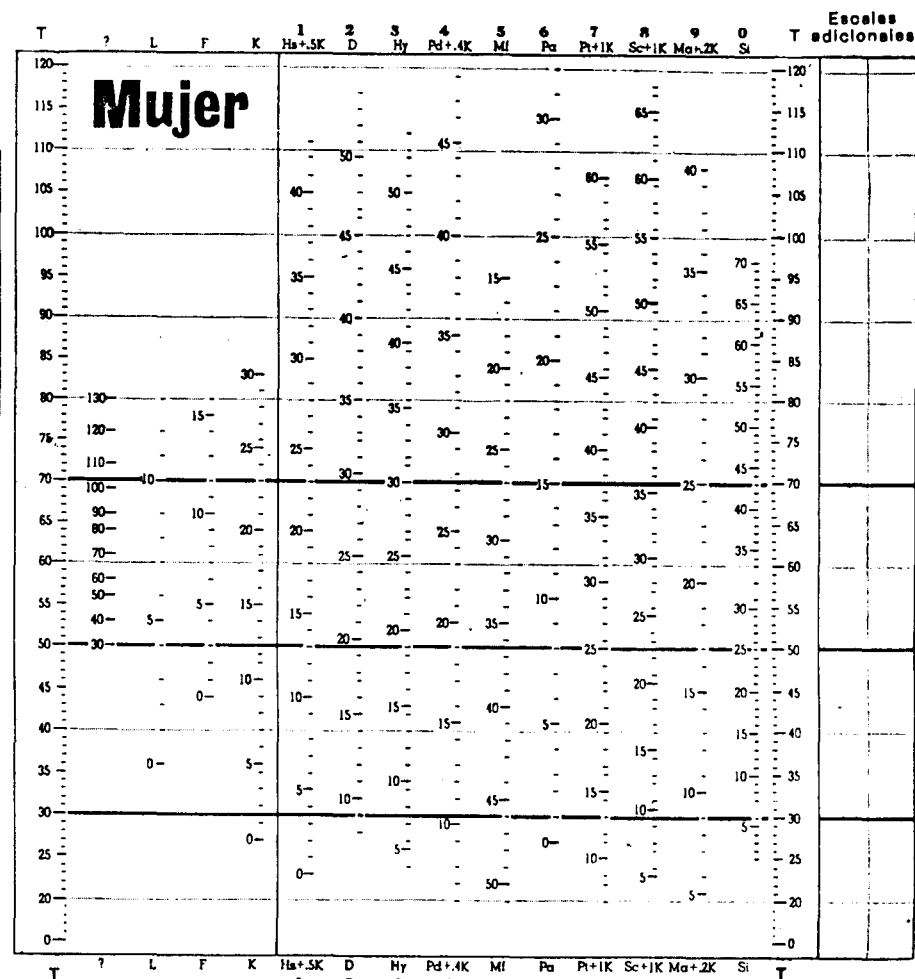
Profesión: MAESTRO NACIONAL

Títulos o estudios académicos: UNIVERSITARIO.



Fraciones K

K	1	4	3
30	15	12	6
29	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	2	1
2	1	1	0
1	1	1	0
0	0	0	0



Puntuaciones directas 2 9 8 20 14 7 19 3 7 10 12 32

Añadir K 5 4 9 9 2

P. D. Corregida 13 11 16 19 24

Puntuaciones directas _____

Añadir K _____

P. D. Corregida _____

Fecha de examen: 7/11/75 Corregido por: Dr. Castilla y Srta Perez Ayala

CASO N°17. Enfermo D.P.F. Edad 20 años. H^a N°18.865.

Antecedentes familiares. Sin interés.

Antecedentes personales. A los 13 años es intervenido por ulcus duodenal, practicandose vagotomia doble troncular y piloroplastia, después de 6 años con sintomatología.

Enfermedad actual. Se encuentra bien los dos o tres primeros años de la intervención, pero comienza luego con dolor epigástrico, nauseas, vómitos, ardor retroesternal y pesadez postpan--drial. Exploración general sin hallazgos.

Analítica. Dentro de la normalidad.

Quimismo gástrico. BAO: 20'020 meq/h.; MAO: 39'971 - meq/h.

Radiología. Deformación de bulbo duodenal.

Endoscopia. Ulcera superficial blanquecina en bulbo duodenal.

Relaciones afectivas del grupo familiar. Hombre agradable y de mayor cultura en relación con su formación, se ha visto supeditado a las necesidades familiares, debiendo comenzar pronto - su vida laboral para ayudar a su familia, haciendo en horas extralaborales, estudios por su cuenta. No culpa a su padre de la situa---ción, pero sin embargo existe un resentimiento subconciente por no haber podido continuar su formación intelectual. No existen proble--mas a nivel de matrimonio.

Problemas laborales. Acepta su profesión y en parte le agrada, aunque le hubiera gustado poder desempeñar otro ejerci--cio profesional. Economía estable.

Caso n.º: 17.

HA n.º 18865

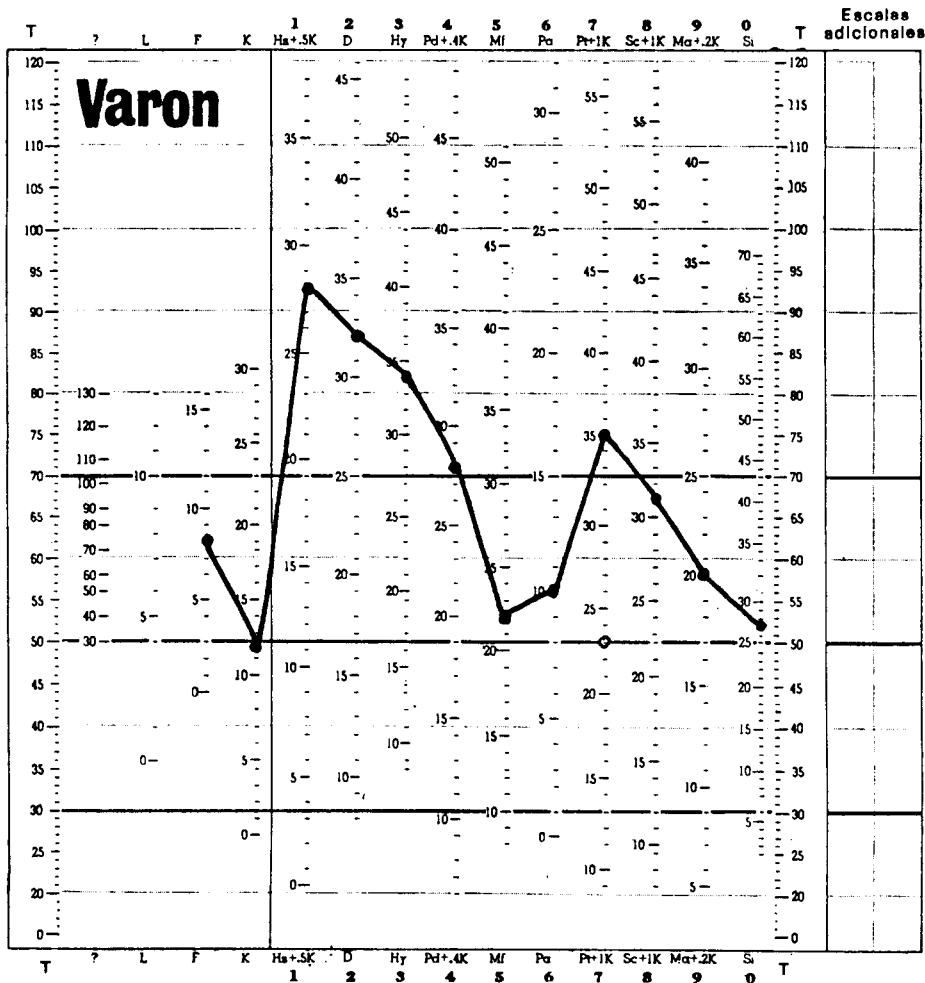
Apellidos y nombre: D-P-F.

Estado civil: CASADO

Edad: 20 Sexo: V

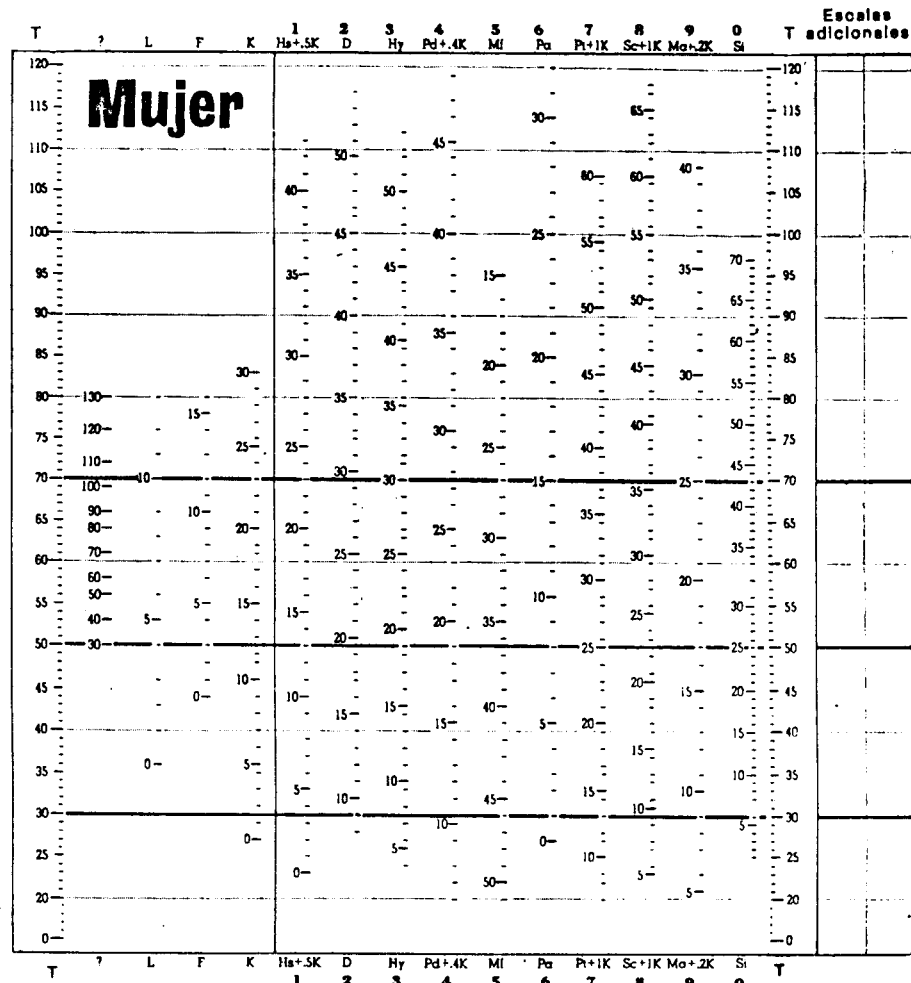
Profesión: ESCAYOLISTA.

Títulos o estudios académicos: E. PRIMARIA.



Fraciones K

K	1	2
30	15	12
29	15	12
28	14	11
27	14	11
26	13	10
25	13	10
24	12	10
23	12	9
22	11	9
21	11	8
20	10	8
19	10	8
18	9	7
17	9	7
16	8	6
15	8	6
14	7	6
13	7	5
12	6	5
11	6	4
10	5	4
9	5	4
8	4	3
7	4	3
6	3	2
5	3	2
4	2	1
3	2	1
2	1	1
1	1	0
0	0	0



Puntuaciones directas 9 12 22 32 34 23 22 10 23 19 18 27

Añadir K 6 5 12 12 2

P. D. Corregida 28 28 35 31 20

Puntuaciones directas _____

Añadir K _____

P. D. Corregida _____

Fecha de examen: 10/10/75 Corregido por: Dr. Castilla y Srta. Perez Ayala.

CASO N°18. Enfermo P.M.J. Edad 42 años. H^a N°35.888

Antecedentes familiares. Sin interés.

Antecedentes personales. Sin interés.

Enfermedad actual. Desde hace 20 años padece de malestar epigástrico y anorexia, acompañado de náuseas, vómitos, ardor retroesternal y últimamente, intolerancia alimenticia. A la exploración general, dolor epigástrico.

Analítica. Dentro de la normalidad.

Quimismo gástrico. BAO:3'840 meq/h.; MAO: 29'670 -- meq/h.

Radiología. Bulbo deformado por retracción del mismo, con estenosis compensada.

Hallazgos operatorios. Úlcus duodenal, practicándose antrectomía con Billroth I.

Relaciones afectivas del grupo familiar. Criado en un ambiente aceptable, siente sin embargo, ante las necesidades familiares tener que comenzar a trabajar y deja la escuela. Dice no tener grandes problemas con su esposa, pero sin embargo lleva una vida con cierta independencia.

Problemas laborales. Dice que no es feo el trabajo, aunque le limita económicamente, habiendo deseado tener otro empleo.



Caso n.º: 18.

Hoja de anotación y perfil

HA N.º: 35888.

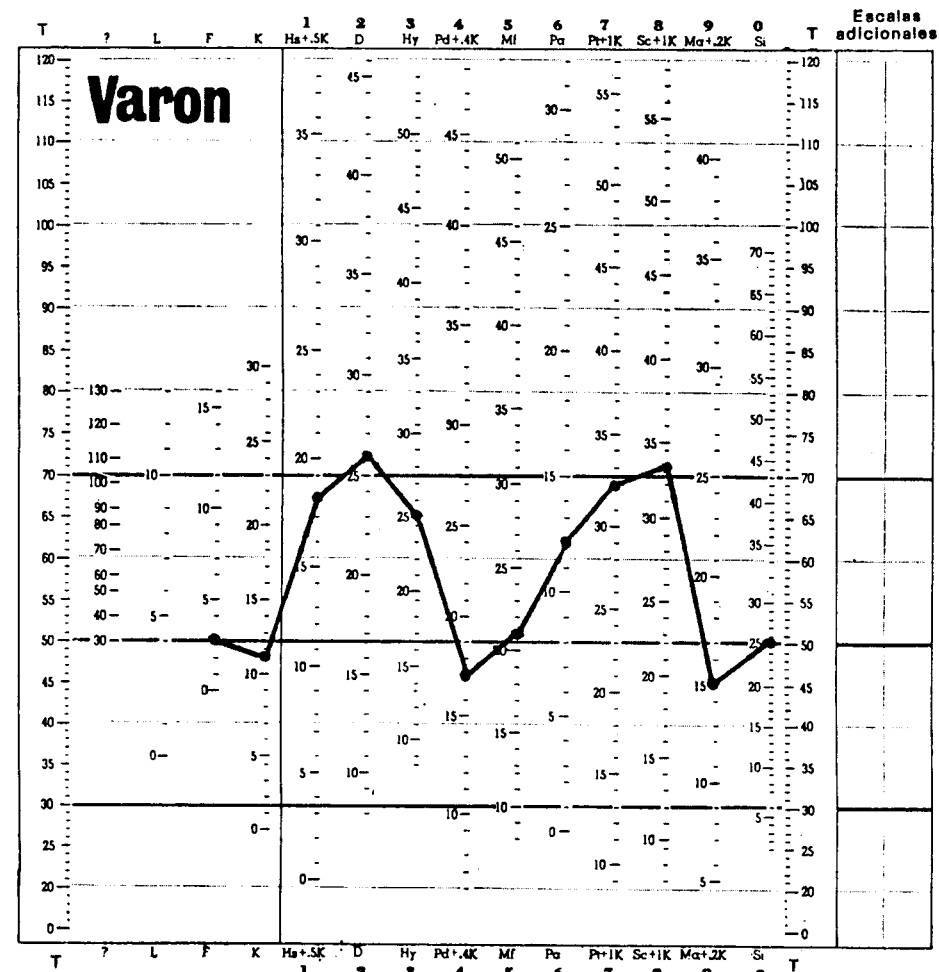
Apellidos y nombre: P. N. J. M.ª

Estado civil: CASADO

Edad: 42 Sexo: ✓

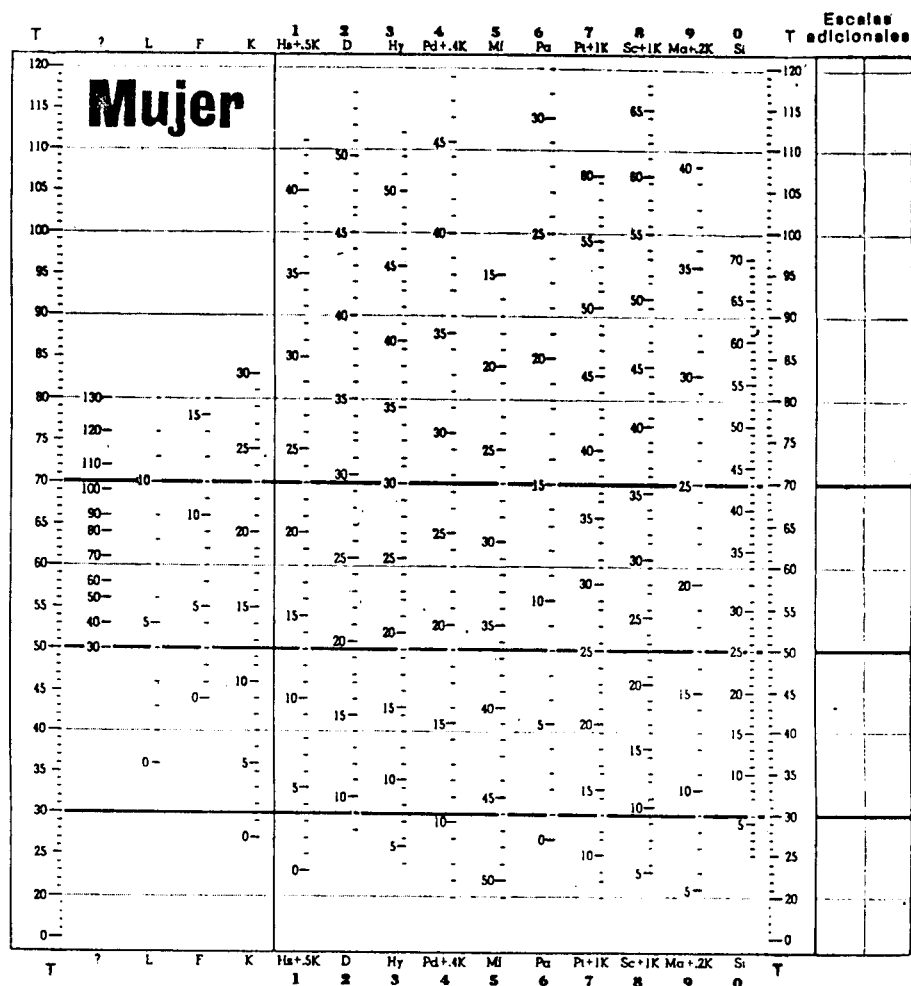
Profesión: CONSTRUCCION MATERIAL URALITA.

Títulos o estudios académicos: E. PRIMARIA.



Fracciones K

K	1	2	3	4	5
30	15	12	6		
29	15	12	6		
28	14	11	6		
27	14	11	5		
26	13	10	5		
25	13	10	5		
24	12	10	5		
23	12	9	5		
22	11	9	4		
21	11	8	4		
20	10	8	4		
19	10	8	4		
18	9	7	4		
17	9	7	3		
16	8	6	3		
15	8	6	3		
14	7	6	3		
13	7	5	3		
12	6	5	2		
11	6	4	2		
10	5	4	2		
9	5	4	2		
8	4	3	2		
7	4	3	1		
6	3	2	1		
5	3	2	1		
4	2	2	1		
3	2	2	1		
2	1	1	0		
1	1	1	0		
0	0	0	0		



Puntuaciones directas: 3 11 12 26 25 13 21 12 21 22 13 25

Añadir K: 6 4 11 11 2

P. D. Corregida: 18 17 32 33 15

Puntuaciones directas: _____

Añadir K: _____

P. D. Corregida: _____

Fecha de examen: 17-3-76 Corregido por: Dr. Castilla y Jeto Perez A.

CASO N°19. Enfermo O.T.A. Edad 48 años. H^a N°35.352.

Antecedentes familiares. Padre padece de estomago.

Antecedentes personales. Sin interés.

Enfermedad actual. Desde hace 25 años, presenta dolor epigástrico que generalmente aparece de madrugada, se alivia con la ingesta y con los alcalinos y últimamente, con la provocación del vómito. Su aparición es preferentemente por temporadas. A la exploración general dolor en región epigástrica.

Analítica. Sin interés.

Quimismo gástrico. No se practica.

Radiología. Estomago hipertónico y dilatado con difícultoso vaciamiento, siendo imposible plenificar bulbo duodenal.

Endoscopia. Desde piloro, aunque no se consigue atravesar, se aprecia una ulceración alargada en cara anterior de bulbo, de poca profundidad y rodeada de pliegues inflamatorios.

Hallazgos operatorios. Estenosis por ulcus duodenal, imposible de reseca. Se practica vagotomía selectiva y gastroyeyunostomía retrocolica isoperistáltica.

Relaciones afectivas del grupo familiar. Sometido a la tirantez y mal humor de su padre, se ha visto siempre limitado en sus actos. Por necesidades de la familia, se ve obligado a abandonar pronto el colegio para ponerse a trabajar. Relaciones matrimoniales mas o menos indiferentes.

Problemas laborales. Se ve sometido a los problemas laborales del campo, con una deficiente economía.

CAJO N.º: 19

HA N.º: 35352

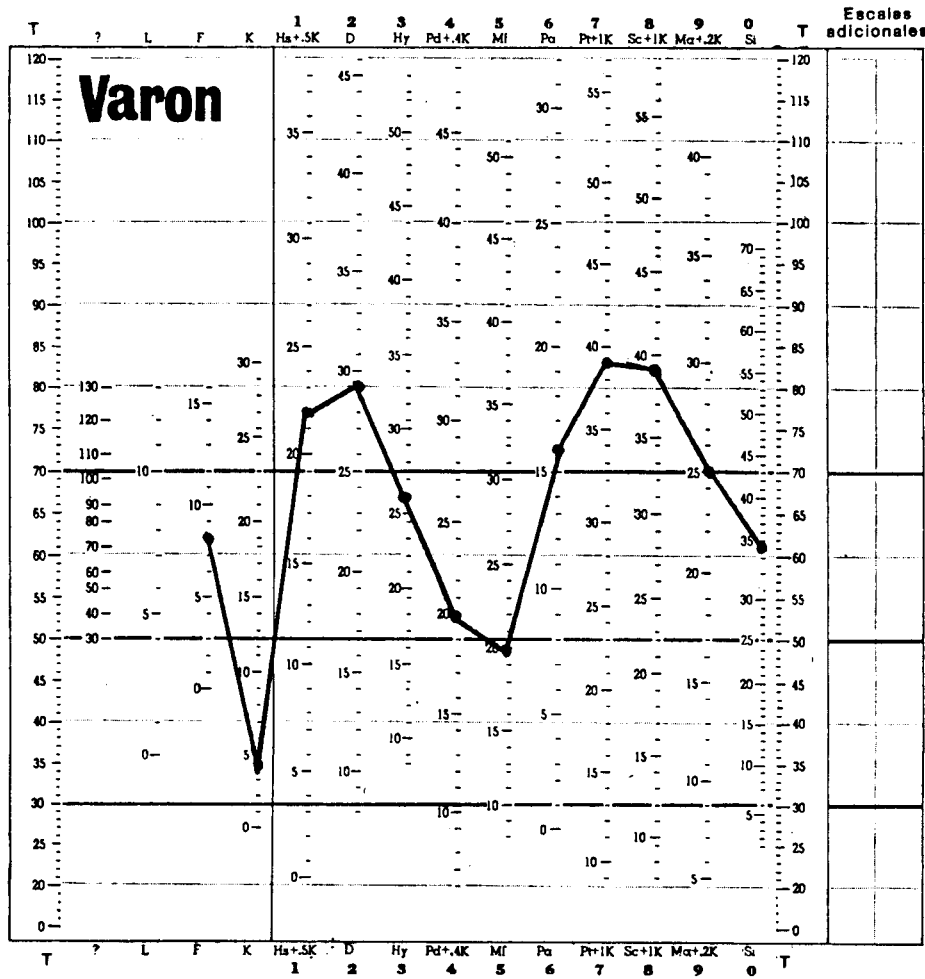
Apellidos y nombre: O. T. A.

Estado civil: C

Edad: 48 Sexo: V

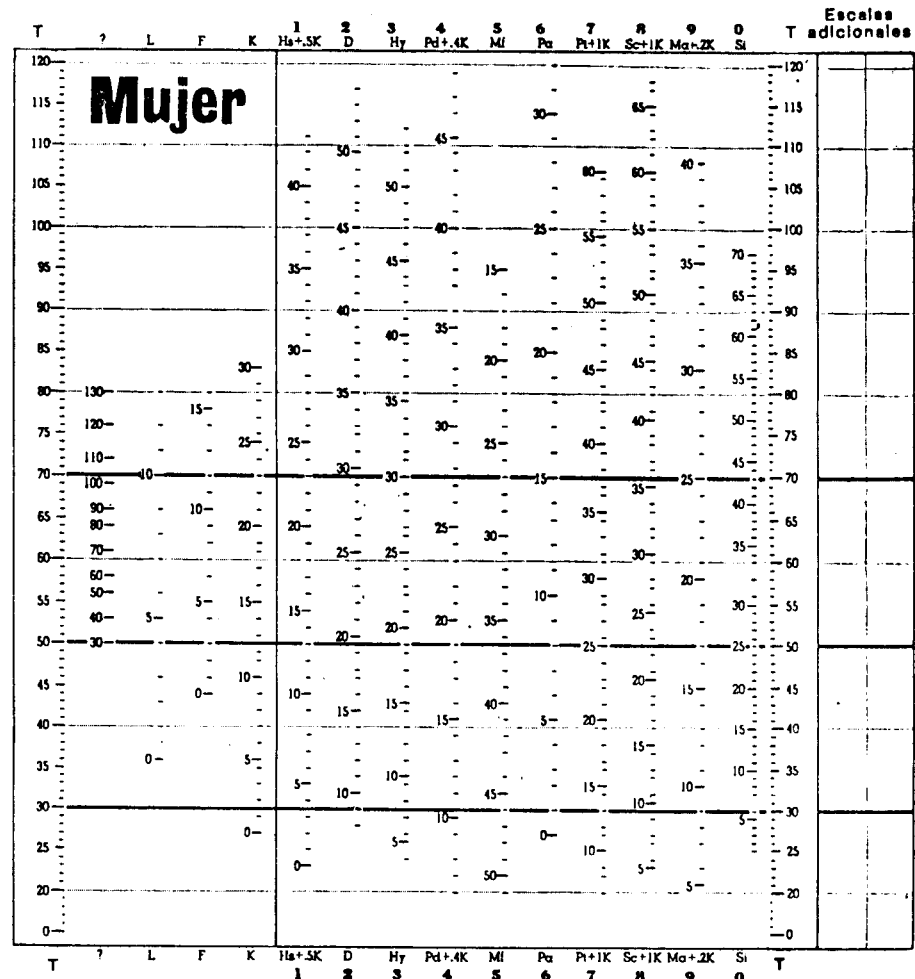
Profesión: ADEJUNERO

Títulos o estudios académicos: PRIMERA LETRA



Fraciones K

K	3	4	3
30	15	12	6
29	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	2	1
2	1	1	0
1	1	1	0
0	0	0	0



Puntuaciones directas: 8 4 20 29 26 18 20 16 35 35 24 34.
 Añadir K: 2 2 4 4 1
 P. D. Corregida: 22 20 39 39 25

Puntuaciones directas: _____
 Añadir K: _____
 P. D. Corregida: _____

Fecha de examen: 24-3-76 Corregido por: Dr. Castilla y JUAN PEREZ Ay

CASO N°20. Enfermo S.F.M. Edad 46 años. H^a N°35.632.

Antecedentes familiares. Un hermano padece de estomago.

Antecedentes personales. Cirrosis hepatica por alcoholismo. Operado de estomago, no sabe de que.

Enfermedad actual. Desde hace 14 años dolor epigastrico que se irradia a hipocondrio derecho, acompañado de pirosis, pesadez post-pandrial y melenas en cinco ocasiones. El dolor es a veces nocturno y aparece por temporadas, con los cambios de estaciones. A la exploración general, higado rebasa dos traveses de dedos el reborde costal.

Analitica. Pruebas funcionales hepáticas alteradas.

Quimismo gastrico. BAO: 9'750 meq/h.; MAO: 34'760 -- meq/h.

Radiología. Canal pilorico ensanchado con pliegue antral prominente que parece secundario a una antigua piloroplastia. En duodeno no se encuentran alteraciones.

Endoscopia. No se realiza.

Hallazgos operatorios. Ulcus duodenal, practicandose doble vagotomia troncular y piloroplastia. Cirrosis hepatica.

Relaciones afectivas del grupo familiar. Sujeto inquieto e inconforme que no determina ningún problema especifico en las relaciones con sus padres. Siempre acompañado a consulta por su esposa, aunque a simple vista pasiva y relegada a un segundo plano.

Problemas laborales. Al estar jubilado por larga enfermedad, existen problemas economicos en su casa, que acarrear mal estar conyugal, aunque por otro lado parece estar conforme con esta situación.

Caso N.º: 20

Hoja de anotación y perfil

N.º: 37632

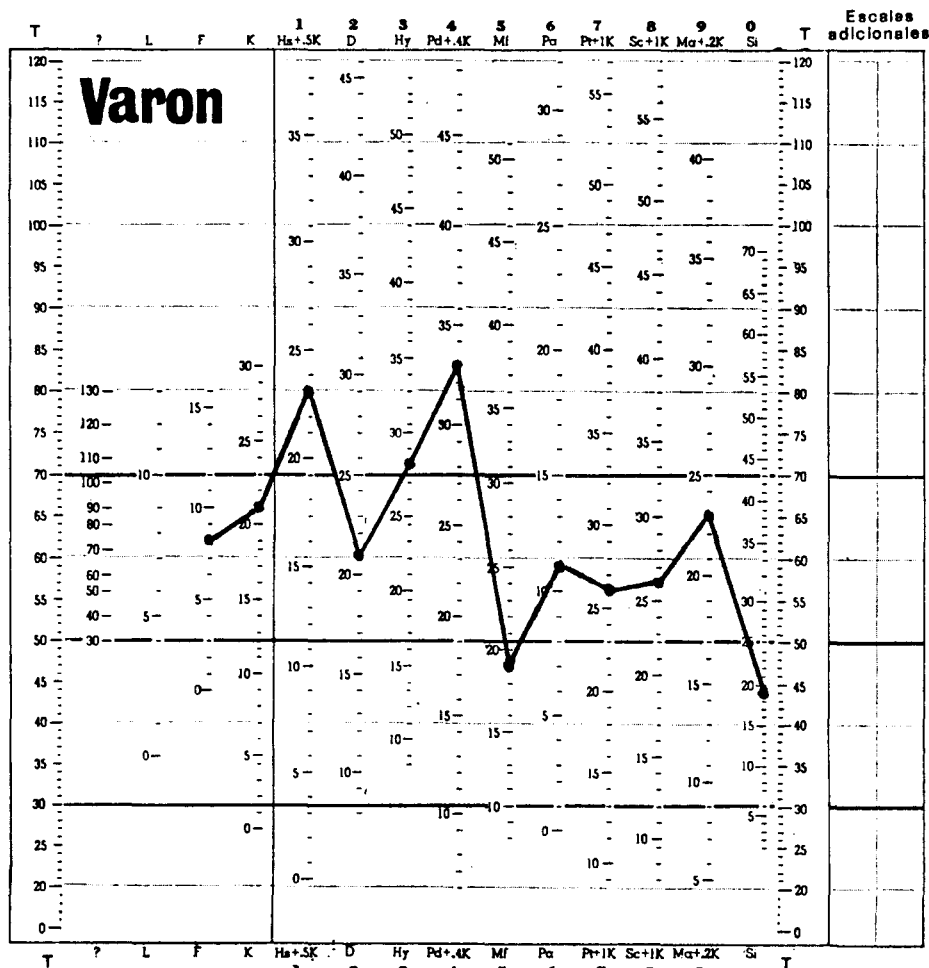
Apellidos y nombre: S.-F.-H.

Estado civil: CASADO

Edad: 46 Sexo: V

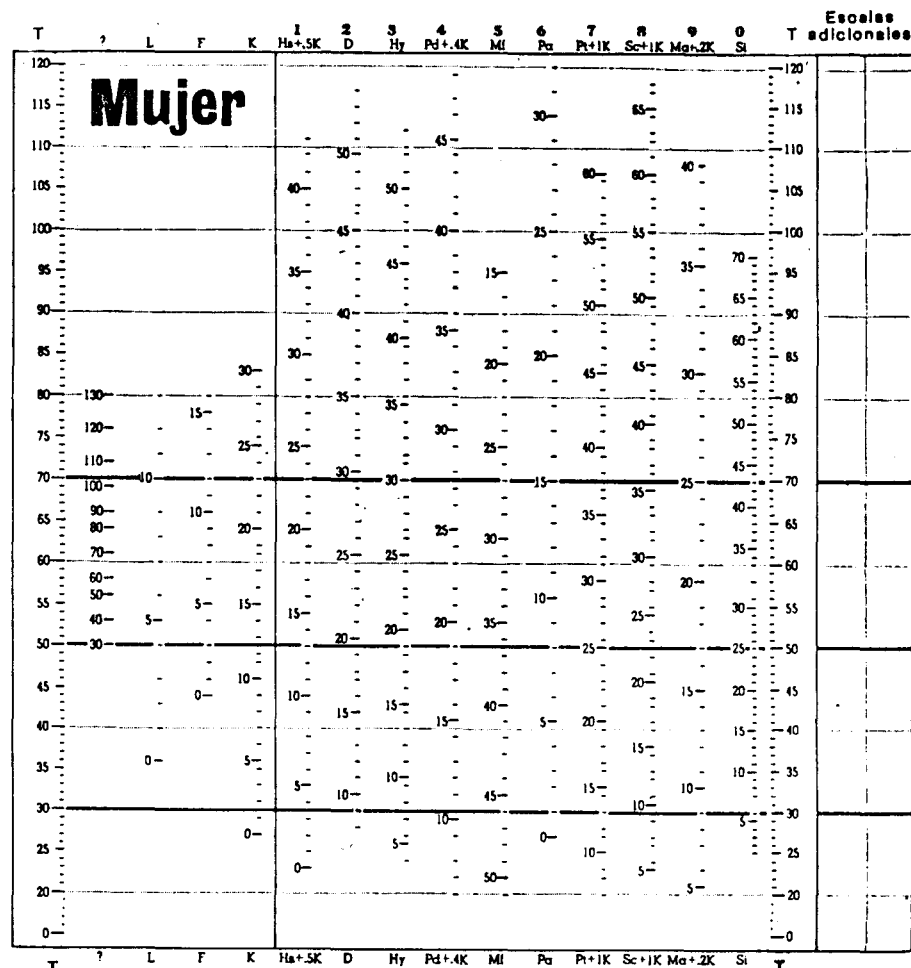
Profesión: JUBILADO POR LARGO ENFERMEDAD

Títulos o estudios académicos: E. PRIMARIA.



Fraciones K

K	3	4	2
30	15	12	6
29	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	2	1
2	1	1	0
1	1	1	0
0	0	0	0



Puntuaciones directas: 8 21 12 21 28 15 19 11 5 5 19 19
 Añadir K: 11 8 21 21 4
 P. D. Corregida: 23 23 26 26 23

Puntuaciones directas: _____
 Añadir K: _____
 P. D. Corregida: _____

Fecha de examen: 25-3-76. Corregido por: Dr. CASTILLO y JARA PEREZ A

CASO N°21. Enfermo A.C.J. Edad 47 años H^a N°34.564.

Antecedentes familiares. Sin interés.

Antecedentes personales. Sin interés.

Enfermedad Actual. Desde hace dos años, refiere dolor epigástrico, que a veces le despierta por la noche y suele aparecer por temporadas, aliviándose con la ingesta y los alcalinos; se acompaña de pirosis y pesadez post-pandial. En la exploración general, dolor a la presión en epigastrio, con contractura muscular.

Analítica. Dentro de la normalidad.

Radiología. Nivel aéreo en región subdiafragmática derecha.

Hallazgos operatorios. Úlcus perforado en cara anterior de bulbo duodenal. Cierre simple y epiploplastia.

Quimismo gástrico (a los seis meses de la intervención. BAO: 2'700 meq/h.; MAO: 37'520 meq/h.

Relaciones afectivas del grupo familiar. Sujeto equilibrado y con buen raciocinio que aunque dice haber sufrido dificultades económicas en su familia, las ha soportado y el ambiente familiar ha sido aceptable. Buenas relaciones en el matrimonio.

Problemas laborales. Ninguno, teniendo una economía aceptable.

Caso nº: 91

Hª nº: 34.564.

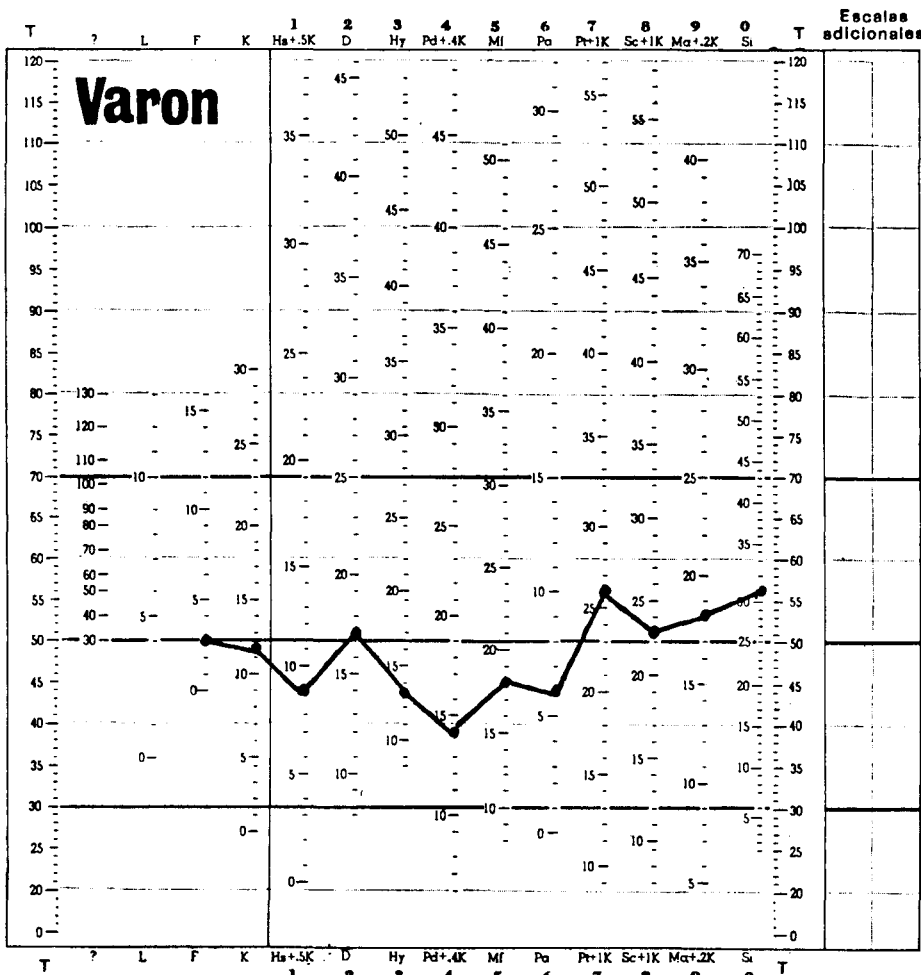
Apellidos y nombre: A-C-J.

Estado civil: CASADO

Edad: 47 Sexo: ✓

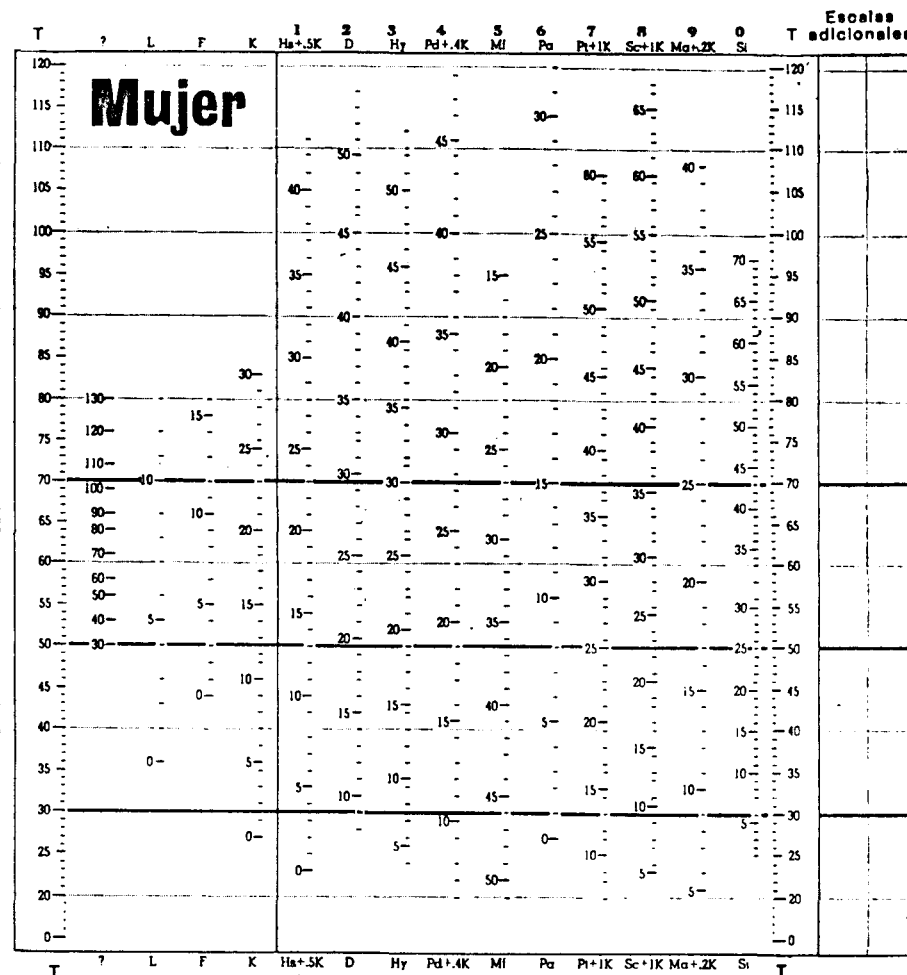
Profesión: EMPLEADO DE ESTACION DE SERVICIO.

Títulos o estudios académicos: E. PRIMARIA.



Fraciones K

K	S	A	R
30	15	12	6
29	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	2	1
2	1	1	0
1	1	1	0
0	0	0	0



Puntuaciones directas 3 12 3 17 13 9 18 6 14 11 16 31
 Añadir K 6 5 12 12 2
 P. D. Corregida 9 14 26 23 18

Puntuaciones directas _____
 Añadir K _____
 P. D. Corregida _____

Fecha de examen: 30/3/76. Corregido por: Dr. Castillo y Srta PEREZ AYALA

CASO N°22. Enfermo. C.D.U. Edad 50 años. H^a N°33.469

Antecedentes familiares. Sin interés.

Antecedentes personales. Intervenido hace 5 años por perforación de ulcus.

Enfermedad actual. Desde que fué intervenido viene con dolor epigastrico que se irradia a ambos hipocondrios, acompañado de intensa pirosis, nauseas y vómitos. Dolor epigastrico a la exploración general.

Analítica. Sin interés.

Radiología. Estomago hipotonico con dificil vaciamiento. Bulbo duodenal deformado por probable ulcus.

Endoscopia. Píloro obstruido por un grueso pliegue inflamatorio, que hace pensar en la existencia de una ulceración -- por debajo del mismo, a nivel duodenal.

Hallazgos operatorios. Ulcus duodenal, practicandose hemigastrectomia con anastomosis a lo Billroth II.

Relaciones afectivas del grupo familiar. Sujeto pletorico y aparentemente apacible, con poca comunicación verbal, aunque parece existir insatisfacción que no exterioriza. Relación matrimonial aceptable.

Problemas laborales. Adaptado a la vida y problemas del campo, lo soporta si como la deficiente situación economica que le ha acarreado.

Caso nº : 22

Hª nº : 33.469.

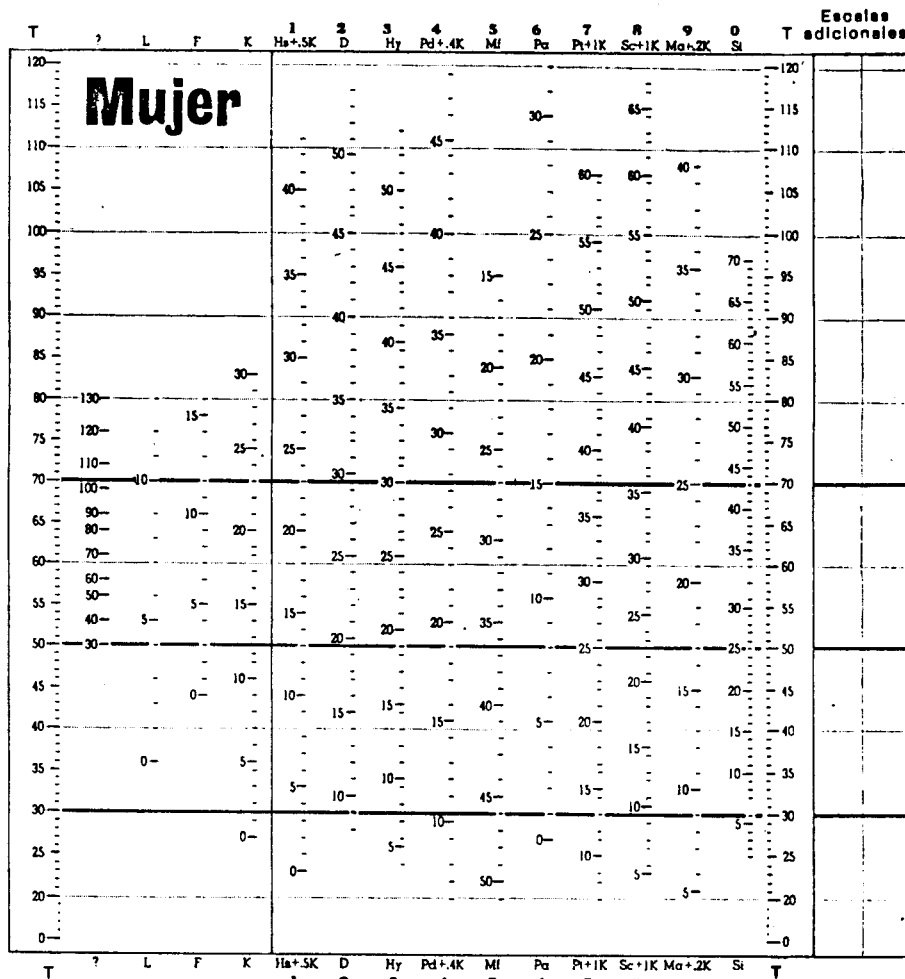
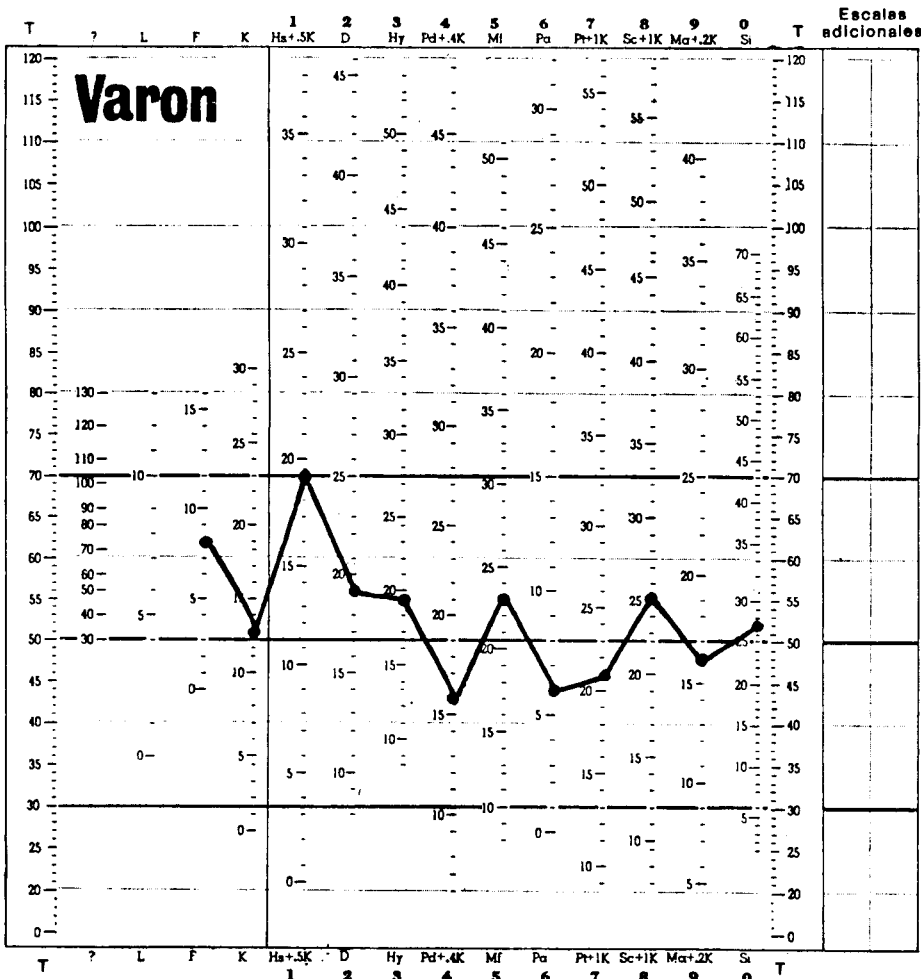
Apellidos y nombre: C-D-U.

Estado civil: CASADO

Edad: 50 Sexo: ✓

Profesión: CAMPO.

Títulos o estudios académicos: PRIMERAS LETRAS



Puntuaciones directas: 7 13 12 19 19 11 23 6 8 12 13 27
 Añadir K: 7 5 13 13 3
 P. D. Corregida: 19 16 21 25 16

Puntuaciones directas: _____
 Añadir K: _____
 P. D. Corregida: _____

Fecha de examen: 1/4/76. Corregido por: DR. CASTILLA Y SOTA PEREZ AYO

CASO N°23. Enfermo C.O.J. Edad 32 años. H^a N°3.746.

Antecedentes familiares. Padre y tios con ulcus duodenal.

Antecedentes personales. Depresión.

Enfermedad actual. Después de presentar sintomatología inespecifica, a los 26 años comienza con dolor epigastico, a veces nocturno, acompañado de ardor retroesternal, que aparece por temporadas y se alivia con alcalinos y con la ingesta. El enfermo atribuye gran importancia a la presencia de la sintomatología, la coincidencia de problemas afectivos. Exploración general sin hallazgos.

Analitica. Sin interés.

Quimismo gastrico. BAO: 3'850 meq/h.; MAO: 36'420 -- meq/h.

Radiología. Estomago hipertónico con difícil vaciamiento siendo esto posible a la administración de primperan. Bulbo duodenal totalmente deformado, con paso filiforme a través de duodeno.

Endoscopia. No se realiza.

Relaciones afectivas del grupo familiar. Sujeto introvertido con gran componente afectivo y sometido durante su niñez a múltiples influencias negativas en el seno familiar. Por carecer de un periodo de adaptación, se ve sujeto a múltiples stress y dificultades cuando comienza a vivir la vida por si mismo. A la muerte de su madre, sufre una depresión profunda, de la que tarda cinco años en recuperarse.

Problemas laborales. Sufre grandes desasosiegos en los años que tarda en conseguir un equilibrio laboral y economico.

CAJO Nº : 23

HA Nº : 3746.

Apellidos y nombre: C.-O.-J.

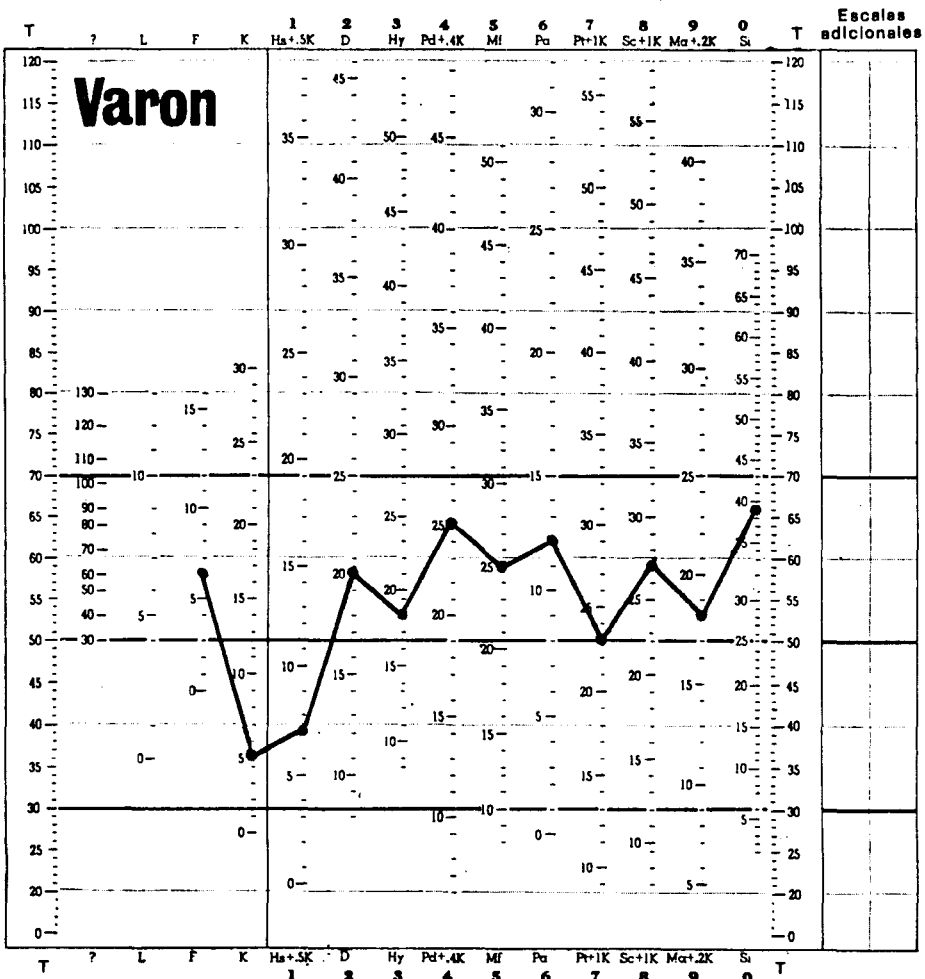
Estado civil: CASADO.

Edad: 32

Sexo: V.

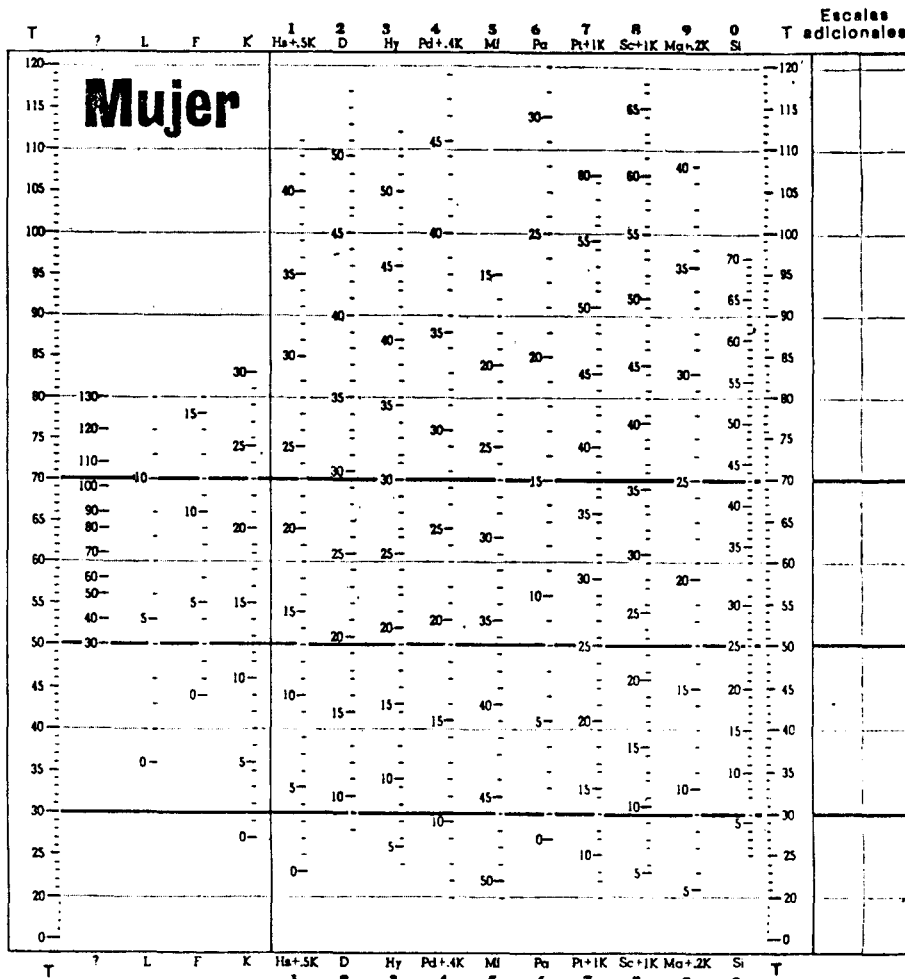
Profesión: MEDICO

Títulos o estudios académicos: UNIVERSITARIO.



Fracciones K

K	S	A	T
30	15	12	6
29	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	1	1
2	1	1	0
1	1	1	0
0	0	0	0



Puntuaciones directas: 6 5 4 20 18 23 25 12 18 22 17 39.
 Añadir K: 3 2 5 5 1
 P. D. Corregida: 7 25 23 27 18

Puntuaciones directas: _____
 Añadir K: _____
 P. D. Corregida: _____

Fecha de examen: 10-4-76. Corregido por: Dr. Castillo y Srta Perez Ay

CASO N°24. Enfermo G.D.A. Edad 39 años. H^a N°3.518.

Antecedentes familiares. Madre y tío con úlcera duodenal.

Antecedentes personales. Sin interés.

Enfermedad actual. A los 23 años comienza con malestar inespecífico, hasta que se presenta un cuadro de malestar epigástrico, pesadez post-prandial y abundante ardor retroesternal, -- que se alivia con la ingesta y los alcalinos.

Análítica. Sin interés.

Quimismo gástrico. BAO: 4'200 meq/h.; MAO: 39'500 - meq/h.

Radiología. Estómago hipotónico con evacuación lenta. Bulbo duodenal ligeramente deformado con signos indirectos de úlcus duodenal y proceso agudo inflamatorio.

Endoscopia. Intenso proceso inflamatorio de mucosa duodenal, donde se incluye una úlcera plana de cara posterior de -- bulbo duodenal.

Relaciones afectivas del grupo familiar. Supeditado -- siempre a un perfil paterno con superprotección del mismo, se ha -- visto siempre inhibido y al mismo tiempo angustiado por la falta de libertad, hechos que se han reflejado siempre en su vivir diario. -- No problemas matrimoniales.

Problemas laborales. Buena posición y buen saneamiento económico.

Caso N.º: 24

HA N.º: 3518

Apellidos y nombre: G.-D.-A.

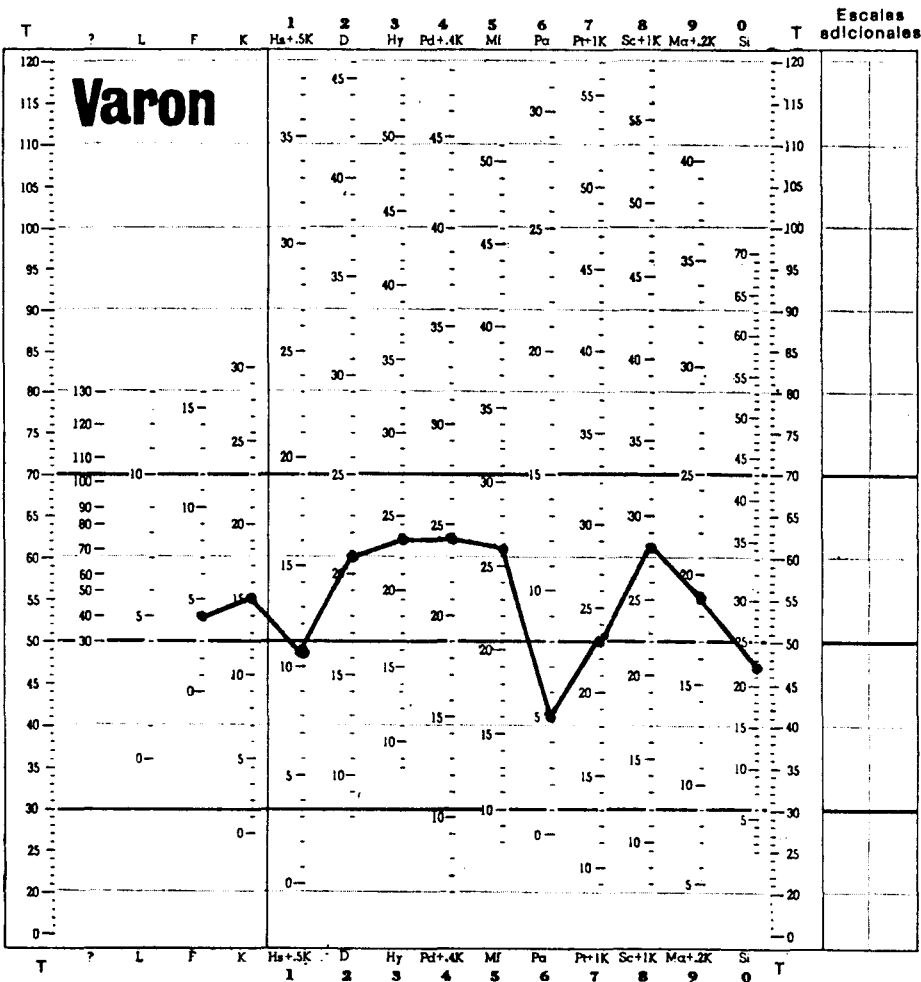
Estado civil: CASADO

Edad: 39

Sexo: V

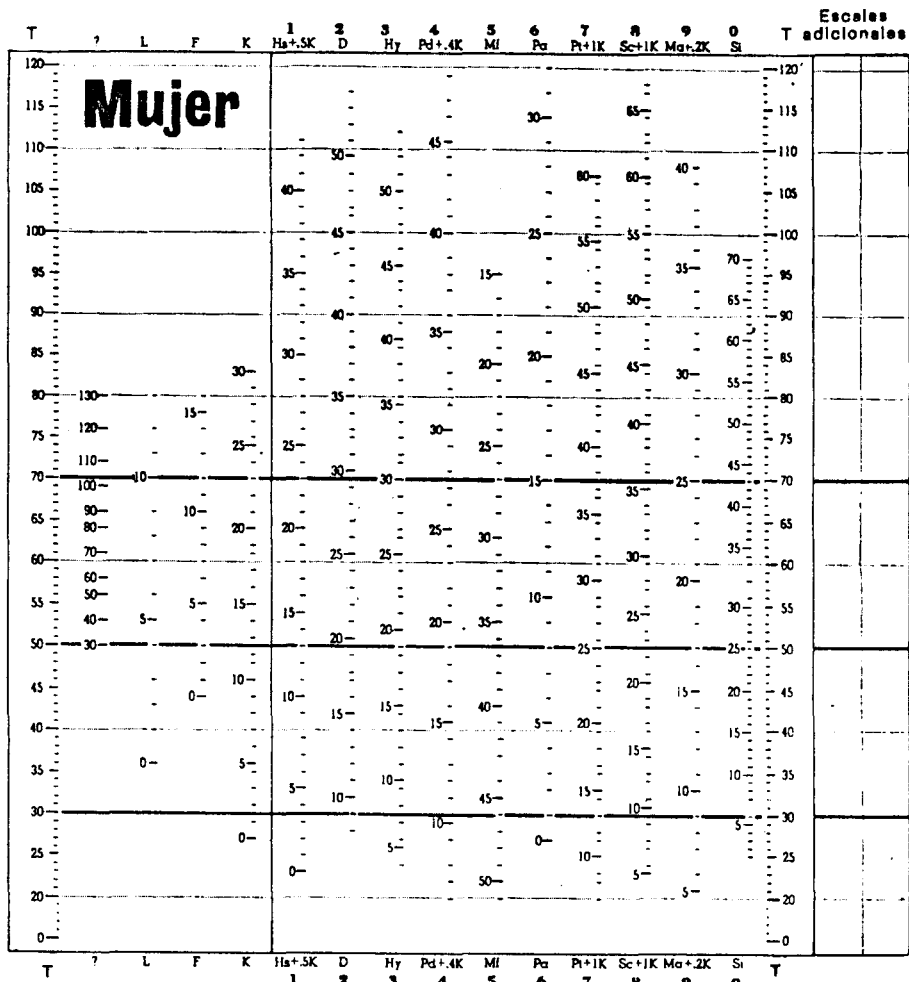
Profesión: MEDICO.

Títulos o estudios académicos: UNIVERSITARIO.



Fraciones K

K	1	4	3
30	15	12	6
29	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	3	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	2	1
2	1	1	0
1	1	1	0
0	0	0	0



Puntuaciones directas: 4 15 3 21 23 18 26 5 8 13 16 22
 Añadir K: 8 6 15 15 3
 P. D. Corregida: 11 24 23 28 19

Puntuaciones directas: _____
 Añadir K: _____
 P. D. Corregida: _____

Fecha de examen: 10-4-76. Corregido por: DR. CASTILLA y SRA. PEREZ Ay

CASO N°25. Enfermo. V.P.M. Edad 54 años. H^a N°34.031

Antecedentes familiares. Sin interés.

Antecedentes personales. Sin interés.

Enfermedad actual. Desde hace año y medio presenta - dolor epigástrico que se irradia en cinturón, se calma con la ingesta y se acompaña de pirosis y pesadez post-pandrial. Exploración general sin hallazgos.

Analítica. Sin interés.

Quimismo gástrico. BAO: 1'440 meq/h.; MAO: 16'150 -- meq/h.

Radiología. Ulcus central de cara anterior de bulbo-duodenal con deformación secundaria del mismo.

Hallazgos operatorios. Ulcus duodenal, con gran fibrosis zonal. Gastrectomía a lo Billroth I.

Endoscopia. Al aparecer sintomatología similar, después de la intervención (un año), se aprecia endoscópicamente una - pequeña úlcera poco profunda en duodeno, acompañada de una gastritis de boca anastomótica.

Relaciones afectivas del grupo familiar. De pequeño se ha visto incluido en un ambiente familiar de autoritarismo paterno, además de problemas económicos que difícilmente fueron solucionándose.

Problemas laborales. Se ve obligado a luchar duramente para mantener un negocio que no marcha como el deseaba.

Caso nº: 25

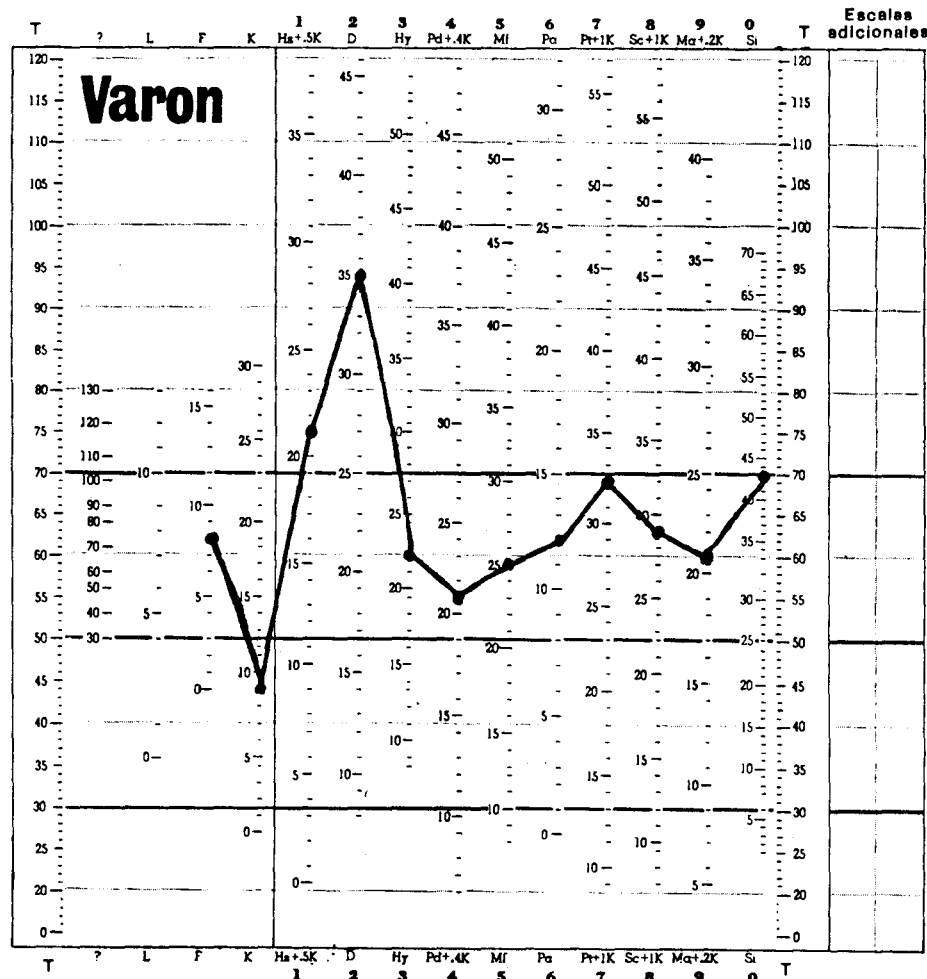
Apellidos y nombre: V-P-M.

Estado civil: SOLTERO

Edad: 54 Sexo: V

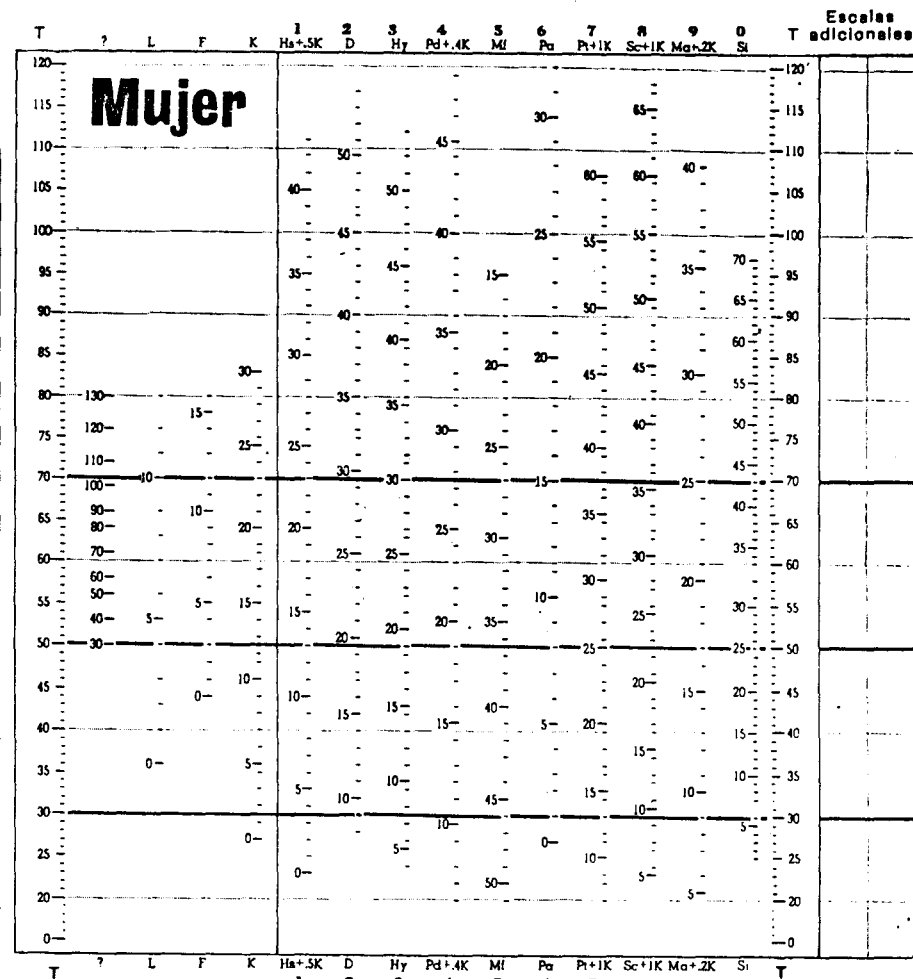
Profesión: DUEÑO DE BAR

Títulos o estudios académicos: E. PRIMARIA.



Fracciones K

K	3	4	3
30	15	12	6
29	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	2	1
2	1	1	0
1	1	1	0
0	0	0	0



Puntuaciones directas 8 9 16 35 22 17 25 12 23 20 19 43
 Añadir K 5 4 9 9 2
 P. D. Corregida 21 21 32 29 21

Puntuaciones directas _____
 Añadir K _____
 P. D. Corregida _____

Fecha de examen: 20/4/76. Corregido por: DR. CASTIJA y SR. PEREZ SYLLA.

CASO N° 26. Enfermo F.S.R. Edad 47 años. H^a N° 37.167

Antecedentes familiares. Sin interés.

Antecedentes personales. Litiasis renal y pancreatitis.

Enfermedad actual. Desde hace 20 años viene con mal-estar epigástrico acompañado de pirosis y desde hace 10 años, presenta vómitos alimenticios, a veces en las tres comidas con periodos posteriores de normalidad. Exploración general sin hallazgos.

Analítica. Dentro de la normalidad.

Quimismo gástrico. BAO: 3'200 meq/h.; MAO: 14'025 -- meq/h.

Radiología. Imagen bulbar compatible con úlcus duodenal.

Endoscopia. No se practica.

Hallazgos operatorios. Úlcus duodenal, practicándose vagotomía selectiva y piloroplastia.

Relaciones afectivas del grupo familiar. Sujeto introvertido y preocupado que dice haber sufrido mucho en su niñez y juventud, por la situación inestable de la postguerra. Dice además preocuparse mucho por su enfermedad. Relaciones conyugales dentro de la normalidad.

Problemas laborales. Su profesión le permite una vida aceptable aunque con limitaciones que no desearía.

Caso N.º : 26.

Hoja de anotación y perfil

HAN.º : 37167.

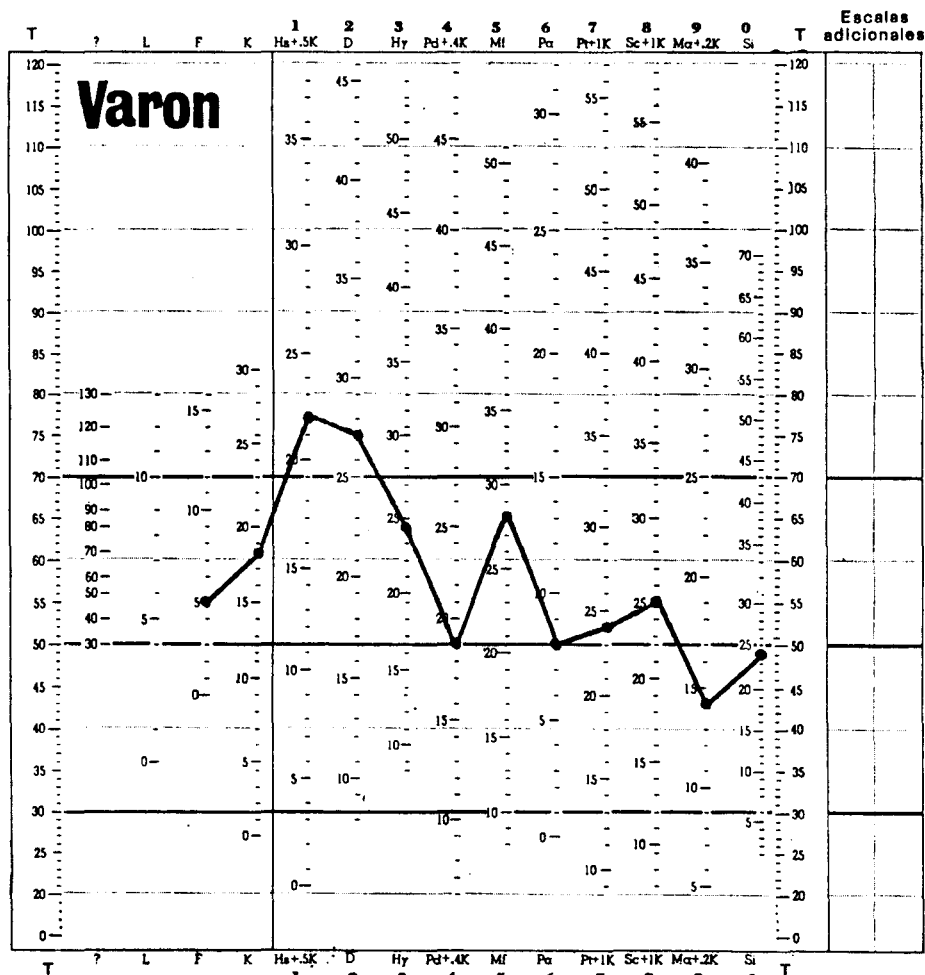
Apellidos y nombre: F.-S.-R.

Estado civil: CASADO

Edad: 47 Sexo: V

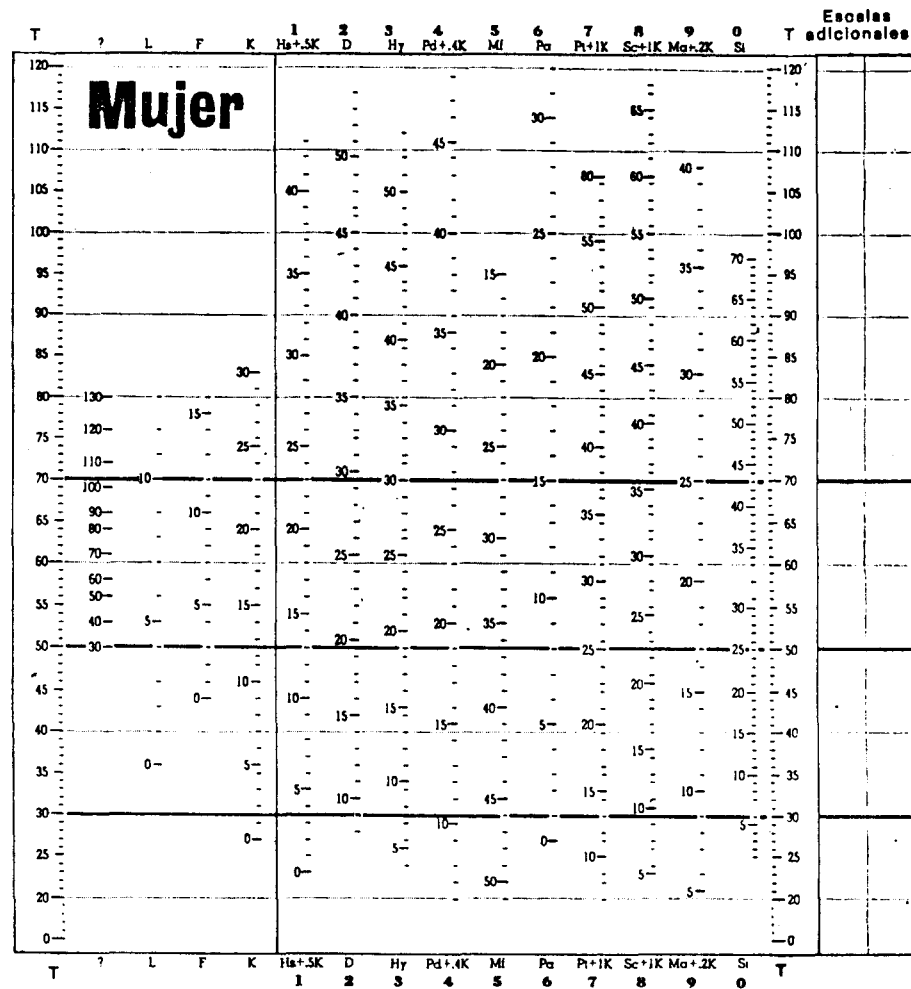
Profesión: SOLDADOR

Títulos o estudios académicos: E. PRIMARIA



Fraciones K

K	1	2	3	4
30	15	12	6	
29	15	12	6	
28	14	11	6	
27	14	11	5	
26	13	10	5	
25	13	10	5	
24	12	10	5	
23	12	9	5	
22	11	9	4	
21	11	8	4	
20	10	8	4	
19	10	8	4	
18	9	7	4	
17	9	7	3	
16	8	6	3	
15	8	6	3	
14	7	6	3	
13	7	5	3	
12	6	5	2	
11	6	4	2	
10	5	4	2	
9	5	4	2	
8	4	3	2	
7	4	3	1	
6	3	2	1	
5	3	2	1	
4	2	2	1	
3	2	1	1	
2	1	1	0	
1	1	1	0	
0	0	0	0	



Puntuaciones directas: 18 13 27 24 12 28 8 6 7 24

Añadir K: 9 7 18 4

P. D. Corregida: 22 19 24 25 14

Puntuaciones directas: _____

Añadir K: _____

P. D. Corregida: _____

Fecha de examen: 21-4-76 Corregido por: Dr. CASTILLA y Sra. PEREZ Ay.

CASO N°27. Enfermo.O.M.F. Edad. 41 años. H^a N°34.888

Antecedentes familiares sin interés.

Antecedentes personales. Sin interés.

Enfermedad actual. A los 15 años presenta episodios de melenas, que se repiten luego en ocho ocasiones mas. Presenta además dolor epigástrico, acompañado de pirosis intensa y pesadez -- post-pandrial, apareciendo el cuadro solamente en invierno. Dolor - profundo en epigastrio, a la exploración general.

Analítica. Sin interés.

Quimismo gástrico. BAO: 4'200 meq/h.; MAO: 39.320 -- meq/h.

Radiología. Estomago de difícil vaciamiento. Bulbo - duodenal pequeño y deformado con dificultad a la replección.

Endoscopia. Úlcera duodenal estenosante en fase de - cicatrización con retracción cicatricial.

Hallazgos operatorios. Úlcus duodenal, practicandose vagotomía doble troncular con antrectomía a lo Billroth I.

Relaciones afectivas del grupo familiar. Dice haber tenido una niñez sin problemas definidos, así como su matrimonio, -- que transcurre dentro de la normalidad, aunque reconoce no encon--- trarse plenamente satisfecho sin saber porque.

Problemas laborales. Esta de acuerdo con su profe--- sión que le gusta y, mantiene una economía aceptable.

Caso nº: 27.

Hª nº: 34.888.

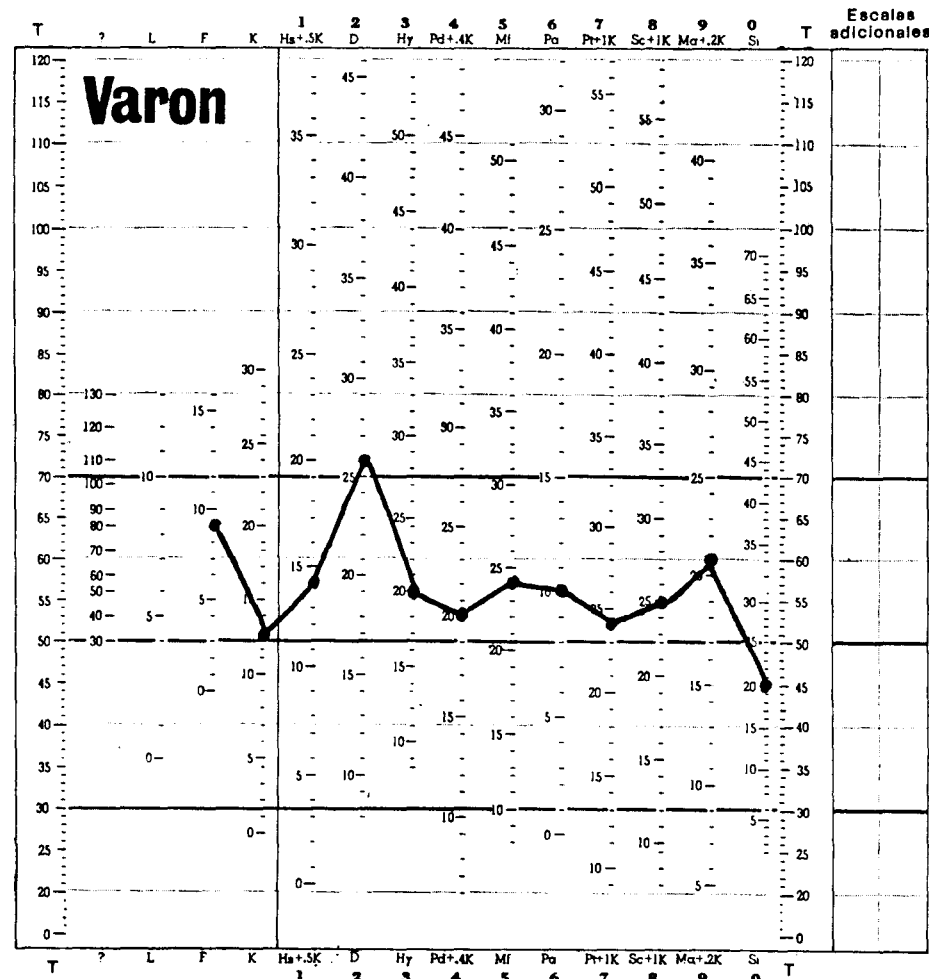
Apellidos y nombre: O-M-F.

Estado civil: CASADO

Edad: 41 Sexo: V.

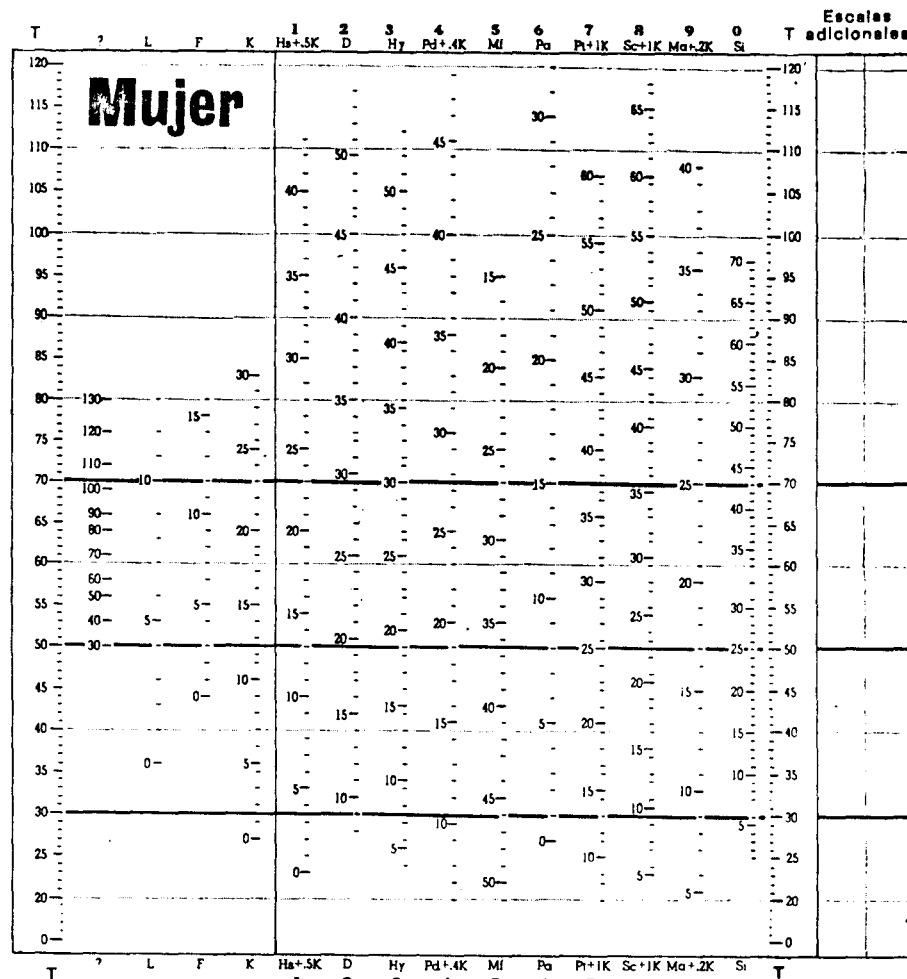
Profesión: ELECTRICISTA.

Títulos o estudios académicos: E. PRIMARIA.



Fraciones K

K	S	A	J
30	15	12	6
29	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	2	1
2	1	1	0
1	1	1	0
0	0	0	0



Puntuaciones directas: 9 13 7 26 20 15 24 10 12 18 20.
 Añadir K: 7
 P. D. Corregida: 14 20 24 25 21

Puntuaciones directas: _____
 Añadir K: _____
 P. D. Corregida: _____

Fecha de examen: 6/10/76. Corregido por: Dr. Castillo y Sra. Perez Dyald.

CASO N°28. Enfermo.C.R.F. Edad 29 años. H^a N°39.486.

Antecedentes familiares. Padre padece de estomago.

Antecedentes personales. Fumador moderado.

Enfermedad actual. Desde los 14 años viene padeciendo de dolor epigastrico, que aparece principalmente con los cambios estacionales y se alivian con la ingesta de alimentos y alcalinos, -acompañado de pirosis. Hace mes y medio tuvo heces color alquitran. A la exploración general, dolor en epigastrio.

Analitica. Sin interés.

Radiología.Estomago hipertónico con desflecamiento - de curvatura mayor. Bulbo duodenal deformado compatible con ulcus.-

Hallazgos operatorios. Ulcera duodenal en periodo de actividad, con adherencia a vias biliares. Se practica gastroduodenostomia y vagotomia doble troncular.

Por obstrucción gastroduodenal post-anastomótica, -- a los 17 días se le practica gastrectomia a los Billroth II.

Relaciones afectivas del grupo familiar. Aunque no - manifiesta ningún trastorno en las relaciones con el grupo familiar es sin embargo un sujeto cargado de angustia y con una vida emocional inestable.

Problemas laborales. Buen equilibrio laboral y económico.

Caso N.º: 27.

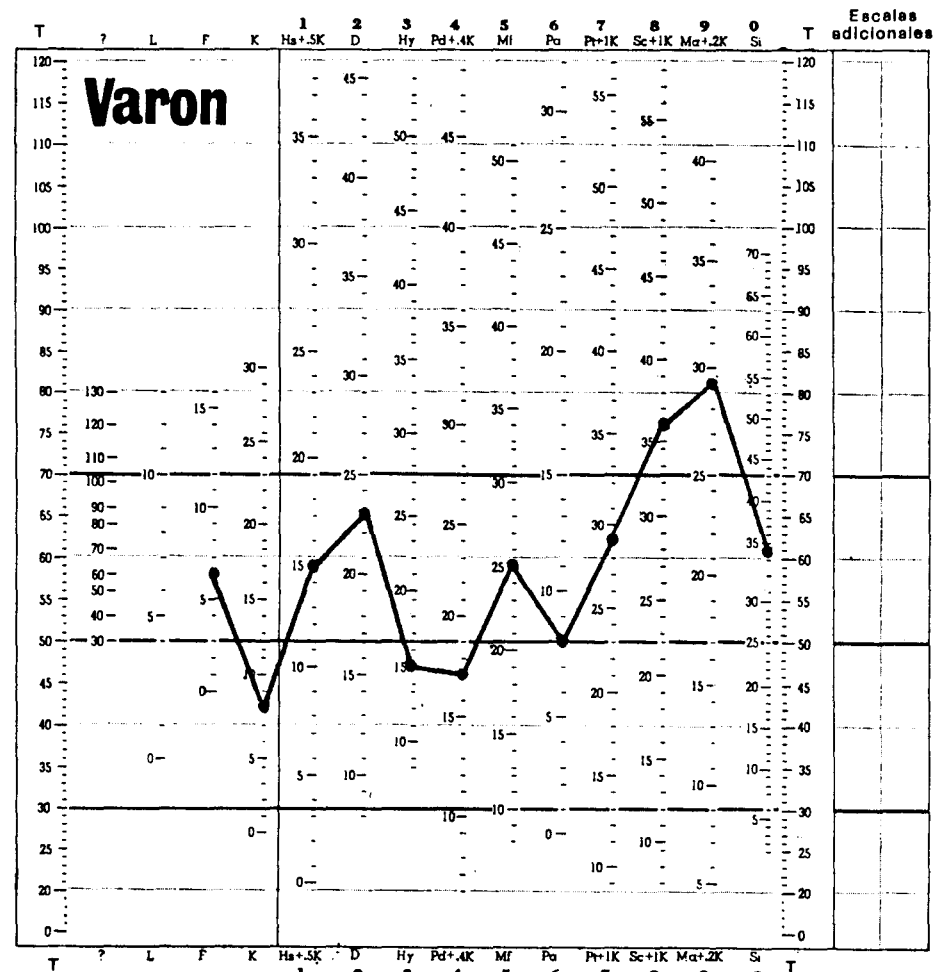
N.º: 39486.

Apellidos y nombre: C.-R.-F.

Estado civil: CASADO Edad: 29 Sexo: V

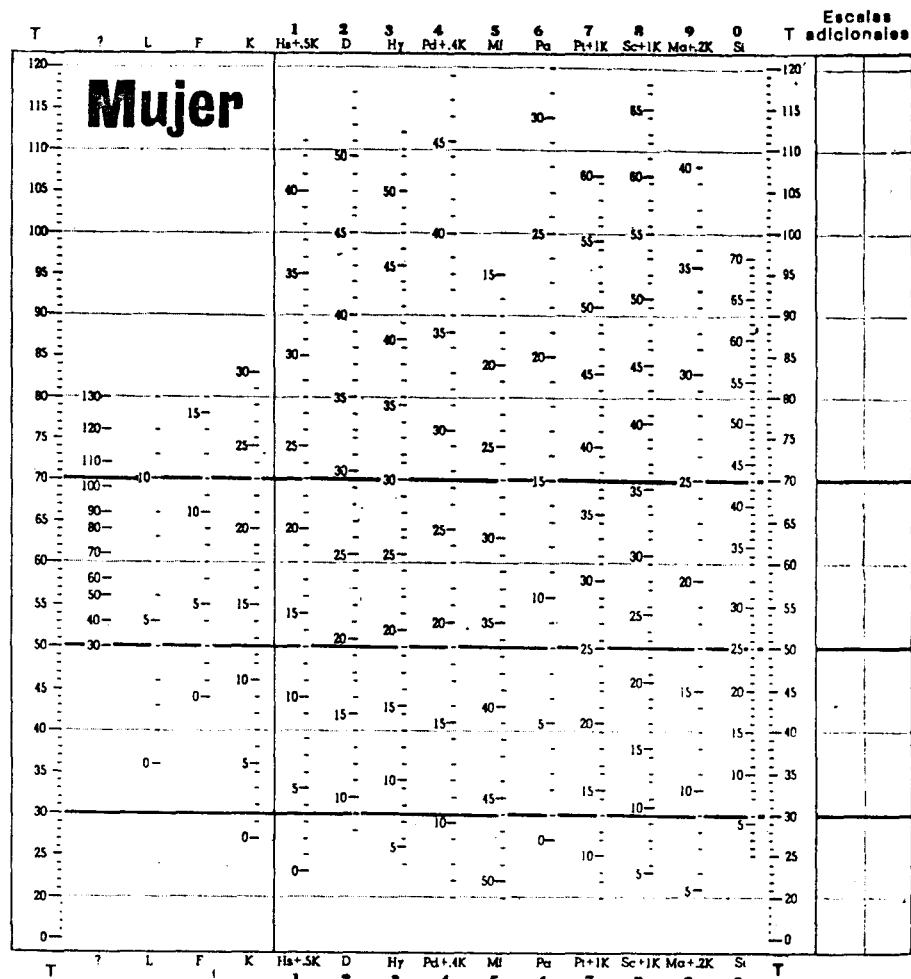
Profesión: CONSTRUCCION

Títulos o estudios académicos: BACHILLER ELEMENTAL



Fraciones K

K	L	F	K
30	15	12	6
29	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	2	1
2	1	1	0
1	1	1	0
0	0	0	0



Puntuaciones directas: 68 8 11 23 15 14 25 8 21 28 27 34
 Añadir K: 4 3 8 8 2
 P. D. Corregida: 14 17 29 36 29

Puntuaciones directas: _____
 Añadir K: _____
 P. D. Corregida: _____

Fecha de examen: 20-10-76 Corregido por: Dr. CASTILLA y SETO PEREZ Ag.

CASO N°29. Enfermo G.S.A. Edad 55 años. H^a N°218.360.

Antecedentes familiares. Sin interés.

Antecedentes personales. Sin interés.

Enfermedad actual. Después de estar diagnosticado de ulcus duodenal desde hace 5 años y haber tenido hemorragias en varias ocasiones, ingresa de urgencia con vómitos de sangre digerida, náuseas y sensación de mareo con sudoración profunda, dolor precordial y mal estado general, siendo diagnosticado de ulcus duodenal - sangrante asociado con infarto anteroseptal. La exploración general expresa dolor epigástrico, dolor precordial y signos de Shock.

Analítica. Anemia y alteraciones enzimáticas típicas del infarto.

Radiología. Hernia de hiato. Bulbo duodenal deformado y depósito de bario en su base. Divertículo de asa duodenal. Litiasis renal derecha.

Relaciones afectivas del grupo familiar. Dice haber tenido una infancia normal con unos padres que ha querido y con los que no ha tenido problemas. No problemas con su esposa aunque reconoce encontrarse triste en muchas ocasiones sin saber porque recibiendo ayuda moral por parte de su esposa. En los últimos años, dice haberse preocupado mucho, como consecuencia de ser el encargado de la repartición de unos terrenos familiares y toda la administración propia del caso.

Problemas laborales. Ninguno, diciendo tener una economía aceptable.

COLO nº : 29.

HA nº : 21.8360

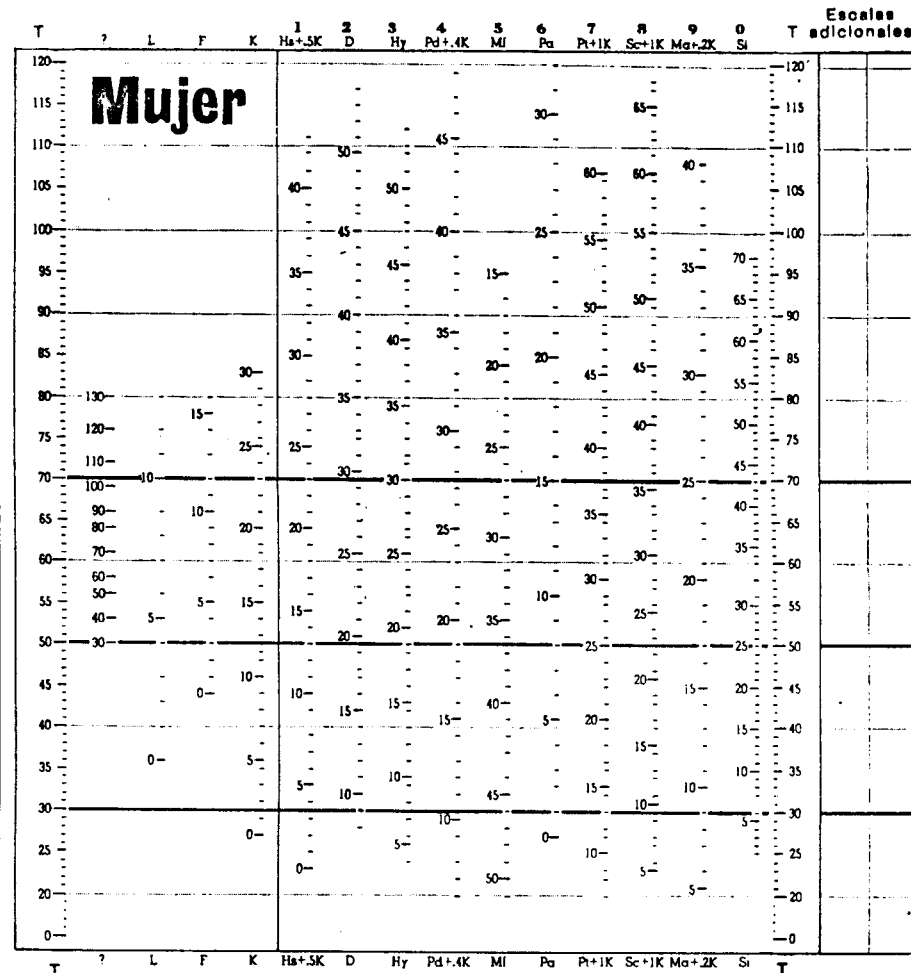
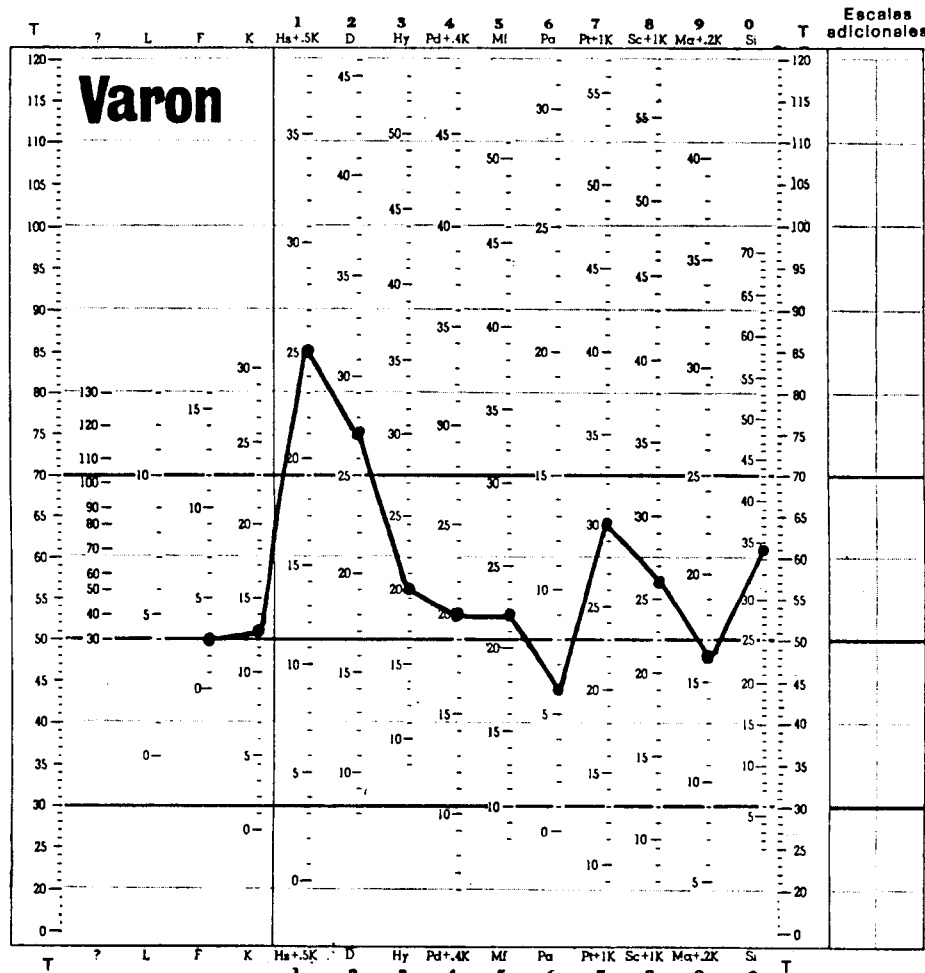
Apellidos y nombre: G. - S. - A.

Estado civil: casado

Edad: 55 Sexo: V

Profesión: EMPRESARIO- ADMINISTRATIVO.

Títulos o estudios académicos: ENSEÑANZA MEDIA.



Puntuaciones directas 3 13 18 27 20 15 22 6 17 13 13 34

Añadir K 7 5 13 13 3

P. D. Corregida 25 20 30 26 16

Puntuaciones directas _____

Añadir K _____

P. D. Corregida _____

Fecha de examen: 11/11/76. Corregido por: Dr. CASTILLA y SRA. PEREZ AY.

CASO N°30. Enfermo R.R.M. Edad 42 años. H^a N°40.763

Antecedentes familiares. Sin interés.

Antecedentes personales. Sin interés.

Enfermedad actual. Desde 1.962, viene con pesadez -- postpandial y dolor en hipocondrio derecho que se irradia a espal-- da, despertandole a veces por la noche; pirosis y nauseas. Explora-- ción general sin hallazgos.

Analitica. Sin interés.

Quimismo gastrico. BAO: 1'920 meq/h.; MAO: 38'360 -- meq/h.

Radiología. Estomago protonico con reflujo gastro--- esofagico. Nicho ulceroso en centro de bulbo, con deformación plie-- ques prominentes, que bajan hasta porción descendente de duodeno.

Endoscopia. Ulcus duodenal estenosante.

Hallazgos operatorios. Ulcus duodenal estenosante -- adherido a vesicula, vagotomia doble troncular y gastroyeyunostomia transmesocolica.

Relaciones afectivas del grupo familiar. Sujeto poco comunicativo que niega problemas en el circulo afectivo familiar pe-- ro sin interés de detallar situaciones concretas.

Problemas laborales. Adaptado a la vida agricola so-- porta mas o menos sus inconvenientes y su inestabilidad.

Caso Nº: 30

MA Nº: 40763

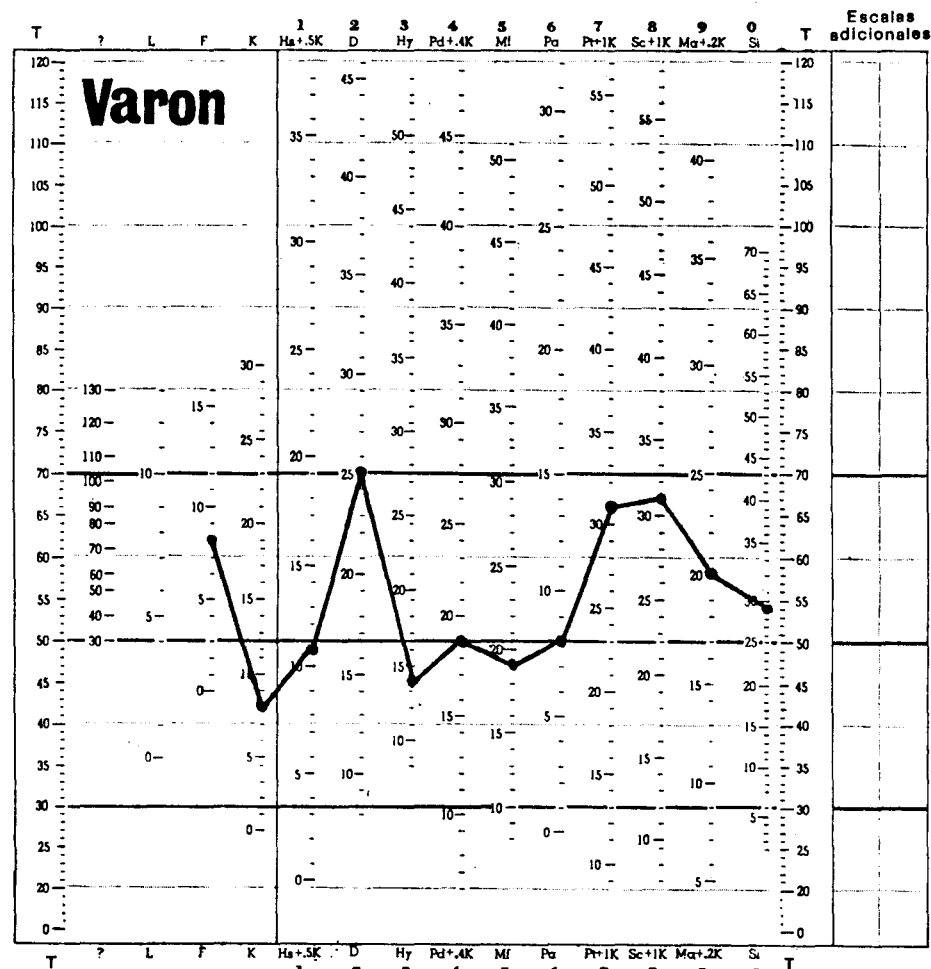
Apellidos y nombre: R.-R.-N.

Estado civil: CASADO

Edad: 42 Sexo: V

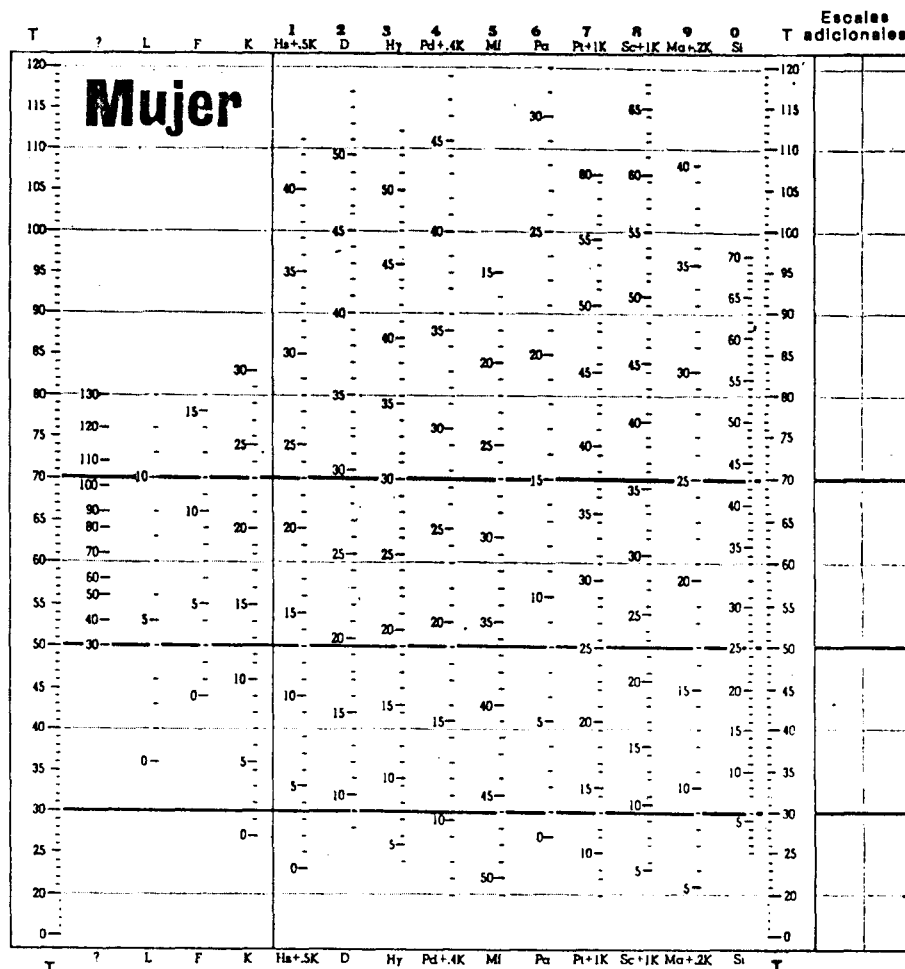
Profesión: CAMPO.

Títulos o estudios académicos: PRIMERAS LETRAS



Fracciones K

30	15	12	6
29	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	2	1
2	1	1	0
1	1	1	0
0	0	0	0



Puntuaciones directas: 8 8 7 25 14 16 28 8 24 24 18 29
 Añadir K: 4 3 7 7 2
 P. D. Corregida: 11 19 31 31 20

Puntuaciones directas: _____
 Añadir K: _____
 P. D. Corregida: _____

Fecha de examen: 21-1-77 Corregido por: Dr. CASTILLA y SOTA PEREZ Ayala

CASO N°31. Enfermo S.W.J.M. Edad 20 años. H^a N°74.891.

Antecedentes familiares. Sin interés.

Antecedentes personales. Sin interés.

Enfermedad actual. Desde niño viene padeciendo un -- cuadro de nauseas, vómitos y malestar epigástrico, que se calma con la ingesta y alcalinos, apareciendo dicho cuadro especialmente en -- los cambios estacionales; es diagnosticado de gastritis y sometido a tratamiento médico. En el año 1.973, sufre una abundante hematemesis y melena. Exploración general sin hallazgos.

El enfermo relaciona mucho la aparición de su cuadro con la época de exámenes.

Analítica. Sin interés.

Quimismo gástrico. No se practica.

Radiología. Estómago hipertónico con desflecamiento de curvatura mayor. Bulbo duodenal deformado con imagen compatible con úlcus.

Relaciones afectivas del grupo familiar. Dice haber transcurrido su infancia normal, así como en los momentos actuales no reconociendo ningún tipo de problemas.

Problemas laborales. Aún en período académico no -- tiene independencia económica pero a pesar de ello no identifica -- problemas ni en su carrera ni en la economía.

Caso nº : 31

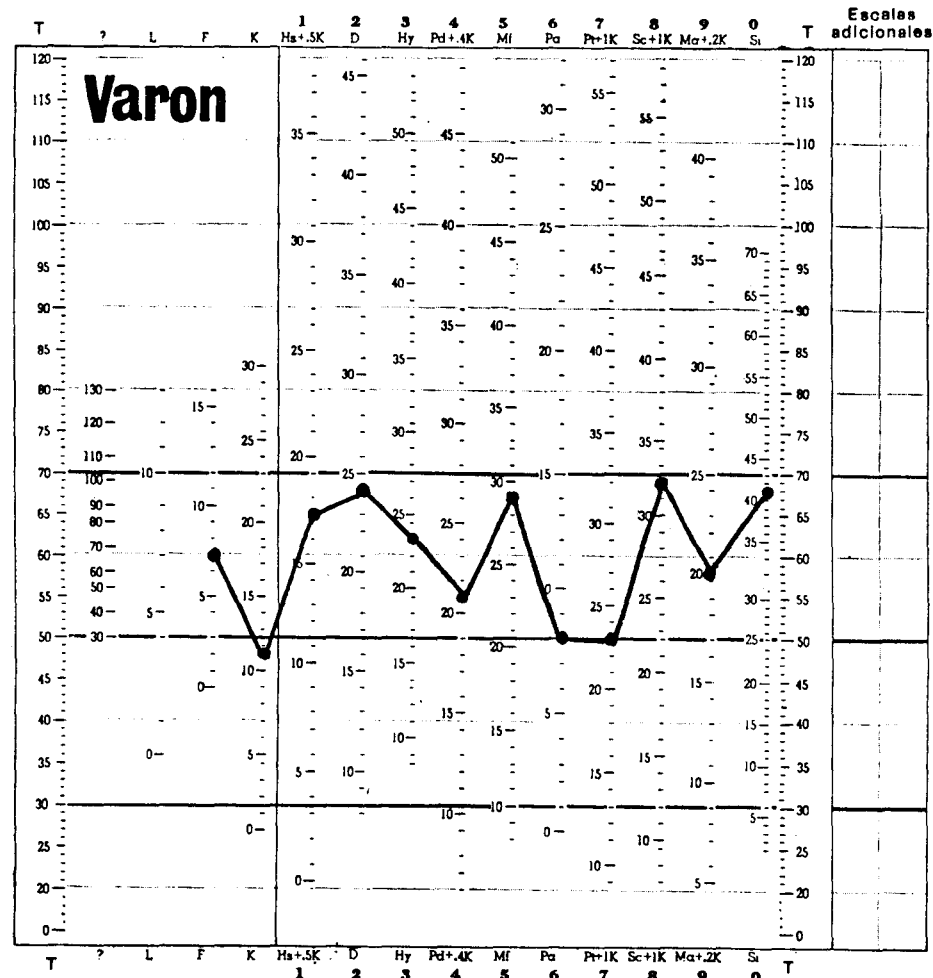
Hª nº : 74891

Apellidos y nombre: S - W - J. M.ª

Estado civil: SOLTERO Edad: 20 Sexo: V

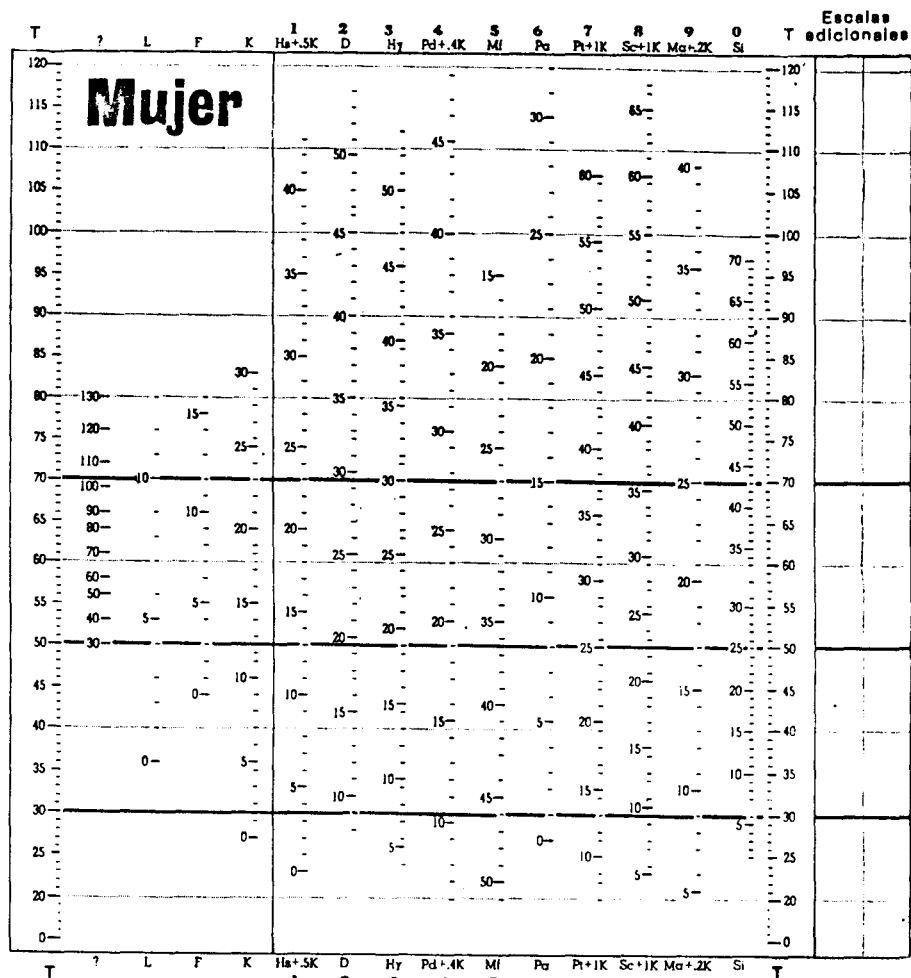
Profesión: ESTUDIANTE DE MEDICINA

Títulos o estudios académicos: UNIVERSITARIO



Fractions K

30	15	12	6
29	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	5	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	2	1
2	1	1	0
1	1	1	0
0	0	0	0



Puntuaciones directas: 7 11 11 24 23 17 29 8 17 26 18 41
 Añadir K: 6 4 6 6 2
 P. D. Corregida: 17 21 23 32 20

Puntuaciones directas: _____
 Añadir K: _____
 P. D. Corregida: _____

Fecha de examen: 7/2/77 Corregido por: Dr. Castilla y Sra. Perez Ayala

CASO N°32. Enfermo. O.A.M. Edad 66 años. H^a N°38.570.

Antecedentes familiares. Cuatro familiares ulcerosos
Antecedentes personales. Hipertensión.

Enfermedad actual. Desde hace unos 30 años viene padeciendo de pesadez post-pandrial, intolerancia a ciertos alimentos acidez retroesternal, que se aliviaba con alcalinos y generalmente era de aparición por temporadas, a veces de carácter nocturno. Hace 15 años se le diagnóstica por primera vez ulcus duodenal y hace 8 años tiene un cuadro agudo de hematemesis y melenas, que cede con tratamiento médico. Exploración general sin interés.

Analítica. Dentro de la normalidad.

Quimismo gástrico. BAO: 4'300 meq/h.; MAO: 46'380 --- meq/h.

Radiología. Estómago lento y perezoso a la evacuación. Marcada deformidad bulbar, con confluencia de pliegues, y falta de replección compatible con ulcus.

Endoscopia. Deformidad bulbar con ulcus de caracteres antiguos, localizado de cara anterior de bulbo.

Relaciones afectivas del grupo familiar. Sometido a un padre excesivamente dominante, se ve obligado a trabajar bajo sus ordenes, hasta que consigue finalizar su carrera, que le permite una libertad relativa, ya que, mientras permanece en su casa, sigue bajo el dominio de su padre. Esto le lleva a continuos cambios de carácter, agresividad, optimismo, introversión, depresión. En la edad madura se casa con una mujer dominante y autoritaria que le sigue eclipsando, ya sin momentos de independencia o libertad.

Problemas laborales. Ningún problema de tipo laboral o económico.

CALCO N.º: 38

Hoja de anotación y perfil

HA N.º: 38570.

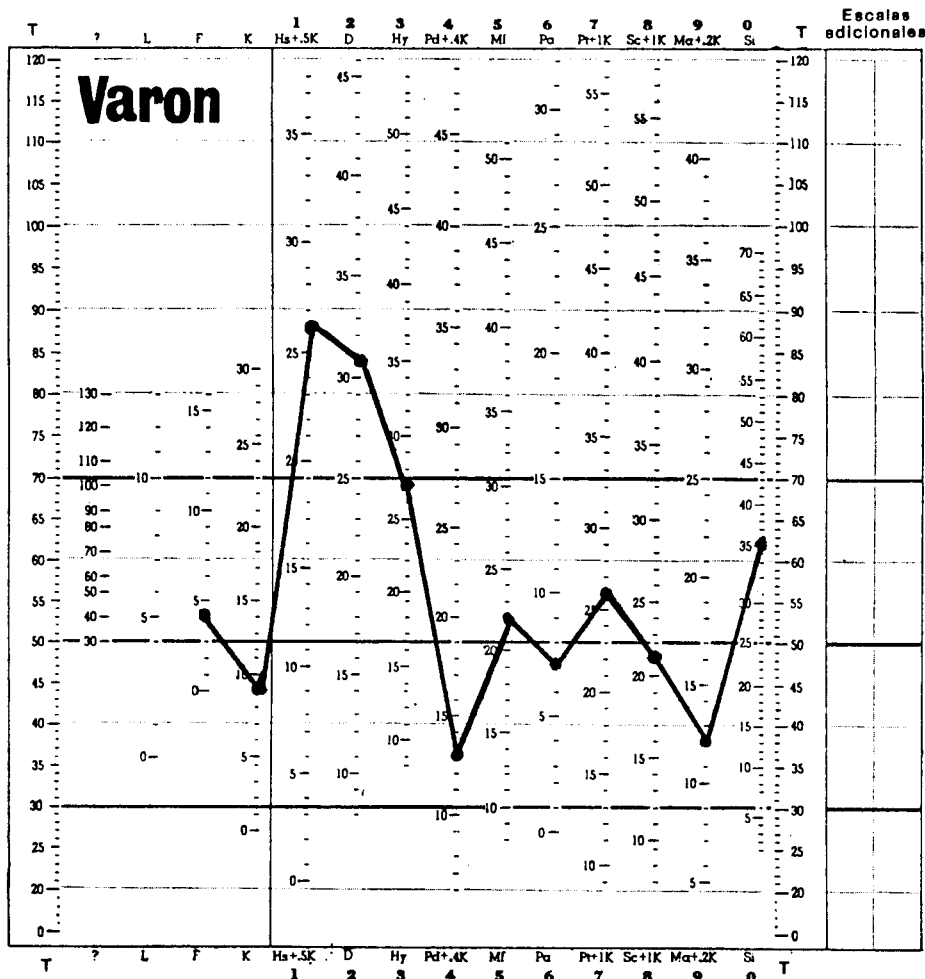
Apellidos y nombre: O. D. M.

Estado civil: C

Edad: 67 Sexo: V

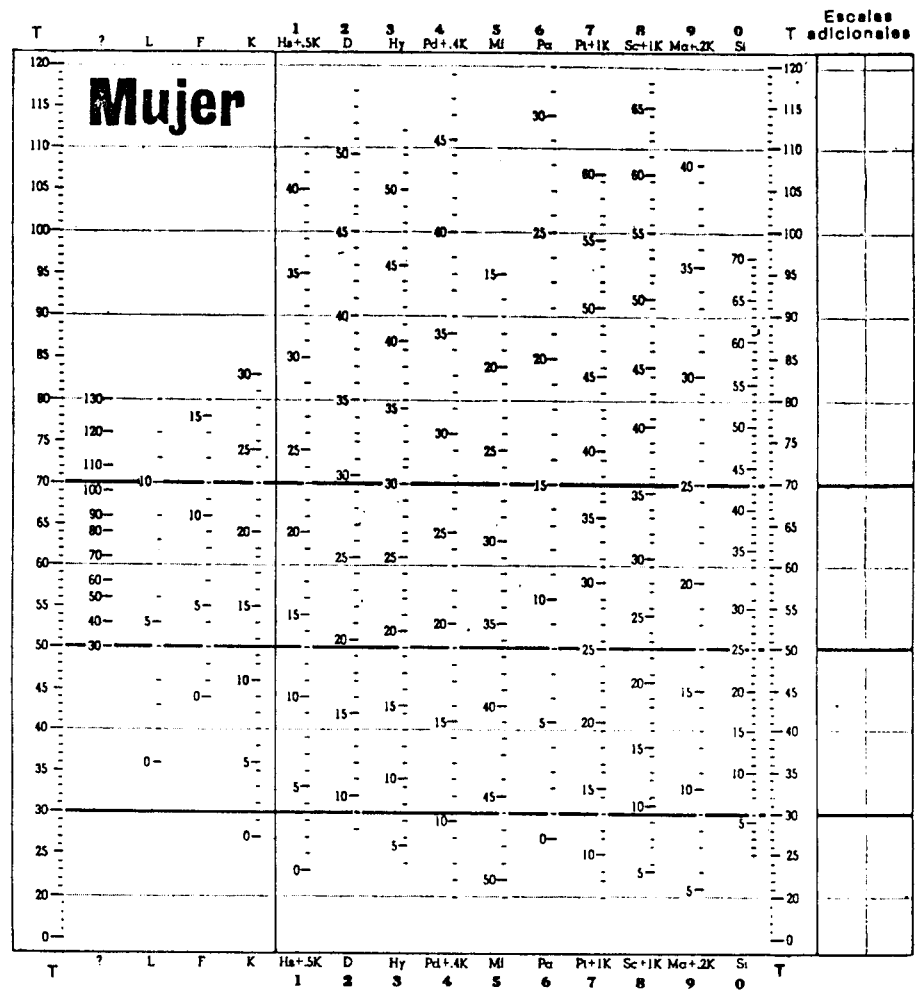
Profesión: MAESTRO NACIONAL

Títulos o estudios académicos:



Fraciones K

K	L	A	J
30	15	12	6
29	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	1	1
2	1	1	0
1	1	1	0
0	0	0	0



Puntuaciones directas 4 9 21 31 27 9 22 7 17 12 10 35
 Añadir K 5 4 9 9 2
 P. D. Corregida 26 13 26 21 12

Puntuaciones directas _____
 Añadir K _____
 P. D. Corregida _____

Fecha de examen: 18-2-77 Corregido por: Dr. CASTILLA y SERRA PEREZ A.

CASO N°33. Enfermo.G.H.M.Edad 29 años. H^a N°9.350.

Antecedentes familiares. Dos primos con ulcus duodenal.

Antecedentes personales. Fumador y bebedor.

Enfermedad actual. En 1.966, comienza con dolor epigástrico que se calma con alcalinos, acompañado de náuseas, vómitos y ardor retroesternal, cuadro que aparece en los cambios estacionales. Exploración general sin hallazgos.

Analítica. Dentro de la normalidad.

Quimismo gástrico. BAO: 6'325 meq/h.; MAO: 52'500 -- meq/h.

Radiología. Deformidad bulbar con alteración de los pliegue, con nicho ulceroso.

Hallazgos operatorios. Ulcus calloso de bulbo duodenal. Se practica gastrectomía con Billroth I y vagotomía doble troncular.

Relaciones afectivas del grupo familiar. Manifiesta no tener problemas específicos con parientes ni amigos, aunque si reconoce encontrarse triste muchas veces sin saber a que atribuirlo, al contrario que otras que se manifiesta brusco y agresivo, hasta que identifica su postura y trata de controlarla.

Problemas laborales. Dice no tener problemas con su trabajo, e incluso lo acepta y lo hace con agrado.

Caso N.º : 33.

H.º N.º : 9350.

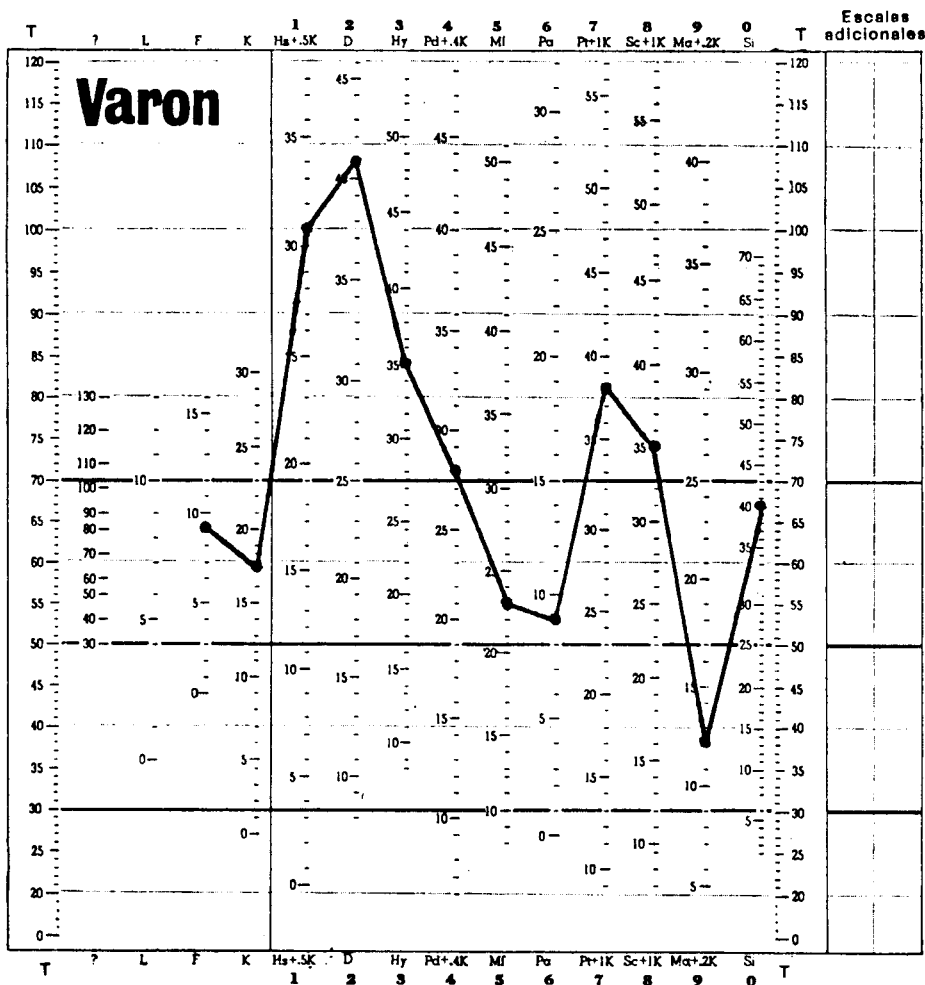
Apellidos y nombre: G.-H.-M.

Estado civil: CASADO.

Edad: 29 Sexo: ✓

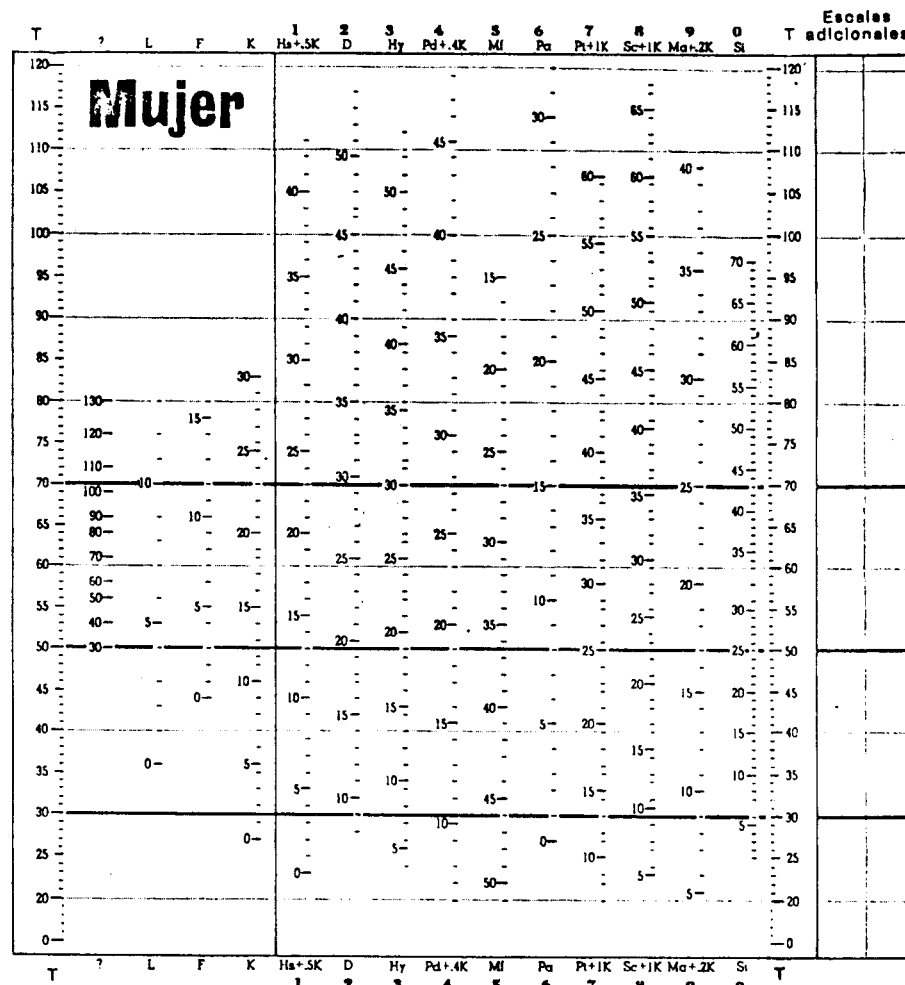
Profesión: CAHPO.

Títulos o estudios académicos: ENSEÑANZA PRIMARIA.



Fraciones K

K	1	4	3
30	15	12	6
29	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	2	1
2	1	1	0
1	1	1	0
0	0	0	0



Puntuaciones directas: 9 17 22 41 35 21 23 9 21 18 9 40
 Añadir K: 9 7 17 17 3
 P. D. Corregida: 31 28 38 35 12

Puntuaciones directas: _____
 Añadir K: _____
 P. D. Corregida: _____

Fecha de examen: 18-2-77. Corregido por: Dr. Castiella y Srta. PEREZ

CASO N°34. Enfermo.R.M.J. Edad 45 años. H^a N°232.912

Antecedentes familiares. Padre y hermano con trastornos gastroduodenales.

Antecedentes personales. Sin interés.

Enfermedad actual. Hace 13 años comienza con dolor - fijo en epigastrio, acompañado de nauseas y vómitos, intolerancia - digestiva, hematemesis y melenas. La sintomatología aparece prefe-- rentemente en los cambios estacionales. Ingresa de Urgencia tras ha-- ber sufrido una nueva melena. Exploración general sin hallazgos, -- salvo palidez de piel y mucosa.

Analítica. Hematocrito bajo.

Quimismo gástrico. No se practica.

Radiología. Deformidad de bulbo duodenal con imagen compatible con ulcus y gran edema periulceroso.

Endoscopia. Bulbo con mucosa edematosa que sangra -- al contacto. Se aprecia además una pequeña ulcera cicatrizada.

Relaciones afectivas del grupo familiar. Aunque se-- gún manifiesta no han existido problemas entre los miembros de la - familia si existieron de tipo económico en la guerra y en la post-- guerra.

Problemas laborales. Ha tenido problemas en orden a su adaptación a una esfera social, superior a la que pertecía y con menos formación de la que necesitaba para ello. Economía aceptable.

CASO Nº : 34.

Hoja de anotación y perfil

HA Nº : 232912.

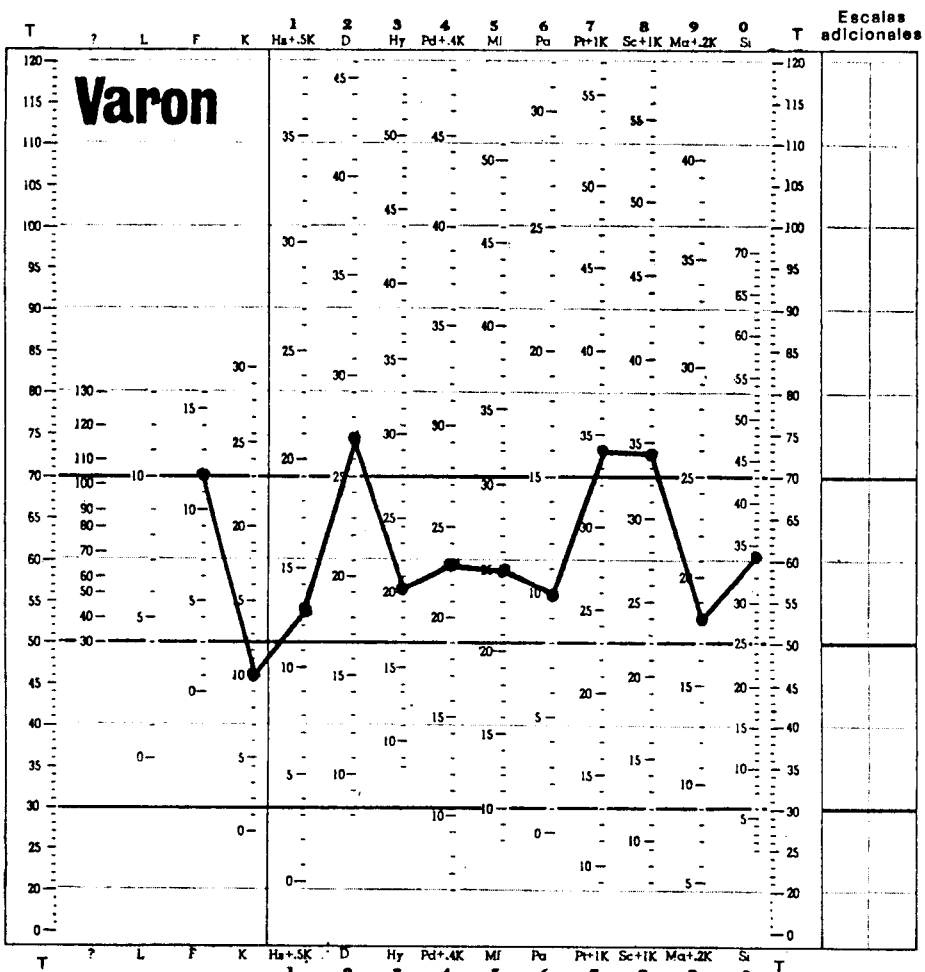
Apellidos y nombre: R. M. J.

Estado civil: S

Edad: 45 Sexo: V

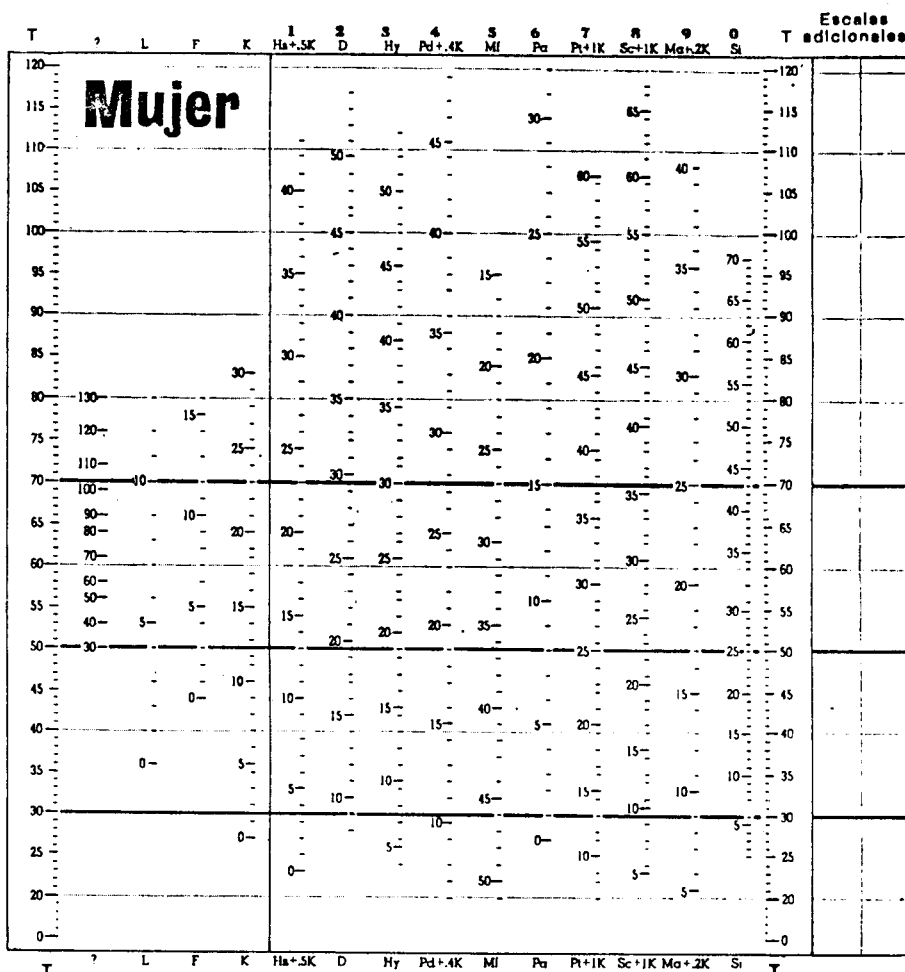
Profesión: EMPLEADO DE BANCA

Títulos o estudios académicos: ENSEÑANZA MEDIA



Fraciones K

K	1	2	3	4	5
30	15	12	6		
29	15	12	6		
28	14	11	6		
27	14	11	5		
26	13	10	5		
25	13	10	5		
24	12	10	5		
23	12	9	5		
22	11	9	4		
21	11	8	4		
20	10	8	4		
19	10	8	4		
18	9	7	4		
17	9	7	3		
16	8	6	3		
15	8	6	3		
14	7	6	3		
13	7	5	3		
12	6	5	2		
11	6	4	2		
10	5	4	2		
9	5	4	2		
8	4	3	2		
7	4	3	1		
6	3	2	1		
5	3	2	1		
4	2	2	1		
3	2	2	1		
2	1	1	0		
1	1	1	0		
0	0	0	0		



Puntuaciones directas: 12 10 8 27 20 19 25 16 24 24 16 34

Añadir K: 5 4 10 10 2

P. D. Corregida: 13 23 34 34 18

Puntuaciones directas: _____

Añadir K: _____

P. D. Corregida: _____

Fecha de examen: 25-2-77. Corregido por: Dr. CASTILLA y Sra. PEREZ AY

CASO N°35. Enfermo. B.R.A. Edad 29 años. H^a N°9.485.

Antecedentes familiares. Sin interés.

Antecedentes personales. Sin interés.

Enfermedad actual. Hace 5 años comienza con requeмор en epigastrio, que se calma con la ingesta y aparece a las cuatro - horas de haber comido, presentandose en las epocas de primavera y - otoño. En la exploración general dolor a la presión profunda en epi -
gastrio.

Analitica. Sin interés.

Quimismo gastrico. BAO: 7'800 meq/h.; MAO: 33'00 ---
meq/h.

Radiología. Deformidad bulbar tipica de ulcus y ede -
ma periulceroso.

Hallazgos operatorios. Ulcus duodenal plano que se -
dirige hacia vertiente pilorica. Se practica vagotomia doble troncu -
lar y piloroplástia.

Relaciones afectivas del grupo familiar. Como conse -
cuencia del alcoholismo de su padre, ha sido testigo de multiples -
problemas familiares, estando superprotegido por su madre y sus dos
hermanas mayores, habiendose anulado de esta forma su libertad y el
contacto con los niños de su edad.

Problemas laborales. Ha pasado por numerosos momen -
tos de lucha para estabilizarse en su trabajo, obligado por la defi -
ciente formación intelectual, que le ha inducido continuamente a su
perarse.

CASO Nº: 35

KA Nº: 9485

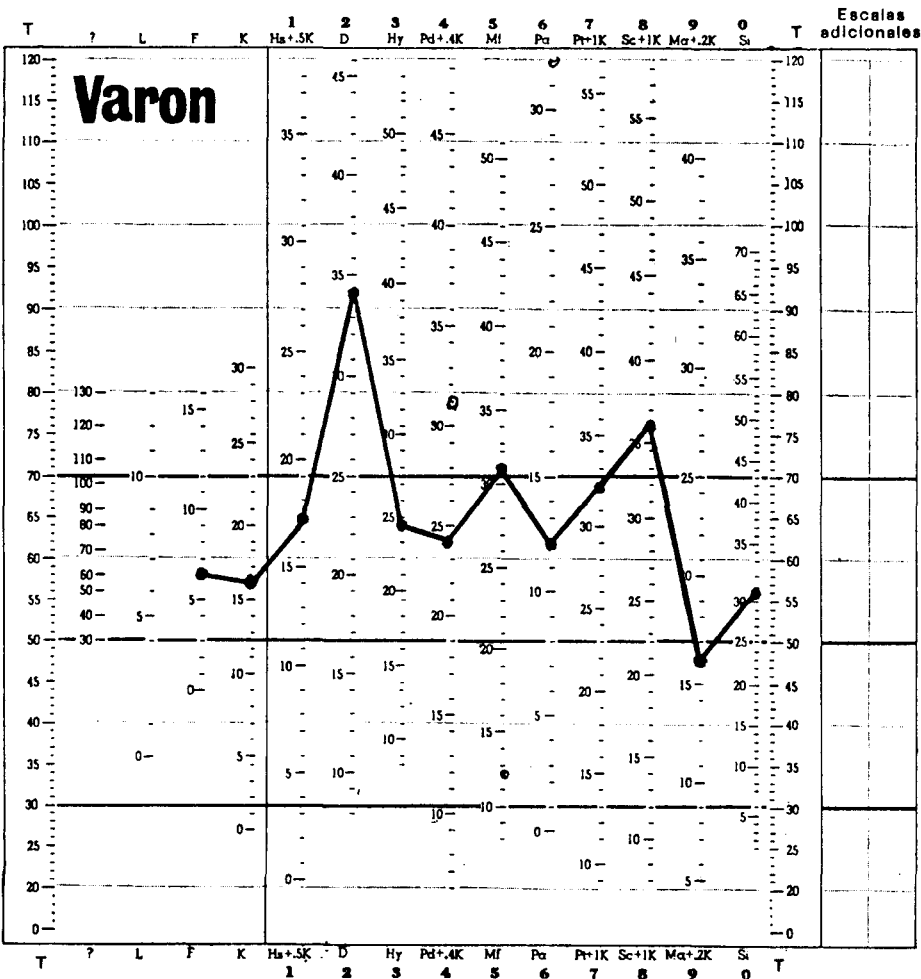
Apellidos y nombre: B. R. A.

Estado civil: C

Edad: 29 Sexo: V

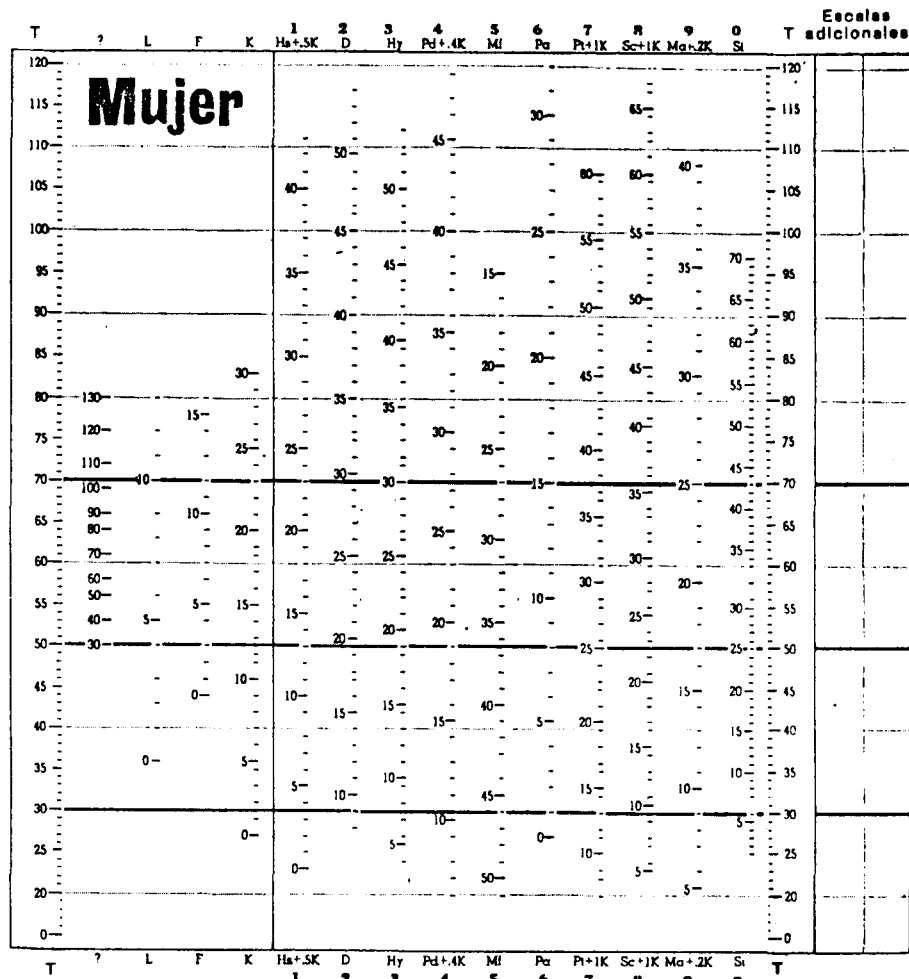
Profesión: ADMINISTRATIVO

Títulos o estudios académicos: ENSEÑANZA PRIMARIA



Fracciones K

K	1	2	3	4	5
30	15	12	6		
29	15	12	6		
28	14	11	6		
27	14	11	5		
26	13	10	5		
25	13	10	5		
24	12	10	5		
23	12	9	5		
22	11	9	4		
21	11	8	4		
20	10	8	4		
19	10	8	4		
18	9	7	4		
17	9	7	3		
16	8	6	3		
15	8	6	3		
14	7	6	3		
13	7	5	3		
12	6	5	2		
11	6	4	2		
10	5	4	2		
9	5	4	2		
8	4	3	2		
7	4	3	1		
6	3	2	1		
5	3	2	1		
4	2	2	1		
3	2	2	1		
2	1	1	0		
1	1	1	0		
0	0	0	0		



Puntuaciones directas: 6 16 9 34 24 18 31 12 16 20 13 31
 Añadir K: 8 6 16 16 3
 P. D. Corregida: 17 24 32 36 16

Puntuaciones directas: _____
 Añadir K: _____
 P. D. Corregida: _____

Fecha de examen: 1-3-77 Corregido por: Dr. Castillo y Sra. Perez Ayala

CASO N°36. Enfermo. B.C.M. Edad 31 años. H^a N°40.823

Antecedentes familiares. Un hermano ulceroso.

Antecedentes personales. Gastritis medicamentosa.

Enfermedad actual. Hace 10 años, despues de haber -- estado sometido a medicación por una ostiomielitis, comienza a sentir ardores, para aparecer luego dolor epigastico, que a veces es de aparición nocturna y coincide con los cambios estacionales. Se alivia con la ingesta y alcalinos y en varias ocasiones, ha tenido melenas. Exploración general sin hallazgos.

Analitica. Sin interés.

Quimismo gastrico. BAO: 4'576 meq/h.; MAO: 40'350.

Radiología. Pliegues engrosados en cuerpo y antro - de estomago. Bulbo duodenal deformado, con evacuación rapida.

Endoscopia. Gastritis cronica. Deformación bulbar - con pequeña ulcera lineal y confluencia de pliegues en el centro, - en fase de cicatrización; mucosa duodenal edematosa.

Relaciones afectivas del grupo familiar. Es el mayor de cuatro hermanos y cuatro años mayor que su hermana, que es la que le sigue en orden. Cuando nace esta, dice que se le retira el afecto por parte de sus padres, para dirigirlo todo hacia su -- hermana, hecho que sigue ocurriendo aún e incluso se manifiesta es te privilegio en favor de los hijos de su hermana. Como consecuencia se ha llevado muy mal siempre con su hermana. Malas relaciones tambien, con el resto de la familia, e incluso con su esposa, que a veces resultan muy violentas.

Problemas laborales. Ha tenido a veces problemas por causa de despidos, paro, busqueda de otros empleos y la consiguiente inestabilidad economica.

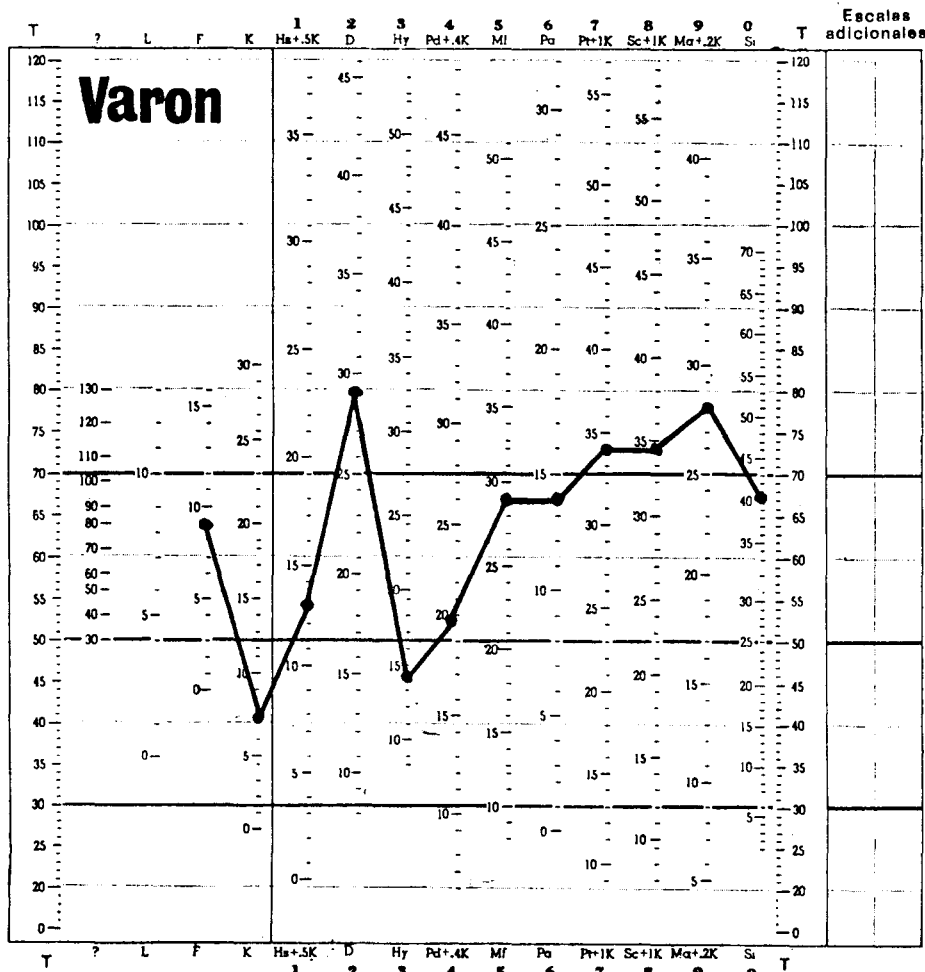
Caso N.º: 36

Hoja de anotación y perfil

HE N.º: 40823

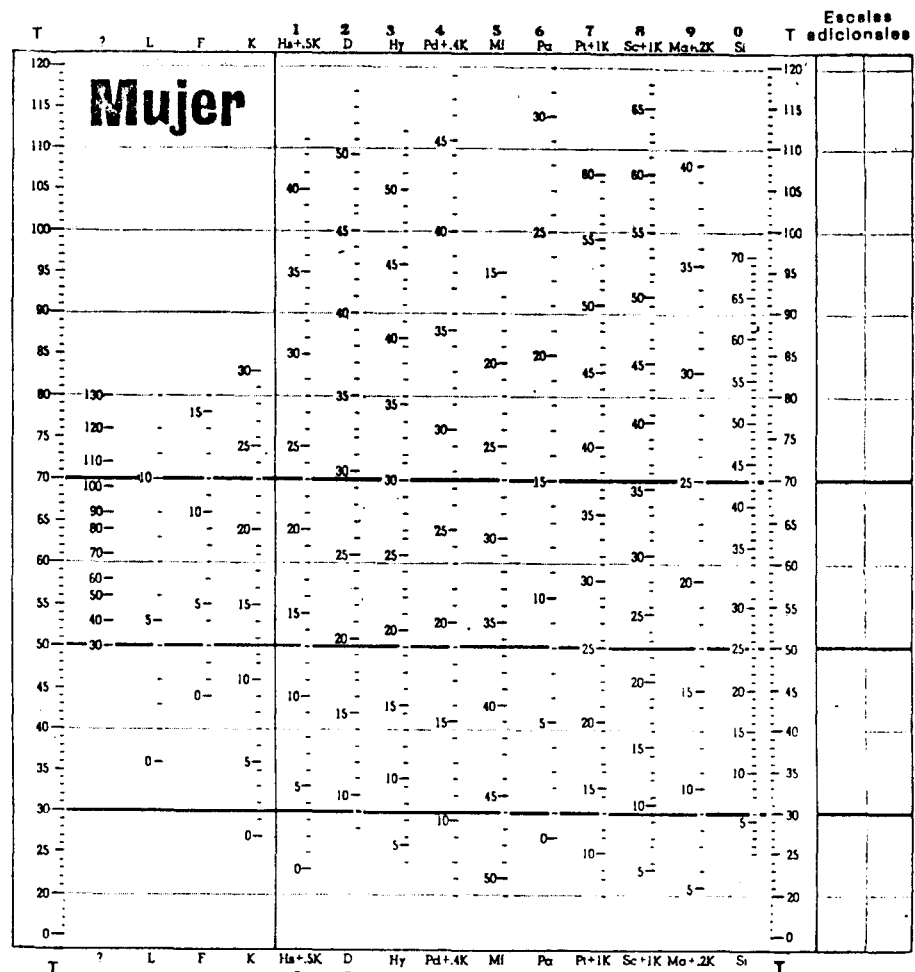
Apellidos y nombre: B. C. M. Estado civil: C Edad: 31 Sexo: V

Profesión: CONDUCTOR Títulos o estudios académicos: ESTUDIOS PRIMARIOS



Fraciones K

K	3	4	3
30	15	12	6
29	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	2	1
2	1	1	0
1	1	1	0
0	0	0	0



Puntuaciones directas: 97 99 29 14 17 29 14 27 27 46

Añadir K: 4 3 7 7 1

P. D. Corregida: 13 20 34 34 28

Puntuaciones directas: _____

Añadir K: _____

P. D. Corregida: _____

Fecha de examen: 10-3-77 Corregido por: Dr. Castilla y Sr. Perez

CASO N°37. Enfermo G.O.F. Edad 44 años. H^a N°32.248

Antecedentes familiares. Sin interés.

Antecedentes personales. Después de padecer desde hace 20 años de dolor epigástrico, que se calma con alcalinos y con la ingesta y ser diagnosticado de ulcus duodenal por radiología, endoscopia y quimismo, se encuentra dos ulcus en la intervención, uno en la cara anterior y otro en la posterior del bulbo, practicándose antrectomía con Billroth I.

Enfermedad actual. Después de dos años de su intervención, continúa el dolor epigástrico que se calma con la ingesta y alcalinos, acompañado a veces de náuseas y vómitos, estando desde hace un año en baja laboral por su enfermedad.

Analítica. Sin interés.

Quimismo gástrico. BAO: 0'750 meq/h.; MAO: 21'350 -- meq/h.

Radiología. Buen paso por boca anastomótica, aunque presenta pliegue edematoso, con imagen sospechosa de ulcus.

Endoscopia. Edema de boca anastomótica, encontrándose entre dos pliegues una imagen susceptible de ulcus cicatrizado.

Relaciones afectivas del grupo familiar. Sujeto poco expresivo, que difícilmente evalúa como buenas las relaciones del grupo familiar, pero sin manifestar criterio negativo en contra de nadie.

Problemas laborales. Al casarse se independiza y al no poder recibir ayuda económica del padre tiene numerosos problemas económicos, incluso de habitabilidad, según manifiesta incrementados por su enfermedad.

CASO Nº: 37.

HANº: 322VF.

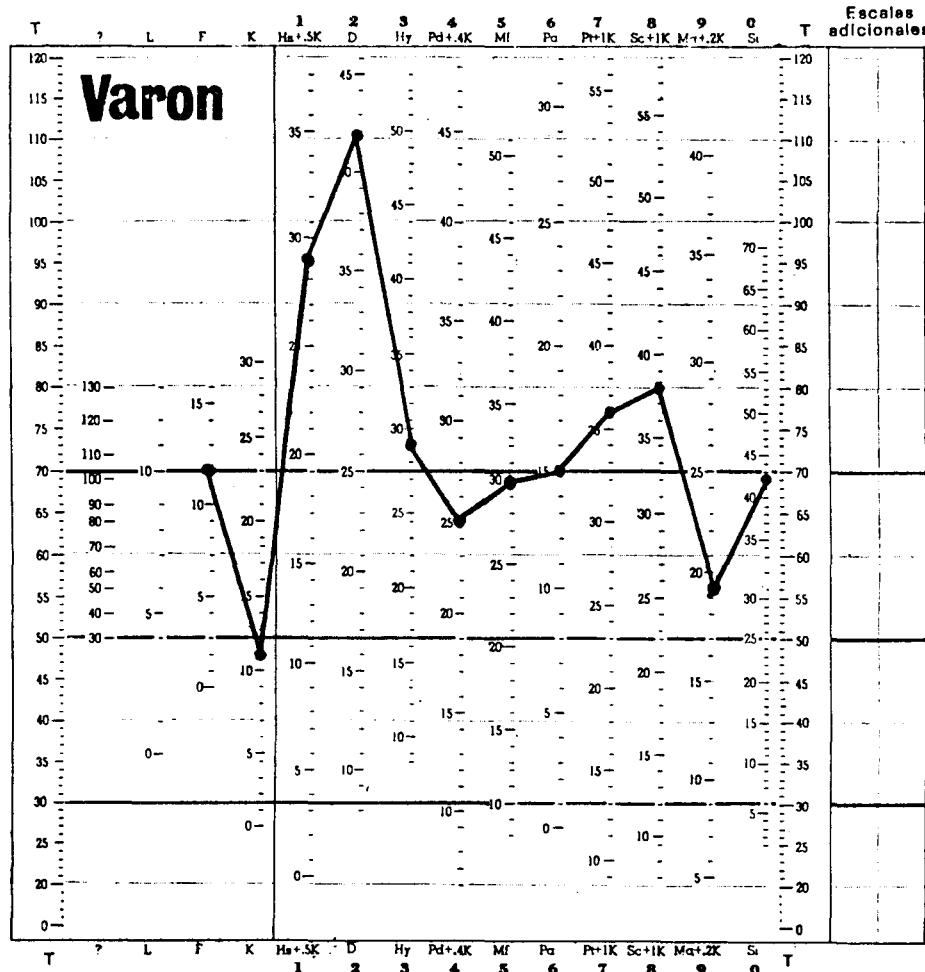
Apellidos y nombre: G. D. F.

Estado civil: C

Edad: 44 Sexo: V

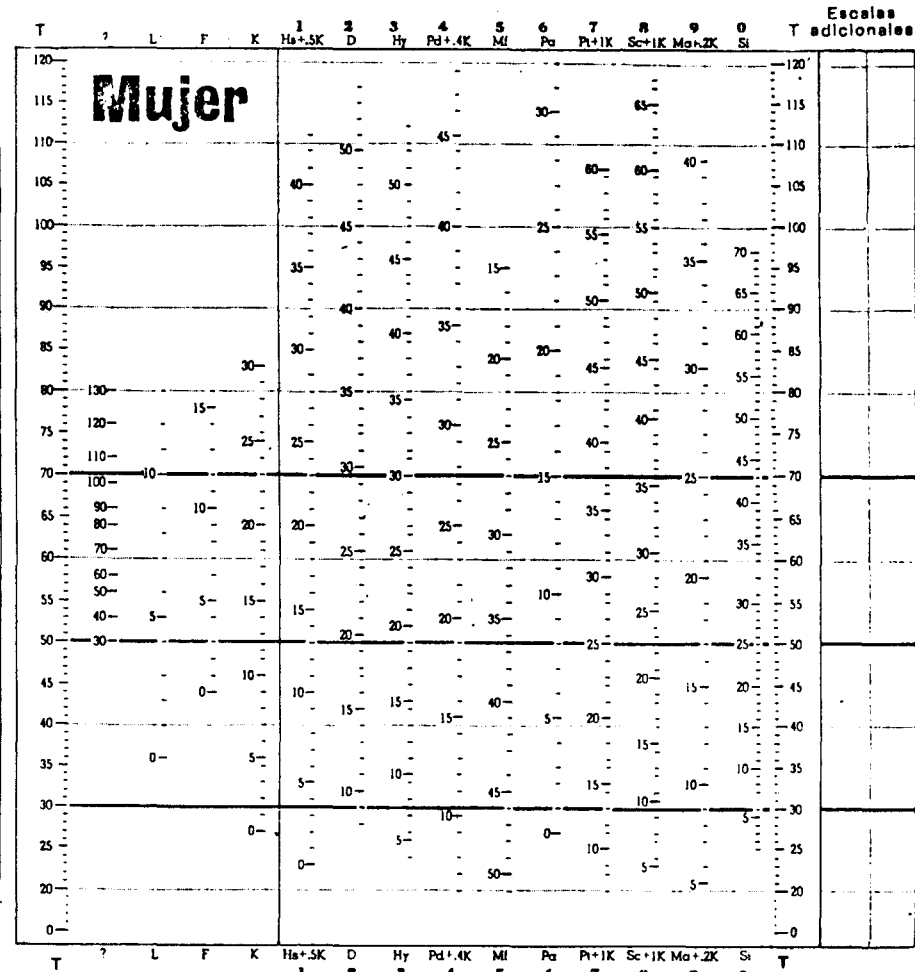
Profesión: CAMPO

Títulos o estudios académicos: PRIMERA LETRAS



Fractions: K

30	15	12	6
29	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	2	1
2	1	1	0
1	1	1	0
0	0	0	0



Puntuaciones directas 12 11 23 42 29 21 30 15 25 27 17 42.
 Añadir K 6 4 11 11 2
 P. D. Corregida 29 25 36 38 19

Puntuaciones directas _____
 Añadir K _____
 P. D. Corregida _____

Fecha de examen: 11-3-77. Corregido por: Dr. CADILLAG Y SORA PEREZ

CASO N°38. Enfermo. M. B. G. Edad 32 años. H^a N°40.904.

Antecedentes familiares. Padre y dos hermanos con --
Ulcus duodenal.

Antecedentes personales. Sin interes.

Enfermedad actual. Comienza a los 15 años con ardor-
retroesternal que cede con tratamiento médico y a partir de los 20-
años aparece malestar continuo en epigastrio, acompañado de astenia
y cuadro inespecifico de malestar, que ha ido aumentando paulatina-
mente. El dolor se alivia con alcalinos y con la ingesta, es de apa-
rición intermitente por temporadas que le despierta en muchas oca-
siones por la noche. Exploración general sin hallazgos.

Analitica. Sin interés.

Quimismo gastrico. BAO: 3'520 meq/h.; MAO: 38'00 ---
meq/h.

Radiología. Estomago hipertónico. Bulbo duodenal de-
formado con signos indirectos compatibles con ulcus duodenal.

Endoscopia. Ulceración ovalada superficial de media-
no tamaño, en bulbo duodenal, con pliegues edematosos periulcerosos.

Relaciones afectivas del grupo familiar. Sujeto in-
quieto y preocupado por todo, con lucha continua consigo mismo y --
gran componente de frustración. A nivel matrimonial, se encuentra -
falta de unión intelectual con la esposa y profesionalmente, siente
no haber realizado estudios mas superiores, aunque acepta el hecho,
al haber tenido que comenzar la vida laboral pronto, para ayudar a
su familia.

Problemas laborales. Cree que su trabajo le ha perju-
dicado en la enfermedad, pues el intento de superación profesional-
y el deseo de mejorar economicamente le mantienen en continuo -----
stress.

CASO Nº 38

Hª Nº : 40904.

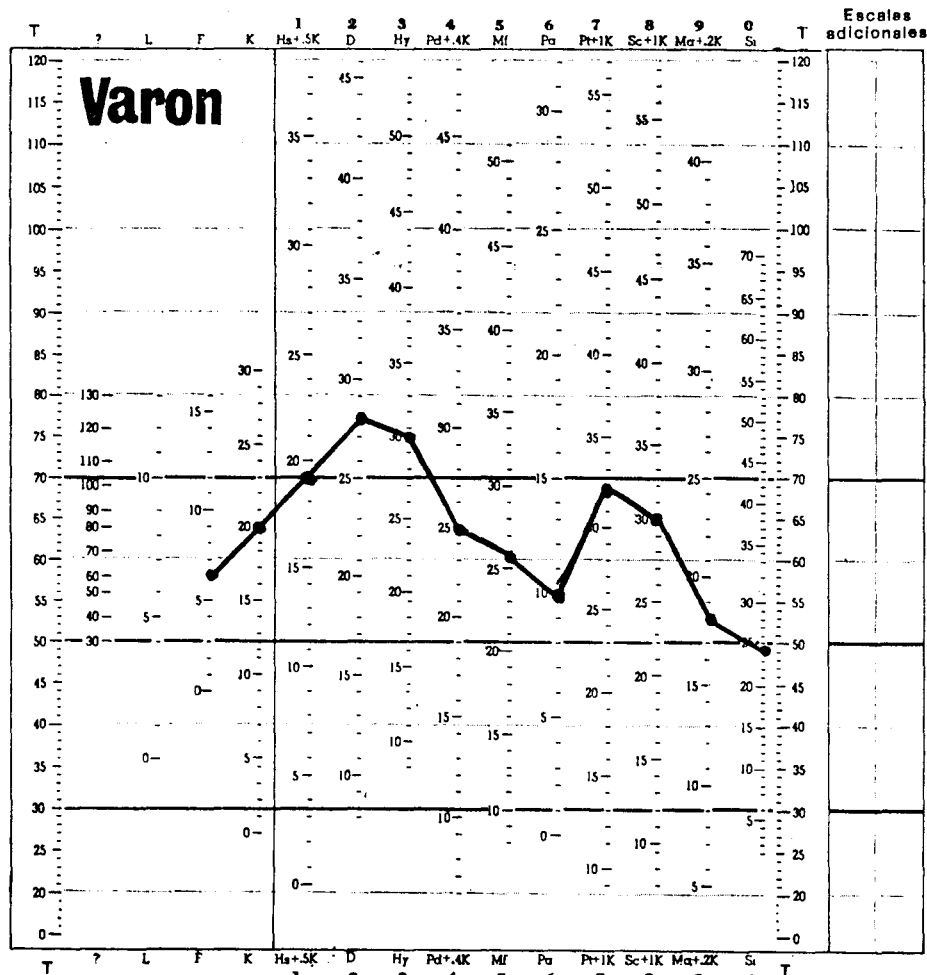
Apellidos y nombre: M. B. G.

Estado civil: C

Edad: 27 Sexo: V

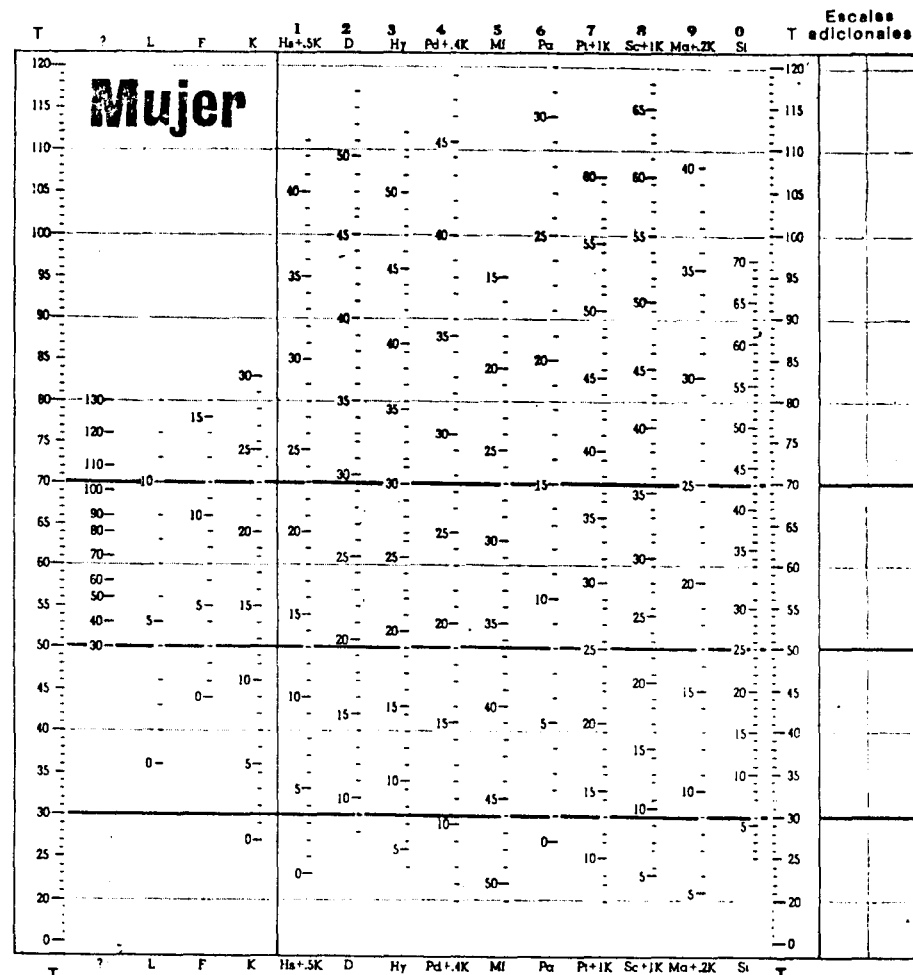
Profesión: TORNERO

Títulos o estudios académicos: BACHILLER LABORAL



Fraciones K

K	1	2	3
30	15	12	6
29	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	2	1
2	1	1	0
1	1	1	0
0	0	0	0



Puntuaciones directas: 6 20 9 28 30 17 26 10 12 14 24
 Añadir K: 10 8 20 20 4
 P. D. Corregida: 19 25 32 30 18

Puntuaciones directas: _____
 Añadir K: _____
 P. D. Corregida: _____

Fecha de examen: 25-3-77 Corregido por: Dr. CASTILLO y ROSA PEREZ AYA

CASO N°39. Enfemo. M.R.J. Edad 29 años. H^a N°185.740

Antecedentes familiares. Sin interés.

Antecedentes personales. Operado de perforación por ulcus hace 7 meses.

Enfermedad actual. Desde hace 12 años viene con dolor epigástrico irradiado a hipocondrio izquierdo, acompañado de vómitos, pirosis y regurgitación. El dolor al principio coincidía con los cambios estacionales, pero últimamente ha sido casi continuo, - siendo a veces de aparición nocturna y calmándose con alcalinos o - con la ingesta. Exploración general sin hallazgos.

Analítica. Sin interés.

Quimismo gástrico. BAO: 5'100 meq/h.; MAO: 37'00 -- meq/h.

Radiología. Estómago hipertónico, bulbo duodenal de formado con signos indirectos de ulcus.

Endoscopia. Ulcus duodenal medianamente profundo, - con fuertes engrosamientos de pliegues, fibroso y que sangra al -- contacto.

Hallazgos operatorios. Ulcus duodenal penetrante en pancreas. Vagotomía doble troncular y hemigastrectomía a lo -- - Billroth I.

Relaciones afectivas del grupo familiar. Sujeto que habla de una situación familiar difícil en una familia de muchos - hermanos, con problemas económicos y donde igual que sus hermanos, tubo que trabajar a partir de los ocho años, aunque acepto la si-- tuación, con una mentalidad clara y objetiva. La vida conyugal la dice igualmente llevar sin problemas.

Problemas laborales. Peón agrícola, donde la limita-- ción económica, la situación de eventual, le crea problemas, inclu-- so para cubrir las necesidades mínimas, aunque dice aceptar la si-- tuación y resolverla como mejor puede o bien adaptarse a ella.

Caso Nº: 39.

Hª Nº: 185740.

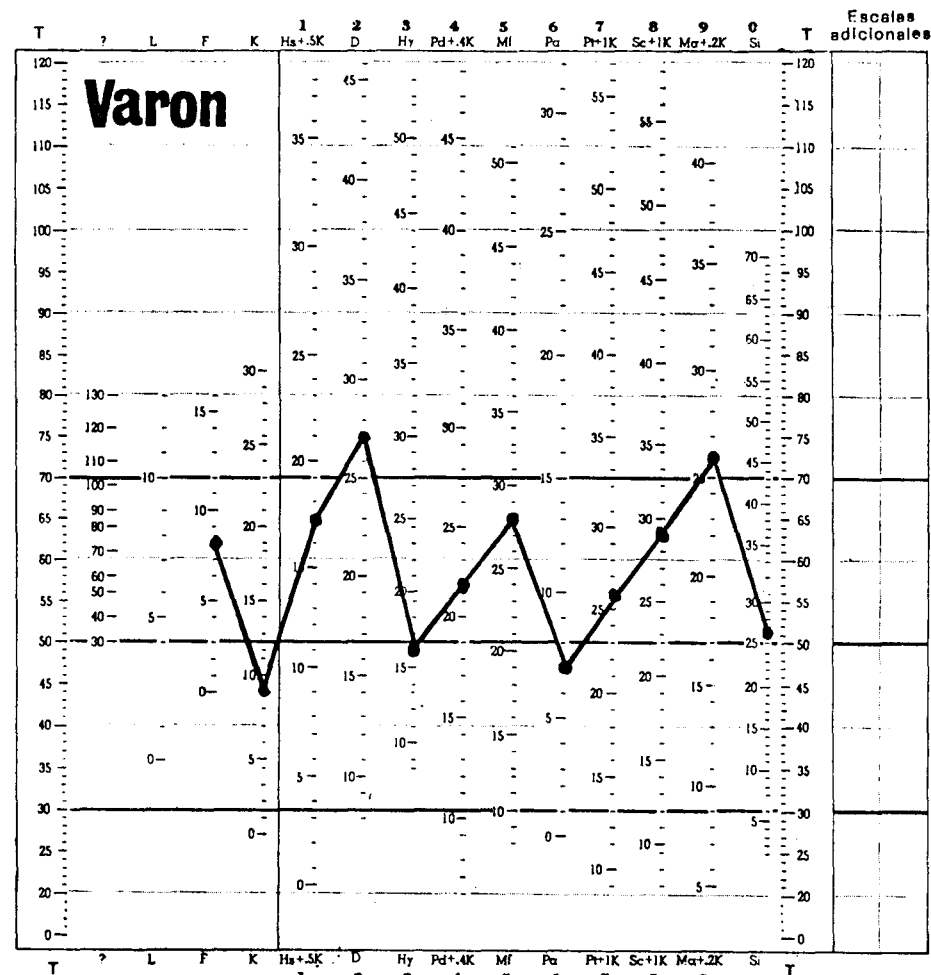
Apellidos y nombre: M. R. J.

Estado civil: C

Edad: 29 Sexo: V

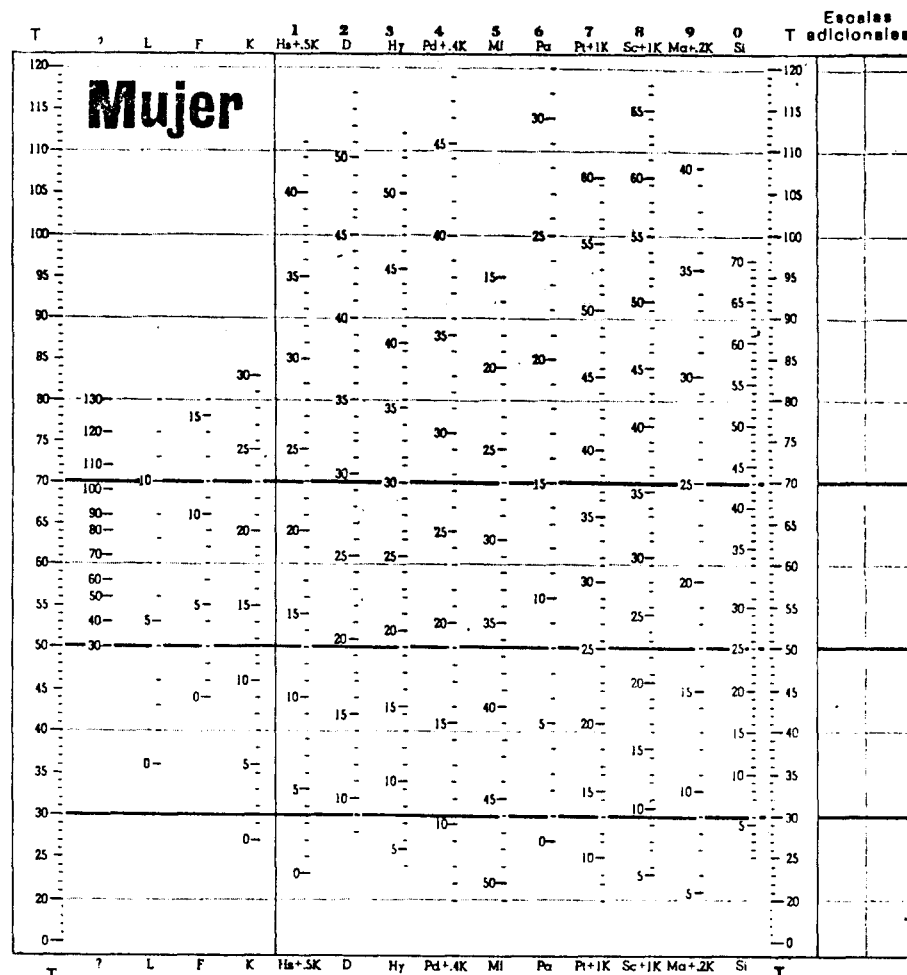
Profesión: CAMPO.

Títulos o estudios académicos: ANALFABETO.



Fracciones K

K	3	4	2
30	15	12	6
29	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	2	1
2	1	1	0
1	1	1	0
0	0	0	0



Puntuaciones directas: 8 9 12 27 16 18 27 7 17 20 24 26
 Añadir K: 17 22 26 29 26
 P. D. Corregida: 17 22 26 29 26

Puntuaciones directas: _____
 Añadir K: _____
 P. D. Corregida: _____

Fecha de examen: 29-3-77. Corregido por: Dr. Carrillo - Sr. PEREZ Ayala

CASO N°40. Enfermo. J.R.F. Edad 38 años. H^a N°196.653

Antecedentes familiares. Sin interés.

Antecedentes personales. Tifoidea hace 22 años.

Enfermedad actual. Desde hace unos 2 años, viene con molestias en epigastrio e hipocondrio derecho, acompañado de nau--- seas. Las molestias son por temporadas, aliviándose con la ingesta y alcalinos, siendo a veces de aparición nocturna. Ha tenido en estos dos años tres hemorragias con hematemesis y melenas. Explora--- ción general sin hallazgos.

Analítica. Sin interés.

Quimismo gástrico. BAO: 7 meq/h.; MAO: 32'55 meq/h.

Radiología. Estómago hipértonico con desflecamiento de curvatura mayor y difícil vaciamiento. Defecto de replección bulbar, compatible con imagen de úlcus.

Endoscopia. Pequeña hernia de hiato. Gastritis pete--- quial de antro. Duodeno con pliegues engrosados e hiperémicos.

Hallazgos operatorios. Pequeña hernia hiatal. Úlcus- duodenal de cara posterior. Hipertrofia pilórica. Se practica ---- Nissen II, vagotomía doble troncular y pilorectomía.

Relaciones afectivas del grupo familiar. A los 15 -- años muere su padre, haciéndose cargo de la familia y de las tie--- rras, con los consiguientes múltiples problemas como consecuencia - de su inesperienza por su poca edad. Al casarse recibe entonces un sueldo de la madre, insuficiente para mantener a su nueva familia, - hasta que decide arrendar las tierras a su madre, siendo entonces - el mismo problema pero a la inversa, es decir, es su madre la que - le exige más dinero cada vez que el acepta a pesar de estar fuera - de contrato, por ser su madre.

Problemas laborales. Ninguno. Economía aceptable.

CASO N.º: 40.

HA N.º: 196653.

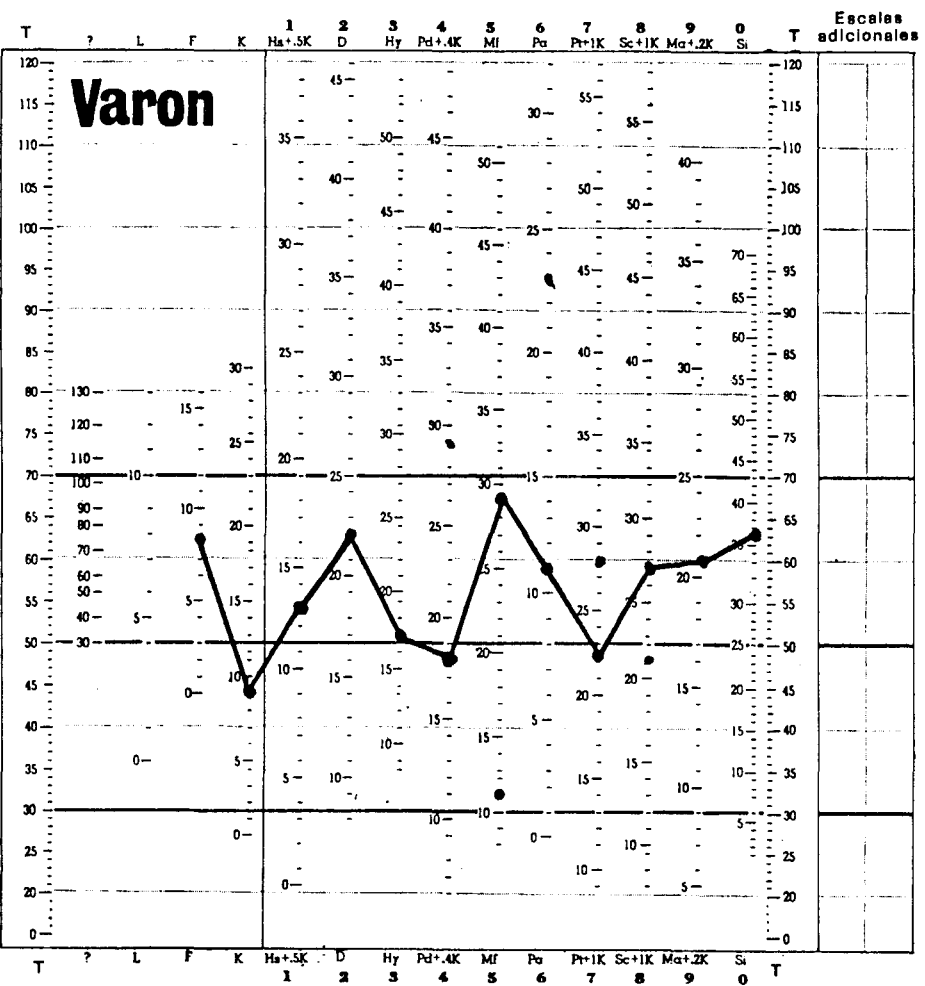
Apellidos y nombre: J. R. F.

Estado civil: @

Edad: 38 Sexo: V

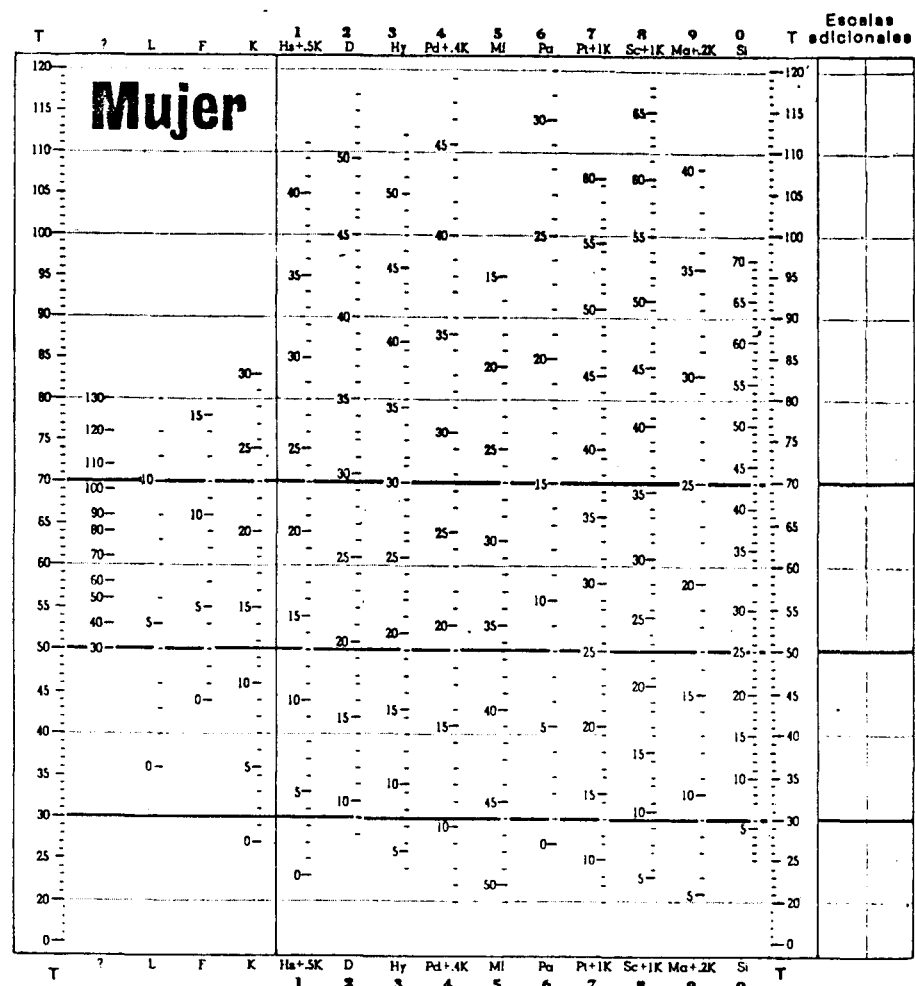
Profesión: TRACTORISTA

Títulos o estudios académicos: PRIMERA ENSEÑANZA



Fraciones K

K	1	4	3
30	15	12	6
29	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	2	1
2	1	1	0
1	1	1	0
0	0	0	0



Puntuaciones directas: 8 9 8 22 12 15 29 11 14 18 19 36
 Añadir K: 8 4 9 9 2
 P. D. Corregida: 13 19 23 27 21

Puntuaciones directas: _____
 Añadir K: _____
 P. D. Corregida: _____

Fecha de examen: 14-4-77. Corregido por: Dr. CASTILLA y Srta. PEREZ A.

CASO N°41. Enfermo. N.E.J.M. Edad 53 años. H^a N°238.357.

Antecedentes familiares. Sin interés.

Antecedentes personales. Sin interés.

Enfermedad actual. A los 18 años comienza con molestias gástricas acompañadas de ardor, que en el transcurso de los -- años se van definiendo y apareciendo cíclicamente por temporadas y aliviándose con la ingesta y alcalinos. Últimamente las molestias -- son continuas, con dolor en epigastrio e hipocondrio derecho, ardor, náuseas y vómitos. Hace 20 días tiene un cuadro agudo de hematemesis y melenas. Exploración general sin hallazgos, salvo discreta palidez de piel y mucosas.

Analítica. Anemia.

Quimismo gástrico. No se realiza por la reciente hemorragia.

Radiología. Deformación de imagen bulbar, con imagen compatible con úlcus y confluencia hacia la misma de pliegues de mucosa.

Endoscopia. Úlcus antiguo en cara posterior de duodeno, que sangra al contacto.

Hallazgos operatorios. Úlcus bajo cicatrizado, en cara posterior de duodeno. Se práctica vagotomía doble troncular y -- gastro-yeyunostomía.

Relaciones afectivas del grupo familiar. En su niñez y adolescencia se vio sometido a un ambiente de excesiva rigidez de su padre y mantenida por su madre, que le llegó a inhibir y anular -- totalmente, hasta que empieza a trabajar, que cede el cerco de su -- padre. Matrimonio normal.

Problemas laborales. Desde siempre, y a medida que -- ha aumentado la responsabilidad, se ha visto angustiado de manera -- excesiva, hecho que atribuye a su falta de maduración, como conse--cuencia de la anulación de personalidad, a que estuvo sometido con su padre. No problemas económicos.

CASO Nº: 41.

HA Nº 238353

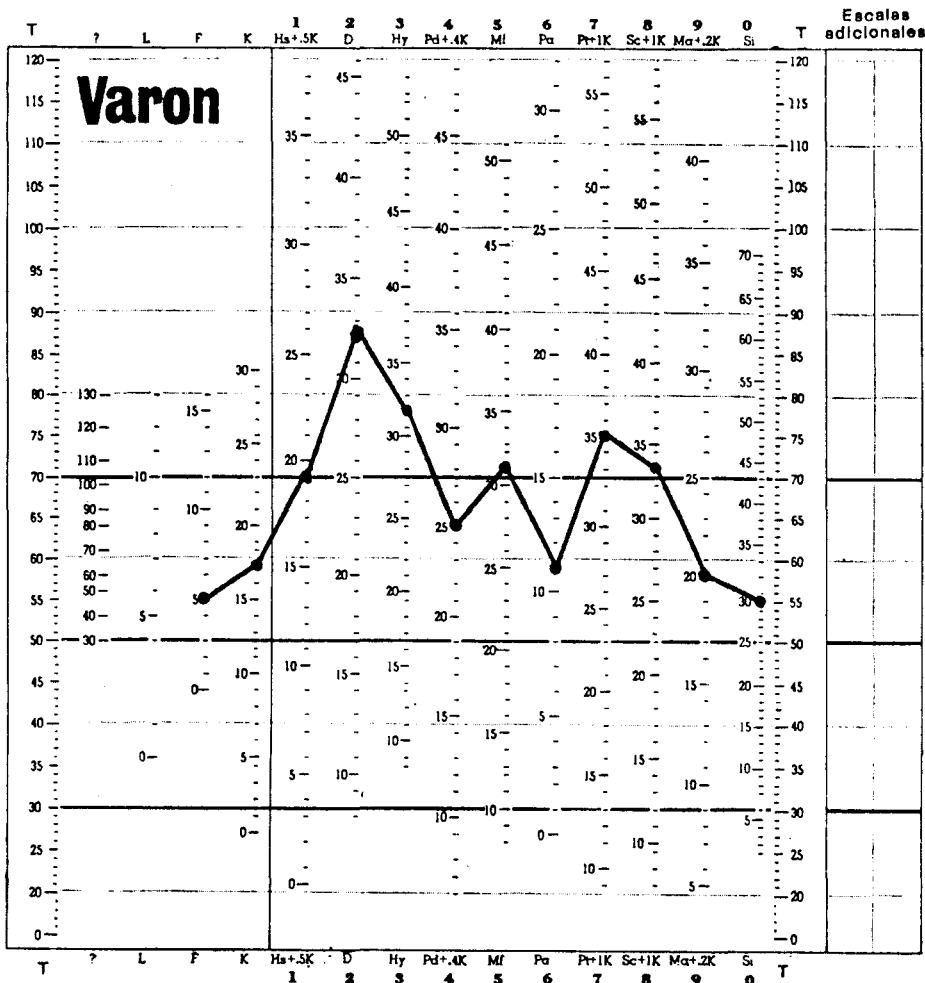
Apellidos y nombre: N- E- J. M.

Estado civil: CASADO

Edad: 53 Sexo: V

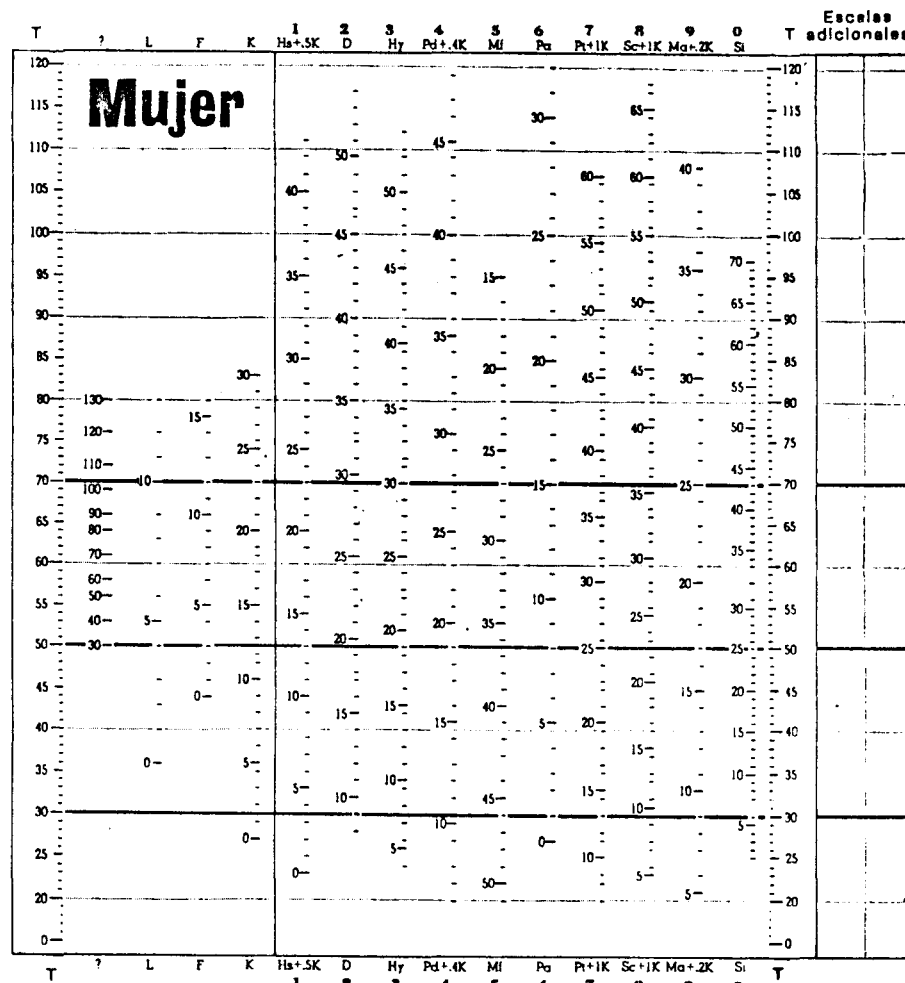
Profesión: DIRECTOR DE BANCA.

Títulos o estudios académicos: ENSEÑANZA MEDIA.



Fraciones K

F	3	4	3
30	15	12	6
29	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	2	1
2	1	1	0
1	1	1	0
0	0	0	0



Puntuaciones directas 5 17 10 32 32 18 31 11 18 16 17 30

Añadir K 9 7 17 17 3

P. D. Corregida 19 25 35 33 20

Puntuaciones directas _____

Añadir K _____

P. D. Corregida _____

Fecha de examen: 22-6-77 Corregido por: DR. CASTILLO y SRO. PEREZ RYD

CASO N°42. Enfermo. B.V.R. Edad 43 años. H^a N°4.937.

Antecedentes familiares. Sin interés.

Antecedentes personales. Colon irritable.

Enfermedad actual. Sobre los 19 años comienza con malestar epigástrico, pesadez post-prandial y ardor retrosternal, aumentando la sintomatología en el periodo militar y a los 23 años, - tiene una melena que se trata medicamente. A partir de entonces ha continuado con la sintomatología, predominando la acidez, principalmente en los cambios climatológicos, siendo a veces de aparición -- nocturna y aliviándose con la ingesta y alcalinos. A veces diarrea. Exploración general sin hallazgos.

Analítica. Sin interés.

Quimismo gástrico. BAO: 3'750 meq/h.; MAO: 31'500 --- meq/h.

Radiología. Estómago hipertónico. Deformidad de bulbo duodenal con falta de repleción y signos indirectos de ulceración duodenal.

Endoscopia. Edema de mucosa de bulbo duodenal con depleción de la misma, compatible con ulceración en fase de cicatrización. Polipo duodenal.

Relaciones afectivas del grupo familiar. Aunque no - manifiesta la presencia de ningún problema en este círculo, indirectamente se confirman las discrepancias con el padre. Por otro lado, se siente culpable de la muerte de un hijo al nacer. Al parecer buenas relaciones con la esposa.

Problemas laborales. Ninguno, presentando una econo-mía saneada.

CASO Nº : 42

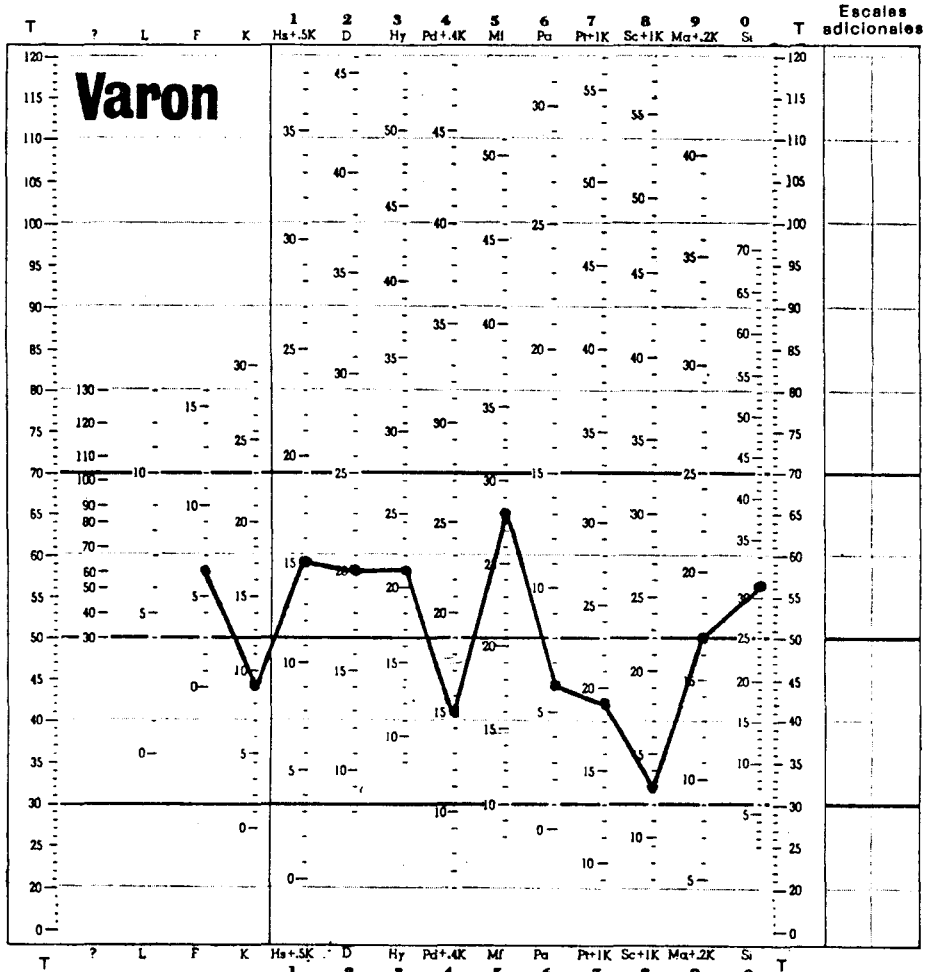
Hº Nº : 4937.

Apellidos y nombre: B. V. R.

Estado civil: CASADO Edad: 43 Sexo: V

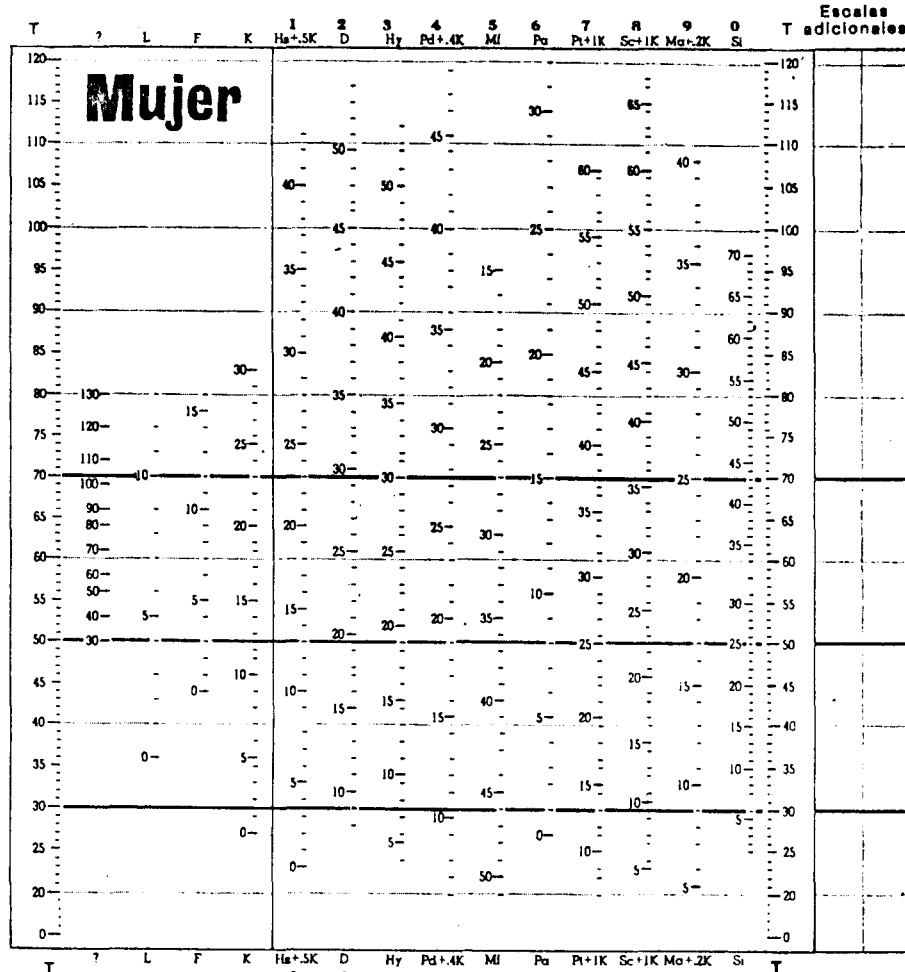
Profesión: EMPLEADO.

Títulos o estudios académicos: ENSEÑANZA PRIMARIA.



Fraciones K

Fracción	1	2	3	4	5
30	15	12	6		
29	15	12	6		
28	14	11	6		
27	14	11	5		
26	13	10	5		
25	13	10	5		
24	12	10	5		
23	12	9	5		
22	11	9	4		
21	11	8	4		
20	10	8	4		
19	10	8	4		
18	9	7	4		
17	9	7	3		
16	8	6	3		
15	8	6	3		
14	7	6	3		
13	7	5	3		
12	6	5	2		
11	6	4	2		
10	5	4	2		
9	5	4	2		
8	4	3	2		
7	4	3	1		
6	3	2	1		
5	3	2	1		
4	2	2	1		
3	2	2	1		
2	1	1	0		
1	1	1	0		
0	0	0	0		



Puntuaciones directas 6 9 10 20 21 11 28 6 10 4 15 31

Añadir K 4 9 9 2

P. D. Corregida 15 15 19 13 17

Puntuaciones directas _____

Añadir K _____

P. D. Corregida _____

Fecha de examen: 23-6-77. Corregido por: Dr. CASILLAS y SEDA PEREZ AY

CASO N°43. Enfermo. O.H.J. Edad. 64 años. H^a N°238.768

Antecedentes familiares. Sin interés.

Antecedentes personales. Artrosis de columna.

Enfermedad actual. Desde hace 5 años, viene con molestias en epigastrio, pesadez post-prandial y pirosis, que se alivia con la ingesta y con alcalinos, siendo el cuadro de aparición - por temporadas. Hace 3 años tiene una melena y ahora vuelve a tener otra nueva hemorragia en forma de hematemesis y melenas, que es motivo de ingreso urgente. A la exploración general, palidez de piel y mucosas y dolor en hipocondrio derecho.

Analítica. Anemia

Quimismo gástrico. No se realiza por la hemorragia.

Radiología. En base de bulbo duodenal se aprecia una imagen con depósito de bario, compatible con una ulceración, prominencia de pliegues.

Endoscopia. En bulbo duodenal se aprecia ulceración pequeña en fase de cicatrización, superficial y que sangra fácilmente al contacto.

Relaciones afectivas del grupo familiar. Dice no haber tenido problemas nunca con sus padres, a los que ha querido y con los que se ha llevado muy bien. A nivel matrimonial las relaciones han sido igualmente buenas. Es un sujeto seguro de sí mismo, -- con un criterio hecho y objetivo de su mundo.

Problemas laborales. No está satisfecho con la profesión que ha tenido pero se ha adaptado a ella y ha vivido en una moderada economía.

CASO Nº: 43

HA Nº 238768

Apellidos y nombre: Q.-H.-J.

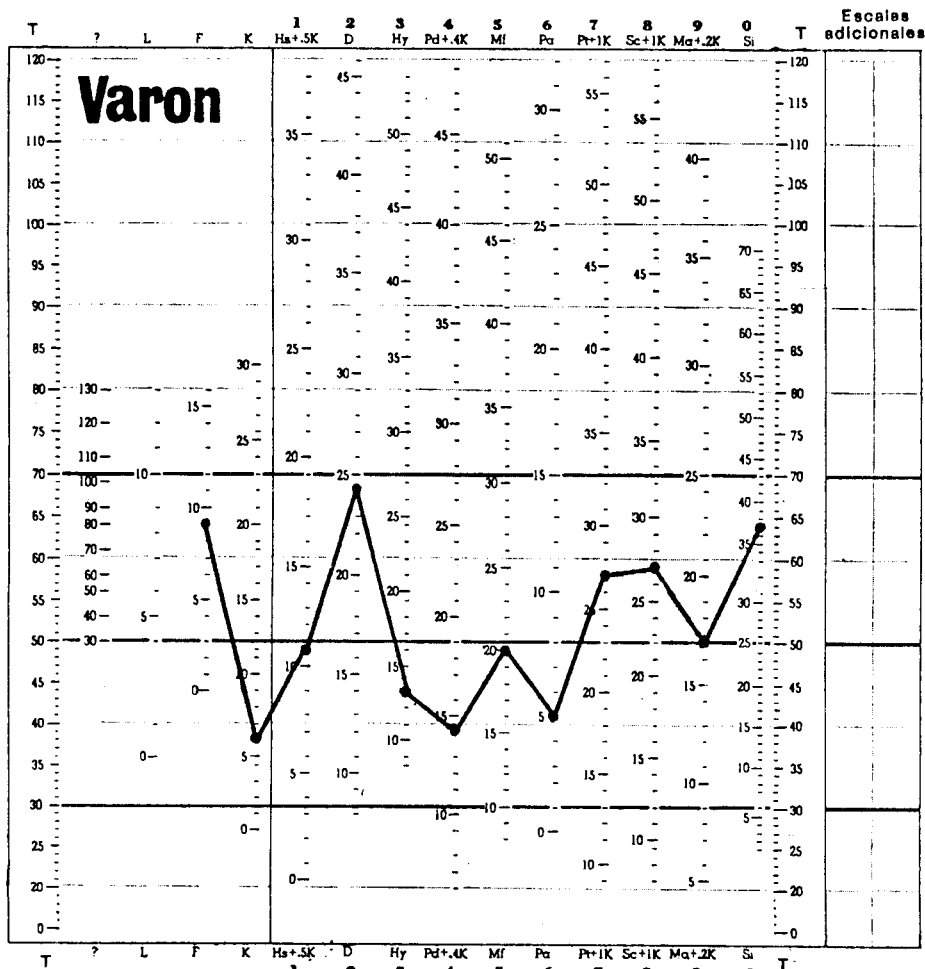
Estado civil: CASADO

Edad: 64

Sexo: ✓

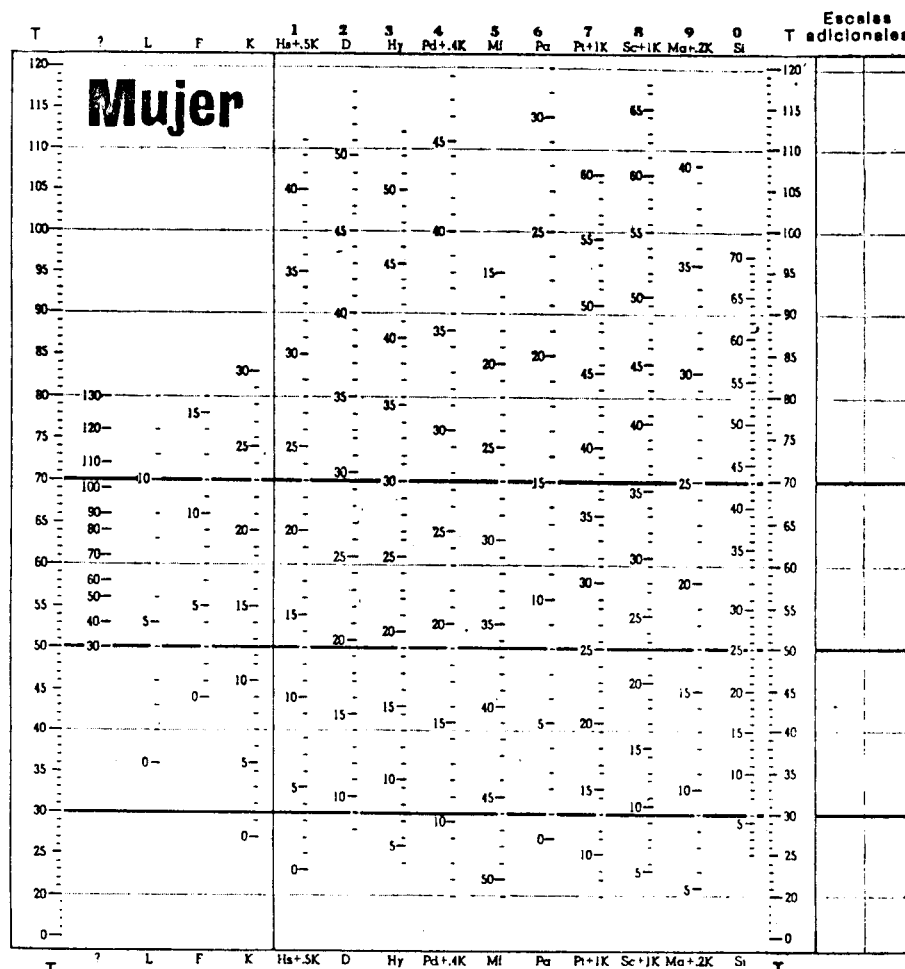
Profesión: CONSTRUCCION (JUBILADO)

Títulos o estudios académicos: ENSEÑANZA PRIMARIA.



Fracciones K

K	1	4	3
30	15	12	6
29	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	2	1
2	1	1	0
1	1	1	0
0	0	0	0



Puntuaciones directas 9 6 8 24 13 12 20 5 21 20 16 37
 Añadir K 3 2 6 7 1
 P. D. Corregida 11 14 27 27 17

Puntuaciones directas _____
 Añadir K _____
 P. D. Corregida _____

Fecha de examen: 27-6-72 Corregido por: DR. CASTILLA y SOFIA PEREZ AY

CASO N°44. Enfermo. L.M.J. Edad 34 años. H^a N° 7.946

Antecedentes familiares. Sin interés.

Antecedentes personales. Sin interés.

Enfermedad actual. Desde hace unos 7 años viene con ardor retrosternal y malestar epigástrico, que se alivia con la ingesta y los alcalinos, en fases cíclicas por temporadas y a veces - de aparición nocturna. Exploración general sin hallazgos.

Analítica. Sin interés.

Quimismo gástrico. BAO: 3'85 meq/h.; MAO: 39'500 --- meq/h.

Radiología. Deformidad bulbar con signos indirectos, compatible con úlcus duodenal.

Endoscopia. Se aprecia en bulbo duodenal una pequeña ulceración plana y en fase actual de cicatrización.

Relaciones afectivas del grupo familiar. Sujeto agradable y muy extrovertido, no tiene al ser soltero problemas afectivos de tipo amoroso y tampoco identifica interferencias afectivas - con sus padres.

Problemas laborales. Ninguno, con una economía saneada.

Caso N.º : 44.

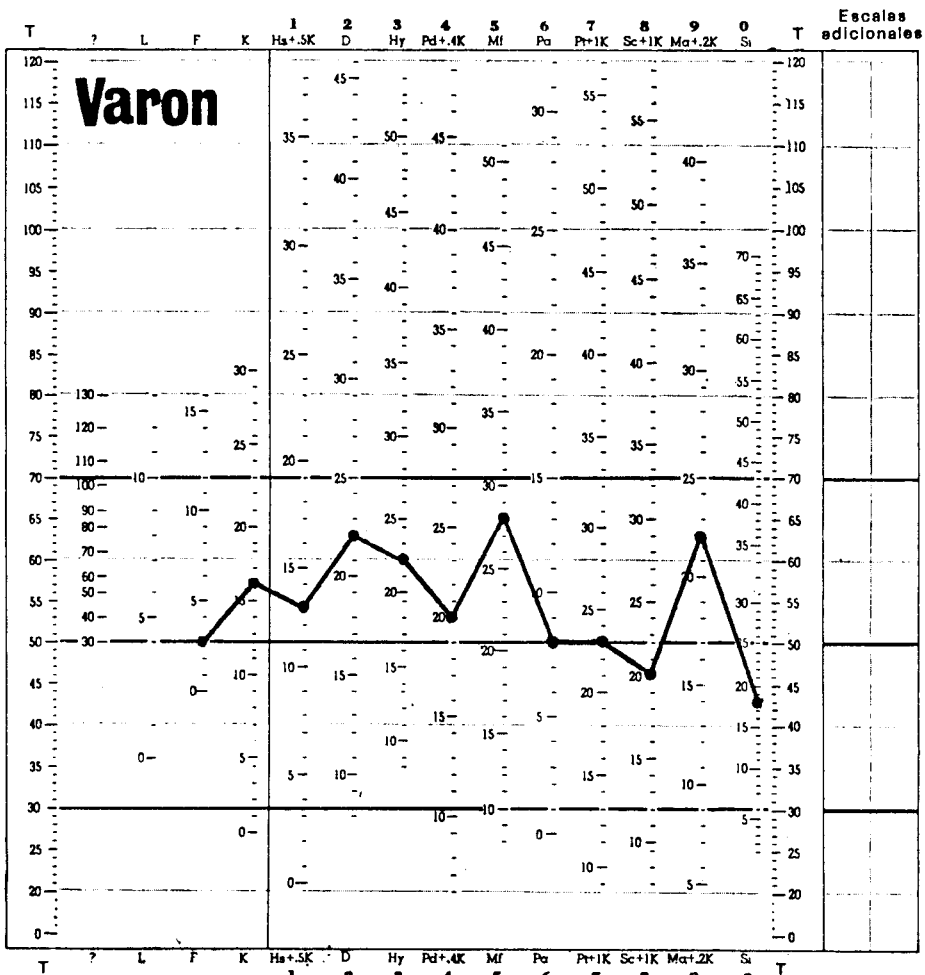
HAN: 7946.

Apellidos y nombre: L. M. J.

Estado civil: SOLTERO Edad: 34 Sexo: V

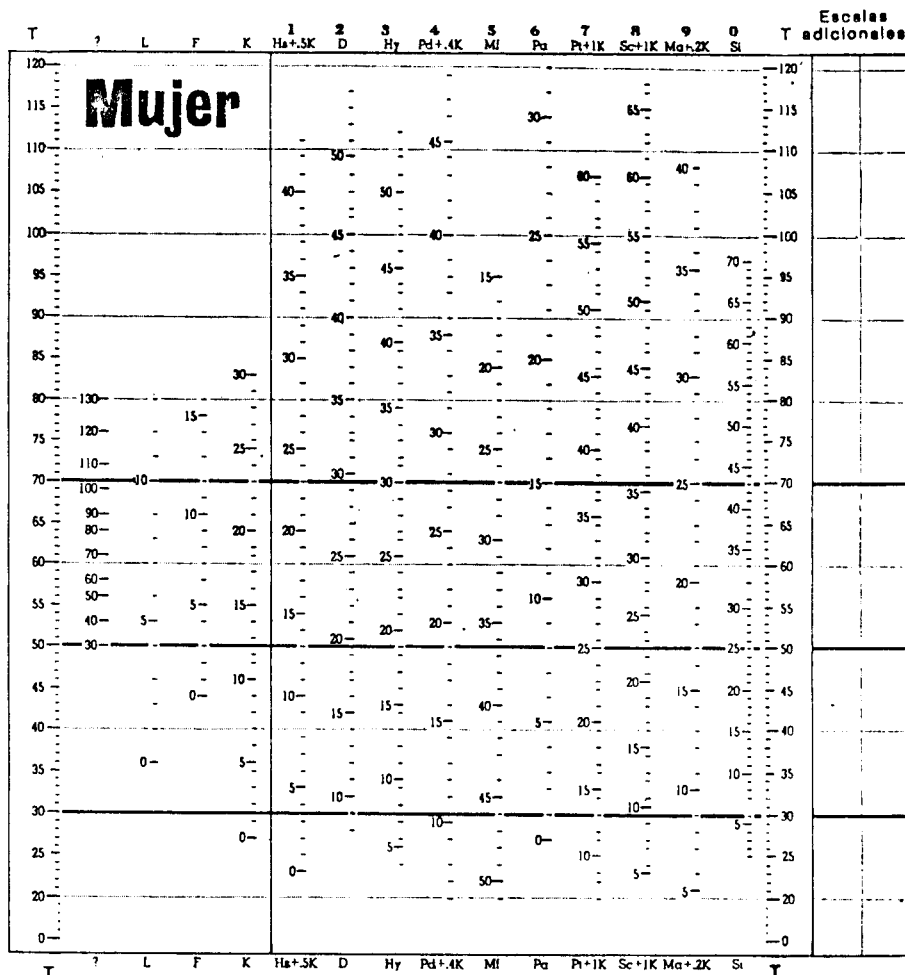
Profesión: MEDICO

Títulos o estudios académicos: UNIVERSITARIO.



Fraciones K

K	1	2	3	4
30	15	12	6	6
29	15	12	6	6
28	14	11	6	6
27	14	11	5	5
26	13	10	5	5
25	13	10	5	5
24	12	10	5	5
23	12	9	5	5
22	11	9	4	4
21	11	8	4	4
20	10	8	4	4
19	10	8	4	4
18	9	7	4	4
17	9	7	3	3
16	8	6	3	3
15	8	6	3	3
14	7	6	3	3
13	7	5	3	3
12	6	5	2	2
11	6	4	2	2
10	5	4	2	2
9	5	4	2	2
8	4	3	2	2
7	4	3	1	1
6	3	2	1	1
5	3	2	1	1
4	2	2	1	1
3	2	2	1	1
2	1	1	0	0
1	1	1	0	0
0	0	0	0	0



Puntuaciones directas: 3 16 5 22 22 14 28 8 7 4 19 18

Añadir K: 8 6 16 16 3

P. D. Corregida: 13 20 23 20 22

Puntuaciones directas: _____

Añadir K: _____

P. D. Corregida: _____

Fecha de examen: 29-6-77 Corregido por: Dr. CASILLA y Soledad PEREZ

CASO N°45. Enfermo.M.M.J.Edad 25 años. H^a N°720.441

Antecedentes familiares. Sin interés.

Antecedentes personales. Sin interés.

Enfermedad actual. Hace 6 años comienza con dolor epigástrico y ardor retroesternal, siendo visto por varios médicos - que no le diagnóstican. Desde entonces viene periódicamente con crisis, en cambios estacionales, que se alivian con alcalinos y el dolor cede con la ingesta, siendo a veces de aparición nocturna. No ha sangrado. Exploración general sin hallazgos.

Analítica. Sin interés.

Quimismo gástrico. BAO: 6'800 meq/h.; MAO: 42'00 --- meq/h.

Radiología. Deformación bulbar con signos indirectos de úlcus y gran edema de mucosa bulbar.

Endoscopia. Úlcus de cara anterior de bulbo duodenal, con gran componente inflamatorio periférico.

Hallazgos operatorios. Úlcus de cara anterior de bulbo, con gran componente inflamatorio, que imposibilita toda resección, se práctica gastro-yeyunostomía anterior transmesocólica.

Relaciones afectivas del grupo familiar. No ha tenido problemas en el ámbito familiar, aunque siempre se ha visto controlado y seguido muy de cerca por la influencia de su madre, a la que quiere mucho. Buenas relaciones con su novia, con la que se va a casar pronto.

Problemas laborales. Hace 5 años que esta colocado - en una granja agrícola, donde esta satisfecho con su trabajo que a la vez le permite mantener una mediana economía.

CASO Nº: 45

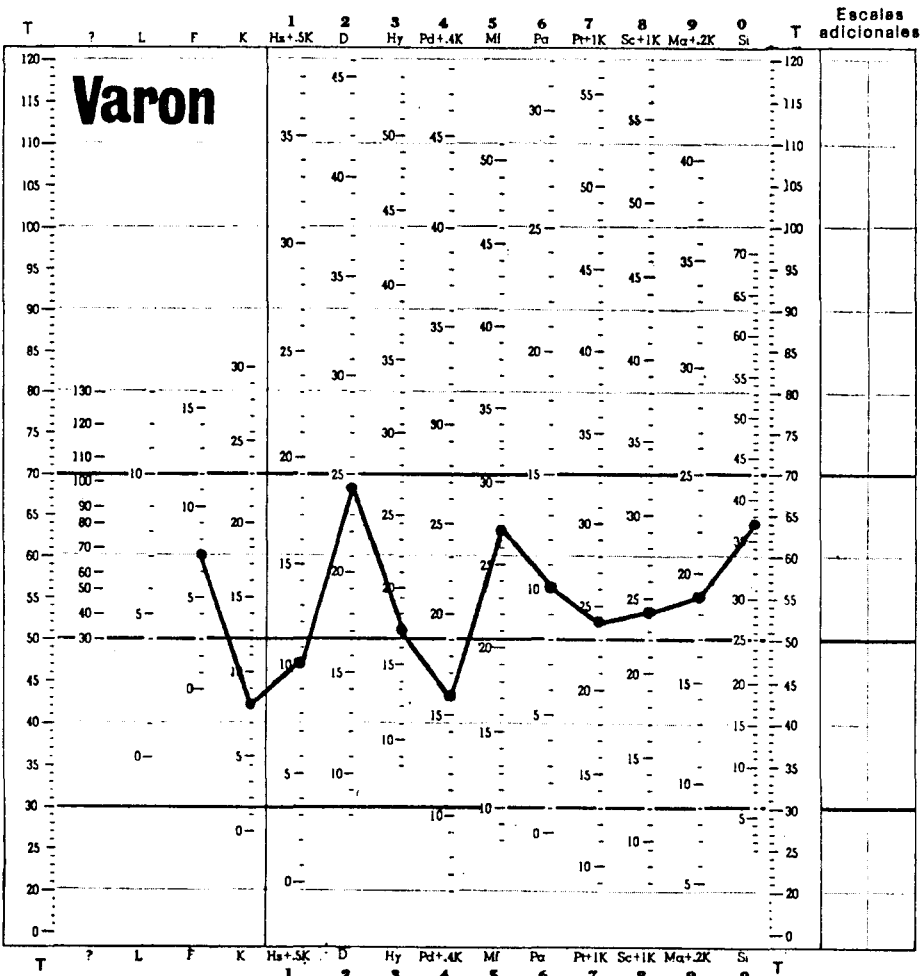
Hª Nº: 720441

Apellidos y nombre: H.-M.-J.

Estado civil: SOLTERO Edad: 25 Sexo: V

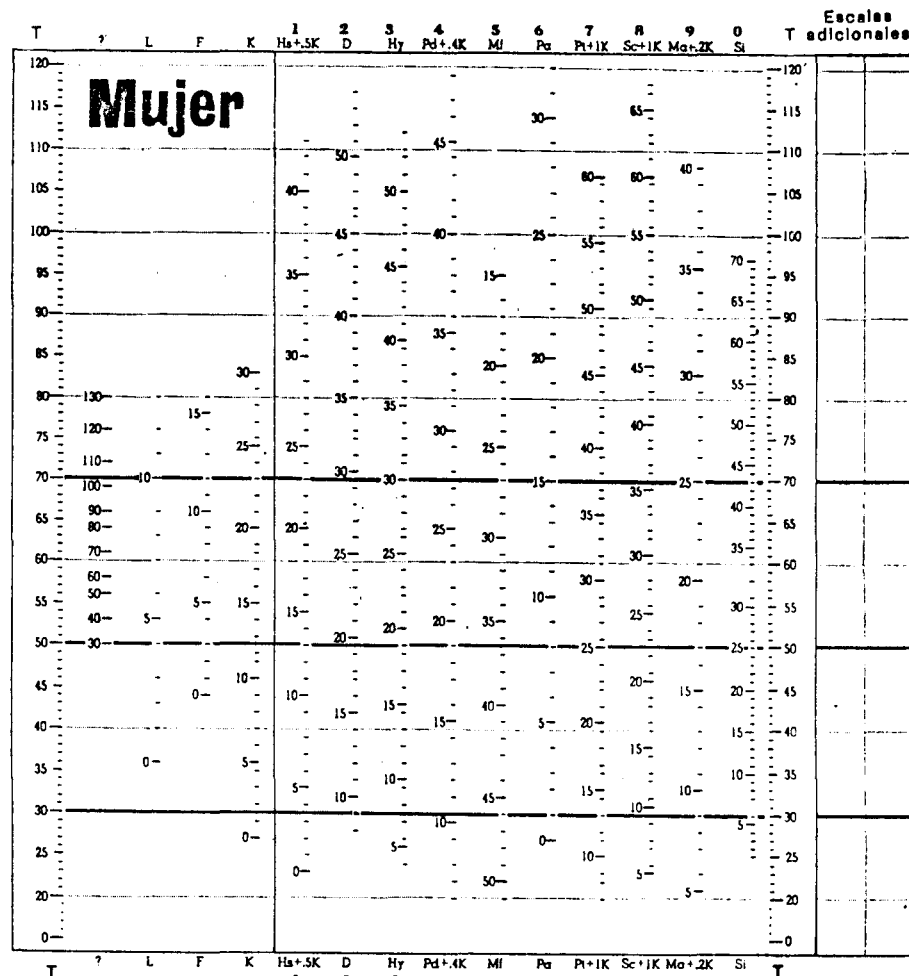
Profesión: GRANJERO AVICULTOR

Títulos o estudios académicos: ENSEÑANZA PRIMARIA.



Fraciones K

30	15	12	6
29	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	2	1
2	1	1	0
1	1	1	0
0	0	0	0



Puntuaciones directas: 7 8 6 24 17 13 27 10 16 16 17 37
 Añadir K: 4 3 8 8 2
 P. D. Corregida: 10 16 24 24 19

Puntuaciones directas: _____
 Añadir K: _____
 P. D. Corregida: _____

Fecha de examen: 1-7-77 Corregido por: Dr. CASTILLA y SOTO PEREZ AYO

GRUPO DE MUJERES CON FIABILIDAD NORMAL

=====

CASO N°46. Enferma.M.G.M.L. Edad 45 años.H^a N°24.947

Antecedentes familiares. Sin interés.

Antecedentes personales. Neumonía y paludismo.

Enfermedad actual. En 1.957, coincidiendo con un embarazo, comienza con dolor epigástrico irradiado a hipocondrio derecho, con náuseas, vómitos biliosos, cefaleas, estreñimiento y coluria. En una ocasión tiene ictericia y posteriormente aparece piro-sis, el dolor se fija en epigastrio y aparecen melenas. En la exploración general dolor en epigastrio e hipocondrio derecho.

Analítica. Velocidad de sedimentación alta. Urobilinogeno en orina positivo con una cruz.

Quimismo gástrico. BAO: 0'960 meq/h.; MAO: 5'200 --- meq/h.

Radiología. No se consigue visualizar ninguna imagen sospechosa.

Endoscopia. Elevación de la mucosa a nivel duodenal, compatible con úlcus, erosión gástrica ligeramente sangrante.

Hallazgos operatorios. Úlcera de primera porción duodenal reciente, adherida a vesícula, que es normal. Se practica cierre de planos y vagotomía doble troncular y piloplastia.

Relaciones afectivas del grupo familiar. Durante su infancia no recuerda problemas definidos en el seno de la familia, aunque sí hace mención a algunas disputas entre sus padres, que ella recuerda. Su esposo dice no ser malo, pero sí refiere estado de soledad en que se encuentra en el matrimonio, con poca comprensión por parte de él.

Problemas laborales. Aunque no bienestar económico - consiguen vivir con el sueldo de su esposo.

Hoja nº: 24.947.

Caso nº: 46.
Apellidos y nombre: M-G-M-L-

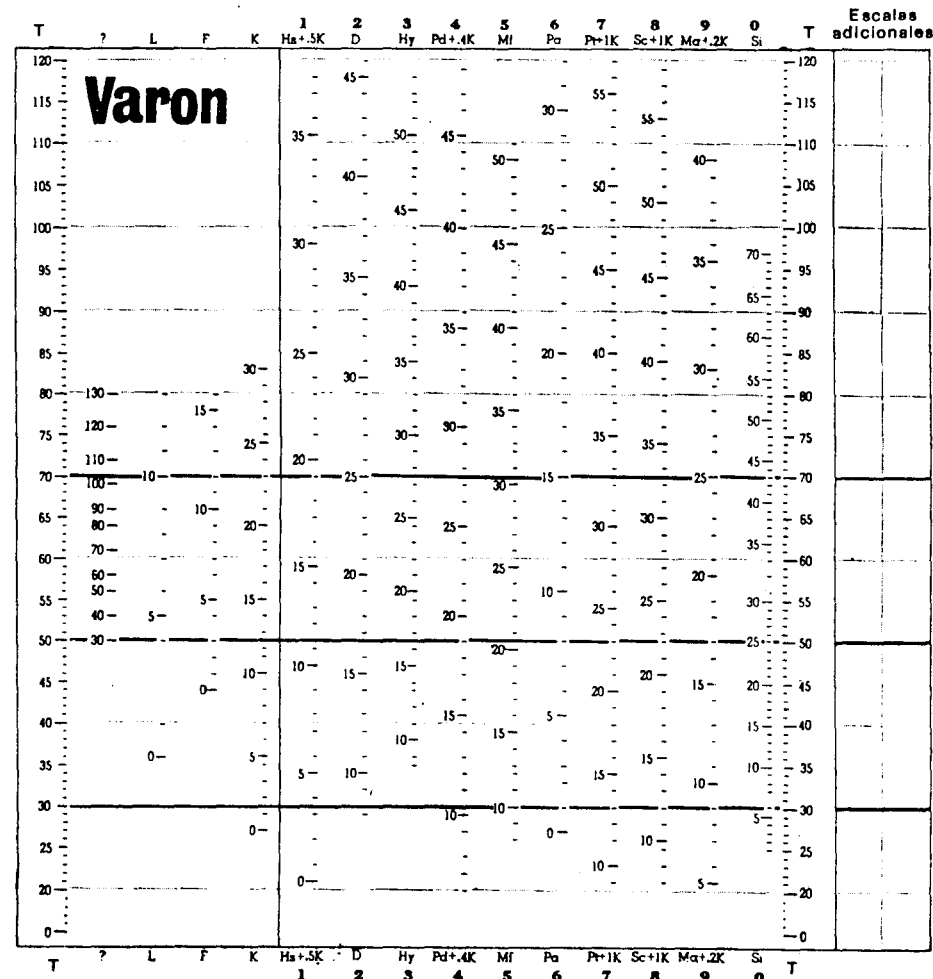
Estado civil: CASADA

Edad: 45

Sexo: H

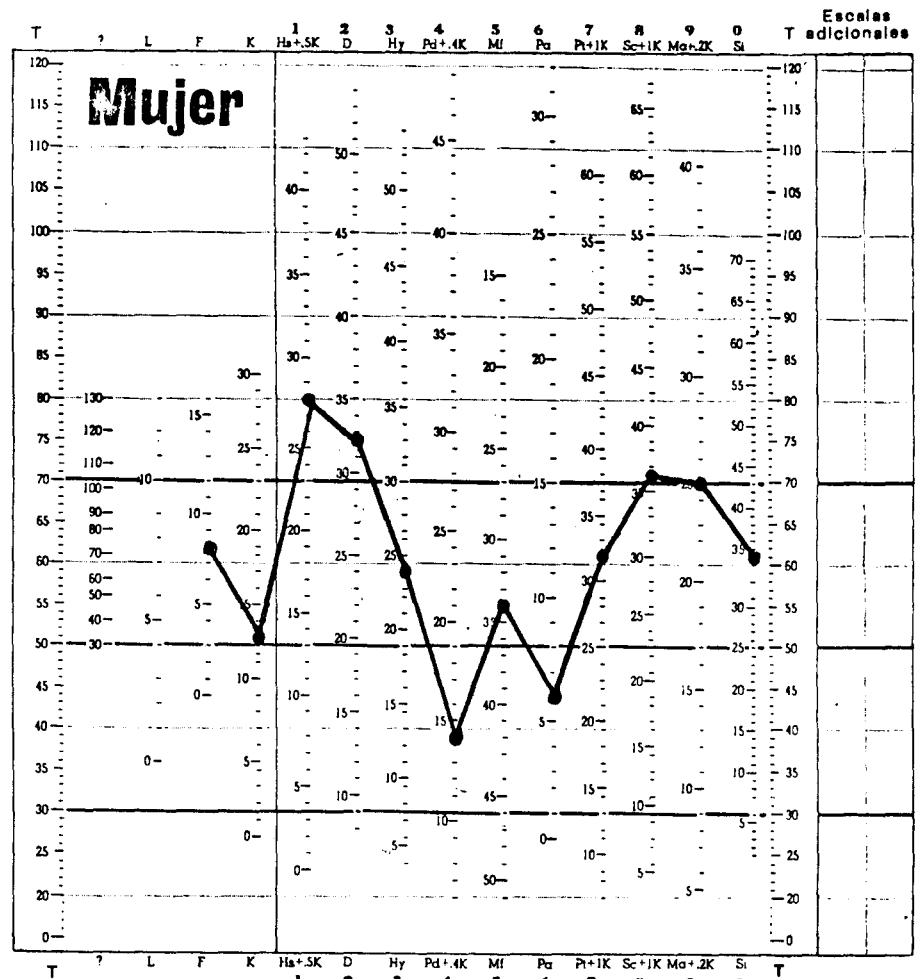
Profesión: S.C.

Títulos o estudios académicos: PRIMEROS LETRAS



Fraciones K

K	L	F	K
30	15	12	6
29	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	2	1
2	1	1	0
1	1	1	0
0	0	0	0



Puntuaciones directas _____
 Añadir K _____
 P. D. Corregida _____

Puntuaciones directas 8 13 21 32 24 9 34 6 19 23 22 34
 Añadir K 7 5 13 13 3
 P. D. Corregida 28 14 32 36 25

Fecha de examen: 1/4/76. Corregido por: Dr. Castiella y Sra. Perez Ayala

CASO N°47. Enferma.C.L.A. Edad 46 años.H^a N°27.238

Antecedentes familiares. Sin interés.

Antecedentes personales. Sin interés.

Enfermedad actual. Desde hace 15 años, dolor epigástrico que se calma con la ingesta, acompañado de náuseas, pirosis, intolerancia alimenticia y pesadez post-prandial. Exploración general sin hallazgos.

Analítica. Sin interés.

Quimismo gástrico. BAO: 0'160 meq/h.; MAO: 0'200 ---- meq/h.

Radiología. Deformidad bulbar con defecto de repleción y depósito de bario que corresponde a una úlcera de ápice bulbar, con edema periulceroso.

Endoscopia. Hernia de hiato. Píloro espástico y mucosa duodenal hiperplásica, con pliegue de cicatrización en cara anterior de bulbo, correspondiente a una ulceración.

Relaciones afectivas del grupo familiar. Enferma inhibida, especialmente en presencia de su esposo con problemática afectiva y de relación en el mismo familiar.

Problemas laborales. Ninguno.

Caso nº: 47.

Hª nº: 27.238.

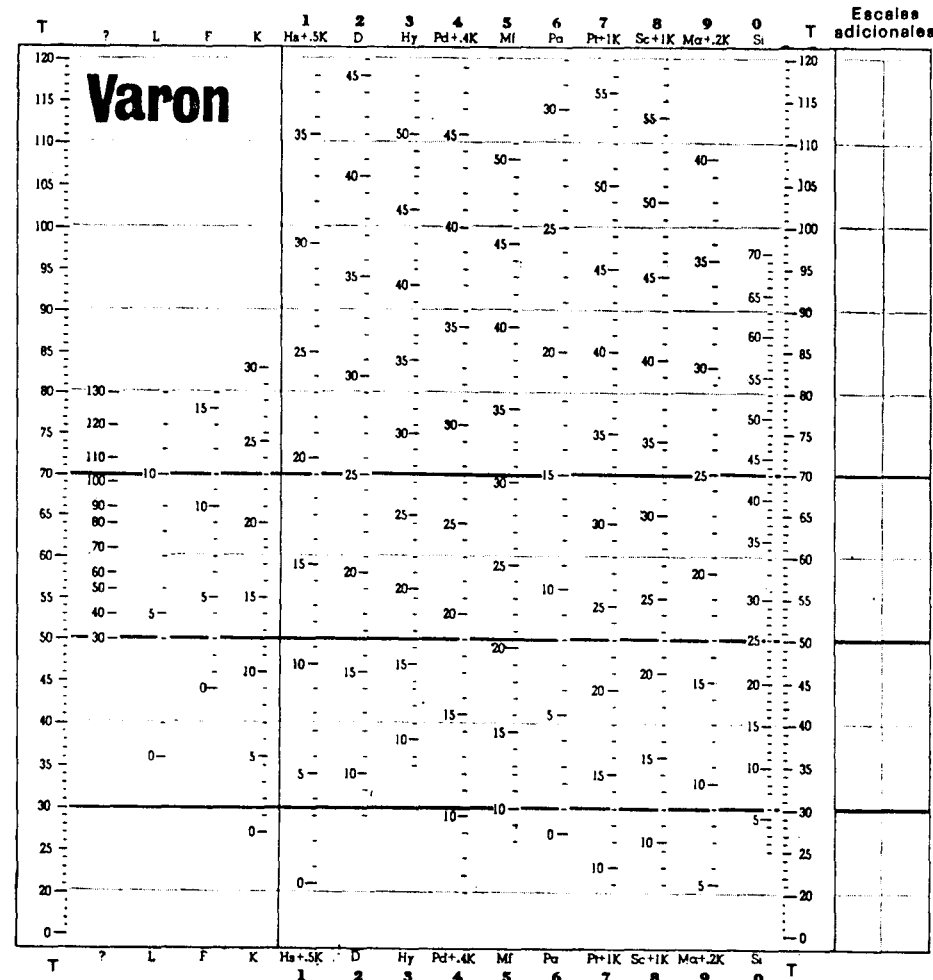
Apellidos y nombre: C-L-D-

Estado civil: CASADA

Edad: 46. Sexo: H.

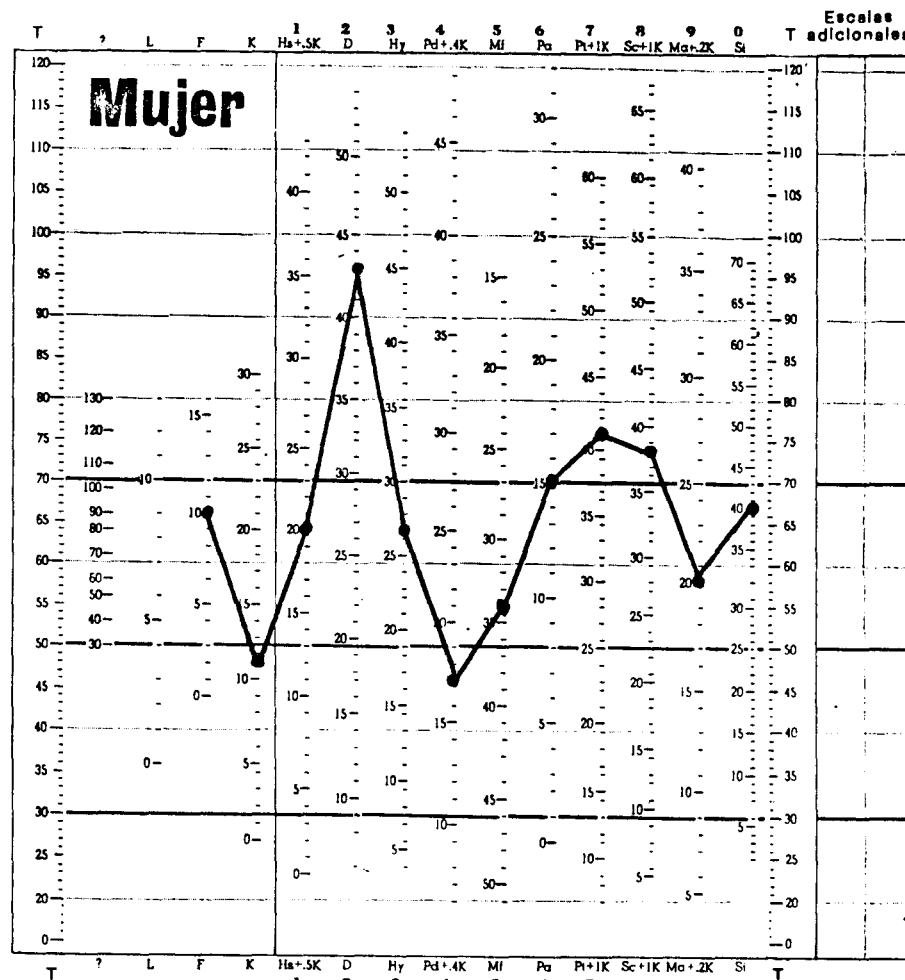
Profesión: S/C.

Títulos o estudios académicos: PRIMERAS LETRAS



Fraciones K

K	1	2	3	4	5
30	15	12	6		
29	15	12	6		
28	14	11	6		
27	14	11	5		
26	13	10	5		
25	13	10	5		
24	12	10	5		
23	12	9	5		
22	11	9	4		
21	11	8	4		
20	10	8	4		
19	10	8	4		
18	9	7	4		
17	9	7	3		
16	8	6	3		
15	8	6	3		
14	7	6	3		
13	7	5	3		
12	6	5	2		
11	6	4	2		
10	5	4	2		
9	5	4	2		
8	4	3	2		
7	4	3	1		
6	3	2	1		
5	3	2	1		
4	2	2	1		
3	2	2	1		
2	1	1	0		
1	1	1	0		
0	0	0	0		



Puntuaciones directas _____
 Añadir K _____
 P. D. Corregida _____

Puntuaciones directas 10 11 14 43 27 13 34 15 30 27 18 40
 Añadir K 6 4 11 11 2
 P. D. Corregida 20 17 41 38 20

Fecha de examen: 7/4/76. Corregido por: Dr. Castilla y Sola Perez Ayala

CASO N°48. Enferma. B.B.A. Edad. 46 años. H^a N°39.345.

Antecedentes familiares. Sin interés.

Antecedentes personales. T.B.C. pulmon derecho.

Enfermedad actual. Desde 1.969, viene con dolor en epigastrio que se irradia a espalda, a veces nocturno y se alivia con la ingesta y alcalinos. Coincide con cambios estacionales que ha mejorado con tratamiento médico. Exploración general sin hallazgos.

Analítica. Dentro de la normalidad.

Quimismo gastrico. BAO: 0'840 meq/h.; MAO: 12'750 --- meq/h.

Radiología. Deformación bulbar compatible con ulcus-duodenal. Nicho a nivel de boca anastomotica.

Endoscopia. Gran componente inflamatorio de boca anastomotica, apreciandose en la misma una ulceración de buenas dimensiones.

Hallazgos operatorios. Ulcus bulbar, practicandose antrectomia con Billroth I.

Relaciones afectivas del grupo familiar. Se encuentra inhibida en las relaciones sociales, asi como en las relaciones de su grupo familiar, aunque superficialmente tiene buenas relaciones con todos los miembros de la familia.

Problemas laborales. Ninguno, teniendo independencia laboral y economica.

Caso Nº: 48.

HA Nº: 39345

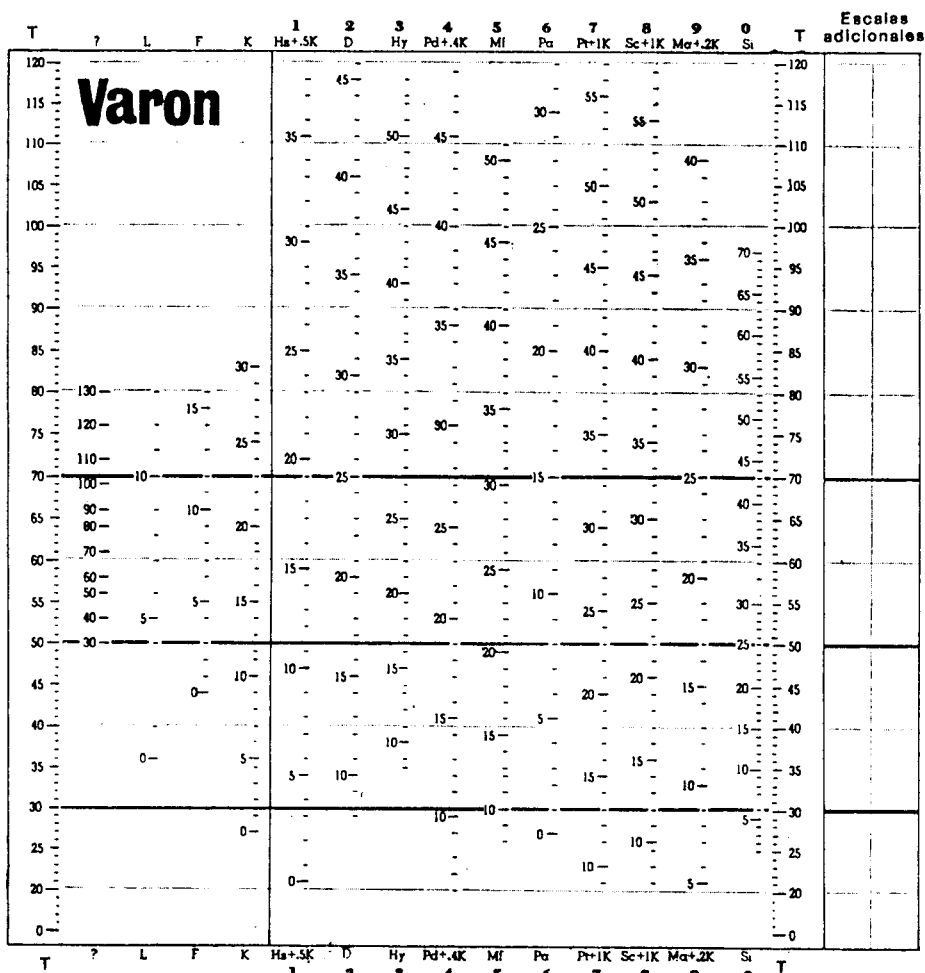
Apellidos y nombre: D.-B.-A.

Estado civil: SOLTERO

Edad: 46 Sexo: H.

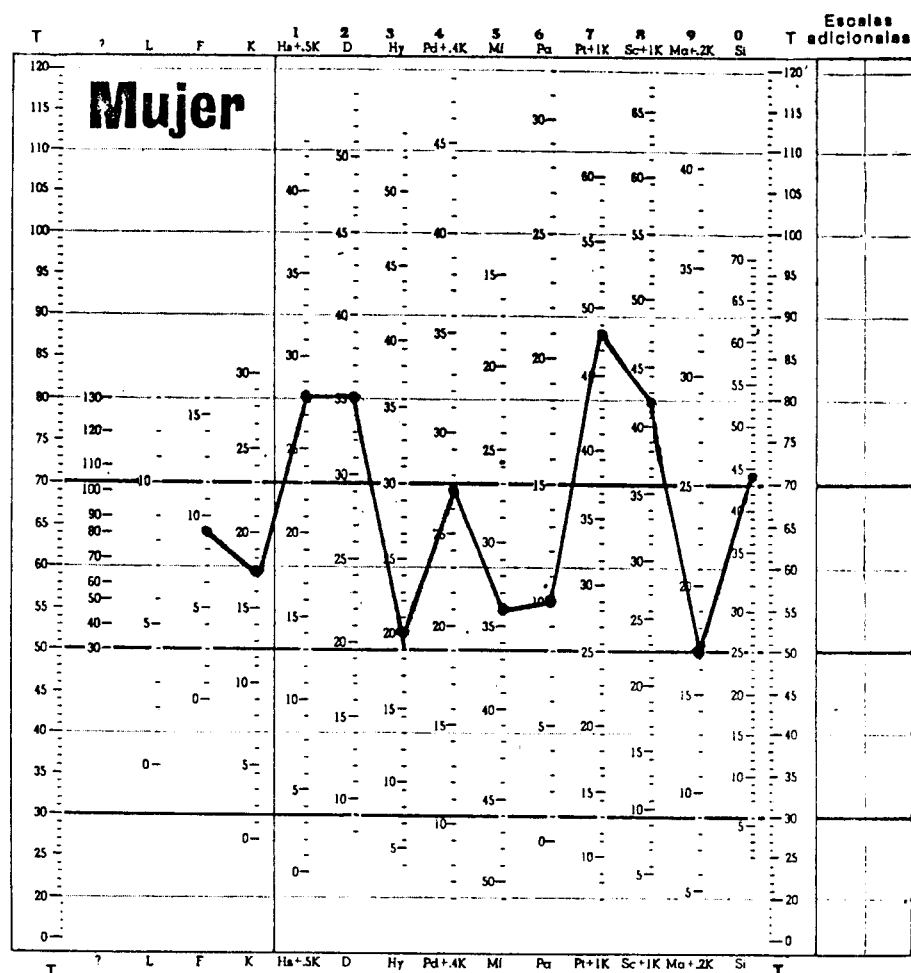
Profesión: MAESTRA DE TALLERES

Títulos o estudios académicos: ENSEÑANZA ELEMENTAL



Fraciones K

K	3	4	2
30	15	12	6
29	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	2	1
2	1	1	0
1	1	1	0
0	0	0	0



Puntuaciones directas _____
 Añadir K _____
 P. D. Corregida _____

Puntuaciones directas 9 17 19 35 20 20 34 10 31 25 14 44
 Añadir K 9 7 17 17 3
 P. D. Corregida 28 27 48 42 17

Fecha de examen: 14-12-76. Corregido por: DR. CASTILLA y SOTO PEREZ Ayala

CASO N°49. Enferma. M.B.M. Edad 53 años. H^a N°720.391.

Antecedentes familiares. Sin interés.

Antecedentes personales. Sin interés.

Enfermedad actual. Desde hace unos 5 años viene con molestias gástricas y pirosis que calmaban con la ingesta o alcalinos. Hace un año tubo hematemesis y melenas que cedieron con tratamiento médico. Ultimamente han aumentado las molestias gástricas, con pesadez post-prandial e intolerancia alimenticia. Exploración general sin hallazgos.

Analítica. Sin interés.

Quimismo gástrico. BAO: 4'00 meq/h.; MAO: 26'400 --- meq/h.

Radiología. Bulbo duodenal muy deformado y edematoso, con depósito de bario en el centro, que corresponde a la localización de una lesión ulcerosa de duodeno.

Endoscopia. En cara posterior de bulbo duodenal se aprecia una ulceración no muy profunda, de fondo blanquecino, rodeada de pliegues de mucosa engrosados y enrojecidos.

Hallazgos operatorios. Ulcus bulbar, practicándose - vagotomía doble troncular y piloroplastia.

Relaciones afectivas del grupo familiar. Manifiesta no haber tenido problemas con sus padres, así como con su esposo e hijos, con los cuales convive en buena armonía.

Problemas laborales. No cuenta problemas laborales - ni tampoco económicos, habiendo tenido siempre cubiertas las necesidades básicas.

Caso Nº: 49.

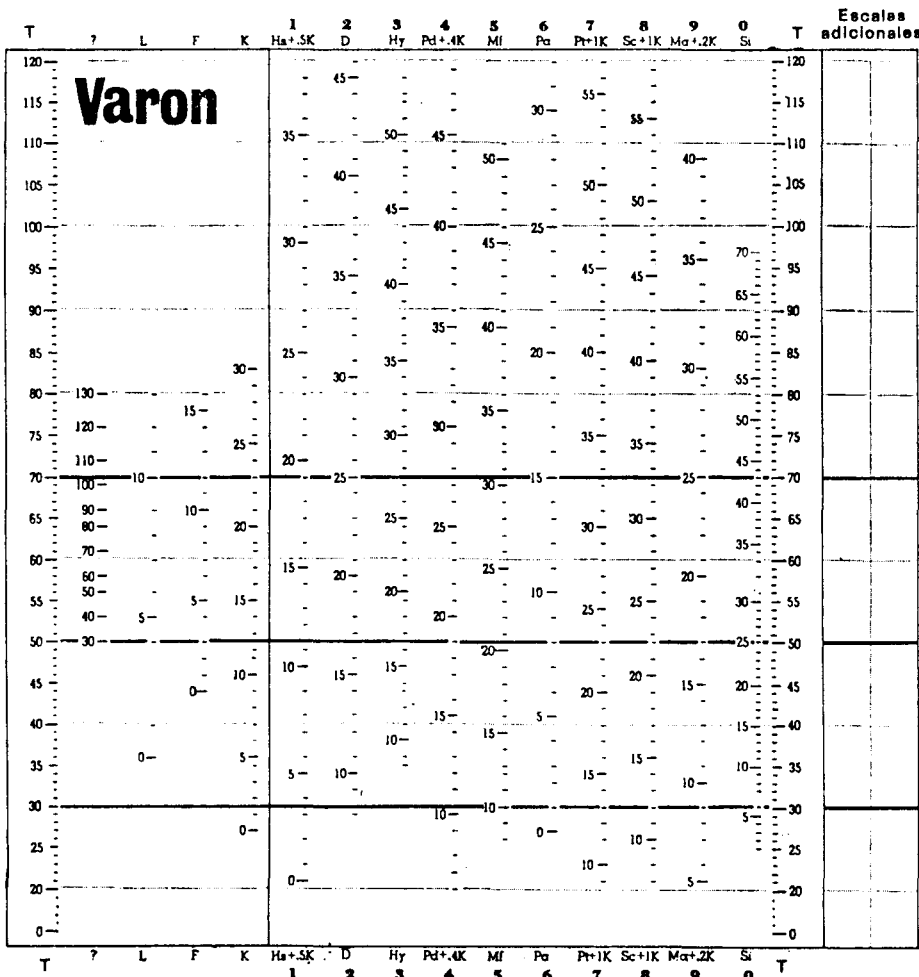
Nº: 720391

Apellidos y nombre: M. B. H.

Estado civil: CASADA. Edad: 53 Sexo: H.

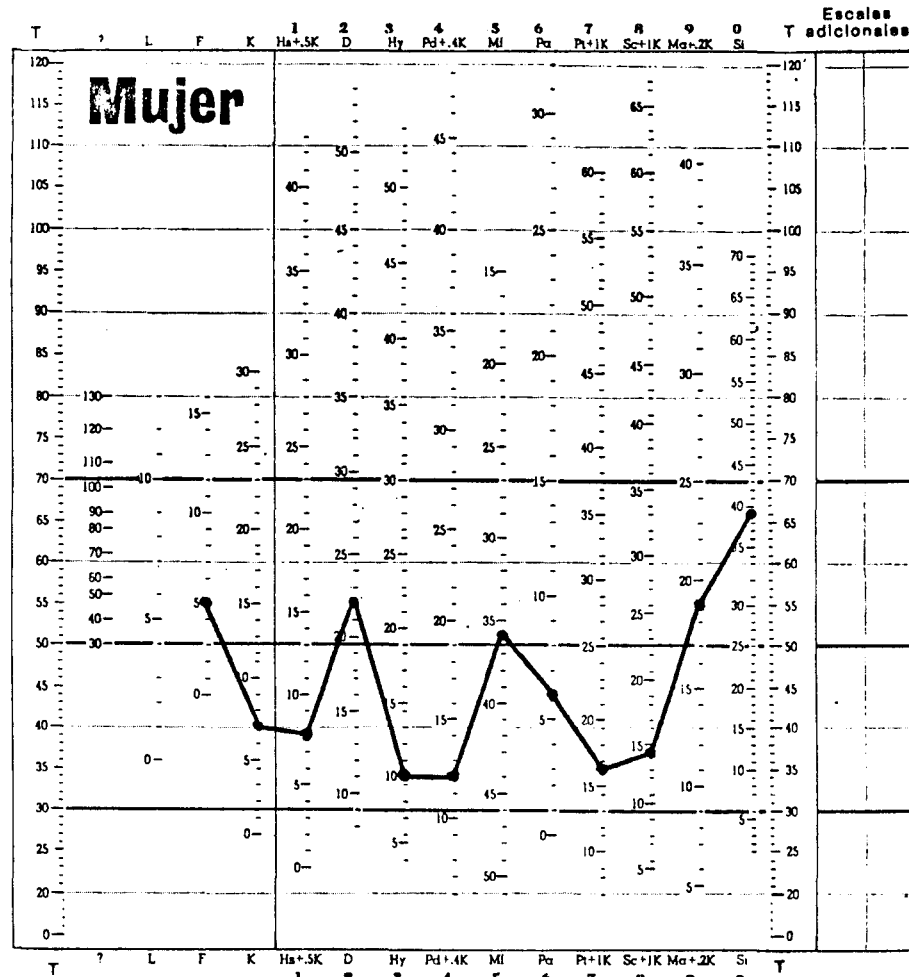
Profesión: s/c.

Títulos o estudios académicos: ENSEÑANZA PRIMARIA



Fraciones K

K	1	2	3	4
30	15	12	6	
29	15	12	6	
28	14	11	6	
27	14	11	5	
26	13	10	5	
25	13	10	5	
24	12	10	5	
23	12	9	5	
22	11	9	4	
21	11	8	4	
20	10	8	4	
19	10	8	4	
18	9	7	4	
17	9	7	3	
16	8	6	3	
15	8	6	3	
14	7	6	3	
13	7	5	3	
12	6	5	2	
11	6	4	2	
10	5	4	2	
9	5	4	2	
8	4	3	2	
7	4	3	1	
6	3	2	1	
5	3	2	1	
4	2	2	1	
3	2	2	1	
2	1	1	0	
1	1	1	0	
0	0	0	0	



Puntuaciones directas: 57 4 22 10 9 36 6 9 7 18 39
 Añadir K: 4 3 7 7 1
 P. D. Corregida: 8 12 16 14 19

Puntuaciones directas _____
 Añadir K _____
 P. D. Corregida _____

Fecha de examen: 25-6-77. Corregido por: Dr. CASTILLA Y JETA PEREZ Dy

CASO N°50. Enferma. S.C.A. Edad 28 años. Hª N°25.869.

Antecedentes familiares. Abuelo paterno y seis tios paternos con ulcus duodenal.

Antecedentes personales. Sin interés.

Enfermedad actual. A los 21 años por estudio baritado es diagnósticada de ulcus duodenal, siendo por las características del mismo y la evolución de la sintomatología un ulcus de unos cinco años de evolución. Ha permanecido desde entonces sometida a tratamiento médico, apareciendo su sintomatología en los cambios estacionales y aliviándose el dolor y el ardor retrosternal con la ingesta y los alcalinos. Exploración general sin hallazgos.

Analítica. Sin interés.

Quimismo gastrico. BAO: 5'500 meq/h.; MAO: 39'250 -- meq/h.

Radiología. Bulbo duodenal deformado, falta de repleción e imagen con confluencia de pliegues, típico de ulcus duodenal.

Endoscopia. Imagen bulbar ulcerosa, de superficie -- blanquecina en fase de cicatrización.

Relaciones afectivas del grupo familiar. Sometida a un regimen de autoritarismo paterno, realiza evasiones fuera de limite, aparte de haber sufrido una frustración sentimental que le ha incrementado el deseo de evasión, con adhesión a la bebida.

Problemas laborales. Ninguno, con independencia y su eficiencia economica.

Caso N.º : 50

Hoja de anotación y perfil

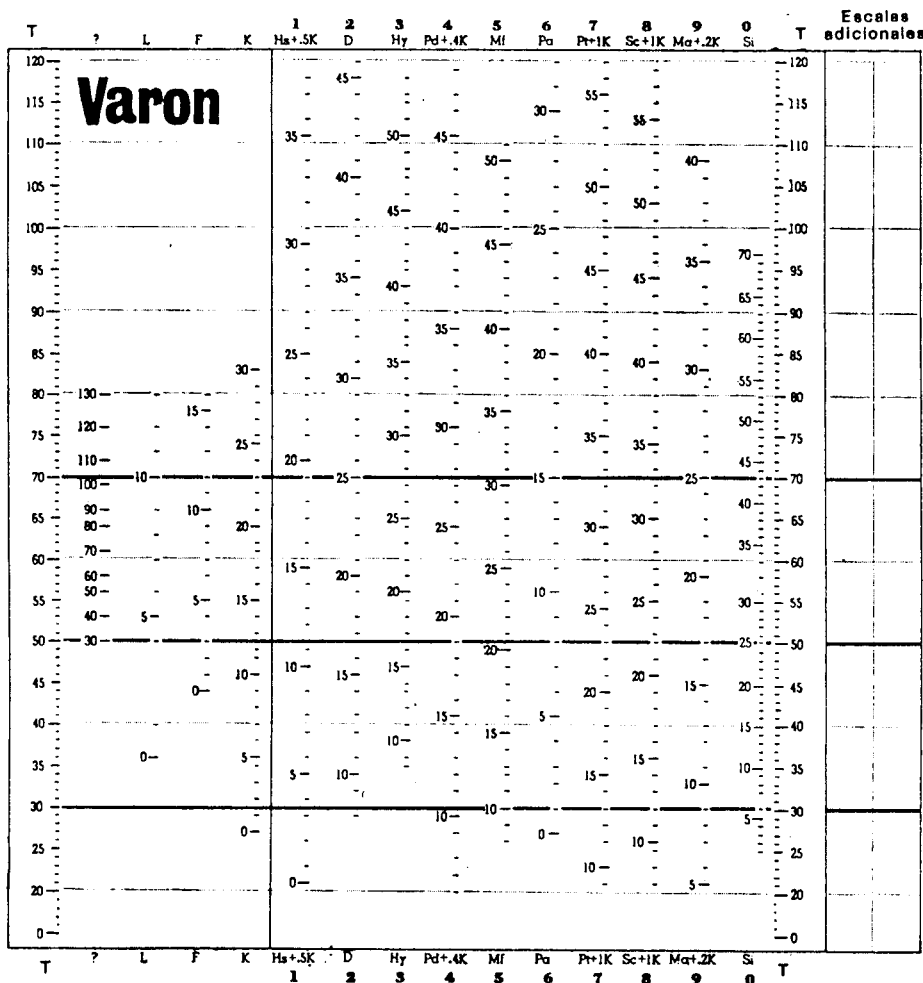
HA N.º : 5869.

Apellidos y nombre: S.-C.-A.

Estado civil: SOLTERA Edad: 28 Sexo: H

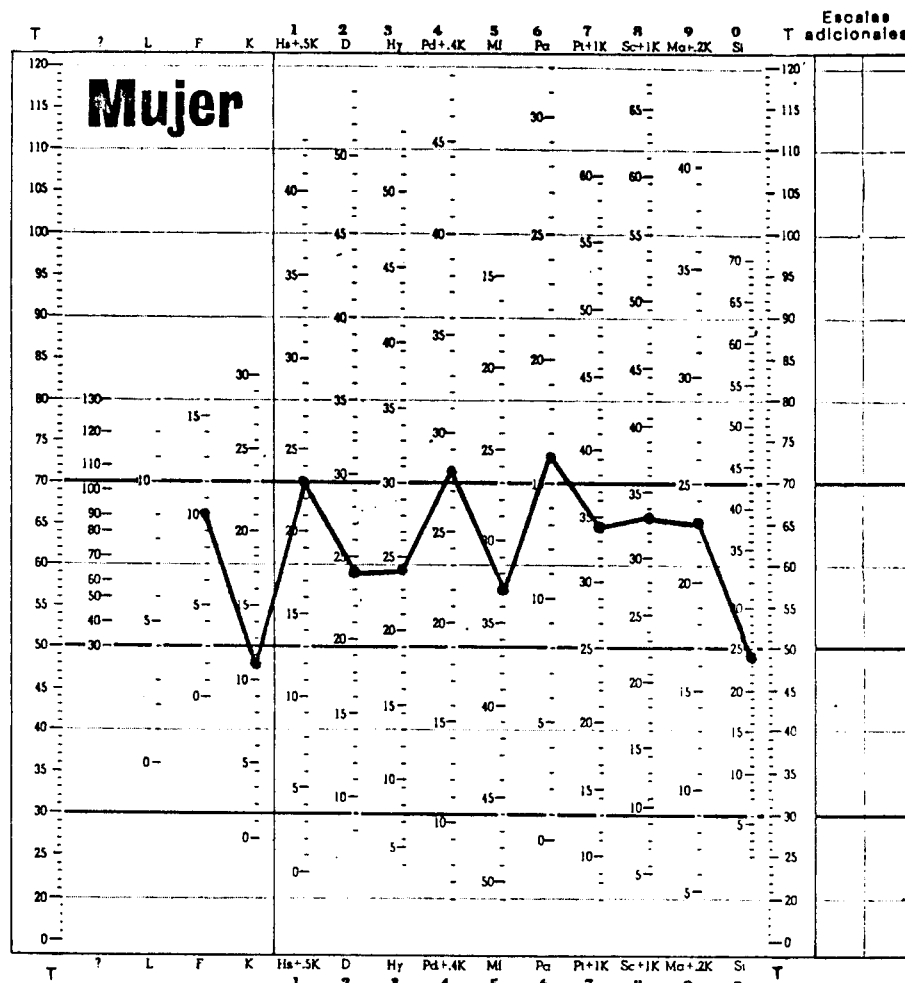
Profesión: ADMINISTRATIVA

Títulos o estudios académicos: BACHILLER SUPERIOR



Fracciones K

K	1	4	1
30	15	12	6
29	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	2	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	2	1
2	1	1	0
1	1	1	0
0	0	0	0



Puntuaciones directas: 10 11 17 24 24 24 33 16 23 22 21 24
 Añadir K: 6 4 11 11 2
 P. D. Corregida: 23 28 34 33 23

Fecha de examen: 29-6-77. Corregido por: Dr. CASTILLA y SOTO PEREZ Ag.

Puntuaciones directas _____
 Añadir K _____
 P. D. Corregida _____

CODIFICACION CLINICA

=====

Caso n°: 1.- 8 / 0 7 : 2 3 1 9 # 5 4 6
" 2.- 8 / 4 0 : 3 7 2 5 1 # 9 6
" 3.- 8 0 7 2 # 9 3 1 5 4 6
" 4.- 7 8 # 9 0 4 5 2 1 3 6
" 5.- 8 : 7 0 9 # 2 1 3 4 5 6
" 6.- 8 7 : 5 9 0 4 1 3 2 6
" 7.- 7 8 # 2 5 0 9 4 3 1 6
" 8.- 8 / 7 : 0 9 # 5 2 4 3 6 1
" 9.- 8 / 7 0 # 9 5 2 4 3 6 1
" 10.- 7 8 : 2 # 9 0 5 4 1 3 6
" 11.- 8 / 7 : 9 0 # 4 5 6 2 1 3
" 12.- 8 7 : 0 9 # 2 4 5 6 3 1
" 13.- 8 / 0 7 : 4 3 5 # 9 2 1 6
" 14.- 8 5 7 2 0 # 4 3 1 9 6
" 15.- 0 : 8 5 7 3 # 1 2 4 9 6
" 16.- 0 # 2 5 8 7 3 9 1 4 6
" 17.- 7 3 2 8 # 1 4 0 5 9 6
" 18.- 8 7 # 2 3 0 5 1 4 9 6
" 19.- 7 8 0 # 2 3 9 1 4 5 6
" 20.- 4 # 3 1 9 2 5 0 7 8 6
" 21.- 0 # 7 8 5 9 2 4 3 1 6
" 22.- 0 8 5 7 1 2 3 4 9 6
" 23.- 0 # 8 4 5 7 2 3 9 6 1
" 24.- 8 5 4 3 7 0 2 9 1 6
" 25.- 0 : 2 7 # 8 5 3 1 4 9 6
" 26.- 5 2 8 3 7 0 1 4 9 6
" 27.- 2 8 5 7 3 0 9 4 1 6
" 28.- 8 0 # 7 9 5 2 4 1 3 6
" 29.- 0 7 # 2 8 1 5 3 4 9 6
" 30.- 7 8 # 0 5 2 4 9 3 1 6

Caso n°: 31.- 0 : 8 # 5 2 3 7 4 9 1 6
" 32.- 0 2 # 3 1 7 5 8 4 9 6
" 33.- 2 0 : 7 3 8 1 # 4 5 9 6
" 34.- 7 8 0 # 2 5 4 3 9 1 6
" 35.- 8 2 7 5 0 # 3 4 1 9 6
" 36.- 0 : 7 8 # 2 5 9 4 3 6 1
" 37.- 2 0 : 8 7 5 # 1 3 4 9 6
" 38.- 7 3 8 # 2 5 4 0 1 9 6
" 39.- 8 2 5 7 9 0 4 1 3 6
" 40.- 0 # 5 8 7 2 9 4 3 1 6
" 41.- 7 8 2 3 5 0 # 4 9 1 6
" 42.- 0 # 5 2 3 7 9 1 4 8 6
" 43.- 0 # 7 8 2 5 9 4 3 1 6
" 44.- 5 7 2 3 9 8 4 0 1 6
" 45.- 0 # 5 2 7 8 9 3 4 1 6
" 46.- 8 5 0 2 7 # 1 9 3 4 6
" 47.- 2 7 0 : 8 5 # 3 1 9 4 6
" 48.- 7 0 8 : 2 5 # 1 4 3 9 6
" 49.- 0 5 # 2 9 7 8 4 3 1 6
" 50.- 7 5 8 # 4 2 3 0 1 9 6