

# Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia



Volumen VII - Número 2  
Septiembre 2017

Sociedad Española de  
Medicina Psicosomática  
y Psicoterapia



Síguenos



## Redacción

### Junta Directiva

#### Presidente

JL. Marín

#### Vicepresidenta

B. Aznárez Urbieto

#### Secretario

F. Mielgo

### Comité Editorial

B. Aznárez Urbieto

J. García-Campayo

R. Guerra Cid

JL. Marín

JL. Martorell

M. Paz Yepes

### Directora Web

#### y de Publicaciones

P. Marín

### Diseño y maquetación

C. Herrera

P. Marín

### Editado por

#### SEMPyP

Sociedad Española de Medicina

Psicosomática y Psicoterapia

C/ Solano 35, 3º B. (Prado de Somosaguas) 28223 -

Pozuelo de Alarcón. (Madrid)

[www.psicociencias.com](http://www.psicociencias.com)

ISSN: 2253-749X

Revista de Formación Continuada de La Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia

Volumen VII. Septiembre 2017. N° 2

## Sumario

### 03 En los márgenes

Los debates sobre la psicoterapia: cucos dodós y otros pájaros

**J.L. Matorell**

### 10 Revisión bibliográfica

Variación del Protocolo Básico de EMDR para el aumento del umbral de tolerancia a la reexperimentación

**B. Aznárez Urbieto**

### 20 Revisión bibliográfica

Resiliencia y Perdón

**M.A. Olaya García Puente**

### 33 Revisión bibliográfica

Causas psicosociales de la úlcera gastroduodenal

**A.M Rodríguez Slocker**

Normas de publicación en [www.psicociencias.com](http://www.psicociencias.com)  
Secretaría editorial [revista@psicociencias.com](mailto:revista@psicociencias.com)

Revista Digital de  
Medicina Psicosomática y  
Psicoterapia

Copyright 2011 Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia. ISSN: 2253-749X

La Revista de Formación Continuada de la SEMPyP, publica 4 números al año.

©Reservados todos los derechos. Absolutamente todo el contenido de Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia está protegido por las leyes vigentes referidas a los derechos de propiedad intelectual. Todos los artículos publicados en Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia están protegidos por el Copyright, que cubre los derechos exclusivos de reproducción y distribución de los mismos. Los derechos de autor y copia (Copyright) pertenecen a la Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia conforme lo establecido en la Convención de Berna y la Convención Internacional del Copyright. Todos los derechos reservados. Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley.

La Editorial, a los efectos previstos en el art. 32.1 párrafo 2 del vigente TRLPI, se opone expresamente a que cualquier fragmento de esta obra sea utilizado para la realización de resúmenes de prensa. La suscripción a esta publicación tampoco ampara la realización de estos resúmenes. Dicha actividad requiere una licencia específica. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos) [www.cedro.org](http://www.cedro.org) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra, o si quiere utilizarla para elaborar resúmenes de prensa ([www.conlicencia.com](http://www.conlicencia.com); 91 702 19 70 / 93 272 04 47).

Los coordinadores no podrán ser tenidos por responsables de los posibles errores aparecidos en la publicación ni tampoco de las consecuencias que pudieran aparecer por el uso de la información contenida en esta revista. Los autores y editores realizan un importante esfuerzo para asegurar que la selección de fármacos y sus dosis en los textos están en concordancia con la práctica y recomendaciones actuales en el tiempo. Las recomendaciones, opiniones o conclusiones expresadas en los artículos de la Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia son realizadas exclusivamente por los autores, de forma que los coordinadores declinan cualquier responsabilidad legal o profesional en esta materia.



*(Una versión anterior de este artículo apareció en J. L. Martorell y J. L. Prieto: Fundamentos de Psicología, Madrid: Ed. Ramón Areces, 2002).*

## Los debates sobre la psicoterapia: cucos, dodós y otros pájaros

**José Luis Martorell**

Doctor en Psicología

Director del Servicio de Psicología Aplicada de la UNED

Profesor de la Sociedad Española de Medicina

Psicosomática y Psicoterapia

Desde los primeros casos que vio Freud en Viena hasta nuestros días ha pasado más de un siglo. En este tiempo la psicoterapia se ha convertido en una actividad profesional aceptada, regulada y demandada en nuestra sociedad.

Esto ha sucedido a pesar de la flagrante falta de unificación en las concepciones teóricas y en las propuestas prácticas a través de las que se ha desarrollado la psicoterapia. Se puede decir que la psicoterapia ha vivido en un conflicto permanente tanto entre escuelas como entre diferentes posiciones dentro de una escuela.

Como nuestro propio saber enseña (a los demás) los conflictos pueden ser aceptados como tales, negados o redefinidos, dando lugar, según la opción que se siga, a diferentes consecuencias (o síntomas).

Estos conflictos han dado lugar a debates y polémicas que han girado fundamentalmente en torno a dos cuestiones: **la naturaleza del ser humano** y de su sufrimiento, y la cuestión de la **eficacia de los tratamientos**.

Estas dos cuestiones no son independientes, evidentemente, puesto

que se espera que una determinada propuesta de tratamiento derive de un modo lógico y, al menos, internamente coherente de la visión que se tiene de las dolencias que una persona lleva a la terapia. Las escuelas han defendido lo acertado de su visión del ser humano y la eficacia, con distintos grados de prepotencia o realismo, de sus tratamientos. El ver la realidad a partir de unos principios –de unos descubrimientos, si se quiere- y postular un modelo razonado de descripción e intervención en ella es el único modo de proceder: es imposible ver la realidad desde todos sus ángulos como en *El Aleph* de Borges. La defensa del propio modelo frente a otros es, igualmente, no sólo lícito sino el modo en que el conocimiento humano avanza. Sin embargo, cuando la defensa es sesgada, prepotente y autorreferencial (desde el punto de vista de una urraca, un águila es una urraca muy poco eficiente) se ayuda muy poco al avance del conocimiento.

En inglés existe un refrán que dice “los pájaros del mismo plumaje vuelan juntos”. En psicoterapia se podría acuñar otro que dijera: “en cuanto te salgan las plumas abandona la bandada y crea una escuela de psicoterapia”. Algunos estudios han llegado a dar cuenta de la existencia de más de 400 escuelas de psicoterapia (otros dan números más “modestos”: por encima de las 200).

En general, la inmensa mayoría de estas escuelas parten de presentar una técnica concreta o una peculiaridad del lenguaje que emplean como una teoría completa de psicoterapia, ignorando interesada o inadvertidamente que son simples variantes de modelos más amplios y con un mayor desarrollo conceptual. Como el cuco, utilizan los nidos ajenos para su supervivencia.

Esta proliferación de escuelas por encima de lo razonable ha sido un factor no sólo de insatisfacción, sino también de descrédito para la psicoterapia.

Una reacción positiva frente a esta insatisfacción ha sido el gran volumen de investigaciones sobre la efectividad de la psicoterapia, tanto en un sentido general –si la terapia es más efectiva que no hacer terapia-, como sobre la cuestión de la eficacia diferencial de las distintas terapias, es decir, sobre la cuestión de si unas terapias son más eficaces que otras.

Veamos algunos apuntes sobre las investigaciones de eficacia. Sin duda, el estudio “fundacional” de la controversia es el que presentó Eysenck en 1952. Este estudio resultó, de hecho, ser una fuerte crítica para el psicoanálisis y, en general, para las terapias no conductuales. Eysenck, comparando pacientes tratados por diversos métodos y pacientes no tratados, concluyó que las psicoterapias no conductuales no proporcionan ninguna mejoría a los pacientes comparándolas con el simple paso del tiempo (es decir, comparándolas con los pacientes no tratados) e incluso que el simple paso del tiempo es más beneficioso que estos tratamientos.

El impacto del estudio de Eysenck fue tremendo y, probablemente, los términos tan descalificantes en los que se produjo -incluyendo las reacciones a sus conclusiones- marcaron el estilo de la controversia hasta nuestros días. Las réplicas y contrarréplicas al estudio de Eysenck se sucedieron. Tal vez el cuestionamiento mayor a las conclusiones de Eysenck ha venido del señalamiento de que los datos que este estudio maneja dan resultados muy diferentes si se tabulan de forma distinta a como lo hizo Eysenck (por ejemplo, Eysenck consideró fracasos los abandonos y las muertes), o si se utilizan otros estadísticos que los utilizados en el estudio original, lo que para algunos investigadores (Bergin, 1966; Bergin y Lambert, 1978) supone que Eysenck manejó los datos de tal modo que aportaran menores porcentajes de mejora para la psicoterapia y mayores para la remisión espontánea. Dado que la conclusión de Eysenck y de los que le apoyaron (Rachman, 1971) era que no sólo la terapia de conducta era más eficaz que la psicoterapia, sino que la psicoterapia no tenía más efectividad que la lista de espera, toda una línea de investigación se centró en esta cuestión.

Con respecto a la efectividad de la psicoterapia (entendida en su sentido más amplio) Michael Lambert (2001) señala que “pocas áreas de la medicina han recibido más soporte empírico para sus tratamientos que aquellos que son ofrecidos por los psicólogos” (p. 3). En este artículo, cuyo título es *La efectividad de la psicoterapia: Lo que nos ha enseñado un siglo de investigación sobre los efectos del tratamiento*, concluye, entre otras cosas, que:

***La psicoterapia es efectiva, lo es en un grado sustancial, y sus resultados son duraderos.***

De entre las más influyentes investigaciones en este sentido hay que señalar las que se hicieron siguiendo las técnicas de meta-análisis, técnica que permite evaluar cuantitativamente los resultados de un conjunto de estudios científicos, un análisis de los análisis. El estudio utilizando técnicas de meta-análisis más impactante fue el de Smith, Glass y Miller (1980), en el que revisaron 475 estudios sobre terapia y concluyeron que “los resultados muestran inequívocamente que la psicoterapia es efectiva. Estimada para todos los tipos de terapia, cliente y resultado, el efecto medio es de 0,85 unidades de desviación típica...” (p. 124), y más adelante: “si sólo se realiza la estimación más precavida, los benéficos de la psicoterapia siguen siendo impresionantes” (p. 126).

El estudio de Smith, Glass y Miller parecía, en principio, que podía ser visto como una buena noticia. Una investigación incuestionablemente amplia, que utilizaba un método sofisticado y cuantitativo, cuyo resultado indicaba que la psicoterapia es claramente efectiva. Es decir, desde el punto de vista de la sociología de la psicoterapia se tenía, si podíamos confiar en la investigación, una sólida respuesta frente a la duda que la sociedad pudiera albergar sobre la eficacia de nuestros servicios. Sin embargo, la polémica que desató fue considerable. El elemento desencadenante de la polémica no fue la conclusión de la que la psicoterapia era efectiva, sino el que el estudio declarase que se producía una equivalencia de resultados entre los distintos tipos de terapia.

A esta equivalencia en cuanto a resultados entre las distintas terapias se la conoce como el veredicto del Dodó. El pájaro Dodó es un personaje de Alicia en el país de las maravillas, de Lewis Carroll, que juzga el resultado de una carrera del siguiente modo: “Todos han ganado y todos deben tener premio”. Habitualmente se cita a Luborsky y colaboradores, en 1975, o a Frank, en 1961, como los que propusieron la cita del Dodó de Alicia para sintetizar la idea de equivalencia de resultados, pero fue Rosenzweig, ¡en 1936!, quien utiliza antes el veredicto del

Dodó para ilustrar su tesis de –asómbrense– equivalencia de resultados de diversas formas de psicoterapia, la posibilidad de interpretaciones alternativas del mismo suceso psicológico, simultáneamente válidas y con efectos terapéuticos equivalentes y la propuesta de estudiar los factores comunes implícitos en los diversos métodos psicoterapéuticos como explicación de esa equivalencia de resultados.

Volviendo al estudio de Smith, Glass y Miller, si bien las réplicas y contrarréplicas utilizaron argumentos técnicos con respecto a la técnica de meta-análisis en general y al estudio de Smith y sus colaboradores en particular (y posteriormente a otros estudios que apoyaban o rebatían algunas de las conclusiones de este estudio), no cabe descartar como marco psicológico de la polémica el hecho de que si bien las conclusiones aportaban una respuesta positiva en el terreno de la sociología de la psicoterapia, resultaban una afrenta para la política de las psicoterapias, basada, casi sin excepción, en el principio de superioridad propia y descalificación del contrario.

Esta “afrenta” resultó más evidente para aquellas terapias que habían reclamado para sí el respaldo de la psicología científica, como las terapias cognitivo-conductuales, puesto que los datos contrarios a sus tesis provenían, por decirlo así, de su propia casa. Pero, en realidad, ninguna escuela salía indemne en la medida en que hubieran construido su identidad o su discurso por oposición a otras escuelas. Por ejemplo, los psicoanalistas lacanianos seguían dividiendo el mundo en psicoanálisis (su versión del psicoanálisis) y psicoterapia (todos los demás: desde el psicoanálisis “light” hasta la modificación de conducta o la gimnasia), atribuyendo a la psicoterapia la colusión con el “discurso del amo” y al psicoanálisis la posibilidad de liberación (Lacan, 1977) –para Miller (2001) es lo más a lo que puede aspirar la psicoterapia–, por lo que difícilmente podían si quiera contemplar la cuestión de equivalencia de resultados.

Otro hito en la polémica sobre resultados fue la encuesta auspiciada y publicada en 1995, por Consumer Reports (CR), una revista de consumidores con una amplia implantación en

Estados Unidos. Los resultados fueron también publicados por Martin Seligman (1995), un reputado investigador, con el título *The Effectiveness of Psychotherapy. The Consumer Reports Study* (La efectividad de la psicoterapia. El estudio de Consumer Reports). En la investigación de resultados se distingue entre tratamiento eficaz –que ofrece resultados positivos en condiciones de investigación controlada- y tratamiento efectivo –que ofrece resultados positivos en la práctica cotidiana-: un tratamiento “eficaz” puede no ser “efectivo” debido a la artificialidad de las condiciones de investigación controlada.

El estudio de CR es un estudio de efectividad desde el punto de vista del usuario de la psicoterapia: el paciente. Los consumidores que contestaron mostraron su grado de satisfacción o insatisfacción con el tipo de tratamiento o apoyo recibido para sus problemas psicológicos (incluía tratamiento profesional y apoyo de amigos, grupos o clérigos). El resumen que Seligman presenta de los resultados es el siguiente:

- 1) Los pacientes se benefician sustancialmente de la psicoterapia
- 2) Los tratamientos largos funcionan mejor que los cortos
- 3) La psicoterapia sola no difiere en efectividad de la administración conjunta de medicamentos y psicoterapia
- 4) Ningún modo específico de psicoterapia funciona mejor que ningún otro para ninguna alteración
- 5) Psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales no difieren en su efectividad como terapeutas; pero todos ellos funcionan mejor que los consejeros matrimoniales y que los médicos de familia.

De nuevo, el impacto de un estudio fue considerable y, de nuevo, una buena parte de las razones del impacto fueron sus conclusiones antiescolásticas. Un número monográfico del *American Psychologist* se dedicó al debate del informe de CR (*American Psychologist*, 51, 1996). La representatividad de la muestra, la falta de un grupo de control, la validez de los

auto-informes, la utilidad de la satisfacción como criterio o la inadecuación de las medidas de resultado usadas fueron algunas de las críticas que se hicieron para limitar la validez de sus resultados. La necesidad de estudios de efectividad, y no sólo de eficacia, y el buen diseño, a pesar de las críticas, de la investigación del CR, son algunas de las razones que esgrimió Seligman para mantener que los resultados del CR debían ser estudiados con atención.

Como hemos visto, algunas importantes investigaciones meta-analíticas y otros estudios como el del CR, concluyen que la terapia funciona y que funcionan equivalentemente diversos tipos de terapia. Sin embargo, otro tipo de investigaciones, igualmente de gran impacto, apuntan al establecimiento de la eficacia diferencial de los tratamientos psicológicos. Estas investigaciones, promovidas por la División 12 de la *American Psychological Association*, son estudios de eficacia cuyo fin es establecer los tratamientos empíricamente validados para un trastorno concreto. Dado que se pretende una validación empírica inequívoca los estudios de eficacia tienen una serie de condiciones muy estrictas. Vamos a verlas:

- 1) Se realizan en laboratorio o en un contexto controlado
- 2) El trastorno sobre el que se va a aplicar el tratamiento debe ser determinado claramente y operacionalizado; además, debe presentarse como único trastorno para controlar la interacción de múltiples trastornos
- 3) Existencia de, al menos, dos grupos (tratamiento y control) y asignación aleatoria de los sujetos a los grupos
- 4) Tratamiento especificado en un manual y control de la adherencia del terapeuta al manual
- 5) Mediciones de resultado pre y post-tratamiento mediante instrumentos validados y estandarizados
- 6) Al menos una medición de seguimiento

Los resultados, dados a conocer en 1993 (Task Force, 1993) y publicados en 1995 (Task Force,

1995) y con actualizaciones de 1996 y 1998, suponen un listado casi exclusivo de tratamientos cognitivo-conductuales (aparecen, como excepción, la terapia psicodinámica breve y la terapia interpersonal de la depresión, la cual tiene muchos elementos cognitivos). Desde un punto de vista estricto los resultados no se pueden interpretar como superioridad de los tratamientos cognitivo-conductuales, sino más bien como que estos tratamientos son los únicos eficaces.

De hecho, el centro de la polémica giró en torno a la dificultad o imposibilidad para otras terapias de manualizar sus procedimientos al estilo de la modificación de conducta sin perder sus características: es más fácil manualizar, por ejemplo, el apareamiento (insertar A en B) que el hacer el amor. Se llegó a decir que las propuestas de la División 12 producían la validación empírica de unas terapias y la violación empírica de las demás (Bohart, O'Hara y Leitner, 1998).

En realidad, en las últimas actualizaciones de los informes se matiza que estos se basan en estudios de eficacia (funcionamiento en situaciones controladas y estandarizadas) y no de efectividad (funcionamiento en la realidad cotidiana). La crítica a los meta-análisis era que cien estudios malos no hacían uno bueno; la crítica a los estudios de eficacia es que cien estudios artificiales no hacen un estudio real.

En cualquier caso, todas estas polémicas han impulsado el debate y la investigación. Por ejemplo, la necesidad de evaluar resultados ha llevado al establecimiento de métodos metodológicamente válidos con los que evaluar objetivamente tratamientos, como los psicoanalíticos o humanistas, supuestamente más débiles ante este tipo de evaluación y los resultados han sido positivos (p. ej. Blomberg, Lazar y Sandell, 2001; Junkert-Tress y otros, 2001). Por otro lado, la línea de investigación de los factores comunes a los diversos tipos de psicoterapia ha puesto el énfasis en las cualidades del terapeuta más que en su escuela de referencia.

Sobre estas polémicas el lector puede informarse en profundidad en los siguientes textos, redactados con distintos grados de objetividad,

apasionamiento y respeto al contrario: Castillo y Poch (1991), Feixas y Miró (1993), Labrador, Echeburúa y Becoña (2000), Martorell (2014), Pérez Álvarez (1996) y Poch y Ávila (1998).

Y ante todas estas polémicas ¿cómo se posicionan, con respecto a su pertenencia a una escuela u otra, los psicólogos que practican la psicoterapia en situaciones reales, con pacientes reales y con problemas reales, es decir, la inmensa mayoría de los psicoterapeutas?

La respuesta es que se obtendrá un resultado u otro dependiendo de cómo se haga la pregunta. Por ejemplo, si se utiliza una lista amplia de terapias incluyendo orientaciones dentro de los grandes paradigmas (jungiano, cognitivo-constructivista, analista transaccional, rogersiano, etc.) o si se utiliza una lista restringida con sólo los grandes paradigmas; o si se permite una sola elección o varias; o si el calificativo "eclectico" es una opción o no se da esta opción y hay que afiliarse a una o varias de las que la lista ofrece.

En general, se puede decir lo siguiente a partir de los datos que hemos manejado (Smith, 1982; Prochaska y Norcross, 1983; Barrom, Shadish y Montgomery, 1988, Mahoney, 1991; Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, 1998; Orlinsky y otros, 1999; National Register de Estados Unidos, 2001):

- 1) En los estudios más recientes parece que el modelo cognitivo / cognitivo-conductual, en primer lugar y el modelo psicoanalítico / psicodinámico, en segundo lugar, destacan sobre los demás, pero
- 2) en general, ningún modelo llega a aglutinar al 50% de la muestra (en el estudio de Orlinsky, los psicoanalistas llegan al 57%, señalando que este estudio, a diferencia de los otros, incluye, además de psicólogos, a médicos y otros profesionales), y además
- 3) la primacía del modelo cognitivo/cognitivo conductual, en primer lugar, y del psicoanalítico / psicodinámico, en segundo lugar, se logra con estas macro-denominaciones, que colocan incómodamente juntos, por ejemplo, a terapeutas cognitivo constructivistas con modificadores de

conducta en un lado, y, también por ejemplo, a psicoanalistas lacanianos con terapeutas que practican la terapia psicodinámica breve en el otro lado, y además

- 4) si se ofrece la posibilidad de elegir varias orientaciones y/o la posibilidad de declararse ecléctico, un número significativo de terapeutas se acogerá a esta posibilidad.

Estos datos, limitados, pueden ser interpretados, subjetivamente, como sigue:

**“Piense lo que piense sobre la psicoterapia, más de la mitad de sus colegas piensan otra cosa”**,

O desde el punto de vista del profesor universitario:

**“Enseñe el modelo que enseñe, más de la mitad de sus alumnos –si su asignatura es obligatoria- orientarán su práctica por otro modelo”**.

Sin embargo, puede que la sospecha de que los terapeutas se parecen más en su actuación que en sus declaraciones deba ser debidamente investigada.

Algunas investigaciones sugieren que la adherencia al modelo en el que uno se ha formado primariamente cede con la experiencia y que las creencias de terapeutas expertos de distintas orientaciones sobre lo que es relevante para la terapia tienden a converger (Fiedler, 1950; Mahoney y Craine, 1991). La investigación de Orlinsky y otros (1999) citada más arriba da el siguiente dato:

**El 66% de los 3800 psicoterapeutas de varios países que forman la muestra de su estudio se declaran positivamente influidos en su práctica por 2 ó más de los grandes modelos de terapia.**

Lo cual quizá quiera decir que muchos terapeutas piensan -sorprendentemente, dada la educación a que han sido sometidos-, que Freud, Skinner, Rogers o Kelly juegan en el mismo equipo.

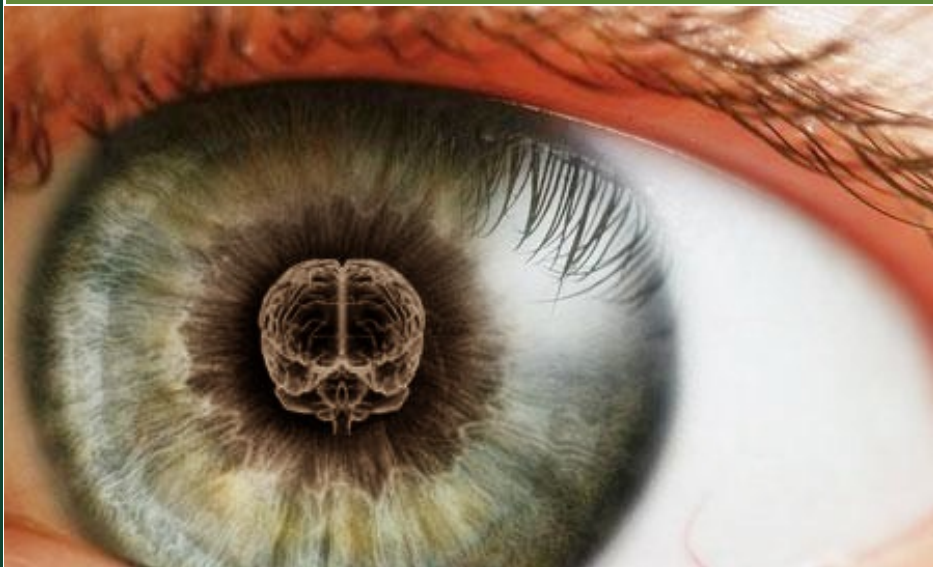
## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARROM, C. P., SHADISH, W. R. y MONTGOMERY, L. M. (1988). PhDs, PsyDs, and real world constraints on scholarly activity. *Professional Psychology*, 19, 93-101.
- BERGIN, A. E. (1966). Some implications of psychotherapy research for therapeutic practice. *Journal of Abnormal Psychology*, 71, 235-246.
- BERGIN, A. E. y LAMBERT, M. J. (1978). The evaluation of therapeutic outcomes. En S. Garfield y A. Bergin (comp.). *Handbook of psychotherapy and behavior change* (2ª ed.). New York: Wiley.
- BLOMBERG, J., LAZAR, A. y SANDALL, R. (2001). Long-term outcome of long-term psychoanalytically oriented therapies: first findings of the Stockholm outcome of psychotherapy and psychoanalysis study. *Psychotherapy Research*, 11(4), 361-382.
- BOHART, A., O'HARA, M. Y LEITNER, L. (1998). Empirically violated treatments: Desenfanchisement of humanistic and other psychotherapys. *Psychotherapy Research*, 8(2), 141-157.
- CASTILLO, T. A. y POCH, T. (1991). *La efectividad de la psicoterapia: Método y resultados de la investigación*. Barcelona: Hogar del Libro.
- COLEGIO OFICIAL DE PSICOLOGOS DE MADRID (1998). *Guía de recursos de psicología*. Madrid: COPM.
- EYSENCK, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324.
- FEIXAS, G. y MIRÓ, M. T. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona: Paidós.



- FIEDLER, F. E. (1950). A comparison of therapeutic relationships in psychoanalytic, non-directive and Adlerian therapy. *Journal of Consulting Psychology*, 14, 436-445.
- FRANK, J. D. (1961). *Salud y persuasión*. Buenos Aires: Troquel.
- JUNKERT-TRESS, B., SCHNIERDA, U., HARTKAMP, N., SCMITZ, N. y TRESS, W. (2001). Effects of short-term dynamic psychotherapy for neurotic, somatoform, and personality disorders: a prospective 1-year follow-up study. *Psychotherapy Research*, 11(2), 361-382.
- LABRADOR, F. J.; ECHEBURÚA, E. y BECOÑA, E. (2000). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos. Hacia una nueva psicoterapia*. Madrid: Dykinson.
- LACAN, J. (1977). *Psicoanálisis, Radiofonía & Televisión*. Barcelona: Anagrama.
- LAMBERT, M. J. (2001). The effectiveness of psychotherapy: What has a century of research taught us about the effects of treatment. APA web.
- LUBORSKY, L., SINGER, B., y LUBORSKY, L. (1975). Comparative studies of psychotherapy: Is it true that "Everyone has won and all must have prizes?" *Archives of General Psychiatry*, 32, 995-1008.
- MAHONEY, M. J. (1991). *Human change process: The scientific foundations of psychotherapy*. Nueva York: Basic Books.
- MAHONEY, M. J y CRAINE, M.H. (1991). The changing beliefs of psychotherapy experts. *Journal of Psychotherapy Integration*, 1, 3, 207-221.
- MARTORELL, J. L. (2014). *Psicoterapias. Escuelas y conceptos básicos*. Madrid: Pirámide, 2ª edición.
- MILLER, J. A. (2001). Psicoanálisis puro, psicoanálisis aplicado y psicoterapia. *Freudiana*, 32, 7-42.
- NATIONAL REGISTER of Health Service Providers in Psychology (2001). Comunicación personal.
- ORLINSKY, D. et al. (1999). Development of psychotherapist: Concepts, questions, and methods of a collaborative international study. *Psychotherapy Research*, 9(2), 127-153.
- PÉREZ ÁLVAREZ, M. (1996). *Tratamientos psicológicos*. Madrid: Universitas.
- POCH, J. y ÁVILA, A. (1998). *Investigación en psicoterapia. La contribución psicoanalítica*. Barcelona: Paidós.
- PROCHASKA, J. O. y NORCROSS, J. C. (1983). Contemporary psychoterapist: A national survey of characteristics, practice, orientations and attitudes. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 20, 161-173.
- RACHMAN, S. (1971). *The effects of psychotherapy*. Pergamon: Londrés.
- ROSENZWEIG, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods in psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 412-415.
- SELIGMAN, M. E. (1995). The effectiveness of psychotherapy. The Consumer Reports study. *American Psychologist*, 50, 12, 965-974.
- SMITH, D. (1982). Trends in counseling and psychotherapy. *American Psychologist*, 37, 802-809.
- SMITH, G., GLASS, G.V. y MILLER, T.I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: The John Hopkins.
- TASK FORCE on Promotion and Dissemination Of Psychological Procedures (1993). Task Force on Promotion and Dissemination Of Psychological Procedures. A report adopted by the APA Division 12 Board, October 1993, 1-17.
- TASK FORCE on Promotion and Dissemination Of Psychological Procedures (1995). Training and dissemination of empirically-validated psychological treatments: Report and recommendations. *The Clinical Psychologist*, 48, 3-29.

Volumen VII  
Número 2  
Septiembre  
2017



*EMDR basic protocol variation for the increase in the threshold of tolerance for reexperimentation*

**Abstract:** *In the following article, a variation of the Basic E.M.D.R. Protocol is presented, which the author has developed throughout years of clinical experience in the psychotherapeutic approach to trauma.*

*This small but extremely effective modification of the standard Protocol would take place in Phase 2, or the Preparation Phase, and essentially consists in the use of some of the resources provided by the crisis intervention protocols (essentially the E.M.D. protocols) with the fundamental objective of widening the narrow window of tolerance of the internal experience that lies behind the so-called "fear of re-experimentation", and which is one of the greatest enemies of traumatic memory processing.*

**Keywords:** *E.M.D.R., basic protocol, trauma, window of tolerance, dissociation, fear of re-experimentation.*

## Variación del Protocolo Básico de EMDR para el aumento del umbral de tolerancia a la reexperimentación

**Begoña Aznárez Urbietta**

**Presidenta del Instituto para el Desarrollo y la Aplicación de EMDR (IDAE)  
Vicepresidenta de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia**

**Resumen:** En el presente artículo se presenta, de manera abreviada, una variación del Protocolo Básico de E.M.D.R. que la autora ha desarrollado a lo largo de años de experiencia clínica en el abordaje psicoterapéutico del trauma.

Esta pequeña pero extremadamente eficaz modificación del Protocolo estándar se llevaría a cabo en la Fase II o Fase de Preparación y consiste esencialmente en la utilización de algunos de los recursos que nos proporcionan los protocolos de intervención en crisis (esencialmente los llamados protocolos de E.M.D.) con el objetivo fundamental de aumentar la estrecha ventana de tolerancia a la experiencia interna que está detrás de la llamada "fobia a la reexperimentación" y que es uno de los grandes enemigos del procesamiento de recuerdos traumáticos.

**Palabras clave:** *E.M.D.R., protocolo básico, trauma, ventana de tolerancia, disociación, fobia a la reexperimentación.*

## INTRODUCCIÓN

Comenzaremos este artículo haciendo una breve referencia a lo que es E.M.D.R. y resumiremos el Protocolo Básico de desarrollo de la técnica y las fases que lo componen.

### Qué es E.M.D.R.

Es el acrónimo en inglés de Eye Movement Desensitization and Reprocessing. Da nombre a una técnica psicoterapéutica especialmente indicada para el trabajo con las experiencias traumáticas y que se traduce como: Desensibilización y Reprocesamiento por el Movimiento Ocular.

Fue desarrollado por Francine Shapiro en 1987 con el siguiente presupuesto teórico: la existencia de un sistema innato en todos los seres humanos fisiológicamente orientado hacia la salud. El sistema se activaría esencialmente, y de forma natural, durante la fase R.E.M. del sueño con el movimiento sacádico de los ojos lo cual se estima que favorece la sincronización de la información atesorada en sendos hemisferios cerebrales. En condiciones ideales, la información somato-sensorial, emocional y cognitiva quedaría así perfectamente integrada y esto conferiría al individuo la oportunidad de elaborar una respuesta adaptativa en relación a los retos del día a día y de producir aprendizaje.

La patología se crearía al bloquearse dicho sistema al que Shapiro llamó inicialmente S.P.I.A. (Sistema de Procesamiento de la Información de forma Adaptativa) y al que se conoce en la actualidad mayoritariamente por el acrónimo P.A.I. (Procesamiento Adaptativo de la Información). El bloqueo supondría que la información referente al suceso que se ha vivido queda aislada del resto de redes neuronales, y no integrada.

Reproducir voluntariamente y en la consulta el trabajo que el cerebro realiza espontáneamente en sueño R.E.M. fue la genial inspiración de la Doctora Shapiro. Treinta años de éxitos y cientos de estudios llevados a cabo para validar la herramienta y explicar por qué funciona, han demostrado la validez de la hipótesis inicial y la fiabilidad de la técnica y han llevado a E.M.D.R. a ser reconocida en 2010 como una psicoterapia basada en la evidencia y a ser recomendada en 2012 por la O.M.S. en el tratamiento del T.E.P.T. en niños y adultos.

Así pues, esto es lo que hacemos con nuestros pacientes cuando les indicamos que sigan el movimiento de nuestros dedos con sus ojos y procurando no mover la cabeza, reproducir voluntariamente un trabajo para el que ya venimos preparados “de fábrica”. También cuando les hacemos toques alternantes en sus manos, piernas u hombros (tapping), o les ponemos unos auriculares con un sonido igualmente alternante. Son las diferentes maneras de producir lo que es la esencia del funcionamiento de E.M.D.R. o de lo que hace nuestro cerebro en R.E.M.: la estimulación bilateral. Ésta es la responsable de esa sincronización hemisférica de la que hablábamos más arriba.

La información acerca del suceso traumático que ha quedado aislada se almacena de forma excitatoria en espera a ser atendida, narrada, explicada, legitimada y, consecuentemente, correctamente integrada.

Hablar y pensar sobre lo que ocurrió para después soñar y poderlo procesar en fase R.E.M. sería el camino adecuado para integrar esas experiencias emocionalmente impactantes. Y es por eso que reproducir ese mismo modelo de trabajo con las experiencias vividas (y no integradas) en la consulta, proporciona tan buenos resultados.

Inicialmente, Shapiro pensó que solo estaba desarrollando una manera extraordinariamente eficaz para desensibilizar (y, de hecho, inicialmente denominó a su técnica E.M.D.) pero los llamativos e interesantes resultados que iban consiguiendo sus pacientes, le llevaron a pensar que había algo más que desensibilización, que se producía lo que ella llamó reprocesamiento y que supone esencialmente un cambio drástico y duradero en el sistema de creencias del individuo cuando se trabaja adecuadamente con la estimulación bilateral. Esto es lo que convierte a la técnica, a mi juicio, en una forma revolucionaria de trabajo. Pues supone estar presenciando cómo un proceso que genera inexorablemente (en un momento vital determinado) una narrativa tan incompleta e incoherente con la experiencia vivida como consecuentemente falsa y desadaptativa, es invertido y transformado en otro muy distinto: el de la saludable integración de la experiencia, con una narrativa radicalmente distinta: completa, coherente y adaptativa.

No hay nada que otorgue más poder que saber, conocer, experimentar con consciencia. Por eso las sesiones de E.M.D.R. en las que vemos transformarse la experiencia implícita en explícita son tan empoderantes. Por eso es tan importante la desensibilización que permite el desbloqueo y el reprocesamiento que genera creencias tan prodigiosas como “yo puedo”. Sobre esto vamos a seguir hablando más adelante.

### **Protocolo básico de E.M.D.R.**

Está dividido en ocho fases: 1. Historia, 2. Preparación, 3. Medición, 4. Desensibilización, 5. Instalación de la cognición positiva, 6. Chequeo corporal, 7. Cierre y 8. Reevaluación.

La base de trabajo con la estimulación bilateral supone el enfoque en los siguientes aspectos del suceso diana que se ha elegido para la desensibilización y el reprocesamiento: el Input sensorial, la Creencia asociada, la Emoción que se experimenta al evocar de nuevo el suceso y las Sensaciones corporales que se registran. Recogiendo las iniciales de esos aspectos del suceso (y que he puesto en negrita) construimos el acrónimo I.C.E.S. Durante la fase 3 del protocolo, “construir el ICES” es una tarea primordial para el psicoterapeuta. Así garantizamos la presencia simultánea de todos los elementos constituyentes de la experiencia y eso es fundamental para que se produzca el procesamiento.

Este protocolo es sumamente eficaz para el trabajo con trauma simple pero es más complicada su aplicación para los casos que situamos dentro del espectro de lo que nos gusta considerar (siguiendo a Judith Herman) “Trauma Complejo”. En estos casos, es imprescindible alargar la fase de preparación y trabajar los aspectos asociados a la disociación para garantizarnos una correcta forma de abordaje y el éxito en el funcionamiento de la técnica.

## **TRAUMA PSÍQUICO**

### **Definición**

Trauma es una palabra que procede del griego y que significa herida. Las heridas emocionales dejan una huella característica que debería guiar la intervención psicoterapéutica. Vamos a repasar algunas de estas características para conocer la idiosincrasia del trabajo clínico con las experiencias traumáticas y así poder entender el porqué de la modificación en un protocolo que se ha demostrado, por otra parte, muy eficaz.

Lo primero que abordaré será la tarea de organizar una definición acerca de lo que entendemos por traumático que esté en la base de todo el manejo posterior que vamos a sugerir.

Este intento de definición ha venido siendo una preocupación de clínicos así como de instituciones dedicados a la materia y, afortunadamente, ha evolucionado desde que en 1980 la A.P.A. al incluir por fin en 1980 una categoría que llamó “Trastorno de Estrés Postraumático”, calificó las experiencias traumáticas como algo que ocurre fuera de la experiencia humana normal. Por desgracia, la práctica profesional nos ha ido demostrando que las experiencias traumáticas están mucho más presentes de lo que imaginamos en el día a día de cualquier ser humano normal.

A este respecto merece la pena hacer referencia a las cifras que nos presenta Bessel van der Kolk en su último libro “El cuerpo lleva la cuenta”. En él, Van der Kolk afirma que uno de cada cinco estadounidenses sufrió abusos sexuales de niño; uno de cada cuatro fue físicamente maltratado por uno de sus progenitores hasta el punto de dejarle alguna marca en el cuerpo; y una de cada tres parejas recurre a la violencia física. Un cuarto de nosotros creció con familiares alcohólicos, y uno de cada ocho ha sido testigo de cómo pegaban a su madre. (1)

En otra publicación, el Doctor Van der Kolk comparte más información acerca de la incidencia de experiencias traumáticas:

- *Los Centros para el Control de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) de EE.UU. estiman que 1 de cada 8 niños entre las edades de 2 y 17 es víctima de maltrato.*

- *El Estudio de la Victimización en el Desarrollo descubre que 71% de los niños en EE.UU. han padecido por lo menos una forma de victimización.*

- *El Estudio de Great Smokey Mountain descubre que 67.8% de los niños han sido traumatizados de alguna manera antes de cumplir 16 años.*

En otros países, incluido España, los resultados son similares:

- En su artículo ¿Uno de cada cinco? Victimización sexual infantil en España, Noemí Pereda, de la Universidad de Barcelona (2016),

tras analizar los resultados de tres grandes estudios de metaanálisis llevados a cabo por diferentes autores analizando otros trabajos publicados en distintos países de los cinco continentes, llega a la siguiente conclusión: Estos destacados trabajos han permitido confirmar que la victimización sexual de menores es un grave problema que afecta a todas las sociedades en las que se ha estudiado, en un porcentaje que no varía demasiado entre estudios y se sitúa en un 8% de los varones y cerca de un 20% de las mujeres.

En este mismo artículo, la autora termina exponiendo: Cabe tener en cuenta que el propio Consejo de Europa, consciente de la extensión de la victimización sexual contra menores en los distintos países europeos, ha impulsado una campaña de sensibilización titulada 'One in five' [Uno de cada cinco], que resume los porcentajes obtenidos en los estudios retrospectivos de prevalencia y en los diferentes metaanálisis publicados al respecto. Como se ha observado, si se tiene en cuenta esta fuente, en España entre un 10 y un 20% de la población ha sido víctima de abuso sexual en su infancia, generalmente antes de cumplir los 13 años de edad. Los estudios llevados a cabo con muestras comunitarias y de estudiantes universitarios confirman estas cifras, tanto en el ámbito nacional (López, 1994), como en regiones específicas (Cantón y Justicia, 2008; De Paúl et al., 1995; Pereda y Forns, 2007).

- En otro interesante artículo, la autora presenta las primeras cifras sobre victimización y polivictimización en España en un estudio llevado a cabo utilizando el cuestionario Juvenile Victimization Questionnaire (JVQ) (Hamby, Finkelhor, Ormrod y Turner, 2006). En el 83% de los 1107 participantes reportó al menos una forma de victimización.

Obviamente es imposible pensar, atendiendo a esas cifras, que el trauma lo constituyen sucesos que ocurren fuera de la experiencia humana normal.

Tras este primer acercamiento a la realidad de la situación de los niños en lo que se refiere a la posibilidad de ser víctimas de alguna experiencia traumática, vamos a proponer una definición de traumático que integre esa idea de algo cotidiano (más de lo que creíamos) y que explique por qué:

**Traumático es para cualquier ser humano tener que guardar silencio en relación con**

**cualquier acontecimiento vivido que genera cierto impacto emocional.** Traumático puede llegar a ser pues todo aquello de lo que no puede hablar. Traumático es que sus experiencias no sean vistas, legitimadas, escuchadas y sostenidas. Traumático es que su voz sea silenciada. Traumático es tener que protegerse a través de la división, el síntoma o la locura... porque sus figuras de protección no están en sintonía con sus necesidades y no encuentra otra salida porque no la hay.

Así, en mi opinión, **el trauma psíquico es la herida resultante de verse obligado a silenciar, negar e incluso disociar las experiencias vividas con alto impacto emocional que debieran haber sido compartidas con las figuras de apego para adquirir significado así como para generar las adecuadas creencias sobre uno mismo y el mundo y, consiguientemente, posibilitar la adaptación y el aprendizaje.**

#### Consecuencias más frecuentes tras la experiencia traumática

Dependiendo de cuál sea la naturaleza del acontecimiento traumático y cuál el discurso que el contexto (macro o micro sistema) tiene que pronunciar sobre dicho acontecimiento, se permitirá hablar o se invitará (o incluso empujará) a callar. Se silenciarán las voces que asustan y remueven y se invitará a pensar lo menos posible y a pasar página. Así es como se instala definitivamente una herida...

Para garantizar que el silencio se mantiene la mente humana ha generado lo que Pierre Janet llamaba un "automatismo psicológico", un sofisticado "Plan B" (como a mí me gusta llamarlo) que garantizará el mutismo y, consiguientemente, la vinculación, la sensación de pertenencia al sistema. Este mecanismo es la **Disociación**.

¡Ah, la disociación! Aparente sencillo mecanismo protector que consigue indiscutiblemente su objetivo: evitar a toda costa (a costa sobre todo de la integración de la experiencia) la desvinculación. Así, a mayor riesgo de desvinculación, mayor nivel de disociación.

Por eso cuando hay herida traumática psíquica hay siempre (en mayor o menor medida) disociación. Y por eso afirmó Pierre Janet hace ya más de un siglo que la naturaleza de la

disociación es traumática. Aquí el fin justifica los medios... Y la disociación garantiza, por un lado, que el material traumático permanezca fuera de la consciencia y, por otro, que parte de la regulación se realice a través de las somatizaciones, el insomnio, la falta de concentración, la ansiedad generalizada, etc.

La disociación es la responsable de mantener fuera de la conciencia una gran parte de la información relativa a la experiencia traumática. Es pues la que no permite la integración de la que hablábamos más arriba. La experiencia interna se convierte en enemigo, el cuerpo envía señales que no pueden ser escuchadas. La conexión emocional se convierte en disparador. Sentir es peligroso. El trauma conlleva desconectarse y también (y como resultado de esa desconexión) desconocerse.

Las tres grandes maneras de expresión de los efectos del impacto del acontecimiento traumático y la consiguiente disociación son: los síntomas intrusivos, el incremento de la "excitación" (arousal) general y la evitación. Estas formas de expresión se observarán tanto en el campo de lo somático como de lo cognitivo y/o conductual. Así encontraremos pensamientos recurrentes, pesadillas, flashbacks, trastornos del sueño, irritabilidad, falta de atención y concentración, ansiedad, huidas para no hablar del tema o no encontrarse con personas o en lugares relacionados con el acontecimiento, etc.

Cuando la disociación se instala reina el desequilibrio y la persona que lo sufre no siente paz interior a pesar de haber conseguido zafarse de un gran peligro...

Y es que la salud es una cuestión de equilibrio. Equilibrio a nivel psíquico, somático y contextual. Pero mantener el equilibrio dentro de cada uno de esos tres niveles y, a su vez, en la relación de cada uno con el otro, no es tarea fácil. Si la relación vincular con las figuras de apego se siente en riesgo, no hay duda, la vinculación prima, la integración pierde, la mente se desdobla...

**En resumen, a pesar de la importancia que tiene el equilibrio para estar bien, para tener salud, el ser humano está preparado para sabotearse y perderla en aras de un fin más grande: la vinculación, la pertenencia. Parece que, en este caso, el fin justifica los medios...**

Así pues, tenemos que decir que durante la infancia, un niño se va a encontrar en su día a día con muchas experiencias que no puede compartir, que está obligado a silenciar y, por lo tanto, a dividir, a no integrar. Tales experiencias no se podrán transformar en aprendizaje y quedarán en la sombra produciendo dolor, sufrimiento, síntomas, inquietud, angustia... y lo que es casi peor que todo ello: creencias sobre uno mismo y sobre el mundo, totalmente erróneas, además de limitantes y empobrecedoras.

### PROCESAMIENTO DE EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS

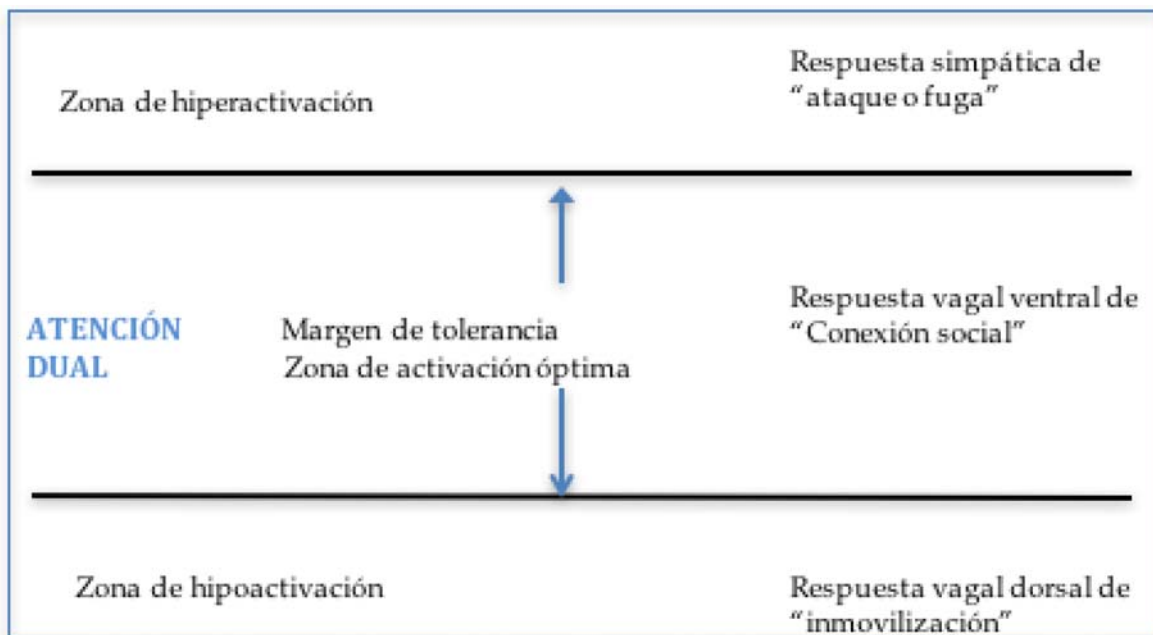
Teóricamente, el Protocolo básico de E.M.D.R. supone una manera indiscutiblemente eficaz de afrontar todas esas experiencias emocionalmente impactantes bloqueadas y latentes que tanto malestar pueden llegar a producir en el día a día de cualquier individuo pero, en la práctica encontramos un enemigo fundamental a la hora de conseguir pasar de la fase 2 a la 3 del Protocolo y sobre todo de la 3 a la 4. Se trata, como ya hemos mencionado, de la llamada **fobia a la reexperimentación**.

Cuando un acontecimiento ha sido vivido con un importante impacto emocional, volver a recordarlo suele desbordar a la persona que inicia la tarea. Esto es porque, debido a ese bloqueo que produce la disociación y su particular manera de condicionar el almacenamiento de la información alrededor de todo lo que ocurrió, en realidad las experiencias no se recuerdan sino que se reviven, se reexperimentan. El paciente, por tanto, vuelve a sentirse tal y como se sintió en el momento en el que se produjeron los hechos. Es razonable, entonces, que sienta que tiene que evitar que esto suceda. Sobre todo si aquello ocurrió durante su infancia donde el ser un niño con toda seguridad le hizo sentirse más desprotegido y más vulnerable, poco capaz de defenderse y en una situación imposible de controlar y tremendamente peligrosa...

A partir de que un ser humano califica un acontecimiento de peligroso y genera las creencias de falta de control, desprotección, vulnerabilidad e incapacidad de manejo va a tratar de evitar, consciente e inconscientemente, todo (situaciones, personas, sonidos, olores, etc.) lo que le recuerde a aquello. Extrapolará a otras situaciones con cierta semejanza y vivirá en un constante estado de alerta que le hará sentir desconfianza y necesidad de control absoluto.

Esta es la base de lo que Daniel Siegel llamó “ventana de tolerancia”, ese estrecho margen de experimentación tanto de inputs externos como de señales internas donde es posible manejarse con comodidad y sin sobresalto. Cuando el impacto emocional de un acontecimiento sobrepasa ese umbral en el que el individuo puede permanecer conectado lo que hará será

hiperactivarse o hipoactivarse. Perderá lo que llamamos atención dual, que supone poder permanecer conectado con la experiencia interna que está produciendo el input desencadenante sin dejarse inundar por el pasado y ser arrastrado hasta allí (fobia a la reexperimentación).



**La atención dual (poder permanecer en el presente mientras se “viaja” al pasado) es clave para el procesamiento seguro y eficaz de los recuerdos traumáticos.** Debemos garantizar que se produce antes de proceder con las fases 4,5,6,7 y 8 del protocolo estándar.

Para garantizar la atención dual en el procesamiento de experiencias traumáticas es para lo que vamos a recurrir a los Protocolos de E.M.D. y a realizar una pequeña variación en la Fase 2 del Protocolo Básico.

### PROTOSCOLOS DE E.M.D. Y NUESTRA RECOMENDACIÓN DE VARIACIÓN

Estos protocolos son exclusivamente de Desensibilización. En ellos no se busca (e incluso se evita activamente) el Reprocesamiento.

Su objetivo primordial es reducir la intensidad de la experimentación del recuerdo para poder garantizar la atención dual. Por eso tiene tanto sentido utilizarlos en la fase de Preparación del Protocolo Estándar, porque no deja de ser una forma de preparar al paciente para las siguientes fases.

Estos protocolos comenzaron a utilizarse para la intervención en crisis o con trauma agudo y han ido influenciando los llamados Protocolos de Trauma Reciente. Lo que tienen en común todos ellos es la focalización en la desensibilización de la imagen intrusiva y la limitación de las asociaciones. Se busca una narración que permita ir aproximándose a los hechos sin detenerse a la experimentación total de emociones y sensaciones.

También es común a este tipo de Protocolos el conseguir al final de su aplicación la generación de una creencia positiva en el paciente relativa a la capacidad que se experimenta para enfrentar lo sucedido.

**En resumen: lo que se consigue con su aplicación es colocar al paciente en una situación emocional óptima (por estar dentro del margen de tolerancia) y manejando una idea “empoderante” (puedo hacerme cargo, soy capaz de afrontarlo, esto no va a poder conmigo) que le permita seguir avanzando en el procesamiento de esos acontecimientos tan perturbadores.**

Hemos podido constatar que, en esta tarea, mantener el tono narrativo es fundamental. Esto permite, naturalmente, que el paciente se sienta en el presente, en su adulto, y con cierto grado o garantía de control sobre sus reacciones, capaz de traer el pasado al momento actual sin sentirse desbordado o arrastrado por él. Narrar lo sucedido con Estimulación Bilateral garantiza que mientras se desarrolla esta labor se vaya experimentando una reducción gradual de la activación que produce el recordar.

Además, nosotros sugerimos que el tipo de estimulación que se emplee en esta tarea sea la estimulación auditiva. Desde nuestra experiencia, la eficacia de esta medida radica en que de esta manera se garantizan la conversación y el sostenimiento de la mirada. Esto incide en proporcionar la permanencia en el presente y, por tanto, la atención dual.

En algunos estudios llevados a cabo para analizar la eficacia de los diferentes tipos de estimulación, la estimulación auditiva parece que demostró ser la menos “potente”. Esto resultaría una ventaja para el clínico porque garantizaría la lenta y gradual desensibilización de los acontecimientos.

Recomendamos regular el volumen del tono que se emplea en la estimulación bilateral auditiva de forma que resulte suficientemente alto para que sea escuchado pero suficientemente bajo para que no estorbe la comunicación. Estaremos permitiendo así que el paciente pueda hablar y pensar sobre lo que ocurrió (tan necesario para la integración) dentro de una relación vincular y en unas condiciones que le van a permitir sentirse cómodo y seguro.

A modo de resumen o de concreción, podríamos decir que esta forma de utilizar la estimulación auditiva permite llevar a cabo tres grandes tareas de preparación que redundan en el posible reprocesamiento de los acontecimientos traumáticos:

**- La paulatina disminución de la intensidad con que es experimentado el material perturbador y el consiguiente aumento de la ventana de tolerancia al mismo.**

Esto no solo redundaría en la disminución de la fobia a la reexperimentación y el mantenimiento de la atención dual como ya hemos comentado sino que además, contribuye a revertir la disociación. Trabajar para revertir la disociación es imprescindible en el caso de individuos con

experiencias traumáticas y el aumento de la ventana de tolerancia proporciona una ayuda incalculable, por ejemplo, en la tarea de manejo de la llamada “fobia entre partes” (otro gran enemigo del procesamiento que es necesario neutralizar)

- Como consecuencia directa de lo anterior, se genera el **gradual incremento de la conexión con la experiencia interna y el consiguiente aumento de consciencia respecto al mismo**. Sentir deja de ser peligroso y comienza a ser posible la utilización de emociones y sensaciones como guía para la toma de decisiones.

- Todo lo anterior permite contrarrestar el bloqueo de información y contribuye a **la generación de una narrativa más completa** (pues contribuye a la recuperación de recuerdos), **coherente con la experiencia interna. Y empoderante**.

Esto permite, entre otras muchas cosas, una mejor selección de dianas para el posterior trabajo con ellas en las siguientes fases del protocolo (relacionado con los llamados Puntos de Perturbación del Protocolo de Evento Traumático Reciente R-TEP de Ellan Shapiro, 2008)

## DESENSIBILIZACIÓN CON LA LÍNEA DE VIDA

Una manera particularmente eficaz de llevar a cabo estas tareas que hemos expuesto más arriba y que se ha demostrado muy conveniente en nuestra experiencia clínica, es proceder con lo que hemos bautizado como “Desensibilización de la línea de vida”.

En nuestra opinión, el abordaje del procesamiento de las experiencias traumáticas requiere una buena evaluación y en ella siempre recomendamos incluir la elaboración de una exhaustiva y completa línea de vida. Tomar dicha línea de vida como referencia para que el paciente se vaya narrando, vaya consiguiendo tolerancia, generando insights y, con todo ello, consciencia y empoderamiento, resulta altamente eficaz.

Recomendamos, en este sentido, utilizar unas cuantas sesiones al principio de la terapia para colocarse frente a dicha línea de vida e ir permitiendo al paciente la generación de un relato que ordene, complete, explique y vaya dando sentido y coherencia. Puede abordarse por tramos o en global. La experiencia siempre resulta muy útil y enriquecedora.



Como hemos venido diciendo a lo largo de estas páginas, esta manera de proceder contribuye a enriquecer la Fase de Preparación del Protocolo Básico de E.M.D.R y supone una garantía de que el paciente se encontrará en la situación óptima para pasar a las fases siguientes de dicho protocolo.

Esperamos que esta pequeña aportación resulte útil a todos los clínicos que cada día enfrentan el reto de ayudar a las víctimas de experiencias traumáticas.

### **PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN BREVE CON EMDR EN EL TRATAMIENTO DEL TRAUMA**

Introduciendo esta variante en la Fase 2 del Protocolo Básico, hemos desarrollado un

protocolo específico para manejarnos con un una intervención en la que se limita el número de sesiones. El protocolo (del cual presentamos un resumen a continuación), fue diseñado inicialmente para facilitar la integración del modelo de Terapia Breve en el tratamiento del trauma de nuestros alumnos y actualmente (con algún pequeño ajuste) es el que utilizaremos en el estudio clínico que estamos llevando a cabo en coordinación con el Hospital Universitario Infanta Cristina de la localidad madrileña de Parla, estudio titulado “Impacto del tratamiento con E.M.D.R. sobre los síntomas somáticos en pacientes con fibromialgia y trastorno de estrés postraumático”.

## **PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN CON EMDR EN EL TRATAMIENTO DEL TRAUMA ASOCIADO A LA FIBROMIALGIA.**

**Begoña Aznárez**

El diseño de la intervención se divide en **cuatro fases**.

Es conveniente explicar aquí que este protocolo de intervención está diseñado para intervenir después de una adecuada evaluación en la que además de trabajar en el vínculo y la alianza terapéutica como principales herramientas de garantía de efectividad de cualquier intervención psicoterapéutica, se habrá elaborado una exhaustiva línea de vida y recogido información relevante sobre la historia del paciente hasta llegar a completar la imprescindible labor de comprensión de la relación entre los síntomas que producen sufrimiento en la actualidad a nuestro paciente y su historia vital.

Así, después de este exhaustivo trabajo de comprensión será posible para nosotros dividir la intervención de la siguiente manera:

### **1ª FASE: Estabilización y aumento de la ventana de tolerancia.**

La intervención aquí está basada en los protocolos de EMD. La idea es llevar al paciente a una situación óptima en relación con los acontecimientos vividos a lo largo de su historia y que en el presente resultan difíciles de tolerar, para que la intervención sea eficaz. Para ello debemos trabajar en garantizar sensación de seguridad y atención dual.

Por lo tanto, abordaremos la tarea de instalar recursos positivos por un lado y la de la progresiva desensibilización de su historia vital traumática por otro.

**Primer día:** explicación sobre EMDR y el tipo de intervención que vamos a realizar tras la evaluación realizada; sobre el impacto de los acontecimientos traumáticos en nuestro cuerpo y nuestra mente y el por qué de la eficacia del proceso que proponemos.

Instalación de Recursos Positivos de las dos naturalezas aprendidas en el curso de Experto de Clínica e Intervención en Trauma (Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia- IDAE). Esta instalación nos permitirá observar el tipo de Estimulación Bilateral (EB) con el que más a gusto se encuentra el paciente.

**Segundo día:** Dividiremos la línea de vida en tres franjas vitales: infancia; adolescencia y primera juventud; y desde el diagnóstico de fibromialgia hasta el momento actual.

Esta división es orientativa y podrá variar según la conveniencia que se juzgue en cada caso por el clínico o su supervisor.

Obtención del SUD y el VOC asociados a toda la narrativa, para su posterior cotejo al final del tratamiento y el trabajo final para conseguir los valores: SUD: 0, VOC: 7

Pasaremos, una vez obtenida esta división y hecha la medición, a trabajar con la primera parte (infancia). Aplicaremos protocolo de EMD trabajando con la narrativa y con el exclusivo objetivo de desensibilizar ese tramo de la historia del paciente y aumentar la ventana de tolerancia respecto al mismo. La EB que emplearemos aquí será la auditiva.

**Tercer y cuarto días:** Continuaremos en cada uno de estos dos días desensibilizando la historia vital con EB auditiva y aumentando, de esa manera, la ventana de tolerancia de nuestro paciente a los acontecimientos ocurridos en su historia.

Como cabe esperar tras la aplicación de protocolos de EMD durante el trabajo con EB auditiva y la narrativa de vida, se obtendrán los llamados Puntos de Perturbación (PP) que servirán después al clínico para seleccionar las dianas a trabajar con Protocolo Básico en los días posteriores.

**2ª FASE: Desensibilización y reprocesamiento con los recuerdos diana.**

**Quinto día:** Localización de los PP y chequeo de posible construcción de los ICES correspondientes tomando cada uno de ellos como dianas independientes.

En caso de considerar inoportuno el comienzo del trabajo con Protocolo Básico, comenzaremos a trabajar según el Protocolo de Procesamiento Telescópico de E. Shapiro (EMD, EMDr, EMDR)

**Sexto, séptimo, octavo y noveno días:** trabajo con los PP y chequeo del SUD y el VOC globales (asociados a la narrativa vital completa) que ya fueron obtenidos en la fase anterior. Se trabajará con EB la posible desensibilización hasta llegar a SUD:0 y la consecuente opción de conseguir una VOC:7. En caso de no ser posible, se buscará la instalación de una Cognición Positiva en relación a la posibilidad de enfrentar su historia desde una perspectiva diferente (más empoderado) y sintiéndose más capaz de hacerlo así.

El tipo de EB en esta fase puede ser ya distinto a la estimulación auditiva. Podemos pasar a utilizar los toques (tapping) o los movimientos oculares (según preferencia y comodidad del paciente principalmente o criterio del clínico).

Hasta aquí habremos trabajado con el pasado del paciente

**3ª FASE: Trabajo con los disparadores del presente**

**Décimo, undécimo, duodécimo y décimo tercer días:** Protocolo básico con los disparadores del presente.

**4ª FASE: Trabajo con ansiedad anticipatoria asociada al futuro.**

**Décimo cuarto y décimo quinto:** localización de posibles situaciones que despierten ansiedad anticipatoria y trabajo con protocolo de trabajo a futuro.

Décimo sexto día: reevaluación y cierre.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association (APA). (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III)*
- Aznárez, B. (2014). Madrid: Curso de Experto en Clínica e Intervención en Trauma. Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia- IDAE.
- Aznárez, B. (2014). Madrid: Curso de Experto en Formación Superior en Trauma con EMDR. Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia- IDAE.
- Aznárez, B. (2016). Madrid: Curso de Experto en Psicoterapia Breve con Niños y Adolescentes. Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia- IDAE.
- Buydens, S.L., Wilensky, M., and Hensley, B.J. (2014). Effects of the EMDR Protocol for Recent Traumatic Events on Acute Stress Disorder: A Case Series. *Journal of EMDR Practice and Research*, 8 (1).
- Bruit, L. (2011). A Developmental/Integrative Perspective of the Recent Traumatic Episode Protocol. *Journal of EMDR Practice and Research*, 5(2).
- Cantón, D. y Justicia, F. (2008). Afrontamiento del abuso sexual infantil y ajuste psicológico a largo plazo. *Psicothema*, 20(4).
- Fernandez, I. (2008). EMDR after a critical incident: Treatment of a tsunami survivor with acute posttraumatic stress disorder. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2(2)
- Finkelhor, D., Hamby, S. L., Ormrod, R., & Turner, H. (2005). The Juvenile Victimization Questionnaire: Reliability, validity, and national norms. *Child Abuse & Neglect*, 29.
- Finkelhor, D., Ormrod, R., & Turner, H. (2007). Poly-victimization: A neglected component in child victimization. *Child Abuse & Neglect*, 31.
- Jarero, I., Artigas, L., & Hartung, J. (2006). EMDR integrative group treatment protocol: A post- disaster trauma intervention for children and adults. *Traumatology*, 12 (2).
- Jarero, I., Artigas, L., & Luber, M. (2011). The EMDR Protocol for Recent Critical Incidents: Application in a Disaster Mental Health Continuum of Care Context. *Journal of EMDR Practice and Research*, 5 (3).
- Liotti, G. (2006). A model of dissociation based on attachment theory and research. *Journal of Trauma & Dissociation*.
- López, F. (1994). *Los abusos sexuales de menores. Lo que recuerdan de mayores*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- Pereda N, et al. (2015). Victimización sexual autorreportada en adolescentes españoles comunitarios y en colectivos de riesgo. *Gac Sanit*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.05.003>
- Pereda, N. (2016). ¿Uno de cada cinco? Victimización sexual infantil en España. *Papeles del Psicólogo*, Vol.37 (2)
- Pereda, N., Guilera, G., y Abad, Judit. (2014). Victimization and polyvictimization of Spanish children and youth: Results from a community sample. *Child Abuse & neglect. The International Journal*. Elsevier.
- Rocchietta, L. and Wheeler, K. (2011). The Recent-Traumatic Episode Protocol: Outcome Evaluation and Analysis of Three Case Studies. *Journal of EMDR Practice and Research*, 5(3).
- Shapiro, E. (2009). EMDR treatment of recent trauma. *Journal of EMDR Practice and Research*, 3(3).
- Shapiro, E., y Laub, B. (2009). The new recent traumatic episode protocol (R-TEP). In M. Luber (Ed.), *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) scripted protocols: Basics and special situations*. New York: Springer Publishing.
- Shapiro, E., & Laub, B. (2008). Early EMDR intervention (EEI): A summary, a theoretical model, and the Recent Traumatic Episode Protocol (R-TEP). *Journal of EMDR Practice and Research*, 2(2).
- Shapiro, F. (2001). *EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), Desensibilización y reprocesamiento por medio de movimiento ocular*. Mexico: Pax.
- Siegel, D.J. (2007). *La mente en desarrollo*. Bilbao: Desclée de Brower.
- Solomon, R. M., & Shapiro, F. (2008). EMDR and the adaptive information processing model. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2(4)
- Van der Kolk, B. A., McFarlane, A. C., & Weisaeth, L. (1996). *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society*. New York: Guilford Press.
- Van der Kolk, B. A., Spinazzola, J., Blaustein, M. E., Hopper, J. W., Hopper, J. W., Hopper, E. K., Korn, D. L., et al. (2007). A randomized clinical trial of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR), fluoxetine, and pill placebo in the treatment of posttraumatic stress disorder: Treatment effects and long-term maintenance. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68(1).
- Van der Kolk, B. (2015). *El cuerpo lleva la cuenta. Cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma*. Barcelona: Eleftheria, S.L.



## *Resilience and forgiveness*

## Resiliencia y Perdón

María Asís  
Olaya García-Puente

Psicóloga

Experto en Psicoterapia Breve,  
Experto en Psicoterapia Breve con niños y adolescentes  
por la Sociedad Española de Medicina Psicosomática y  
Psicoterapia

**Abstract:** Resilience is the adaptive process by which people who have been exposed to traumatic events develop a positive psychological outcome. Forgiving implies a decrease in certain emotions such as rage, sadness and fear, allowing the individual to go on, without being held back by what caused him or her pain. Nevertheless, nowadays the construct of forgiveness has not been fully investigated in depth.

The purpose of this paper is to review the bibliography available about the constructs of resilience and forgiveness, while presenting the wide range of definitions and characterizations in existence.

Through this review, we aim to suggest a more thorough psychotherapeutic focus on forgiveness as means to further posttraumatic resilience.

**Keywords:** resilience, forgiveness, self-forgiveness, trauma, rage, sadness, fear

**Resumen:** La resiliencia es el proceso de adaptación por el que determinadas personas, expuestas a sucesos traumáticos, alcanzan un desenlace psicológico positivo.

Perdonar, conlleva la disminución de las emociones de rabia, tristeza y miedo, permitiendo al individuo seguir avanzando y no quedarse anclado a todo aquello que le produjo dolor. Sin embargo, a día de hoy el constructo del perdón no ha sido investigado en profundidad.

El objetivo de este trabajo será pues, revisar la bibliografía disponible sobre los constructos de perdón y resiliencia, poniendo de manifiesto la diversidad de definiciones y caracterizaciones existentes.

A través de esta revisión, se pretende proponer el trabajo psicoterapéutico con el perdón como herramienta y mecanismo impulsor de la resiliencia postraumática.

**Palabras clave:** resiliencia, perdón, auto-perdón, trauma, rabia, tristeza, miedo

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad, estamos expuestos a eventos traumáticos como el 11 de septiembre, la Sala Bataclan, el 11M, etc., generando que determinadas circunstancias se conviertan de alguna manera en parte de nuestro día a día. La amenaza de muerte, la pérdida de un ser querido o ser testigos de imágenes horribles de muerte, son solo algunos de los sucesos traumáticos a los que muchas personas deben hacer frente. Debido a este tipo de circunstancias actuales, términos como la resiliencia y el perdón se oyen cada vez más a menudo y cobran una mayor relevancia.

Según la American Psychological Association (2017), el proceso de adaptación ante la adversidad, trauma, tragedia, amenazas o incluso fuentes significativas de estrés como la familia, problemas relacionales, de salud, en el puesto de trabajo o estresores financieros, se denomina como resiliencia.

El término resiliencia se refiere pues, al hallazgo de que determinados individuos alcanzan un desenlace psicológico positivo a pesar de haber pasado por experiencias de riesgo, que, en otras circunstancias, se esperaría que hubiesen generado serias secuelas. Implica, por lo tanto, la relativa resistencia ante experiencias de riesgo ambiental, la superación del estrés o de la adversidad (Rutter, 2006).

Payás Puigarnau (2010), señala que un evento traumático conlleva una pérdida objetiva o subjetiva que requiere la necesidad de un ajuste, un duelo y de generar una nueva narrativa. Los recursos y herramientas propias del individuo (sus experiencias y conocimientos), el entorno social y vital, facilitan la capacidad de adaptación, de análisis y flexibilidad ante la adversidad.

A lo largo del ciclo vital, la experiencia de resiliencia variará en función de todo lo anterior (Windle, 2011); por tanto, la resiliencia es la habilidad de mantener o reelaborar la narrativa personal y un sentido coherente del self tras haber experimentado algún evento traumático (Borden, 1992).

El proceso de la resiliencia parece constar de factores que pueden facilitar la adaptación ante la adversidad. Dichos factores pueden ser propios del individuo (internos), ambientales o contextuales (externos), o potenciados a través

de un tratamiento psicológico. Uno de los factores potenciados en terapia puede ser el perdón, tanto a los demás como a uno mismo.

El perdón es un constructo complejo y multidimensional que implica la disminución de la rabia, la ansiedad, la tristeza y la restauración del empoderamiento del individuo, impidiendo su estancamiento en el agravio o suceso hiriente (Anderson, 2006).

Este constructo psicológico podría ser empleado o favorecido en el tratamiento psicológico con el objetivo de favorecer una resiliencia postraumática en el individuo, facilitando el duelo necesario y la elaboración de la narrativa postraumática explicativa necesaria para el individuo, favoreciendo la integración de todo aquello que le ha ocurrido, en su identidad.

### 1.1. Objetivos de la revisión

A lo largo de este trabajo se hará una revisión de la bibliografía sobre la resiliencia; las distintas definiciones existentes y los factores que inciden sobre ella (internos, externos y potenciados). Así mismo, se analizará el concepto de perdón psicológico, los tipos de perdón, y cómo el trabajo psicoterapéutico sobre el perdón puede incidir en el desarrollo de la resiliencia postraumática.

Por tanto, el objetivo de la revisión, no solamente es poner de manifiesto la diversidad de definiciones existentes sobre el constructo de la resiliencia, y cómo en última instancia, todas se refieren al hecho de que tras un evento traumático el individuo acaba prosperando y superándolo sin importar el tiempo transcurrido. Sino también, se pretende proponer la potenciación psicoterapéutica del perdón (ya sea intrapersonal o interpersonal) como forma de desarrollar la resiliencia en el individuo, y así, ayudarlo a elaborar un duelo por una pérdida objetiva o subjetiva, además de su correspondiente narrativa.

## RESILIENCIA

### 2.1 Concepto

La resiliencia es el proceso efectivo de negociación, adaptación o manejo de recursos significativos ante el estrés o el trauma (Windle, 2011). Es decir, es un proceso dinámico de adaptación positiva dentro de un contexto de adversidad significativa.

Esencialmente, la resiliencia es un concepto interactivo que concierne a la combinación de experiencias de riesgo y un, relativamente positivo, resultado psicológico a pesar de éstas (Rutter, 2006).

En el curso de la elaboración de esta revisión, quedó claro desde el principio que a pesar de que la definición básica de la resiliencia no variaba, si existen diferencias en cuanto a la aparición o no de sintomatología y a la duración de ésta.

A lo largo del tiempo y a medida que la investigación ha ido avanzando, la resiliencia ha ido siendo considerada como un rasgo, como un proceso y como un resultado. Según Southwick, Bonanno, Masten, Panter-Brick y Yehuda (2014), lo más seguro es que la resiliencia exista a lo largo de un continuo y que pueda estar presente en diferentes grados a lo largo de diferentes dominios vitales.

Se señala con cierta frecuencia a lo largo de la bibliografía, si un individuo posee o no la capacidad de poder funcionar con cierta normalidad inmediatamente después de su exposición a un evento traumático. Es decir, si el individuo puede mantener una cierta funcionalidad en su vida cotidiana o si, por el contrario, desarrolla algún tipo de sintomatología que requiera un tratamiento psicológico.

Bonanno (2004), concibe la resiliencia como el mantenimiento de un equilibrio estable ante la exposición aislada a un suceso potencialmente traumático, conservando de forma relativamente estable su funcionamiento físico y psicológico con perturbaciones transitorias mínimas. Explica también, que un adulto resiliente puede experimentar perturbaciones transitorias, pero que generalmente, tras un breve periodo (varias semanas) suelen exhibir una trayectoria de funcionamiento sano, pudiendo reestablecer de nuevo la normalidad. La resiliencia sería, según dicho autor, una trayectoria saludable y estable, similar a un trauma simple, sin necesidad de una intervención psicológica.

Además, Bonanno (2005) hace una distinción entre resiliencia y recuperación, definiendo recuperación como la elevación moderada o severa de los síntomas psicológicos, que perturban el funcionamiento normal, y que disminuyen solo gradualmente en el transcurso de muchos meses, antes de regresar a los niveles pre-trauma.

La clave parece ser que, aunque aquellos individuos resilientes muestren inicialmente un leve pico de distrés o una dificultad para mantener el equilibrio psicológico (por ejemplo, varias semanas con esporádica dificultad para concentrarse, insomnio intermitente o variabilidad diaria en los niveles de bienestar), aun así, mantienen unos niveles de funcionamiento efectivos y relativamente estables, cumpliendo sus responsabilidades sociales y personales. Sería, por tanto, la capacidad de mantener una trayectoria constante sin alteraciones notables en su funcionamiento diario basal.

Mancini y Bonanno (2009), hablan de los estilos de afrontamiento asociados a la resiliencia, como el pragmático o el estilo represivo.

- El estilo pragmático implica a grandes rasgos un afrontamiento de “cueste lo que cueste” frente a los eventos aversivos.

- El estilo de afrontamiento represivo, por otra parte, haría referencia al uso del mecanismo de defensa de la represión como método de ahorro de recursos cognitivos, así como, de prevención de sintomatología psicológica (lo cual no quiere decir que no pudiese más a delante manifestarse físicamente).

Parece entonces, que para estos autores una de las claves asociadas a la resiliencia es la ausencia de sintomatología por encima de la capacidad para regular y expresar emociones, y la capacidad narrativa de darle significado a las propias experiencias.

Si tomamos las definiciones y caracterizaciones de resiliencia de Mancini y Bonanno (2009), este constructo no podría ser aplicado a individuos que, a pesar de haber experimentado circunstancias traumáticas en su pasado, hayan salido adelante tras haber recibido una ayuda psicológica; y tampoco englobaría a aquellas personas que hubiesen experimentado cierta sintomatología depresiva.

En mi opinión, el haber pasado por un periodo “depresivo” tras un suceso potencialmente traumático, es un signo de salud, ya que uno debe tomarse un tiempo para reflexionar sobre lo ocurrido y elaborar un duelo sobre ello, y también sobre la pérdida del ideal de cómo debería haber sido su vida en ausencia de esta situación o circunstancia traumática.

Sin embargo, los eventos traumáticos se suelen caracterizar por exceder las posibilidades de respuesta del individuo al producirse una sobreestimulación en la persona (Payás Puigarnau, 2010). Esto puede generar un colapso en su sistema de procesamiento de la información, impidiéndole asimilar todo, y, por tanto, volviéndose improductivo e incapaz de integrar toda información sensorial, cognitiva y emocional; produciendo así, una incapacidad para mantener la funcionalidad normativa de su día a día.

Por otra parte, Knowles (2011), realizó un estudio sobre este constructo en los supervivientes a la bomba atómica, describiendo un continuo de resiliencia en el que se encuentra en un polo la resiliencia y en el otro la supervivencia.

- La supervivencia sería la capacidad de seguir existiendo a pesar de las condiciones adversas. Aquellos individuos colocados o estancados en el polo de la supervivencia, se encontrarían anclados al pasado, mostrando signos de preocupación como la ansiedad, la desconfianza y un cierto estigma de superviviente.

- Por otra parte, la superación implicaría el poder florecer y prosperar aun a pesar de estas. Las personas en el polo de la superación, mostrarían una predisposición más orientada hacia el presente y el futuro, con mayores niveles de esperanza y rasgos de trascendencia, superación y perdón.

Al tratarse de un continuo, una persona puede moverse entre ambos polos pudiendo sobrevivir y superarse al mismo tiempo. Es decir, dependiendo del momento y situación a la que estos individuos se están enfrentando, su reacción variará acercándose más a una polaridad u otra.

Knowles (2001), también señala, que es la capacidad de resiliencia la que permite al individuo dicho movimiento en función de los eventos vitales que se presenten. Esto, contrasta con la explicación de autores como Mancini y Bonanno (2009), cuya descripción de la resiliencia coincidiría con la supervivencia del autor anterior.

Parece entonces que podríamos estar ante dos conceptos dispares, uno que hablase de la resiliencia como vuelta a los niveles pre-trauma y

otro que añadiese cierto crecimiento personal, ya sea un cambio en la narrativa o en la mejora de los niveles de funcionamiento previos al suceso.

Hay investigadores que efectivamente, diferencian la resiliencia como tal, de lo que denominan como crecimiento postraumático.

Worthington, et al. (2016), puntualizan que la resiliencia implica que, tras un evento traumático, habría solo una la vuelta a los niveles base de funcionamiento previos a dicho suceso. Sin embargo, según ellos el crecimiento postraumático, conllevaría, además, el mejorar dichos niveles basales de funcionamiento tras el trauma.

Westphal, y Bonanno (2007), añaden otra diferencia más entre resiliencia y crecimiento postraumático; señalando, que las personas resilientes no buscan un significado tras el trauma y la pérdida; pero, que para que se produzca el crecimiento postraumático dicha búsqueda de sentido es una condición indispensable.

Además, exponen que los individuos que han experimentado dicho crecimiento son aquellos que han pasado por una trayectoria de recuperación (es decir, aquellos que mostraron un deterioro en su funcionalidad y una sintomatología post-trauma más prolongada).

Bajo mi punto de vista, ambos constructos aluden a lo mismo. Sin embargo, lo que varía es la aparición o no de una sintomatología inicial, así como, la necesidad o no del individuo de elaborar un duelo y una significación sobre el suceso mediante un proceso psicoterapéutico. Es decir, ambos conceptos hablan sobre la capacidad de superar un evento traumático y seguir adelante; pero, al entrar en juego otros factores, hay individuos que desde un principio son capaces de mantener una funcionalidad y procesar adecuadamente el evento sin desarrollar una sintomatología posterior, y otros, precisan de más tiempo tras un periodo sintomatológico y de apoyo terapéutico para poder retomar sus vidas, pero ambos, prevalecen ante la adversidad.

Resulta evidente pues, la gran disparidad en cuanto a las definiciones del constructo de la resiliencia y términos asociados como la supervivencia, superación, recuperación y crecimiento postraumático. Además de todos los matices diferenciales que cada autor introduce, es necesario señalar también el parámetro del ciclo

evolutivo en cuanto a la definición del proceso resiliente. Algunas investigaciones recalcan que existen diferencias en la resiliencia en función del momento evolutivo en el que se produzca la exposición al evento potencialmente traumático.

Consecuentemente, hay autores que distinguen entre la resiliencia infantil y la resiliencia en los adultos.

En el caso de la resiliencia en los adultos, parece que las definiciones existentes aluden más a casos de trauma simple donde la exposición a un evento potencialmente traumático ha sido puntual o que aun a pesar de ser un estresor mantenido en el tiempo, este ha aparecido tras un desarrollo evolutivo normativo.

Sin embargo, en el caso de la resiliencia infantil la exposición traumática suele ser más prolongada y en una personalidad aun en desarrollo, por lo que podría significar un desajuste mayor a largo plazo en el individuo o un trauma considerado como complejo, también presente en adultos que lo hayan ido arrastrando desde su infancia o adolescencia. La resiliencia infantil, es comprendida por tanto como respuesta a un ambiente corrosivo, por ejemplo, la pobreza o abusos.

En contraste, la resiliencia adulta se suele asociar con la capacidad de lidiar con eventos potencialmente traumáticos generalmente aislados (aunque no siempre). La clave parece ser que mientras los ambientes corrosivos conllevan la necesidad de desarrollo de ciertos mecanismos a largo plazo, los eventos aislados suelen obligar al individuo a desplegar formas más pragmáticas de lidiar, como estilos de afrontamiento del tipo "lo que haga falta" (Bonanno, 2005). Esto puede implicar el uso de cualquier recurso a su alcance, sin tener en cuenta los beneficios o detrimentos a largo plazo.

En otras palabras, mientras que ante el trauma complejo infantil se requieren estrategias adaptativas a largo plazo para salir adelante; en el caso del trauma simple en adultos, implicaría el uso de cualquier estrategia conocida que permitiese salir adelante sin importar el hecho de que fuese desadaptativa en otros contextos o momentos.

## 2.2 Factores de resiliencia

Hasta ahora, queda claro entonces, que existen diferentes definiciones operativas y matices de la resiliencia disponibles, pero generalmente esté

término ha sido empleado por los investigadores para describir tres tipos de fenómenos diferentes.

- Algunos autores señalan que se trata de una reducción de la vulnerabilidad obteniendo un desarrollo o resultado favorable o exitoso a pesar de altos niveles de riesgo (Rutter, 2012).

- Otros indican que se trata del mantenimiento de la competencia o del rendimiento pese a estar bajo condiciones de estrés.

- Finalmente, también se aboga por la resiliencia como la superación o recuperación ante el trauma (Greene, Galambos, y Lee, 2008; Werner, 1995).

Bajo estos tres fenómenos los investigadores han centrado su atención en aquellos factores protectores o mecanismos que moderen o puedan actuar como buffer interrumpiendo, previniendo o aminorando la reacción del sujeto ante una situación estresante o situaciones de adversidad crónica, facilitando una adaptación más exitosa que en oposición a la ausencia de estos (Werner, 1995).

Así mismo, hay tres áreas de estudio dentro de la resiliencia (Greene, Galambos y Lee, 2008):

- los factores relacionados con características internas del individuo,
- los factores externos (barrio o comunidad)
- los factores o estrategias potenciables en terapia que pueden ser tanto externos como internos.

Los factores internos / intrapersonales relacionados con la resiliencia son características internas y algunas innatas en el individuo como su propio nombre indica. Algunas de estas cualidades serían la actitud, el temperamento, locus de control interno y la regulación emocional (Vanderbilt-Adriance, y Shaw, 2008). La inteligencia normal o superior, una flexibilidad cognitiva, una elevada capacidad académica y una sensación de maestría, implicarían, además, altos niveles de razonamiento y habilidades resolutivas, aumentando así la autovalía y auto-motivación (Anderson, 2006).

Parece entonces, que muchos de los factores internos del individuo pueden influir e incidir directa o indirectamente sobre la resiliencia o sobre capacidades asociadas a esta.



Estos factores intrapersonales contribuyen también en la capacidad de insight y reflexión, en el instinto superviviente, en la conducta prosocial, la competencia en la relación con los pares, una elevada autoestima y empatía (Werner, 1995).

Otros factores como, por ejemplo, el optimismo sobre el futuro, el bajo nivel de auto-destrucción y bajo nivel de auto-inculpación, y menores creencias asociadas al trauma como auto-culpa, traición e indefensión, que son señalados como factores protectores internos que pueden ser trabajados en terapia (Afifi y MacMillan, 2011).

De esta forma, los factores intrapersonales del individuo que inciden sobre la resiliencia no tienen por qué ser características de personalidad ni cualidades innatas, sino que pueden ser habilidades trabajables en el ámbito terapéutico.

Parece importante señalar que, aunque haya personas que posean características asociadas a la resiliencia, este constructo solo puede ser definido en términos de ajuste después de la presencia de un evento estresor. La resiliencia no puede ser empleada para definir a los individuos en ausencia de experiencias altamente aversivas como, por ejemplo, una pérdida. Por lo que carece de sentido describir a alguien como poseedor de una personalidad resiliente ya que esta es definida ad-hoc (Mancini y Bonanno, 2009).

En cuanto a los factores externos, las investigaciones mencionan el apoyo familiar (por ejemplo; una madre cuidadora y contingente, una comunicación abierta entre los miembros de la familia, etc.), el apoyo del profesorado en el colegio (en niños), la comunidad, etc. (Garmezy y Rutter, 1983; Greene, et al., 2008).

Otros factores que pueden ser impuestos a un individuo desde una fuente externa pueden ser mecanismos de resiliencia que generen una protección o resistencia ante los efectos de la adversidad, (por ejemplo, la promoción de la salud); y otros que promuevan la recuperación tras dicha adversidad (como la inmunización comportamental basada en las experiencias previas como forma de entrenamiento) (Davydov, Stewart, Ritchie y Chaudieu, 2010).

Además, al ser la resiliencia un proceso y un continuo, esto implica que algunos factores externos como una intervención psicológica, (factores que se mencionarán a continuación), o

un cambio vital pueden promover la capacidad inherente de resiliencia en individuos que hayan experimentado adversidades extremas, y que incluso hayan podido amenazar su propia existencia (Greene, 2002).

Los factores a potenciar en terapia, pueden ser entonces, tanto internos como externos. Entre ellos encontramos; la sensación de seguridad, transmitir la idea de que se es capaz, la validación y legitimación del dolor, el permitir la expresión de shock y duelo, la búsqueda de sentido en la supervivencia, etc. (Greene, et al., 2008).

Davydov y colaboradores (2010), proponen también, que la resiliencia puede ser entendida como un mecanismo de defensa que permite a los individuos prosperar a pesar de estar expuesto a la adversidad, siendo la mejora de dicho mecanismo un objetivo importante en el tratamiento y profilaxis de los pacientes.

Precisamente dentro de estos últimos factores de la resiliencia mencionados, se puede englobar o incluir el perdón (tanto interpersonal como intrapersonal) como duelo y elaboración de narrativas. Cheavens, Cukrowicz, Hansen y Mitchell (2016), señalan precisamente en su investigación que hay dos factores potenciales de resiliencia; la esperanza y el auto-perdón.

Otros autores apuntan a determinadas características importantes dentro del desarrollo de la resiliencia como; la fe, la espiritualidad, la creencia en algo más grande que el propio ser y la habilidad de desarrollar un significado tras un evento traumático (Greene, et al., 2008).

Mientras que las tres primeras características mencionadas pueden englobarse bajo el constructo de la esperanza, la última, podría asociarse al perdón.

Si tenemos en cuenta que el perdonar implica, superar las emociones negativas, tras una legitimación y validación para así poder seguir adelante; entonces, este paso es indispensable para desarrollar la resiliencia.

## PERDÓN

### 3.1 Definición

A día de hoy sigue existiendo una falta de consenso a la hora de elaborar una definición operacional del perdón (Macaskill, Maltby, y

Day, 2002). Cuando se hace una búsqueda básica sobre la definición de perdón, podemos encontrarnos con definiciones como;

- Olvidar [una persona] la falta que ha cometido otra persona contra ella o contra otros y no guardarle rencor ni castigarla por ella, o no tener en cuenta una deuda o una obligación que otra tiene con ella (GOOGLE, 2017; recuperado de; <https://www.google.es/#q=perdonar+definición>).

- Perdonar según la Real Academia Española (2014);

- Del lat. tardío *perdonāre*, de *per-* 'per-' y *donāre* 'dar'.

- 1. tr. Dicho de quien ha sido perjudicado por ello: Remitir la deuda, ofensa, falta, delito u otra cosa.

- 2. tr. Exceptuar a alguien de lo que comúnmente se hace con todos, o eximirlo de la obligación que tiene.

- 3. tr. Renunciar a algo o privarse de ello. No perdonar ocasión de lucirse. No perdonar un baile.

- 4. tr. Renunciar a un derecho, goce o disfrute.

Ya en 1991 (Enright, 1991) existía un debate sobre la definición del perdón dentro de la psicología, y a día de hoy todavía no existe una definición que englobe el concepto de perdón en toda su complejidad. Además, tampoco hay un claro consenso sobre los tipos de perdón ni lo que estos engloban. Parece que uno de los pocos consensos que existen es que el perdón puede ser intrapsíquico o interpersonal pero nunca puede ser dirigido hacia un objeto o evento como tal, ya que a estos no se les puede hacer/sujetar como moralmente responsables del agravio (Pingleton, 1989).

Asimismo, el constructo de perdón no ha sido aún investigado en profundidad a día de hoy. Es posible que el hecho de que haya sido vinculado a la espiritualidad, religiosidad o incluso confundido con otros conceptos como la reconciliación, justificación, exoneración etc., lo haya convertido en un constructo espinoso de abordar. Por ello, puede resultar interesante hacer una breve distinción del perdón y otros términos con los que podría confundirse.

### 3.2 Distinciones de perdón.

Es necesario distinguir perdón de absolución, sobreseimiento, misericordia e indulgencia; ya que estos términos se relacionan con la aparición de una autoridad que siente jurisprudencia o dicte sentencia, y no de una relación interpersonal. Implica, además, la existencia de una autoridad que implemente, exima, elimine o disminuya un castigo menor al normativo previamente establecido dependiendo del tipo de transgresión. Normalmente, quien aplica o estipula el castigo no suele ser el individuo agraviado (Enright, 1991).

Otra confusión común suele ser el equiparar el perdón y la reconciliación entre perpetrador y víctima. El perdón puede significar una liberación interna para la persona y una disminución del resentimiento, sin embargo, la reconciliación implica el restablecimiento o reparación de una relación. Es posible que el perdón sea necesario para que se produzca una reconciliación, pero no es necesaria esta para que la víctima pueda perdonar. Así mismo, en el perdón no es necesaria la restauración o restitución de la confianza en el perpetrador. En el caso de la reconciliación el proceso a darse debe ser bilateral, al tener el perpetrador que ser consciente de su error y emprender medidas para corregir su error o enmendar de alguna forma el daño causado. Sin embargo, el perdón puede ser unilateral, pudiendo la víctima perdonar sin tener que reconciliarse con el perpetrador (Freedman y Enright, 1996).

Asimismo, es necesario diferenciar perdonar de justificar. En el caso de la justificación, hay autores que explican que no hay una infracción moral, siendo percibido el comportamiento del perpetrador como justo e imparcial (Enright, 1991). En cierto modo, la justificación podría conllevar también la negación, ya sea por parte de la víctima o de su entorno. La negación puede conllevar que el agraviado crea que ha perdonado al perpetrador impidiéndole esto estar en contacto con su propia rabia, la cual puede volverse auto-destructiva (Coyle y Enright, 1997). Así mismo, podría también incluirse en este sentido la misericordia, ya que ésta puede implicar obviar la rabia, enmascarándola tras una falsa apariencia de compasión, así como la tendencia a compadecer al perpetrador.

Por último, es necesario mencionar la exoneración o excusa del perpetrador. En estos

términos se tiende a quitarle un peso o aliviarle la carga al perpetrador, pudiendo la víctima llegar a pensar falsamente que no hubo ningún agravio real desde el principio (Freedman y Enright, 1996). En el caso del perdón se hace explícita la existencia de un agravio, además de darse una legitimación y validación de las emociones que le surgiesen tras este suceso a la víctima. Freedman y Enright (1996), señalan que cuando uno perdona, esto no implica que se le abra la puerta de la prisión al perpetrador. Lo cual quiere decir que uno puede perdonar, y que al mismo tiempo se haga justicia y la víctima pueda llevar a cabo una transformación afectiva, cognitiva y conductual.

Como se ha mencionado antes, hay autores que vinculan el perdón con la religión o espiritualidad, sin embargo, a lo largo de esta revisión, el perdón será abordado desde una perspectiva más psicológica, pudiendo ser empleado o potenciado dentro de un proceso terapéutico con el fin último de generar resiliencia en el individuo.

La resiliencia en este caso es entendida como la habilidad de mantener la narrativa personal y un sentido coherente del self tras haber experimentado algún evento traumático (Borden, 1992). Por tanto, la elaboración del perdón y el rol de este en el proceso resiliente permitiría al individuo continuar con su vida de forma más o menos normativa.

Generalmente, la reacción inicial ante una ofensa o agravio es un profundo “dolor” seguido de shock e incredulidad culminando en rabia o incluso odio (Enright, 1991). Dicho shock y dolor pueden asemejarse a la ocurrencia de un evento potencialmente traumático.

### 3.3 El perdón a diferentes niveles:

El perdón supone cambios a diferentes niveles y sistemas en la persona, cuando cada individuo perdona hay que restar algo de cada sistema (Enright, 1996).

A nivel afectivo implica la superación del resentimiento y su sustitución por compasión. Además, a este mismo nivel también acarrea el abandono de emociones denominadas como “negativas”, como, por ejemplo; la rabia, el odio, la tristeza, la culpa, el desprecio o el desdén entre otras, ya sea a nivel inter o intrapersonal

(Enright, 1991). Implicaría, además, la sustitución de dichas emociones “negativas” por otras positivas o neutras.

A nivel cognitivo, conlleva reemplazar los pensamientos condenatorios por los de respeto y se cesa el enjuiciamiento y la planificación de venganza (si la hubiese). Personalmente, añadiría a nivel cognitivo el cese de las cogniciones negativas sobre uno mismo, el perpetrador o el mundo.

Finalmente, a nivel conductual, implica la superación de la tendencia hacia actos vengativos por actos de buena fe y el cese de las conductas reivindicativas o castigadoras (Enright, 1996).

### 3.4 Ausencia de perdón y sus posibles consecuencias:

El perdón ocurre a lo largo del tiempo y no como un evento puntual (Worthington y Scherer, 2004). La ausencia de perdón puede tener consecuencias no solo en la salud mental sino también en la física (Worthington, et al., 2016). Dicha falta de perdón por otra parte, acarrea el mantener un cierto resentimiento y una rumiación sobre el dolor causado por la ofensa, generalmente, con consiguientes sentimientos de rabia y culpa hacia el ofensor (Watson, et al., 2012).

Worthington y colaboradores (2016) señalan que la ausencia de perdón como constructo consiste en seis emociones interconectadas; resentimiento, amargura, hostilidad, odio, rabia y miedo. Explican, además, que la más destructiva de entre estas emociones es probablemente la hostilidad, ya que no solo puede generar aún más rabia y agresividad de por sí, sino que, además, tiene consecuencias negativas para la salud, siendo un factor de riesgo por sí sola. De este modo, la falta de perdón aumenta el riesgo de padecer problemas de salud, afectando indirectamente con el aumento de dichas emociones negativas.

Algunos investigadores conceptualizan, por tanto, la falta de perdón como una reacción ante el estrés resultante de estresores interpersonales como las transgresiones, traiciones, ofensas y agravios (Worthington y Scherer, 2004). El perdón, pues, es hipotetizado como una estrategia de afrontamiento que reduce el malestar agudo del estrés, afectando así positivamente a la salud.

Aunque se tratará con una mayor profundidad más adelante en la revisión, parece relevante señalar que como la resiliencia según algunas definiciones implica la ausencia de determinada sintomatología, se podría englobar el perdón como parte de ésta a diferentes niveles, y también como mecanismo de defensa. El perdón en este caso, podría favorecer a la salud física, además de liberar recursos cognitivos al disminuir la rumiación. Como el perdón disminuye el estrés o las denominadas emociones negativas, se podría pensar, por tanto, que aumenta la resiliencia.

### 3.5 Tipos de perdón; el perdón interpersonal y el auto-perdón

De la misma forma en que existe una falta de consenso a la hora de definir el perdón como constructo, existe una cierta dificultad a la hora de categorizar los diferentes tipos de perdón y describir sus características. Parece obvio aun así la existencia de al menos dos tipos; el diádico o interpersonal y el auto-perdón o perdón intrapsíquico o intrapersonal (Enright, 1996; Broyles, 2005; Macaskill, Maltby y Day, 2002).

Sin embargo, otros autores incluyen otras tipologías dependiendo del mecanismo subyacente que impulse al individuo hacia el perdón, como por ejemplo el perdón emocional o el decisional (Worthington y Scherer, 2004).

El perdón decisional es aquel en el que el individuo realiza una declaración de intenciones, alegando que intentará comportarse con el transgresor como lo hacía previo agravio. En otras palabras, es la decisión que toma la víctima de liberar al transgresor de la "deuda". Los autores señalan la posibilidad de que se perdone de forma decisional, pero, que a nivel emocional no haya habido una superación. Es decir, a nivel cognitivo el individuo puede seguir enfadado y con rumiaciones sobre el evento; emocionalmente, puede seguir sintiendo rabia y tristeza; y motivacionalmente, puede estar orientado hacia la venganza o evitación. Alegan, aun así, que el perdón decisional podría ser un primer paso que encamine a la persona hacia al perdón emocional.

Este tipo de perdón no podría formar parte de la resiliencia ya que, si a nivel emocional todavía hay anclajes que impiden seguir adelante y a nivel cognitivo y motivacional todavía sigue estancado, esto puede generar no solo problemas de salud a nivel psicosomático sino también una dedicación de energía que implicaría que el

individuo no estaría empleándose en la superación y quizás solo en la supervivencia.

Por otra parte, el perdón emocional es el que implica según los autores un afrontamiento o adaptación a las experiencias emocionales que se originan tras las transgresiones e injusticias percibidas. Como se ha explicado previamente en la revisión, la falta o ausencia de perdón implica la cronificación de emociones "negativas" como la rabia y la tristeza que a largo plazo puede generar en el individuo problemas de salud. El perdón emocional, implicaría el proceso a través del cual la persona lidia con dichas emociones disminuyendo, así, el posible riesgo de quedarse estancado en la ausencia de perdón. Cabe mencionar que este tipo de perdón puede no darse de forma espontánea en el individuo, siendo necesaria la ayuda de una intervención psicoterapéutica para alcanzar la resiliencia.

Volviendo a las tipologías principales del perdón en las que nos vamos a centrar; Enright (1996) describe la triada del perdón. Aquí engloba, el perdón interpersonal, la recepción y búsqueda del perdón y el auto-perdón/perdón intrapsíquico/intrapersonal. Esta revisión se centrará principalmente en el perdón interpersonal y el auto-perdón.

El perdón interpersonal es según Subkoviak y colaboradores (1995), la superación del afecto negativo y del enjuiciamiento hacia el perpetrado; no mediante la negación de la víctima al derecho a tal afecto y juicio, sino mediante el esfuerzo para ver al perpetrador con compasión benevolencia y amor; reconociendo a su vez que dicho perpetrador perdió el derecho a estos.

Es necesario señalar que para que se dé el perdón interpersonal no es necesario que el perpetrador se disculpe; ya que, si, por ejemplo, dicho perpetrador muriese antes de que esto se produjese, la víctima quedaría estancada en la ausencia de perdón y lo que esta conlleva (Enright, 1991).

El auto-perdón, perdón intrapsíquico o intrapersonal hace referencia a la liberación de las emociones "negativas" hacia el self ante errores objetivables y la restauración del respeto a uno mismo y la auto-aceptación (Hall y Fincham, 2008). Este perdón intrapersonal puede ser independiente del ser perdonado por otro. Así, un individuo podría auto-perdonarse sin necesariamente ser perdonado por otra persona, o viceversa.

Wohl, DeShea y Wahkinney (2008), señalan que el auto-perdón es la aceptación de aquellas partes de uno mismo que en algún momento han sido vividas como inaceptables debido a una acción o pensamiento considerado inapropiado. De esta forma, estos autores explican que aquellas personas con una baja auto-valía, pueden atribuirse a sí mismos la idea de que son malas personas, esta dañados o no son merecedores de la aceptación de otros.

Por ejemplo, según algunas investigaciones, la rabia internalizada está asociada con comportamientos auto-líticos, pero dicha relación esta moderada por el auto-perdón (Ranganadhan y Todorov, 2010). En estos casos, el auto-perdón podría estar atenuando la rabia y la culpa/vergüenza asociada con la auto-percepción de ser una carga para los demás (Cheavens, et al., 2016). A la hora de lograr desarrollar una verdadera auto-aceptación (por ejemplo, el hacer las paces con sus propios defectos) puede también ser necesario fomentar un verdadero auto-perdón (Watson, et al., 2012). Se podría decir entonces, que en estos casos el auto-perdón serviría pues, como factor de resiliencia frente a comportamientos suicidas (ideación, intentos, comunicación de planes).

Los niveles elevados en este tipo de perdón intrapsíquico, se han asociado con importantes aspectos de la salud mental, encontrándose una correlación positiva con la auto-estima, la satisfacción vital y negativamente con el neuroticismo, la depresión, la ansiedad y la hostilidad (Hall y Fincham, 2008). Se cree que el auto-perdón puede mediar en un proceso en el que las emociones negativas dirigidas al self (como la culpa o vergüenza) son reemplazadas por aceptación hacia uno mismo (Fisher y Exline, 2006).

### 3.6 Beneficios del perdón:

Se hace evidente a lo largo de esta revisión sobre el perdón, que este proceso es altamente efectivo a la hora de resolver los sentimientos de remordimiento, culpa, rabia, ansiedad y miedo.

De esta forma, hay determinados problemas que, según la literatura existente, se ven favorecidos por el perdón; como, por ejemplo; la depresión, los problemas de familia de origen, trastornos de personalidad, auto-culpa, problemas de alcoholismo dentro del núcleo familiar, y la reparación de la relación dentro del matrimonio (Denton y Martin, 2007).

A día de hoy, las investigaciones sobre el perdón asociado a diferentes tipos de patologías y de situaciones traumáticas comienzan a ser publicadas. Pueden encontrarse ya datos sobre los beneficios de potenciar el perdón a la hora de fomentar la resiliencia de los individuos.

Las investigaciones de Scherer, Worthington, Hook y Campana (2011) y McGaffin, Lyons y Deane (2013), apuntan ambas hacia la promoción del auto-perdón para así disminuir los sentimientos de culpa y vergüenza, que impulsan a los individuos a emplear el consumo de alcohol y drogas como mecanismo de afrontamiento.

En los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), se encuentran generalmente asociados con patrones de auto-castigo y auto-destructivos, particularmente en todo lo relacionado con comer y con la imagen corporal del individuo. El auto-perdón se ha asociado con una disminución de los patrones de auto-castigo como por ejemplo la auto-crítica, la auto-condena por no alcanzar ese estándar de perfección, la auto-destrucción y las auto-afirmaciones negativas (Watson, et al., 2012).

Freedman y Enright (1996), señalaron que a través de una intervención que trabaje el perdón puede mejorar la salud psicológica de víctimas de abuso incestuoso, disminuyendo su depresión y ansiedad y aumentando su autoestima. Estos autores hacen mucho hincapié en la importancia de no equiparar el perdón con la reconciliación, la exoneración, la excusa ni la reparación. Según los autores, este tipo de intervenciones les demuestran a las víctimas que existen alternativas a vivir sus vidas llenas de rabia, amargura y odio.

### PROCESO DE RESILIENCIA Y PERDÓN

Tras sufrir un agravio (ya sea un perpetrador externo o interno), la persona debe pasar por una experimentación y consciencia de las consecuencias negativas psicológicas. Es necesario, que la víctima pueda experimentar una serie de reacciones emocionales como la rabia, el auto-cuestionamiento, la obsesión con el agravio, la culpa y tristeza.

La consciencia de dicho dolor emocional es esencial para el perdona, ya que este funciona en parte como motivante para iniciar la ejecución de estrategias encaminadas hacia una resolución (Enright, 1996).

Hay autores que señalan que primeramente es necesaria una fase de descubrimiento de emociones, en especial del afecto negativo que está lastrando al individuo; de forma que este pueda reconocer el calado que puede estar teniendo en su estado actual (Denton y Martin, 2007).

Cohen, Meek y Lieberman (2010), explican el proceso resiliente desde la teoría de Erickson, en la que cada fase del desarrollo conllevaría la resolución de un conflicto. Señalan que Erickson propuso que el movimiento de una etapa a otra implicaba la resolución de una crisis o tensión psicosocial que podía resolverse o no. Una de las tareas evolutivas descritas es la búsqueda de sentido para o bien llegar a la integridad o a la desesperanza. El alcanzar la integridad es un proceso de búsqueda de significado marcado por la aceptación de las decisiones pasadas, y la satisfacción con la historia vital. Aquí entraría en juego la capacidad de perdón inter e intrapersonal necesaria para poder procesar aquellos eventos en el ciclo vital en el que el individuo haya permanecido anclado por medio de la rabia y la tristeza. Además, proponen el que no se trate de una fase que se dé solo en la adultez; sino que esta fase de evaluación del recorrido vital se dé repetidamente en la trayectoria de la persona

Greene, Armour, Hantman, Graham y Sharabi (2010), proponen un modelo de supervivencia al Holocausto, indicando que la supervivencia implica resiliencia en términos de un proceso curativo que implica el uso efectivo de habilidades de afrontamiento.

Señalan, que cuando comienzan dicho proceso curativo es cuando realmente reintegran su sentido de self. Según ellos, el concepto de perdón y cómo los supervivientes responden ante el maltrato recibido y percibido, acaba convirtiéndose en algo significativo en sus vidas actuales.

Después (y durante, en el caso de situaciones cronificadas con el Holocausto) de un evento traumático, se deben emplear las habilidades innatas y aprendidas para sobrevivir, lidiar con la ansiedad, el desasosiego y superar la adversidad. Es esencial según los autores el desarrollar un sentido de significado.

Según Viktor Frankl, aquellos internos de los campos de concentración que eran capaces de mantener su sentido de auto-eficacia tenían más posibilidades de sobrevivir; su resiliencia y posiblemente su habilidad para soltar o dejar los

resentimientos, puede haber ayudado a sobrevivir y avanzar (Broyles, 2005).

El perdón y la resiliencia forman parte de este constructo de supervivencia, siendo necesario ambas para poder narrarse, redescubrir el self y abandonar las emociones negativas que puedan estar anclándoles al pasado. Este modelo incluye tanto la idea de supervivencia, como la idea de superación, englobando así, varios de los anteriores modelos de resiliencia.

## CONCLUSIÓN

En el camino descrito hacia la resiliencia, se incluyen formas de legitimar, validar y resolver la rabia, además de otras denominadas emociones “negativas”, evitando así caer en la trampa de la víctima como puede ser el bucle de la reivindicación.

La resiliencia se trata al fin y al cabo de poder prevalecer ante las adversidades a las que cada persona se haya tenido que enfrentar, pudiendo independientemente del camino y las medidas tomadas, rehacer su narrativa y continuar con su vida. A mi parecer, la aparición y superación de determinada sintomatología por parte de determinados individuos tras un evento traumático, no debería dejar de considerarse resiliencia, ya que a pesar de haber tenido que emplear más recursos y/o tiempo, estas personas han conseguido superar la adversidad y seguir con su vida.

El perdón está relacionado con la disminución de la rabia, la depresión, la ansiedad, la restauración del empoderamiento del individuo y su autoestima, produciendo, en general, una mejora en la salud física además de en las relaciones sociales (Anderson, 2006). Así, el trabajo con el perdón en terapia puede emplearse como mecanismo para poder ayudar al individuo a asimilar el trauma, a validar y legitimar sus emociones, dotar su experiencia de un significado y continuar con su vida.

Como se ha establecido antes, el perdón no quiere decir que se produzca una restauración de la relación con el perpetrador (en el caso de perdón interpersonal), ni el olvidar el agravio recibido. Por el contrario, en mi opinión, el perdón significaría que aquella persona que vaya a perdonar, sea a si misma o a otros, consiga avanzar más allá de tristeza y la rabia, pudiendo rehacer su narrativa y su vida, sin anclajes lastrantes al pasado.

Si la resiliencia, por tanto, implica la ausencia de determinada sintomatología como la depresiva, y el perdón atenúa este tipo de manifestaciones; parece evidente pues, la necesidad de impulsar el trabajo con el perdón desde la emocionalidad.

Así, debemos promocionar el perdón como estrategia para trabajar las denominadas emociones negativas, liberando al individuo del anclaje al evento traumático y fomentar su proceso resiliente.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Affifi, T.O. & MacMillan, H.L. (2011). Resilience Following Child Maltreatment: A Review of Protective Factors. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 56 (5), 266-272.
- American Psychological Association (2017). APA Help Center: The Road to Resilience. Washington, EU. Recuperado de: <http://www.apa.org/helpcenter/road-resilience.aspx>
- Anderson, M.A. (2006). The Relationship among Resilience, Forgiveness and Anger expression in Adolescents. (Doctoral dissertation). The University of Maine.
- Bonanno, G.A. (2004). Loss, Trauma, and Human Resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59 (1), 20-28. doi:10.1037/0003-066X.59.1.20
- Bonanno, G. A. (2005). Resilience in the face of Potential Trauma. *Current Directions in Psychological Science*, 14 (3), 135-138. doi:10.1111/j.0963-7214.2005.00347.x
- Borden, W. (1992). Narrative perspectives in psychosocial intervention following adverse life events. *Social Work*, 37(2), 125-141. doi:10.1093/sw/37.2.135
- Broyles, L.C. (2005). Resilience: Its Relationship to Forgiveness in Older Adults. (PhD Dissertation). University of Tennessee, Tennessee USA. Available: [http://trace.tennessee.edu/utk\\_graddiss/1868](http://trace.tennessee.edu/utk_graddiss/1868)
- Cheavens, J.S., Cukrowicz, K.C., Hansen, R., & Mitchell, S.M. (2016). Incorporating Resilience Factors into the Interpersonal Theory of Suicide: The Role of Hope and Self-Forgiveness in an Older Adult Sample. *Journal of Clinical Psychology*, 72 (1), 58-69. doi: 10.1002/jclp.22230
- Cohen, H.L., Meek, K., & Lieberman, M. (2010). Memory and Resilience. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 20, 525-541 doi: 10.1080/10911350903275309
- Coyle, C. T., & Enright, R. D. (1997). Forgiveness intervention with postabortion men. *Journal Consulting and Clinical Psychology*, 65, 1042-1046.
- Davydov, D.M., Stewart, R., Ritchie, K., & Chaudieu, I. (2010). Resilience and mental health. *Clinical Psychology Review*, 30 (5), 479-495. doi: 10.1016/j.cpr.2010.03.003
- Denton, R.T. & Martin, M.W. (2007). Defining Forgiveness: an empirical exploration of process and role. *The American Journal of Family Therapy*, 26 (4), 281-292. doi: 10.1080/01926189808251107
- Enright, R.D. (1991). The moral development of Forgiveness. *Handbook of moral behavior and development*, 1, 123-152.
- Enright, R.D. (1996). Counseling Within the Forgiveness Triad: on Forgiving, Receiving Forgiveness, and Self-forgiveness. *Counseling and Values*, 40, 107-126.
- Fisher, M.L. & Exline, J.J. (2006). Self-Forgiveness versus excusing: The roles of remorse, effort, and acceptance of responsibility. *Self and Identity*, 5 (2), 127-146. doi:10.1080/15298860600586123
- Freedman, S.R. & Enright, R.D. (1996). Forgiveness as an Intervention Goal with Incest Survivors. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 64 (5), 983-992.
- Garnezy, N. E., & Rutter, M. E. (Eds.). (1983). *Stress, coping, and development in children*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Greene, R. R. (2002). Holocaust Survivors: A study in Resilience. *Journal of Gerontological Social Work*, 37 (1), 3-18. doi:10.1300/J083v37n01\_02
- Greene, R.R., Armour, M., Hantman, S., Graham, S.A., & Sharabi, A. (2010). Conceptualizing a Holocaust Survivorship Model. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 20, 423-439. doi: 10.1080/10911350903274989
- Greene, R.R., Galambos, C. & Lee, Y. (2008). Resilience Theory: Theoretical and Professional Conceptualizations. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 8 (4), 75-91. doi: 10.1300/J137v08n04\_05
- Hall, J.H. & Fincham, F.D. (2008). The Temporal Course of Self-Forgiveness. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 27 (2), 174-202.
- Knowles, A. (2011). Resilience among Japanese atomic bomb survivors. *International Nursing Review*, 58, 54-60.

- Macaskill, A., Maltby, J., & Day, L. (2002). Forgiveness of Self and Others and Emotional Empathy. *The Journal of Social Psychology*, 142 (5), 663-665. doi: 10.1080/00224540209603925
- Mancini, A.D. & Bonanno, G.A. (2009). Predictors and Parameters of Resilience to Loss: Toward an Individual Differences Model. *J.Pers*, 77 (6), 1805-1832. doi: 10.1111/j.1467-6494.2009.00601.x.
- McGaffin, B.J., Lyons, G.C.B & Deane, F.P. (2013). Self-forgiveness, shame, and guilt in recovery from drug and alcohol problems. *Substance Abuse*, 34 (4), 396-404.
- Payás Puigarnau, A. (2010). *Las tareas del duelo: Psicoterapia de duelo desde un modelo integrativo-relacional*. Barcelona: Paidós Ibérica
- Pingleton, J. P. (1989). The role and function of forgiveness in the psychotherapeutic process. *Journal of Psychology and Theology*, 17(1), 27-35.
- Rangganadhan, A.R. & Todorov, N. (2010). Personality and Self-Forgiveness: the roles of shame, guilt, empathy and conciliatory behavior. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 29 (1), 1-22.
- Real Academia Española. (2014). *Diccionario de la lengua española (23.a ed.)*. Consultado en <http://www.rae.es/rae.html>
- Rutter, M. (2006). Implications of Resilience Concepts for scientific understanding. *Annals New York Academy of Sciences*, 1094, 1-12. doi: 10.1196/annals.1376.002
- Rutter, M. (2012). Resilience is a dynamic concept. *Development and Psychopathology*, 24, 335-344. doi: 10.1017/S0954579412000028.
- Scherer, M., Worthington, E.L., Hook, J.N & Campana, K.L. (2011). Forgiveness and the Bottle: Promoting Self-Forgiveness in Individuals Who Abuse Alcohol. *J Addict Dis*, 30 (4), 382-395. doi: 10.1080/10550887.2011.609804.
- Southwick, S.M., Bonanno, G.A., Masten, A.S., Panter-Brick, C. & Yehuda, R. (2014). Resilience definitions, theory and challenges: interdisciplinary perspectives. *European Journal of Psychotraumatology*, 5, 25338. doi: 10.3402/ejpt.v5.25338
- Subkoviak, M.J., Enright, R.D., Wu, C., Gassin, E.A., Freedman, S., Olson, L.M. & Sarinopoulos, I. (1995). Measuring interpersonal Forgiveness in late Adolescents and middle Adulthood. *Journal of Adolescence*, 18 (6), 641.
- Vanderbilt-Adriance, E. & Shaw, D.S. (2008). Conceptualizing and Re-Evaluating Resilience Across Levels of Risk, Time, and Domains of competence. *Clin Child Fam Psychol Rev*, 11 (1-2), 30-58. doi: 10.1007/s10567-008-0031-2.
- Watson, M.J., Lydecker, J.A., Jobe, R.L., Enright, R.D., Gartner, A. & Mazzeo, S.E. (2012). Self-Forgiveness in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *The Journal of Treatment & Prevention*, 20 (1), 31-41. doi: 10.1080/10640266.2012.635561
- Werner, E. E. (1995). Resilience in Development. *Current Directions in Psychological Science*, 4(3), 81-85.
- Westphal, M. & Bonanno, G.A. (2007). Posttraumatic growth and Resilience to Trauma: Different sides of the same coin or different coins? *Applied Psychology: An International Review*, 56 (3), 417-427. doi: 10.1111/j.1464-0597.2007.00298.x
- Windle, G. (2011). What is Resilience? A review and concept analysis. *Reviews in Clinical Gerontology*, 21 (2), 152-169. doi: 10.1017/S0959259810000420.
- Wohl, M.J.A., DeShea, L. & Wahkinney, R.L. (2008). Looking Within: State Self-Forgiveness and its Relationship to Psychological Well-Being. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 40 (1), 1-10. doi: 10.1037/0008-400x.40.1.1.1
- Worthington, E.L., Griffin, B.J., Toussaint, L.L., Nonterah, C.W., Utsey, S.O. & Garthe, R.C. (2016). Forgiveness as a Catalyst for Psychological, Physical and Spiritual Resilience in Disasters and Crises. *Journal of Psychology and Theology*, 44 (2), 152-165.
- Worthington, E. L. & Scherer, M. (2004). Forgiveness is an Emotion-Focused coping strategy that can reduce health risks and promote health resilience: theory, review, and hypotheses. *Psychology and Health*, 19 (3), 385-405. doi: 10.1080/0887044042000196674
- Yehuda, R. (2004). Risk and Resilience in posttraumatic stress disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 65 (1), 29-36.



Volumen VII  
Número 2  
Septiembre  
2017



## *Psicosocial causes of gastroduodenal ulcer*

**Abstract:** *In this bibliographic revision I tried to bring together some of the key issues in the etiology of the gastrointestinal ulcer, trying at all times to make clear that it is not an exclusively biological and infectious disease.*

*That is why the biological and infectious causes of the pathology are explained, followed by the correlation of biopsicosocial stress in the appearance of gastroduodenal ulcer.*

*Finally, I explained the psychoanalytical theories that, although nowadays might not have much scientific value, they still are really important for comprehension and formulation of hypotheses about the etiology of the pathology.*

**Keywords:** *ulcer, infectious disease, stress, pathology*

## Causas psicosociales de la úlcera gastroduodenal

**Ana María Rodríguez Slocker**

**Experto en Medicina Psicosomática y Psicología de la Salud por la Sociedad por la Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia**

**Resumen:** En esta revisión bibliográfica he tratado de reunir varios puntos clave en la etiología de la úlcera gastrointestinal, tratando en todo momento de explicar que no se trata de una enfermedad exclusivamente biológica e infecciosa.

Para ello, se exponen las causas biológicas e infecciosas de la patología, seguidas de la correlación del estrés biopsicosocial en la aparición de la úlcera gastroduodenal, basándome en estudios que muestran la influencia del estrés sobre la enfermedad.

Por último, se exponen las teorías psicoanalíticas que, actualmente presentan menos valor científico, pero siguen siendo de gran importancia para la comprensión e hipotetización sobre la etiología de la patología.

**Palabras clave:** *úlcera, enfermedad, estrés, teorías psicoanalíticas*

## INTRODUCCIÓN

### Jugo gástrico y sus componentes

La comprensión de la secreción y función del jugo gástrico va a ser fundamental para el entendimiento de la patogenia de la ulcera péptica. Aun que es primordial la infección del *H.pylori* en la etiología de la ulcera, se debe tener presente que el ácido clorhídrico y la pepsina contribuirán a la lesión tisular, por eso he querido hacer una pequeña síntesis sobre el jugo gástrico, la estimulación e inhibición del mismo y la defensa de la mucosa, ya que la ulcera péptica no es más que un daño que ocurre en las paredes de estomago o duodeno debido a un desequilibrio entre los componentes agresivos y los de defensa del estomago y duodeno.

El jugo gástrico está compuesto por agua, sales (NaCl y NaHCO), ácido clorhídrico, pepsina y factor intrínseco de Castle. Existen principalmente dos tipos de glándulas en el estómago:

Glándulas oxínticas: Se encuentra en cuerpo y fundus del estómago, en ellas existen cuatro tipos de células; Células mucosas que secretan moco, células principales que secretan pepsinógeno, células parietales que secretan HCl y factor intrínseco, y células endocrinas.

El pepsinógeno liberado por las células principales se transforma en pepsina gracias al pH ácido que genera el HCl.

Glándulas pilóricas: se encuentran en antro y píloro. Secretan principalmente moco y sobre todo gastrina.

### Regulación de la secreción de jugo gástrico

#### Estimulación

**Gastrina:** Es el más potente estimulante de la secreción ácida gástrica. Su secreción está íntimamente relacionada con la estimulación vagal, que producirá una activación de las células G de las glándulas pilóricas y antrales secretando así la gastrina. Esta secreción es activada por situaciones de hipoclorhidria e inhibida por la somatostatina.

**Histamina:** Es producida por mastocitos y por células endocrinas de glándulas oxínticas, se

une a los receptores H<sub>2</sub> de las células parietales produciendo un aumento de la secreción de HCl. La gastrina estimula la liberación de histamina por las células endocrinas.

La secreción fisiológica de ácido se clasifica en tres fases: cefálica, gástrica e intestinal. En la fase cefálica la secreción ácida viene estimulada por estímulos visuales, olfativos y con la degustación que producen una estimulación vagal. La fase gástrica la liberación de ácido viene estimulada por vía del vago gracias a la estimulación mecánica. Por otro lado, también se produce secreción ácida debido a la estimulación química que produce secreción de gastrina. En la fase intestinal, la liberación de ácido viene mediada por estímulos hormonales que se liberan al llegar los alimentos al duodeno. La secreción de ácido basal va a depender sobre todo de estímulos vagales, produciéndose un máximo de la secreción a las 00:00 am.

#### Inhibición

**pH gástrico duodenal:** Al disminuir el pH gástrico o duodenal, se reduce la liberación de gastrina. La somatostatina liberada por las células D, inhibe la liberación de gastrina, actúa también sobre los receptores de la célula parietal produciendo una disminución de la liberación de ácido. La secretina es liberada por las células S de la mucosa del intestino, en respuesta de la disminución de pH y produce una inhibición de la secreción de ácido. Las prostaglandinas inhiben la secreción de histamina mediante receptores en la célula parietal.

**Grasas:** Su presencia en el duodeno disminuye la secreción ácida gástrica.

**Otros:** La hiperglucemia y la hiperosmolaridad en el duodeno inhiben la secreción gástrica por mecanismos desconocidos. Péptidos intestinales inhibidores de la secreción ácida gástrica son el VIP, enteroglucagón, neurotensina, péptido YY y urogastrona.

### Defensa de la mucosa gástrica

Existen varios mecanismos de defensa, aunque los explicaré por separado, es importante nombrar que todos constituyen un sistema de

protección en constante interacción.

**Barrera de moco y bicarbonato:** No se trata de una barrera física, es una barrera funcional, hace que los hidrogeniones pasen de manera lenta a través de la mucosa, lo que permite la neutralización de los mismos por bicarbonato. Los AINE, los alfa-adrenérgicos y el etanol inhiben la secreción de bicarbonato.

**Barrera mucosa gástrica:** Existe un epitelio natural gástrico cuyas uniones intercelulares son resistentes a la retrodifusión de hidrogeniones. Es de mencionar la excelente capacidad de reparación de la mucosa frente a las agresiones, con procesos de restitución rápida. Los salicilatos, ácidos biliares y el etanol alteran esta barrera.

**El flujo sanguíneo:** aporta la energía necesaria y facilita la eliminación de los hidrogeniones que han pasado a través de la mucosa dañada. Su reducción se asocia a gastritis aguda, un ejemplo de ello es en enfermedades graves con repercusión hemodinámica se produce daño de la mucosa por disminución del flujo sanguíneo (como en las úlceras de Curling, en los quemados).

**Prostaglandinas:** sobre todo E2, que protegen la mucosa gástrica con diferentes mecanismos: estimulan la secreción de moco y bicarbonato, favorecen el flujo sanguíneo de la mucosa gástrica y promueven la renovación de las células en respuesta a daño de la mucosa. Es inhibida con el consumo de Aines lo cual suelen producir lesiones de la mucosa gástrica

### Introducción a la úlcera péptica

El termino úlcera péptica, hace referencia a la patología ulcerativa que se produce en el tracto gastrointestinal que afecta principalmente al estomago y la región proximal de duodeno. En lo que acontece a la etiopatogenia, no hay conclusiones efímeras sobre su etiología, pero se acepta que se trata de un desequilibrio entre los factores agresores y defensores de la mucosa gástrica, donde el Pylori presenta un papel esencial como agente causal, produciéndose así, una solución de continuidad de la capa mucosa que en caso de la úlcera, y a diferencia de las erosiones gástrica, afecta a la capa submucosa e incluso la capa muscular.

Existe el termino, úlcera refractaria, este hace referencia a las úlceras duodenales que no han cicatrizado en 8 semanas o a las gástricas que no lo han hecho en 12 semanas pese a tratamiento médico correcto. Corresponden solo a un 5- 10% de las úlceras pépticas, y están en franco descenso. Existen una serie de factores que van a contribuir a la refractariedad de la úlcera, algunos de ellos son consumo continuado de AINE, consumo de tabaco, estados de hipersecreción gástrica.

### CAUSAS BIOLÓGICAS DE LA ÚLCERA DUODENAL

Tiene una prevalencia aproximada del 10% de la población. La historia natural de la enfermedad es la cicatrización espontanea con posterior recurrencia, recidivando en un 80-90% de los casos, aunque con la perspectiva terapéutica actual se está consiguiendo que sea una enfermedad de un solo brote. Esta úlcera se encuentra en el 95% de los casos en la primera porción de duodeno. Son pequeñas y no suelen superar a 1 cm de diámetro.

En cuanto a la etiopatogenia, se cree como factor más importante la asociación de la infección por *H. pylori*, puesto que en el 95% de los pacientes puede demostrarse su presencia en las biopsias. La infección por *H. pylori* tiene una prevalencia de 50% de la en la población en países desarrollados de los cuales solo un 10% desarrollará úlcera péptica, por tanto, esto nos hace pensar que la infección por *H. pylori* puede estar, sin duda, íntimamente relacionada, pero que existen imprescindiblemente para el desarrollo de la patología otros factores coadyuvantes cuando no causales. En segundo lugar, en cuanto a la etiología más frecuente en la úlcera, se encuentra el consumo de AINE, sin embargo, existen otros factores asociados a esta patología.

La gastrina basal, en estos pacientes es normal, pero presenta mayor secreción en respuesta a los alimentos, estos pacientes secretarán mas ácido en respuesta a la gastrina y además vaciarán más rápidamente el contenido del estomago. Estos hechos no pueden atribuirse a la infección por *H. pylori*.

Factores genéticos, entre un 20 y 50% de los

enfermos con ulcera duodenal tienen una historia familiar de esta enfermedad. No se ha encontrado ninguna asociación genética de peso y solo existen teorías al respecto de la transmisión familiar, basadas en el contagio del *H. pylori* o transmisión de HLA B5.

Factores de riesgo:

- Tabaco, el consumo de tabaco aumenta la incidencia de la ulcera duodenal, empeora la cicatrización de las úlceras, favorece la recurrencia e incrementa el riesgo de complicaciones y la necesidad de cirugía. El tabaco actúa sobre la fisiología natural, aumentando la velocidad de vaciamiento gástrico, disminuyendo la secreción pancreática de bicarbonato y alterando el flujo sanguíneo y la disminución de la síntesis de prostaglandinas. El mecanismo por el cual el tabaco daña la mucosa gástrica es debido al efecto que produce la nicotina de vasoconstricción de los vasos a nivel gástrico, disminuyendo así el flujo sanguíneo, uno de los protectores de la mucosa gástrica para la acidez.

- Alcohol, resulta dañino para la mucosa gástrica debido a su efecto gastrolesivo, lo cual lo convierte en un factor de riesgo para la ulcera.

- Dieta, existen alimentos que contribuyen a una lesión gástrica superficial, por aumentar la secreción ácida, estos alimentos consumidos en exceso constituirían un factor de riesgo, cítricos, salsas (especialmente el tomate), alimentos muy grasos, bebidas carbonatadas, bebidas excitantes (te, café, refrescos), alimentos precocinados, chocolate, carnes rojas, y el consumo de alimentos crudos.

- Glucocorticoides y el ácido acetil salicílico, son fármacos gastrolesivos considerados en un consumo crónico con factor de riesgo para la ulcera. También los antiinflamatorios no esteroideos, de los que hablaré posteriormente.

- Estrés, es siempre uno de los factores de riesgo nombrado en la ulcera gastroduodenal, se hace mención siempre a que los acontecimientos emocionalmente

estresantes pueden ser potencialmente lesivos para la mucosa gástrica, tema del que hablaré extensamente durante el trabajo.

Estos factores de riesgo anteriormente citados son de igual relevancia en la ulcera péptica como en la ulcera gástrica.

## CAUSAS BIOLÓGICAS DE ULCERA GÁSTRICA

La etiopatogenia de la ulcera gástrica presenta pocas diferencias con respecto a la ulcera duodenal, se piensa que en estas la causa más importante se basa en una alteración de los mecanismos de defensa de la mucosa gástrica. En estos casos la secreción ácida es normal o a veces incluso esta disminuida, y el nivel de gastrinemia también será normal o quizás elevado de manera proporcional al grado de acidez gástrica.

Suelen ser úlceras más grandes y profundas que las duodenales. El *H. pylori* se encuentra como principal agente causal, estando presente en el 60-80% de los pacientes con ulcera gástrica. Los AINE se encuentran en segundo lugar como causa, producen más úlceras gástricas que duodenales y lo hacen sobre todo en pacientes mayores de 65 años, los cuales además toman también esteroides. Únicamente se presentan solo un 10% de úlceras gástricas idiopáticas, no asociadas ni a AINE, ni a infección por *H. pylori*.

## ULCERA ASOCIADA A ANTINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS

Es importante mencionar el consumo de AINE y su importante relevancia en la aparición de ulcera péptica, ya que es clara la evidencia de este efecto secundario en los pacientes consumidores de AINE.

Sin profundizar mucho en los mecanismos de acción me gustaría aclarar la función básica de estos fármacos. Los AINE actúan principalmente inhibiendo la ciclooxigenasa (COX), es una de las enzimas imprescindibles en la síntesis de prostaglandinas, las cuales serán grandes mediadoras en los procesos inflamatorios. Al inhibir la COX, inhibimos la síntesis de prostaglandinas, pero al no hacerlo de manera selectiva, esta inhibición supondrá

disminución de las prostaglandinas que protegen la mucosa gástrica, haciendo más débil al daño de los jugos gástricos secretados de manera fisiológica. Además, también serán tóxicos para la mucosa de manera directa por su carácter de ácido débil.

Existe recientemente un tipo de antiinflamatorios, que son inhibidores selectivos de la COX-2, es decir de la COX que sintetiza exclusivamente las prostaglandinas inflamatorias, que en teoría tendría la ventaja de no ser gastrolesiva, son los llamados coxib, de los cuales algunos han sido retirados por sus efectos cardiovasculares, otros sin embargo siguen en comercialización estando contraindicados en pacientes con riesgo cardiovascular.

Me gustaría exponer como opinión personal en mi experiencia clínica mi perspectiva frente a los coxib, porque pese a su comercialización segura, me encuentro en desacuerdo en cuanto a su acción selectiva COX 2 y por tanto su beneficio frente a los AINE como fármacos no gastrolesivos, ya que se utilizan como tal, sin embargo, son objetivables las manifestaciones gástricas además del riesgo cardiovascular ya conocido. El problema radica en que a diferencia de los AINE que se pautan conociendo su efecto nocivo sobre la mucosa del estómago, los coxib son administrados sin este conocimiento no del todo manifiesto en los estudios científicos. Quisiera llamar la atención a este hecho y favorecer la reflexión del lector sobre estos datos personales.

Después de este pequeño repaso sobre las bases biológicas de la úlcera péptica, me dispongo a exponer el contenido esencial de la revisión. Espero que haya sido de utilidad para la ubicación de la patología a nivel médico, ya que, a pesar de la gran influencia emocional en las enfermedades, nunca hemos de pasar por alto la afectación física de las mismas.

## **FISIOLOGÍA Y FISIOPATOLOGÍA DEL ESTRÉS**

Hoy en día se conocen bien muchas de las afectaciones que sufre el SNC debido a las situaciones de estrés a las que es sometida el organismo. Se trata de respuestas fisiológicas que se desencadenan en nuestro Sistema

nervioso a raíz de estresores, que servirán para la mejor adaptación al medio y la supervivencia.

Para comprender las respuestas fisiológicas que se desencadenan en el cuerpo humano debido al estrés, debemos conocer cuál es la función del estrés en nuestro cuerpo, y es la homeostasis.

El término homeostasis hace referencia a los mecanismos que utiliza el organismo para encontrarse en equilibrio, es decir para mantener las constantes vitales en los límites compatibles con la vida y la supervivencia, (como son por ejemplo la tensión arterial, el latido cardiaco, la glucemia, la temperatura...), en situaciones de interacción crítica con el ambiente, traumatismos, hemorragias, infecciones... Podríamos hablar de infinitos eventos estresantes o estresores pero para especificar sobre el tema, hablaremos de dos grupos de agentes estresores: Los agentes físicos y los emocionales.

Los estresores físicos van a afectar directamente sobre el organismo, alterando así el funcionamiento fisiológico del cuerpo de manera directa. Los estresores emocionales no causan daño directo en la homeostasis del cuerpo, aunque existen posibilidades de que ello ocurra, un buen ejemplo de estímulo emocional en la naturaleza es avistar un peligro, por ejemplo, un león delante de nosotros, ello será un estresor que activará todo el sistema de alarma a partir de nuestro sistema nervioso simpático, para llevar a cabo la huida, además esta respuesta será proporcional en función de la previsión del tiempo necesario de huida. Independientemente del tiempo, lo que sí que ocurrirá será una activación fisiológica en respuesta al estrés antes de que se haya roto el equilibrio homeostático del organismo.

Para hablar de los mecanismos fisiológicos que desencadena el estrés, hemos de recurrir a los estudios de referencia sobre la materia que fueron descritos por los investigadores W. Cannon y H. Selye, en la primera mitad del siglo XX, que hablan de la liberación de catecolaminas y glucocorticoides a la circulación. Cuando un organismo se encuentra frente a una situación de estrés, se

activa el sistema nervioso simpático que por medio de las terminaciones nerviosas activará la medula suprarrenal que producirá una liberación de catecolaminas a la circulación general. Además, la activación del sistema simpático activará los diferentes órganos que son inervados a través de la medula espinal por medio de los ganglios preganglionares y los postganglionares, produciendo una respuesta simpática en los órganos. Esta respuesta de activación que llevará a una hiperfunción orgánica, viene mediada por la noradrenalina.

El sistema nervioso simpático se activará ante situaciones de estrés y lo hará por medio de señales nerviosas procedentes de centros superiores del SNC (sistema límbico, hipotálamo y tronco del encéfalo). También frente al estrés, aunque predomina la función del sistema nervioso simpático, pueden verse activadas ramas del sistema nervioso parasimpático.

La activación del sistema nervioso simpático va a tener una serie de respuestas fisiológicas tales como, aumento de glucosa en la circulación debido a una activación de la glucogenolisis en el hígado (degradación del glucógeno en glucosa) y también debido al lipolisis (degradación de los ácidos grasos en glucosa). Aumento de la actividad de las glándulas sudoríparas. A nivel del sistema cardiovascular la liberación de catecolaminas producirá un aumento de la frecuencia cardíaca e intensidad de contracción del corazón (aumentando el gasto cardíaco) y a nivel de los vasos una vasoconstricción produciendo un aumento de la tensión arterial diastólica y sistólica.

También se producirá vasoconstricción a nivel de algunos órganos para asegurar el riego sanguíneo de órganos más importantes, cabe destacar que los músculos aumentarán el riego en señal de preparación para la huida. Este mecanismo de activación del sistema nervioso simpático ocurre en una primera fase frente al estrés, se caracteriza por durar poco en el tiempo. Si el estrés perdura en el tiempo, el organismo desencadena una segunda fase para la adaptación al aumento de demanda de la situación estresante. Esta segunda fase es caracterizada por la secreción de glucocorticoides. La producción de

glucocorticoides es generada en la corteza de la glándula suprarrenal y viene regulada por el eje hipotalámico-hipofisario-adrenal (HFA). Se pueden ver aumentados los glucocorticoides en los primeros 5 minutos de exposición a un estrés. En el núcleo paraventricular del hipotálamo existen unos axones que activarán la hipófisis anterior para la secreción de ACTH, hormona que controla la secreción de corticoides a nivel suprarrenal, de tal manera que cuando esta aumente, aumentará la secreción de corticoides.

Cuando el organismo detecta niveles altos de corticoides en sangre se produce un feedback negativo que frena el eje HFA, disminuyendo así la secreción de ACTH y de corticoides. Los efectos fisiológicos más importantes de los glucocorticoides en situaciones de estrés son la formación de glucosa a expensas de los aminoácidos (gluconeogénesis), potenciación de algunos efectos de las catecolaminas (vasoconstricción, movilización de grasas...), incremento de la resistencia periférica a la insulina, y muy importante los efectos antiinflamatorios e inmunosupresores (que mantenidos en el tiempo producirán una inmunodepresión).

En relación a lo anterior expuesto podemos concluir que la secreción de catecolaminas y de glucocorticoides tiene como función mantener niveles altos de glucosa en sangre y asegurar un mantenimiento de un gasto cardíaco y unas presiones arteriales adecuadas, todo esto con la finalidad de asegurar un aporte suficiente al SNC (metabolismo que depende casi exclusivamente de glucosa) y de reducir la utilización de glucosa por los tejidos periféricos. Es posible que los aumentos de la presión arterial junto con la secreción de algunas hormonas vayan a favorecer la retención de sodio que podría ser un mecanismo anticipado frente a hemorragias y heridas.

Cabe preguntarse el porqué de la función de los corticoides con efecto antiinflamatorio e inmunosupresor, ya que se supone que una situación de estrés puede ser potencialmente dañina con infecciones o heridas, y disminuir el sistema inmune iría en contra de la recuperación de dichos daños. Para explicar esto, Munck elaboró una teoría, en la cual

explica que la función antiinflamatoria e inmunosupresora tiene la función de mantener a raya los mecanismos inflamatorios para evitar así una excesiva activación. Munck se apoyó para la elaboración de esta hipótesis en estudios experimentales con ratas que presentaban una respuesta deficitaria de los glucocorticoides frente al estrés, trataba de inducir artritis reumatoide a estas ratas inyectando en las patas sustancias que causan inflamación y activación del eje HFA. Debido a la falta de glucocorticoides que frenasen la respuesta activadora de inflamación, estas ratas desarrollaban artritis reumatoide. Así con la teoría de Munck se explica la importancia de los glucocorticoides para detener las respuestas de defensa del organismo.

Por último existe una tercera fase en el proceso del estrés, esta sería la fase de agotamiento. Si la situación estresante se alarga demasiado en el tiempo, llega un punto en que las medidas adoptadas para la adaptación a las nuevas demandas se agotan. Los procesos antes mencionados son procesos dirigidos a mantener el organismo en una situación de alerta y alarma, y no permiten la correcta homeostasis ni función de algunos órganos periféricos. Entonces tras un largo periodo de estrés, el organismo cae en agotamiento, las suprarrenales no pueden secretar más cortisol ni los sistemas seguir el ritmo demandado, en este periodo lo común es enfermar a nivel físico o también a nivel psíquico o ambos.

Para la comprensión posterior del texto, es interesante comentar como afecta el estrés a la inmunosupresión del sistema inmune, posteriormente explicaré los diferentes mecanismos por los que se puede inducir la ulcera péptica tomando como punto en común la inmunosupresión del sistema inmune.

### **PERSPECTIVA BIO-PSICO-SOCIAL DE ULCERA PÉPTICA**

Para hablar de la ulcera péptica en su perspectiva bio-psico-social primero tenemos que enmarcarnos en la posición actual de su etiología. Ya se han expuesto las diferentes etiologías y factores de riesgo de la ulcera péptica, actualmente la teoría más aceptada para la etiología de la ulcera péptica es la

infecciosa, en concreto por el *H. pylori*. Comenzaré en este apartado por mencionar los vacíos que deja la teoría infecciosa para posteriormente exponer la perspectiva e influencia bio-psico-social del individuo en la enfermedad por ulcera péptica.

Existen evidencias de que los trastornos gastrointestinales están directamente relacionados con los trastornos psicológicos. Si bien es cierto que desde la erradicación de la bacteria *H. pylori* la tasa de incidencia de la ulcera gastroduodenal ha bajado exponencialmente, tanto que actualmente no es una patología común cuando antes la presentaba un 10% de la población.

Por lo que a nivel médico se ha llegado a la conclusión de que la causa principal de la ulcera péptica es la infección por el *H. pylori*. Y es cierto que se ha hallado que cerca del 95% al 85% de las personas con ulcera están infectadas y que la erradicación de la bacteria es tremendamente efectiva. (Quan y Talley, 2002).

Por tanto, no pongo en duda la importancia de la etiología infecciosa, pero si su reduccionismo científico y es objeto de discusión que la teoría infecciosa no tenga en cuenta los demás factores que influyen directamente en esta patología tan compleja.

De acuerdo con la revisión de la literatura hay algunos aspectos que no son suficientemente explicados por la teoría infecciosa, a continuación, expondré algunos de ellos.

1. Más de la mitad de la población mundial está infectada por el *H. pylori* y tiene gastritis asociada, pero solo un número pequeño, en torno a un 10% de los infectados desarrolla ulcera péptica. Es cierto que existen unas cepas más virulentas que otras, pero, aun así, esto no explicaría los porcentajes anteriormente citados.

2. Existe un porcentaje importante de personas que tienen ulcera, pero no están infectados por el *H. pylori*, por tanto, se deduce que no es un agente causal. Además, existen países donde la tasa de infección por la bacteria es muy alta sin embargo la tasa de enfermedad ulcerosa es baja (Wachirawat et

al.,2003).

3. Existen algunos aspectos que no son explicados por la infección del *H.pylori*, tales como: a) La infección por la bacteria es similar en ambos sexos sin embargo la prevalencia de la ulcera es mayor en el sexo masculino; b) Se ha visto que la prevalencia de la bacteria aumenta con la edad, pero la enfermedad ulcerosa es de naturaleza limitada en el tiempo y más prevalente en edad adulta; c) La bacteria no explica porque es mayor la incidencia en ulcera duodenal que gástrica; d) La teoría infecciosa no aclara porque la enfermedad ulcerosa tiene mayor incidencia en algunas estaciones del año.

Resulta evidente que la bacteria tiene un rol etiológico fundamental en la ulcera péptica pero que por sí misma no explica la enfermedad. No se puede afirmar que la ulcera péptica sea exclusivamente una enfermedad infecciosa. Es necesario que consideremos la implicación de otros aspectos y establecer una posible relación con la infección.

Desde el punto de vista de la psicología y la psicosomática la tendencia antigua de la enfermedad ulcerosa era considerada como un problema derivado del estilo de vida y las alteraciones emocionales. Fue el método psicoanalítico por medio de la formulación de Alexander quien dio una nueva concepción a la etiología de la ulcera. Alexander, como explicaré más extendidamente en el siguiente punto, llegó a la conclusión de que la enfermedad ulcerosa venía generada por una serie de conflictos inconscientes de la infancia reprimidos, los cuales activan de una manera inconsciente los mecanismos activadores el sistema autónomo que provocarán una hipersecreción acida y así la ulcera. Esta teoría fue la más aceptada hasta hace dos décadas.

No está definida ninguna variable psicopatológica de la personalidad de los enfermos ulcerosos, pero presentan grandes niveles de ansiedad, depresión, alexitimia, neuroticismo e ira.

A pesar de la gran cantidad de estudios no existen evidencias de estudios que definan claramente la personalidad del enfermo ulceroso peor se ha considerado que se trata de

personalidades dependientes, a pesar de ello no se puede plantear que exista un tipo específico de personalidad ulcerosa.

Sin embargo, existe una sólida línea de investigación de como el estrés afecta directamente a la etiología de la ulcera péptica. Se ha podido constatar que las situaciones de guerra y los desastres naturales se asocian a un mayor riesgo de desarrollar esta enfermedad. Esto se observó en Londres tras el ataque aéreo de 1941 tras el cual aumentaron los casos de ulcera péptica de manera significativa. Después del terremoto de 1997 en Japón se documentó un aumento de ulcera de manera significativa. Existen numerosos estudios sobre catástrofes naturales y guerras que posteriormente aumentaron el número de incidencias en enfermedad ulcerosa.

Se puede concluir entonces que hay evidencias de que el estrés psicosocial influye sobre la etiología de la ulcera, pero no se trata del único factor implicado, ya que solo un mínimo de personas estradas presentan la enfermedad, por tanto se trata de cierta vulnerabilidad gastrointestinal que hace como diana en situaciones estresantes, influyendo así un gran número de variables hasta la aparición de la enfermedad, tales como la infección por el *H. pylori*, el sistema inmunitario, el estrés, etc...

Si analizamos la historia de las teorías de las etiologías de la ulcera, siempre se ha tendido a un reduccionismo en cuanto a sus causas. Durante varias décadas se consideró una enfermedad exclusivamente psicosomática, causada por factores psicodinámicos (Alexander, 1950).

Tras ellos se consideró que se trataba de una enfermedad de agregación familiar y transmisión genética, hasta tal punto que algunos científicos abandonaron la teoría psicosomática por completo para desarrollar la teoría biomédica y genética. Muchos científicos criticaron esta postura genética y apuntaron que el origen de la ulcera se hallaba en los estilos de vida, consumo de tabaco, alcohol, AINES, comidas grasientas e irritantes. Fue en los años 70 cuando el enfoque del estrés y la teoría de la psicofisiología cogió auge gracias a Selye y el grupo Holmes que desarrollaron una metodología objetiva para evaluar los sucesos



vitales estresantes, llegando a la conclusión que la ulcera péptica es una enfermedad ligada al estrés. Finalmente, a finales de los 80 la teoría infecciosa tomo más auge y es la más aceptada en la actualidad, ya que ha resultado para muchos gastroenterólogos cómoda de aceptar porque con la erradicación de la bacteria se ha llegado a una alta tasa de curación.

Podemos plantear pues la ulcera péptica asociada a estrés psicosocial desde cuatro puntos de vista: 1) Como ya he explicado anteriormente, el estrés disminuye el nivel de inmunocompetencia del organismo, dejándolo más expuesto a la infección por la bacteria o a que esta tenga efectos patógenos sobre la pared digestiva; 2) Influyendo en el aumento de secreción ácida del estómago, por mecanismos del sistema autónomo; 3) Disminuyendo los mecanismos de defensa de la mucosa gástrica, debido a la disminución de la irrigación sanguínea; 4) Aumentando debido al estrés, las conductas de riesgo como fumar, el alcohol, tomar AINES o comer de manera irregular.

Podemos concluir como conclusión a los datos expuestos en este apartado, que la ulcera gastroduodenal se trata de un proceso complejo en el que no solo influye la microbiología de la infección por el *H. pylori* si no que influyen muchos factores que merece la pena analizar para llegar al origen de la enfermedad ulcerosa.

A continuación, trataré de exponer una visión psico-social de las causas de la ulcera, explicando los mecanismos psicofisiológicos del estrés y analizando los contextos psicosociales que influyen en la respuesta emocional y que por mala gestión pueden llegar a ser determinantes en la aparición o no de la enfermedad.

El estrés ha recibido innumerables definiciones, me gusta definir el estrés como un estado de desequilibrio en la homeostasis del organismo, que viene generado por las relaciones entre las personas y las situaciones que suponen un aumento de exigencia en los propios recursos y que pone en peligro el bienestar personal. Basándome en estudios anteriores, cogiendo como referencia el modelo de Everly (1989) y Sandin (1995) trataré de

explicar cómo el estrés puede originar una enfermedad física y alterar también los sistemas biológicos, psicológicos y sociales de las personas.

Partimos de un contexto en el que los sujetos interaccionan con varios sistemas simultáneamente y particular para cada caso, me refiero a los sistemas económicos, sociales, psicológicos y culturales, y estos sistemas suponen unas demandas tanto internas como externas para su mantenimiento, en la medida que estas demandas requieran recursos que superen las capacidades de los sujetos para sostenerlas serán estresantes o no y estos serán los agentes causales primarios del estrés. Cuando la situación excede los propios recursos del sujeto, se ponen en marcha mecanismos fisiológicos para responder a dichas demandas y conseguir un control y adaptación de la situación. Esta activación fisiológica y este aumento de demandas supone un sentimiento de tensión psicológica que producirá respuestas fisiológicas del organismo que pueden activar diferentes órganos diana, como el estómago. Estos órganos diana serán afectados en función de la vulnerabilidad particular de cada sujeto y de su genética. Debido a la tensión psicológica producida frente a una situación de estrés, se ponen en marcha estrategias de afrontamiento que tienen como objetivo frenar esta tensión psicológica, así como la activación fisiológica orgánica. Si resulta una estrategia de afrontamiento adaptativa, se reducirá el nivel de tensión, pero si es desadaptativa, la activación fisiológica aumenta, persiste o se vuelve recurrente aumentando también la tensión emocional.

Cuando la tensión emocional resulta recurrente, a pesar de que haya podido ser positiva, tiende a volverse negativa por agotamiento, lo que puede inducir a emociones como ira, ansiedad, euforia y depresión. Además, la tensión emocional mantenida tendrá repercusiones sobre la activación fisiológica, que a su vez repercutirá en las funciones neurológicas, cognitivas y afectivas. Cuando se afectan estos planos, el sujeto presenta síntomas fisiológicos o en órganos que son manifestación de la falta de autorregulación del proceso, y pondrán en marcha la posibilidad de que el sujeto se

autorregule por medio de acciones neurosomáticas psicologías y conductuales.

Además, el estrés puede producir de manera indirecta enfermedades por medio de las conductas de afrontamiento desadaptativas, que momentáneamente pueden disminuir el estrés o la activación psicofisiológica pero que a largo plazo resultan dañinas para la salud. Como por ejemplo utilizar como paliativos del sufrimiento mental, el tabaco, el alcohol, ingesta de AINES por tensión muscular, aumento de comidas grasientas, irritantes o ritmos irregulares en comidas etc...

La activación fisiológica que produce la tensión emocional es general, por tanto, para que se produzca un daño a nivel de un órgano tiene que existir una vulnerabilidad en dicho órgano diana que lo haga más susceptible de daño, ya sea por trasmisión genética, ontogenética del sujeto, infecciones previas o vulnerabilidad biológica.

Las alteraciones que se producen en los procesos fisiológicos o de un órgano diana pueden deberse también a bloqueos en la retroalimentación, tanto a través de procesos neurológicos autónomos como procesos afectivos, cognitivos y conductuales que pueden impedir al sujeto recibir la información del proceso que sucede. También puede ocurrir que, aun recibiendo la información del proceso, no sepan corregir la alteración debido a un inadecuado procesamiento de la misma. Ocurriendo con todo esto que la alteración fisiológica o del órgano diana produzca una enfermedad. Por ejemplo en el caso de la ulcera, un sujeto puede tener dolores gástricos asociados a situaciones estresantes que puntualmente puede paliar con fármacos pero que o por un lado no sabe asociar el dolor a los momentos estresante, en este caso no se recibe la información del órgano diana, o que aun que sepa que el dolor es debido a las situaciones estresantes, no sepa autorregular o moderar la tensión emocional y se perpetúe la situación hasta en ambos casos producirse una ulcera por hipersecreción acida.

Otros mecanismos que cabe comentar como factores de enfermedad, son las condiciones socio naturales del individuo, por un lado, las situaciones ambientales precarias pueden

predisponer a infecciones por virus y bacterias más fácilmente. También la calidad del servicio asistencial como la disponibilidad al mismo o falta de acceso pueden ser factores claves a la hora de desarrollo de una enfermedad.

A continuación, describiré algunos procesos que resultan claves en el desarrollo de la enfermedad debido al estrés y el origen del mismo, que resultan imprescindibles para la comprensión del trabajo en su globalidad, aunque puedan parecer en una primera visión poco vinculados a la ulcera péptica.

El estrés viene generado por las demandas situacionales que perturban el equilibrio de los individuos, demandando un cambio o ajuste en la actividad normal. En las siguientes líneas analizaremos las diferentes demandas situacionales.

Las demandas situaciones pueden clasificarse en demandas psicosociales (estas involucran la interpretación del sujeto y están en relación con el contexto social), existen también las demandas naturales (estas están en relación directa con las demandas físicas del organismo, frío, calor, hambre etc...) y demandas artificiales (estas vienen generadas por el ruido, la contaminación, sobrepoblación, trafico, etc.).

Las demandas psicosociales se pueden a su vez en dividir en tres tipos de sucesos, sucesos vitales (sucesos de trascendencia vital como la muerte de un ser querido, enfermedad, discusión matrimonial etc.), sucesos cotidianos (estrés diario y cotidiano) y los sucesos subjetivos (estos no dependen de la realidad objetiva de cada sujeto, si no de la realidad subjetiva del sujeto y como experimenta la realidad). Los sucesos vitales son eventos objetivos que alteran la vida cotidiana o amenazan con hacerlo y por ello crean una necesidad de reajuste. Los sucesos vitales siempre implican un cambio y su potencial estresógeno está en realización a la magnitud del cambio que van a crear o crean. Hablamos por ejemplo de eventos como guerras, violaciones, desplazamientos forzosos, que serían eventos de carácter traumático o también otros eventos más normativos no necesariamente negativos que van a producir

un cambio y por eso son estresógenos, matrimonio, enamoramiento, ingreso en la universidad, separación, etc.). Fueron Carroles en 1996 y Sandin en 1995 quienes con sus estudios demostraron de manera objetiva como los eventos vitales pueden ser factores relacionados con la génesis de las enfermedades físicas. Los sucesos cotidianos son más frecuentes que los sucesos vitales, estos ocurren a lo largo del día o de la semana y son eventos en la vida cotidiana tanto negativos como positivos o negativos y positivos al mismo tiempo que van a depender de la percepción del sujeto.

Hay algunos autores que plantean que estos sucesos cotidianos son más favorecedores de generar un trastorno físico o psicológico que los sucesos vitales. Finalmente tenemos los sucesos subjetivos que no van a tener que ver con la realidad objetiva, si no que lo que influye es la realidad imaginada del propio sujeto frente a los eventos que suceden en su vida, y aquí podríamos hablar de una psicosis si el sujeto interpretase esa realidad imaginada como real en lugar de ser consciente de estar imaginando o “soñando despierto”.

Un aspecto fundamental de las demandas situacionales es de que estas dependen de un proceso de evaluación y apreciación del sujeto. La evaluación hace referencia al análisis que el sujeto hace de las conductas, los recursos y las habilidades de las que dispone para enfrentar la situación. Si durante el proceso de evaluación el sujeto encuentra que no hay recursos o que son insuficientes para enfrentarse a la nueva situación se desencadenará una respuesta al estrés. Cada vez el paradigma del estrés está siendo visto desde una perspectiva global en la que no solo depende la situación de estrés si no el individuo constituyéndose un paradigma individuo-situación.

La evaluación llevada a cabo por el sujeto es un elemento fundamental en la producción del estrés, pero se tiende al reduccionismo extremo cuando se intenta que sea el único determinante en la génesis del estrés. Ya hemos comentado que determinados eventos son de naturaleza estresora (guerra, violaciones, etc.), pero hemos de tener en cuenta que la evaluación del sujeto y se

percepción de la realidad son también factores que influyen en el origen del estrés. Ocurre también que la activación fisiológica del estrés puede darse sin que se produzca un proceso de evaluación cognitiva previa, y esto ocurriría por activaciones directas a través del hipotálamo que puede verse activado por mecanismo inconscientes. Dicho esto, podemos concluir que existen situaciones en la que la evaluación influye poco o nada y otras en las que resulta determinante.

En cuanto al proceso de percepción mencionado anteriormente, existen dos tipos de percepción, la percepción de control y la de anticipación. En la percepción de control el sujeto experimenta que una situación depende de él y si la puede manejar con los recursos que dispone. La percepción de anticipación hace referencia a la preparación para la experimentación de un suceso, el saber que algo va a ocurrir y que puede ser positivo o negativo, o deseable o no. Estos dos procesos son fundamentales para la génesis del estrés, porque se ha encontrado que los sucesos percibidos como incontrolables y/o impredecibles son los que más impacto tiene sobre la salud y el estrés.

Hablando del estrés también hemos de prestar atención a otro proceso importante en el mismo y es el afrontamiento o estrategias de afrontamiento. El afrontamiento es definido como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (Lazarus y Folkman 1986). El proceso de afrontamiento se va desarrollando en función como van ocurriendo las situaciones en sí mismas, y se realiza por medio de evaluaciones cognitivas, emocionales y activación fisiológica. Puede llevarse a cabo también por medio de estrategias defensivas dirigidas a la emoción o dirigidas a enfrentar el problema o ambas. El tipo de afrontamiento no es en sí desadaptativo o adaptativo ello dependerá de la manera en la que el sujeto lo adapta o no a su vida o se trata de conductas que el sujeto hace adaptativas o no, es decir una estrategia defensiva emocional no ha de ser desadaptativa, según la situación lo será o no. El afrontamiento resulta adaptativo

cuando atenúa y disminuye el distress emocional, así como la activación fisiológica y permite un mayor control frente a las demandas de la situación estresante.

Existen estudios que por medio de estrés experimental han resultado mostrar evidencias sobre la relación entre las situaciones estresantes y la úlcera péptica. Ader (1971) sometió a ratas a descargas eléctricas y encontró que esto provocaba en ellas úlcera péptica, debido a esto Brady (1958) llevo a cabo otro experimento esta vez realizado con monos, en él colocaba a dos monos inmovilizados y los sometía a descargas eléctricas, uno de los monos podía apretar una palanca para evitar la descarga mientras que el otro no. Se encontró que en los monos que podían manejar la palanca aparecían úlceras pépticas y duodenales, mientras que en los otros monos que no podían hacer nada para evitar las descargas, no aparecían úlceras. Más tarde Weiss (1971, 1972) sometió a ratas a descargas eléctricas también, teniendo solamente un grupo de estas la posibilidad de evitar las descargas.

El grupo de ratas pasivo (sin control) presentó mayores lesiones gástricas a pesar de que las descargas eran de la misma intensidad en ambos grupos, lo que señala que el carácter imprevisible de las descargas fue el factor determinante para la aparición de las lesiones. Esto lleva a dos conclusiones: una experiencia aversiva puede llevar al desarrollo de úlcera en estos animales por medio de procesos psicofisiológicos y más importante, la experiencia estresante es su percepción de impredecibilidad e incontrolabilidad lo que origina la úlcera. Estos resultados confirman los de Brady en el sentido de que el estrés puede producir una úlcera, sin embargo, los resultados difieren ya que en uno de los estudios la úlcera fue desarrollada en el grupo que podía ejecutar sobre las descargas, debido al estrés que suponía la elección y en otro la úlcera apareció en los animales que no podían influir en las descargas, ya que el estrés era originado por la impredecibilidad de las descargas. Esto muestra entonces que la experiencia estresante puede producir úlcera por medio de distintos mecanismos, pero concuerdan ambos experimentos en la aparición de estrés en las situaciones, en una

falta el control de las situaciones, en la otra es la tensión de la toma de decisión lo que marca el estrés. Los estudios de Weiner (1996) muestran una importante cantidad de estudios en los cuales se ha producido úlcera péptica en animales mediante el estrés emocional.

Otro tema que no podemos dejar de comentar en la revisión son los estudios no experimentales que se han llevado a cabo para relacionar la úlcera péptica con sucesos vitales estresantes. Se ha encontrado que la aparición de la úlcera se asocia tanto a la aparición de un único evento estresante de gran intensidad como a la sumatoria de eventos vitales estresantes.

En situaciones de guerra se ha podido documentar un aumento significativo de esta patología, así como de las complicaciones. Existen diferentes eventos documentados en los que ocurrió esto. Uno de ellos fue el ataque aéreo a Londres en 1941 durante el cual aumentó significativamente el número de sujetos con perforación de úlcera péptica. Tras los desastres naturales también se ha objetivado un aumento de los casos de úlcera, como por ejemplo después del terremoto de Hanshin-Awaji.

Weiner, Thaler, Reiser y Mirski (1957) realizaron un estudio en el cual demostraron aumento del desarrollo de úlcera en reclutas del ejército tras el entrenamiento básico. También aparecieron más casos de úlcera en veteranos de guerra que fueron capturados y sometidos a un estrés en comparación a los veteranos no capturados (Goulston y Cols, 1985). En otro estudio similar llevado a cabo en 1996 por Nice, Garland, Hilton, Baggett y Mitchell estudiaron la incidencia de úlcera desde 1979 hasta 1993 en un grupo de aviadores que fueron tomados como prisioneros y sometidos a tortura en la guerra de Vietnam, y se compararon con un grupo de aviadores navales que no habían sido prisioneros. Los grupos fueron apareados por edad, raza, estatus marital, educación, rango, año de entrada dentro de la nave y estatus de piloto. El estudio evidencio que fue mayor la aparición de la úlcera péptica en el grupo de aviadores que habían sido prisioneros en comparación con los que no.

Eventos vitales como problemas ocupacionales, educacionales o económicos, enfermedad familiar o divorcio o muerte han precedido a la aparición o a la recurrencia de la úlcera péptica (Tennat, 1998; Peters y Richardson, 1983). También hay más úlcera péptica en inmigrantes africanos que emigraron a Italia (Lonardo, Grisendi, Grazzoni, Della-Casa, Pulvirenti y Melini, 1994). Ha si mismo se ha hallado que existen ciertas profesiones ligadas al estrés donde hay una mayor incidencia de úlcera por ejemplo los controladores de tráfico aéreo (Feldman, Elashoff y Sanloff, 1980). Sin embargo, no siempre se ha encontrado la vivencia de que una situación estresante se asocie a una mayor incidencia de úlcera, tal y como ha ocurrido en estudios llevados a cabo en controladores de tráfico aéreo (Feldman, Walker, Green y Weingarden, 1986; Weiner, 1991).

Algunos estudios han demostrados mayor cantidad de eventos vitales en sujetos con úlcera en comparación con controles sanos. Levenstein, Kaplan y Smith (1995) llevaron a cabo un importante estudio prospectivo en una población de cohorte de 4595, en las cuales se estableció una línea de base en 1965 y se volvieron a evaluar en 1973 y 1974. Se encontró que la incidencia y prevalencia de úlcera se asociaba a las mujeres con baja educación, exceso de población viviendo un mismo lugar, desempleo, tensión marital y problemas en la niñez y de sociabilidad. En hombres la incidencia de úlcera se asoció con tensión laboral, baja educación, dificultades financieras, tensión marital, sensación de fracaso-bancarrotas y no ser de raza blanca. Estos datos nos hacen concluir que efectivamente situaciones difíciles en la vida objetivas, favorecen la aparición de úlcera péptica. En otro estudio importante llevado a cabo por Medalie, Stange Zyzanski y Goldbourt (1992) encontraron que problemas familiares y con los compañeros de trabajo favorecían la aparición de úlcera péptica en la población general y a nivel prospectivo.

Sin embargo, es importante destacar que una serie de estudios no encontraron diferencias significativas entre los casos y los controles en relación a la aparición de eventos vitales y la incidencia en úlcera péptica (Jain, Gupta, Gupta, Rao y Bahre, 1995). Feldman, Walker,

Green y Weingarden (1986) hallaron que no había diferencias en relación a la cantidad de sucesos estresantes entre los sujetos masculinos ulcerosos y los controles sanos. En una investigación japonesa se compararon 95 sujetos con úlcera con dos grupos control, un grupo con dispepsia no ulcerosa y gastritis y un grupo control con sujetos sanos. Las conclusiones que encontraron fueron que no había diferencias significativas entre el estrés diario y la patología gástrica (Yashiro, Higashi, Miyaji, Ozasa, Watanabe, Aoiike y Kaway, 1994). Levenstein (1992) concluye en su investigación que más que los eventos vitales, hay otros factores más estrechamente implicados en la úlcera tales como el distres emocional.

Otra perspectiva a tener en cuenta en relación al origen del estrés, a parte de los eventos vitales que son hechos objetivos y demostrados en investigaciones ya citadas que son potencialmente estresantes, es el estrés que se produce debido a la interpretación de la realidad del sujeto, es decir al estrés percibido, la forma en la que el sujeto percibe y valora las circunstancias estresantes. Hay investigadores que han demostrado que el estrés percibido sí que influye. Ellard, Beaurepaire, Jones, Piper y Tennat (1990) realizaron un estudio con sujetos ulcerosos y controles sanos y hallaron que la forma de percibir las diferentes situaciones familiares y laborales eran diferentes. Se encontró que los sujetos ulcerosos tenían una tendencia a percibir las circunstancias de una manera más negativa que los sujetos sanos control, en este trabajo se utilizaron dos tipos de circunstancias, una de ellas fue sucesos que suponían una amenaza vital importante y otros que producían una alta frustración de los objetivos.

Existen más estudios que han demostrado la implicación de la forma de percibir el estrés en la úlcera péptica. Hernandez, Arandia y Dehesa (1993) investigaron en cuatro grupos de sujetos la incidencia de eventos vitales estresantes los grupos presentaban: úlcera duodenal, úlcera gástrica, dispepsia no ulcerosa y sujetos sanos. En los resultados se halló que los sujetos con úlcera duodenal y dispepsia no ulcerosa presentaron significativamente mayor incidencia de eventos vitales negativos y concluyeron que tales

eventos pueden predisponer al desarrollo de síntomas dispépticos y úlcera duodenal en ciertos pacientes.

Una de las evidencias más importantes que hay para considerar al estrés percibido como causa de úlcera, son dos estudios prospectivos de amplio alcance. El primero de ellos fue llevado a cabo por Anda, Williamson, Escobedo, Remington, Mast y Madans (1992). Estos autores investigaron una muestra representativa de 4.511 adultos de EE.UU. libres de úlcera y le hicieron un seguimiento longitudinal respecto a grado de estrés percibido obtenido en línea base. Hallaron que el grado de estrés percibido fue altamente predictivo del desarrollo de úlcera péptica en un seguimiento de 13 años. En un estudio más reciente Raiha, Kempainen, Kapiro, Koskenvuo y Sourander (1998), evaluaron 13.888 parejas de gemelos en un estudio prospectivo de varios años de duración la implicación del grado de estrés percibido en el riesgo de desarrollar úlcera péptica y hallaron que este predijo de manera significativa el desarrollo de úlcera en hombres.

Podemos concluir como resultado del análisis de todos estos estudios que existen evidencias de que el estrés psicosocial, ya sea por eventos vitales objetivos o por el estrés percibido, está implicado en la aparición de úlcera gastroduodenal. Sin embargo, no todos los estudios muestran evidencia de la relación del estrés psicosocial y los eventos vitales con la aparición de úlcera, probablemente por sesgos a la hora de utilizar instrumentos o metodología poco adecuada. Sin embargo, también es posible que en algunos casos no haya relación, por lo que podemos deducir que se trata de una enfermedad multifactorial donde no siempre está implicado el estrés o está implicado en bajo grado. Además, el análisis del estrés puede ser mal evaluado por la ambigüedad y la variabilidad que presentan las emociones, al no tener claras unidades de medida.

La implicación del estrés en el desarrollo de la úlcera es un factor que los sujetos ulcerosos también saben identificar como agente causal o agravante de su situación. En un estudio de Wdowiak, Brodalko y Rzepecka (1994) estudiaron 210 paciente de 941 sujetos con

úlcera péptica. Se les preguntó a los pacientes por su opinión sobre los factores que ellos creían causantes de tu patología. Encontraron que todos ellos asociaban la aparición de la úlcera con sucesos vitales o situación estresantes, relacionando que estos eventos habían influenciado de manera negativa produciendo estrés y este desarrollando de manera directa o indirecta la aparición de la úlcera. Mientras que factores de riesgo como las comidas irritantes el alcohol o el tabaco fueron solo mencionados por la mitad de los pacientes.

Como último aspecto en lo que se refiere a las perspectivas bio-psico-social en la etiología de la úlcera, quiero exponer basándome en estudios anteriores, los mecanismos por los cuales el estrés puede ser un factor de riesgo para la úlcera. Hay autores que hipotetizan que el estrés psicosocial puede aumentar el riesgo de desarrollar úlcera péptica en sujetos infectados previamente por *H. Pylori*, bacteria que se encuentra en la mucosa gástrica produciendo una inflamación mínima asintomática pero que, junto con el estrés psicosocial puede hacer como órgano diana al estómago. Estos son algunos de los mecanismos por los cuales el estrés puede hacer que el *H. Pylori* se convierta en una bacteria patógena.

1. Disminuyendo la inmunocompetencia. El cuerpo humano detecta la infección del *H. Pylori* y despliega todo su sistema inmune como defensa al ataque de la bacteria, sin embargo, muy pocos individuos son capaces de eliminar por completo a la bacteria del organismo. Durante la evolución esta bacteria ha adquirido la habilidad de adaptación a la mucosa gástrica, salvándose así del ataque del sistema inmunológico.

El organismo también se ha adaptado a este huésped y en lugar de desplegar la activación completa del sistema inmune que dañaría gravemente la mucosa gástrica, ha optado por mantener a la bacteria bajo control. Así se disminuye la respuesta del sistema inmune, se modula, lo cual disminuye las posibilidades de daño tisular permitiendo que la bacteria sea huésped del organismo sin causar un daño tisular y una colonización mínima del sistema gástrico. Pero es posible que esta bacteria se

convierta en patógena produciendo ulcera péptica en sujetos infectados. Esta bacteria podría convertirse en patógena en la medida que las defensas del cuerpo disminuyen, y la bacteria continuase colonizando la mucosa gastroduodenal a medida que va debilitando las defensas de la mucosa gástrica. Esto le permitiría colonizar el duodeno e inducir inflamación hasta que se produjese la ulcera péptica.

El estrés psicosocial contribuye al desarrollo de la ulcera péptica, disminuyendo el sistema inmune debido a los mecanismos fisiológicos que se desencadenan debido a la adaptación que supone una situación estresante en el organismo, explicada anteriormente. Principalmente los dos mecanismos fisiológicos que producen debilitamientos del sistema inmune por medio de la respuesta al estrés serían de manera directa la activación del sistema nervioso y de manera indirecta la activación del sistema neuroendocrino y la liberación de cortisol y catecolaminas, sustancias que mantenidas en el tiempo en el organismo disminuirían diferentes parámetros inmunológicos.

2. Produciendo hipersecreción de ácido y pepsina. Existen diferentes estudios que han hallado que el estrés psicosocial se asocia a un aumento de la actividad ácido péptica del estómago. Beaumon, (1993); Wolf y Wolf, (1943) estudiaron en personas con fistula gástrica un aumento de la actividad ácido péptica ante situaciones de estrés, mediado sobre todo por emociones de ansiedad, ira, impulsividad y agresividad.

Como ya hemos comentado antes, en los estudios experimentales, también se muestra en los animales un aumento de la secreción ácida y de pepsinógeno frente a estímulos impredecibles o incontrolables, o también cuando la evitación es castigada (Weiner, 1991). Minski y Desai (1958) estudiaron en pacientes ulcerosos y en sujetos normales durante dos años la concentración de pepsinógeno en orina y también la secreción de ácido haciendo un registro simultáneo de los eventos diarios más importantes, por medio de entrevistas, diarios y psicoterapia. Concluyeron que existía una correlación positiva entre las añoranzas de dependencia y el aumento de secreción de ácido gástrico.

Otro estudio similar Weiner, Thaler, Reiser, Mirski (1957) estudiaron a 120 hipersecretores e hiposecretores de ácido y pepsinógeno entre 2017 reclutas del ejército. Se llegó a la conclusión de que los sujetos hipersecretores presentaban rasgos de personalidad de dependencia muy marcados, los cuales se marcaban más entorno a las figuras de autoridad. En estudios posteriores también se ha encontrado correlación entre la hipersecreción y niveles altos de ansiedad, así como hiposecreción en la depresión.

También se ha encontrado que rasgos de personalidad de lucha por la independencia y afán de logro se asocian a incrementos de pepsinógeno en suero y gastrinemia. Otros estudios, de Feldman (1992) asociaron rasgos de personalidad de impulsividad y aislamiento social a un aumento de secreción ácida basal y estimulada. También se ha encontrado a nivel experimental, que el estrés mental produce aumento de la secreción ácida, a mayor impulsividad, mayor secreción de ácido (Holtman, 1990).

Un estudio interesante de Peters y Richardson, 1983, estudió de manera muy rigurosa a dos pacientes con ulcera, los cuales mostraron frente a eventos vitales estresantes aumento de la secreción ácida, esta volvió a la normalidad cuando se resolvieron los eventos. Otros estudios encuentran que el estrés psicosocial puede disminuir la secreción de bicarbonato, el cual es fundamental para neutralizar el ácido del duodeno. Además, es frecuente encontrar en los casos de ulcera niveles de secreción de bicarbonato disminuidos. Esto deja vulnerable a la mucosa a la acción del ácido secretado.

Podemos explicar la acción del estrés sobre la actividad ácido péptica porque existe una estrecha relación entre el cerebro, el sistema nervioso central y el sistema digestivo. Siendo los principales mecanismos implicados la TRH y el nervio vago, por medio de la activación hipotálamo-hipófisis y por medio de la activación del sistema autónomo que desencadenará la respuesta del nervio vago.

De esta forma el estrés psicosocial contribuye a un aumento de la actividad ácida, la cual producirá zonas de metaplasia gástrica en el duodeno. lo que favorecerá la colonización del

del *H. Pylori*, ya que la bacteria no puede colonizar en duodeno si este no presenta metaplasia. Tras infectar el duodeno, se produce una duodenitis en reacción a la bacteria, que debilitará los mecanismos defensivos, junto con el aumento de secreción de ácido y disminución de bicarbonato llevará a favorecer la aparición de úlcera péptica. No solo es necesario la aparición de metaplasia en el duodeno para la colonización de la bacteria, también se necesita que se rompa el equilibrio huésped-bacteria que ya comentamos anteriormente, si disminuye la inmunocompetencia probablemente debido al estrés psicosocial, entonces esto hace que se pueda romper el equilibrio huésped-bacteria y tenga capacidad de colonización. Es imprescindible que la bacteria aumente su número para que pueda producir una gran cantidad de ureasa suficiente para neutralizar el ácido del duodeno y así colonizarlo, por tanto, es preciso que las defensas inmunológicas estén bajas.

3. Disminuyendo la defensa y los mecanismos reparadores de la mucosa gástrica. De acuerdo con lo anteriormente descrito, la disminución de las defensas favorece una infección del *H. pylori* patógena y así este induce la úlcera péptica. Hay estudios que apoyan la idea de que el estrés psicosocial puede también disminuir los mecanismos defensivos de la mucosa, produciendo una disminución en la liberación de moco, disminuyendo el flujo sanguíneo de la mucosa o disminuyendo la potencia de mecanismos reparadores de la mucosa gástrica, estos resultados vienen corroborados por Weiner, 1996 y 1991.

4. Induciendo conductas como fumar, consumir alcohol y AINES. El estrés puede inducir a enfermedad de manera directa con los mecanismos fisiológicos que desencadena, pero también de manera indirecta potenciando conductas de afrontamiento que puedan suponer un beneficio inmediato para el sujeto pero que a largo plazo sean dañinas para el organismo. Así como el consumo de cigarrillos o el alcohol puede tener un efecto ansiolítico inmediato, se trata de sustancias tóxicas para el organismo y en gran medida para la mucosa gástrica. El consumo de AINES también puede ser necesario para paliar dolores de cabeza

tensión, que pueden disminuir el dolor de manera puntual, pero puede ser gastrolesivo a medio plazo debido a la inhibición de la enzima COX-2 que es necesaria para la síntesis de prostaglandinas que son una de las barreras defensivas del organismo.

5. Contexto socioeconómico. La úlcera gastroduodenal tiene más prevalencia en los niveles socioeconómicos bajos, esto puede ser debido a que la infección por el *H. pylori* sea favorecida en edades más tempranas. Pero desde la perspectiva biopsicosocial, hemos de tener en cuenta que un estatus bajo es por sí una situación estresante y por tanto puede disminuir la inmunocompetencia de los sujetos y con ello contribuir a que un sujeto infectado por la bacteria desarrolle una infección activa de la misma y con ello el aumento de posibilidad de úlcera. En apoyo a esta perspectiva, se encuentra un estudio, (Levenstein y Kaplan, 1998) prospectivo que demuestra que la población de bajo estatus socioeconómico vive circunstancias más estresantes asociadas a su estatus añadiendo además que tener un estatus bajo es estresante de por sí.

### PSICOGÉNESIS DE LA ÚLCERA PÉPTICA POR ÁNGEL GARMA

En relación a la psicogénesis de la úlcera péptica es muy interesante y de gran relevancia comentar las conclusiones a las que llegó Ángel Garma gracias a los importantes trabajos realizados bajo la dirección del doctor Franz Alexander en el Instituto Psicoanalítico de Chicago, que llevaron a resultados de gran precisión clínica y eficacia terapéutica. Las conclusiones de este trabajo son fruto de las observaciones clínicas de los pacientes que sufrían úlcera péptica y al mismo tiempo trastornos neuróticos. Estas observaciones llevaron al Dr. Alexander a estudiar la úlcera péptica en pacientes de manera científica en un estudio más profundo en cuatro enfermos con úlcera duodenal, diagnosticada clínica y radiológicamente.

En este apartado expondré las observaciones sobre los rasgos comunes de las diferentes personalidades, en relación siempre a la úlcera péptica, y sobre ello explicaré la teoría de la psicogénesis de la úlcera a la que llegó Ángel Garma.



Alexander explica que la personalidad de los enfermos estudiados presenta rasgos típicos en paciente ulcerosos, se trata de sujetos inteligentes, inquietos, con afanes de éxito profesional o social, y que se dedican a su labor con más intensidad de la corriente. Dicha actividad inquieta no es realizada de una manera sencilla si no que supone un esfuerzo, algo que el sujeto adopta para conseguir una posición activa y vigorosa en su entorno. Se observaba en estos pacientes que sus esfuerzos y su posición activa venían contrapuestos por tendencias hacia la pasividad, al sometimiento e incluso también al masoquismo, que se manifestaban con conductas de retraimiento social, épocas de imposibilidad de trabajo o con dificultades amorosas. Otra forma en la que se podían percibir estas tendencias era por el hecho de que los sujetos al realizar su trabajo se pusiesen inconvenientes para realizarlo que provenían de una proyección de su vida real de sus propios impedimentos intrapsíquicos.

Alexander define que la actitud básica del ulceroso viene producida por la tendencia a la pasividad que es rechazada por el enfermo y que pretende hacer desaparecer adoptando conductas contrapuestas. El origen de esta tendencia a la pasividad, se encuentra en la historia infantil de los sujetos, que presentaban madres con actitudes enérgicas y dominadoras en relación a su hijo, sin olvidar también la que influye la predisposición constitucional de los sujetos hacia la pasividad.

Dos de los sujetos estudiados por Alexander presentaban madres muy dominadoras, los otros dos sujetos en cambio no presentaban madres con papeles dominadores no obstante existía un fuerte sometimiento familiar, que venía provocado por situaciones que habían hecho que el hijo desarrollase un gran apego hacia su madre, con el prejuicio de no haber podido desarrollar de manera libre la personalidad del sujeto.

Durante los primeros años de vida, la situación de estos sujetos transcurre sin problemas, pero cuando comienzan su vida social infantil empiezan los conflictos. En los dos casos típicos donde la madre adoptaba una posición dominadora, ocurrió que la madre se opuso al abandono transitorio del hogar, impidiendo así que los sujetos se relacionasen lo suficiente con amigos, lo que originó una fijación edípica del

del niño hacia su madre, la cual hizo el papel de seductora. Además, la dependencia de la madre tenía caracteres orales precisos como una preocupación excesiva por las comidas o por las defecaciones. Esta fijación en la madre o en otras personas de la familia produjo la pasividad infantil, que luego ha permanecido como rasgo de personalidad durante toda la vida. El sujeto para vencer su pasividad e igualarse con sus compañeros, realiza una actividad sobre compensatoria, que le lleva en algunos casos a resultados positivos y en otros a fracasos, así con estos éxitos y fracasos pudieron satisfacer ambas tendencias de su personalidad, la actividad y la pasividad.

En los sujetos a estudio, el conflicto entre la actividad y la pasividad era muy patente, en ellos, se percibía durante el tratamiento psicoanalítico la presencia de la imagen psíquica de la madre, la cual frenaba todo intento de liberación por parte de los sujetos cuando estos intentaban una actuación potente. Por otro lado, ninguno de los dos sujetos más típicos pudo tomar al padre como apoyo para la liberación de la dominación materna, ya que en uno de los casos se trataba de una figura débil y en otro caso el padre presentaba características inaceptables.

Uno de los sujetos a estudios presentaba tendencias homosexuales manifiestas, es de interés señalar la inclinación sexual en este caso, dado que fue desarrollado en un afán de lucha y contraposición a la invasión y dominación materna. En este caso la madre del sujeto escucho decir a su madre que si supiese que alguno de sus hijos era homosexual, lo echaría inmediatamente de casa, el sujeto buscó relaciones íntimas con hombres y tenía la fantasía de hacer pública su inclinación sexual con un cartel mostrándolo por las calles de su ciudad natal, todo en un intento de lucha y contraposición a la madre. El desencadenamiento de la homosexualidad demostró claramente el conflicto con la madre que a su vez fue motivo de la úlcera. Cuando los sujetos comentados llegan a la edad adulta se intensifica el conflicto entre la pasividad y la actividad del futuro ulceroso, debido a que a esta edad es necesaria independencia de los lazos familiares para poder sentirse independiente, realizar una labor eficaz y crear nuevos lazos afectivos con otras personas e incluso una familia

El enfermo se exige a su mismo desenvolverse en su ambiente de una manera adaptada, pero siempre guiado por un afán de actividad sobre compensatoria de su tendencia a la pasividad, y es esta pasividad latente la que al mismo tiempo le hace anhelar vivir una situación parecida a su situación infantil, en la que no tuvo que realizar esfuerzos, de hecho, encontró oposición materna a que los realizase, haciéndole inclinarse por una conducta cómoda. Debido a estas vivencias familiares, según Alexander se crea un deseo a no luchar, quedando el sujeto con anhelo a ser alimentado por la madre o personas sustitutivas de esta, al igual que ocurrió en los primeros años de su infancia. Alexander afirma que el deseo insatisfecho de alimentos produce una disfunción digestiva, produciendo consigo el hiperfuncionalismo gástrico, que secundariamente y debido a procesos orgánicos conduce a la ulcera.

Ángel Garma difiere de la génesis que expone Alexander, y plantea que la psicogénesis de la ulcera es debido a una motivación psíquica directa. Plantea la siguiente teoría, de acuerdo con lo anteriormente expuesto, concuerda con Alexander que la vida del futuro ulceroso será difícil, debido a su fijación infantil y pasividad, vivirá circunstancias complicadas que pretenderá enfrentar con energía, pero no siempre resolverá. Entonces, debido a la fijación oral en la madre, siempre de un modo inconsciente, el sujeto equipara las circunstancias difíciles sin resolver a alimentos difíciles de digerir, incluso utilizará frases reveladoras frente a situaciones como “esto no lo puedo digerir bien” o “aún no he digerido lo ocurrido”. Como si se tratase de alimentos, frente a situaciones complicadas, el estómago e intestino del sujeto reaccionan como dispuestos a digerir, aun sin alimento, esto produce segregación de jugos gástricos y duodenales que producirán trastornos debido a un exceso de función, que son reflejo de la personalidad del sujeto ulceroso, su actividad sobre compensatoria y su pasividad latente. Lo que sucede es que el sujeto en un intento de disimular su pasividad, muestra una actitud súper activa, manifestando un gran esfuerzo, saliendo así airoosamente del enfrentamiento, pero produciéndose entonces un espasmo gástrico perjudicial en manifiesto de su debilidad interior. Esta circunstancia se demuestra por ejemplo en los aviadores de bombardeo que presentan una frecuencia de úlcera de hasta un 15%.

Los sujetos ulcerosos comparten también la existencia de una intensa agresividad tipo oral, con fantasías de morder objetos exteriores. El origen de esta agresividad oral radica en las diversas frustraciones que el niño recibe de su familia y sobre todo de la madre, debido al sometimiento que vive y a la renuncia de satisfacciones de ambiente extra familiar se ve frustrado en su evolución normal. Entonces buscará una oralidad violenta, con tendencias agresivas a mover el mundo exterior que se podrán presentar en la infancia, mordiendo a personas frustradoras a la madre o a personas que posteriormente sustituyan a la madre.

Pero desde muy pronto esta agresividad oral es reprimida por la connotación social y se transforma en culpabilidad y remordimiento. Toda esa agresividad oral, se vuelve contra sí mismo en forma de remordimiento, que como su propia etimología indica, es un morderse a sí mismo.

Y esta descripción no hace alusión a una metáfora con el mordisco, el sujeto realiza una verdadera autoagresión corporal, mediante los nervios tróficos, provocándose una erosión en las paredes digestivas, la ulcera. La úlcera péptica en una mordedura interior, los clínicos de hecho comparan la lesión de la ulcera a una lesión que podría ser realizada con una pinza sacabocados.

La autoagresión del ulceroso proviene pues, del sadismo vuelto contra sí mismo, pero también de la aceptación forzada de agresiones exteriores. La madre ya desde la infancia, directa o indirectamente fue agresiva.

Pasada la infancia, la conducta difícil del ulceroso y su falta de preparación para la lucha social, hace que muchas veces el sujeto no sepa devolver las agresiones del ambiente, asimilándolas interiormente, generando a veces tentativas de realizar agresiones reales, deseos de enfrentamiento y de lucha que pueden llegar a agresiones físicas.

El tubo digestivo es el aparato que mantiene las primeras relaciones madre e hijo. Es a través de la leche materna por la que el hijo se alimenta y mantiene el primer vínculo y relación al nacer, por esta razón los conflictos con la madre toman muchas veces el aspecto de conflictos digestivos, este es el caso de los pacientes ulcerosos.

Para estos sujetos la separación de la madre o figura de apego es muy dolorosa debido a su fijación infantil en ella, uno de los sujetos a estudio comparaba la ulcera péptica con la sensación de herida del cordón umbilical del recién nacido al ser separado de la madre en el parto. Se podría decir que para los enfermos de ulcera, esta significa una herida de separación dentro de su organismo.

Uno de los sujetos estudiados presentó la ulcera cuando nació su primer hijo, en ese momento revivió el trauma de separación umbilical con la madre en su propio hijo. Además, se vio intensificada la sensación de separación porque el sujeto sufrió un abandono por parte de su esposa, persona sustitutiva de la madre, ya que esta se dedicó a atender al nuevo hijo en perjuicio del marido. El cual tuvo que abandonar la ciudad volviendo a la ciudad donde se encontraba su madre para así suprimir el trauma de separación.

Habla a favor de la idea de separación como agravante de la ulcera péptica el hecho de que tres de los sujetos estudiados presentaron episodios de hematemesis cuando la separación de la madre se intensificó o las circunstancias exteriores se hicieron más complicadas, sintiéndose el enfermo más solo y desamparado haciendo más intensa la sensación de la madre ausente. En uno de los casos, la separación apareció pocos días antes del viaje por el mundo de uno de los sujetos, se trataba de un viaje de larga duración que era deseado conscientemente, pero en el inconsciente era doloroso porque el sujeto no se atrevía a abandonar el hogar y a su madre neurótica.

Ya comenté anteriormente que las agresiones exteriores actúan contra el ulceroso hiriéndolo interiormente, como una mordedura interior. El enfermo vive las agresiones exteriores a modo de recordatorio de la traumática separación con la madre, vive las situaciones difíciles sintiéndose solo y desamparado de su madre, lo cual renueva su sentimiento de dolor de la separación, produciendo la herida ulcerosa.

Por todo, el enfermo sufre de molestias gastrointestinales, y se esfuerza por la curación de ellas, buscando una madre buena o una figura sustitutiva

que le cuide y le proporcione alimentos fáciles de digerir, lácteos y papillas, a modo de recién nacido. Este anhelo hacia la madre y alimentación materna representa un esfuerzo de curación, esta imagen de madre cariñosa siempre tiene un efecto tranquilizador que alivia las molestias digestivas, pero conviene comentar que la madre real del ulceroso no es una madre cariñosa, por tanto, el recuerdo de ella o pensar en la madre origina conflictos emocionales que perpetuaran las molestias intestinales.

El enfermo ulceroso no es un paciente fácil al cual le resulte fácil conseguir la curación, si se tratase de una persona psíquicamente sana, sabría encontrar fácilmente los alimentos que le conviene y el género de vida apropiado para su dolencia. Pero el psiquismo del ulceroso ha sufrido una situación infantil que no le ha permitido una adaptación sana al medio, y es aquí donde reside el conflicto, dada esta influencia de las vivencias infantiles, el enfermo ulceroso presenta una compulsión masoquista a repetir situaciones dañinas para sí mismo que mantienen su lesión. Esto explica que a este tipo de pacientes les sea tan difícil mantener un régimen y un género de vida saludable, algo que tiene que tener en cuenta el médico para considerar la psicoterapia como pilar fundamental en el tratamiento del paciente.

## CONCLUSIÓN

Tras todo lo descrito anteriormente podemos concluir que existen evidencias de que el estrés psicosocial está relacionado positivamente con la aparición de ulcera gastroduodenal, no obstante, no es el único factor determinante, y es necesario que se incluyan más factores para el desarrollo de la enfermedad, como la infección del H. pylori o cierta vulnerabilidad biológica del órgano.

Por tanto, tenemos que abrir la visión frente a la etiología de la ulcera gastroduodenal admitiendo que estamos frente a una patología multifactorial y debemos ampliar el campo de estudio, buscando siempre varias respuestas a la pregunta del origen de la ulcera y no acotando la búsqueda a una respuesta reduccionista que explique el desarrollo de la patología como una simple explicación causa-efecto.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ader, R (1971). Experimentally induced gastric lesions: Results and implications of studies in animals. *Advances in Psychosomatic Medicine*, 6, 1-39.
- Ader, R. (1994). Response: Psychosomatic medicine rides again. *Harvard Review of Psychiatry*, 1 (5), 294-295.
- Anda, R. F., Williamson, D. F., Escobedo, L. G., Remington, P. L., Mast, E. E., & Madans, J. H. (1992). Self-perceived stress and the risk of peptic ulcer disease. A longitudinal study of US adults. *Archives of Internal Medicine*, 152, 829-833.
- Aoyama, N., Kinoshita, Y., Fujimoto, S., Himeno, S., Todo, A., Kasuga, M. & Chiba, T. (1998). Peptic ulcer after the Hanshin-Awaji earthquake: Increased incidence of bleeding gastric ulcers. *American Journal of Gastroenterology*, 93 (3), 311-316.
- Armario García, A. (2007). Fisiología y fisiopatología del estrés. En J. Achotegui. *El estrés crónico: aspectos clínicos y terapéuticos*. Madrid, España. Editorial Mayo.
- Armstrong, D., Arnold, R., Classen, M., Fischer, M., Goebell, H., Schepp, W., Blum, A L., & Ruder (1994). A prospective, twoyear, multicenter study of risk factors for duodenal ulcer relapse during maintenance therapy with ranitidine. RUDER Study Group. *Digest Disease Science*, 39 (7), 1425-33.
- Beaumont, W. (1993). Experiments and observations on the gastric juice and the physiology of digestion. Plattsburg: FP Allen.
- Blaser, M. J. (1990). Epidemiology and pathophysiology of *Campylobacter pylori* infections. *Review Infectious Diseases*, 12, S99-S 106.
- Blaser, M. J. (1992). Hypotheses on the pathogenesis and natural history of *helicobacterpylori*-induced inflammation. *Gastroenterology*, 102, 720-722.
- Brady, J. V. (1958). Ulcers in "executive" monkeys. *Scientific American*, 199 (4),95-100.
- Bresnick, W. H., Rask -Madsen, c., Hogan, D. L., Koss, M. A & Isenberg, J. L. (1993). The effect of acute emotional stress on gastric acid secretion in normal subjects and duodenal ulcer patients. *Journal of Clinical Gastroenterology*, 17 (2), 117-22.
- Carrobbles, J. A. (1996). Estrés y trastornos psicofisiológicos. En V. E. Caballo, G. Buela-Casal y J. A., Carrobbles (&ls.). *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos*, Vol. 2. Madrid: Siglo XXI.
- Chorot, P. & Sandín, B. (1993). Escala de Estrategias de Coping revisado. Madrid: Facultad de Psicología, UNED.
- Cohen, S. & Williamson, G. M. (1991). Stress and infectious disease in humans. *Psychological Bulletin*, 109 (1),5-24.
- Drossman, D. A. (1993). Consideraciones psicosociales en gastroenterología. En M., Sleisenger, y Fordtran, J. (Eds.). *Gastrointestinal Disease (580-679)*. Philadelphia, Pa: WB Saunders.
- Ellard, K., Beaurepaire, J., Jones, M., Piper, D., & Tennant, C. (1990). Acute and chronic stress in duodenal ulcer disease. *Gastroenterology*, 99, 1628.
- Everly, G. S. (1989). *A clinical guide to the treatment of the human response*. New York: Plenum Press.
- Ewald, P. (1994). *Evolution of infectious disease*. New York: Oxford University Press.
- Feldman, E. J., Elashoff, J. D., & Samloff, 1. M. (1980). Psychological stress and duodenal ulcer. *New England Journal Medicine*, 302, 1206.
- Feldman, M., Walker, P., Green, J. L., & Weingarden, K. (1986). Life events, stress and psychological factors in men with peptic ulcer disease. A multidimensional case-controlled study. *Gastroenterology*, 91, 1370.
- Feldman, M., Walker, P., Goldshimiedt, M., & Cannon, D. (1992). Role of affect and personality in gastric secretion and serum gastrin concentration-comparative studies in normal men and in male duodenal ulcer patients. *Gastroenterology*, 102, 175.
- Fernández-Castro, J., & Edo, S. (1998). ¿Se puede medir el estrés?: Un análisis de los elementos que componen el proceso del estrés. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, 16, 133.148.
- García-Camba, E., Moreno, M. D., Nieto, M. A & Martínez- Velarte, M. (1994). Factores psicosociales en la úlcera duodenal. *Actas Luso Españolas de Neurología Psiquiatría y Ciencias Sociales*, 22 (2), 77-82.
- Garma, A. (1944). Psicogenesis de la úlcera péptica. *Revista de psicoanálisis*. 603-614.
- Gisbert, J. P., Boixeda, D. & Martín de Argila, C. (1996). Infección por *Helicobacter pylori* y úlcera péptica. En D., Boixeda, J. P., Gisbert y C. Marín de Argila (Eds.). *Infección por H. Pylori ¿dónde está el límite?* Barcelona: Prous Science.
- Goulston, K.J., Dent, O. F., Chapuis, P. H., Chapman, G., Smith, C. 1., Tait, A D. & Tennant, C. (1985). Gastrointestinal morbidity among world war II. Prisoners of war: 40 years on. *Medical Journal of Australia*, 143, 6.
- Hernández, D. E., Arandia, D., & Dehesa, M. (1993). Role of psychosomatic factors in peptic ulcer disease. *Journal of*

Physiology (París), 87, 223-227.

Holtman, G., Kriebel, R. & Singer, M. (1990). Mental stress and gastric acid secretion. Do personality traits influence the response? *Digest Disease Science*, 33, 998.

Holtman, G., Armstrong, D., Poppel, E., Bauerfeind, A., Goebell, H., Arnold, R., Classen, M., Witzel, L., Fischer, M. & Heinisch, M. (1992). Influence of stress on the healing and relapse of duodenal ulcers. A prospective, multicenter trial of 2109 patients with recurrent duodenal ulceration treated with ranitidine. RUDER Study Group. *Scandinavian Journal Gastroenterology*, 27, 917-23.

Hui, W. M., Shiu, L. P., Lok, A. S., & Lam, S. K. (1992). Life events and daily stress in duodenal ulcer disease. A prospective study of patients with active disease and in remission. *Digestion*, 52 (34), 165-72.

Jain, A. K., Gupta, G. P., Gupta, S., Rao, K. P. & Bahre, P. B. (1995). Neuroticism and stressful life events in patients with nonulcer dyspepsia. *Journal of the Association of Physicians (India)*, 43 (2), 90-91.

Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Editorial Martínez Roca.

Levenstein, S. (1998). Stress and peptic ulcer. *Life beyond helicobacter*. *BMJ*, 316, 538-541.

Levenstein, S., Prantera, C., Varvo, V., Spinella, R., Arca, B. & Bassi, C. (1992). Life events, personality and physical risk factors in recent-onset duodenal ulcer. A preliminary study. *Journal of Clinical Gastroenterology*, 22 (2), 84-9.

Levenstein, S., & Kaplan, G. A. (1998). Socioeconomic status and ulcer. A prospective study of contributory risk factors. *Journal of Clinical Gastroenterology*, 26 (1), 14-17.

Levenstein, S., Kaplan, G. A. & Smith, M. (1995). Sociodemographic characteristics, life stressors, and peptic ulcer. A prospective study. *Journal of Clinical Gastroenterology*, 22 (3); 185-192.

Levenstein, S., Prantera, C., Scribano, M. L., Varo, V., Berto, E., & Spinella, S. (1996). Long-term symptom patterns in duodenal ulcer: Psychosocial factors. *Journal of Psychosomatic Research*, 41, 465-72.

Lonardo, A., Grisendi, A., Frazzoni, M., Delia-Casa, G., Pulvirenti, M. & Melini, L. (1994). The immigration worker's ulcer (letter). *Gastroenterology and Clinical Biology*, 18 (1), 90.

McIntosh, J. H., Nasiry, R. W., McNeil, D., Coates, D., Mitchel, H. & Piper, D. W. (1985). Perception of life event stress in patients with chronic duodenal ulcer. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 20, 563-568.

Medalie, J. H., Stange, K. C., Zyzanski, S. J. & Goldbourt, U. (1992). The importance of biopsychosocial factors in the development of duodenal ulcer in a cohort of middle-aged men. *American Journal of Epidemiology*, 136 (10), 1280-7.

Merino Rodriguez, B. Rodriguez Ortega, M. (8ª edición). (2012). *Manual CTO de Medicina y Cirugía. Digestivo y Cirugía general*. Madrid, España: CTO Editorial.

Minski, L., & Desai, M. M. (1958). Aspects of personality in peptic ulcer patients. *British Journal of Medical Psychology*, 28, 113-134.

Montenegro, S; Tuhay, N; Miranda, G; Zamaniego, P; y Ramos, H. (octubre de 2002) *Revista de Posgrado de la VIa Catedra de Medicina* (120).

Nice, D. S., Garland, C. F., Hilton, S. M., Bagget, J. C. & Mitchell, R. E. (1996). Long-term health outcomes and medical effects of torture among US Navy prisoners of war in Vietnam (see comments). *JAMA*, 276, 375-381.

Peters, M. N., & Richardson, C. T. (1983). Stressful life events, acid hypersecretion and ulcer disease. *Gastroenterology*, 84, 114.

Piper, D. W. & Tennant, C. (1993). Stress and personality in patients with chronic peptic ulcer (see comments). *Journal of Clinical Gastroenterology*, 16 (3), 211-4.

Raiha, I., Kemppainen, H., Kaprio, J., Koskenvuo, M. & Sourander, L. (1998). Life style, stress and genes in peptic ulcer disease: A nation wide twin cohort study. *Archives of Internal Medicine*, 158, (17), 698-704.

Sandin, B. (1995). Estrés. En A. Belloch, B. Sandín & F. Ramos. *Manual de psicopatología*. Madrid: McGraw Hill.

Sandín, B. & Chorot, P. (1995). Evaluación del estrés psicosocial. En G. Buéla-Casal y V. E., Caballo (Comps.). *Evaluación en psicología clínica*. Madrid: Siglo XXI.

Soll, H. A. (1993). Gastric, duodenal and stress ulcer. En M. Sleisenger & J. Fordtran (Eds.). *Gastrointestinal disease* (pp. 580-679).

Philadelphia, Pa: WB Saunders. Spicer, C. C., Stewart, D. N. & Winsler, D. M. (1994). Perforated peptic ulcer during the period of heavy air raids. *Lancet*, 1, 14.

Takaura, R., Himeno, S., Kanayama, Y., Sonoda, T., Kiriyama, K., Furubayashi, T., Yabu, M., Yoshida, S., Nagasawa, Y., Inoue, S. & Iwao, N. (1997). Follow-up after the Hanshin-Awaji earthquake: Diverse influences on pneumonia, bronchial asthma, peptic ulcer and diabetes mellitus. *Internal Medicine*, 36 (2), 87-91.

- Terrnant, C. (1998). Psychosocial causes of duodenal ulcer. *Australia and New Zeland Journal of Psychiatry*, 12, 195.
- Tobón, S; Sandín, B; y Vinaccia, S. (2005). *Revista de psicopatología y Psicología clínica*, 10, (1) pp. 95-100.
- Van Heck, G., Vingerhoets, J. J. M. & Van Hout, G. C. M. (1991). Coping and extreme response tendency in duodenal ulcerpatients. *Psychosomatic Medicine*, 53, 566~575.
- Vinaccia, S; Tobón, S; Martinez-Sanchez, F; y Sandín, B. (2001). *Revista Latinoamericana de psicología*, 33, (002).
- Walker, P. M., Luther, J. & Sarnloff, M. (1998). Life events, stress and psychosocial factors in men with peptic ulcer disease. *Gastroenterology*, 94, 323-330.
- Wdowiak, L., Brodalko, B. & Rzepecka, B. (1994). Patients with peptic ulcer and their knowledge of factors influencing its development and course. *Wlad Lek*, 47, 8-12.
- Weiner, H. (1991). From simplicity to complexity (1950-1990). The case of peptic ulceration. *Human studies. Psychosomatic Medicine*, 43, 501-507.
- Weiner, H. (1996). Use of animal models in peptic ulcer disease. *Psychosomatic Medicine*, 58, 524-545.
- Weiner, H., Thaler, M., Reiser, M. F. & Mirski, I. A. (1957). Etiology of duodent ulcero Relation of specific psychological characteristics to rate of gastric secretion (serum pepsinogen). *Psychosomatic Medicine*, 19, 1-10.
- Weiss, J. M. (1971). Effects of coping behavior in different warning signal conditions on stress pathology in rats. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*.T, 1-14.
- Weiss, J. M. (1972). Influence of psychological variables on the stress-induced pathology. En R. Porter, y J. Knight (Eds.). *Physiology, emotions and psychosomatics illness. (Ciba Foundations Symposium 8)*. New York: Associated Scientific Publishers.
- Weiss, J. M. (1977). Psychological and behavioral influences on gastrointestinal lesions in animals models. En I. D. Maser & M. E. P. Seligman (Eds.). *Psychopatology: Experimental models*. San Francisco: Freeman.
- Wolcott, D. L., Wellis, D. K., & Robertson, C. R (1981). Serum gastrin and the family environment in duodenal ulcer disease. *Psychosomatic Medicine*, 43, 501-507.
- Wolf, S. & Wolf, H. G. (1943). *Human gastric function*. New York: Oxford University Press.
- Yashiro, H., Higashi, A., Miyaji, N., Ozasa, K., Watanabe, Y., Aoike, A. & Kawai, K. (1994). A comparative study of psychosocial factors in peptic ulcer disease. *Nippon Shokakibyō Gakkai Zasshi*, 91, 1075-1085.